

N° 3865

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2011.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET *de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012* (n° 3790),

PAR Mme Isabelle VASSEUR,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL	8
I.– 2011 : UN EFFET POSITIF DES RÉFORMES ENGAGÉES ET DU CONTEXTE MACROÉCONOMIQUE, MAIS UNE SITUATION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE QUI RESTE FRAGILE	8
A.– UN DÉFICIT MOINS IMPORTANT QUE PRÉVU, DANS UN CONTEXTE QUI RESTE NÉANMOINS INCERTAIN	8
1.– Un déficit du régime général contenu à 18,6 milliards d'euros en 2011	8
2.– Un tendancier 2012 qui reste préoccupant	12
B.– UN PREMIER BILAN DU TRANSFERT DE DETTE OPÉRÉ PAR LA LFSS POUR 2011	13
1.– Les conséquences de la reprise de dette sur la trésorerie de l'ACOSS	13
2.– 200 milliards d'euros de dette reprise par la CADES de 1996 à 2011	15
3.– Un changement profond de la stratégie d'allocation du FRR	16
II.– L'EFFORT DE REDRESSEMENT INITIÉ EN 2012 ET LES PERSPECTIVES PLURIANNUELLES DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	17
A.– LE PLAN ANTI-DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012 : UN EFFORT DE 8 MILLIARDS D'EUROS	18
1.– Les mesures prises hors loi de financement	18
2.– Les mesures spécifiques au PLFSS	20
a) <i>En matière de recettes</i>	20
b) <i>En matière de dépenses</i>	27
B.– UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DES COMPTES QUI LAISSE SUBSISTER DES DIFFICULTÉS	27
1.– Les perspectives pluriannuelles corrigées après mesures	27
2.– Le soulagement de la trésorerie du régime général pourrait n'être que de court terme	28
3.– Un nouveau transfert de dette qui n'obère pas l'horizon d'amortissement de la CADES	30
4.– Des « poches de résistance » des déficits qui perdurent	33
a) <i>Le déficit structurel de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles</i>	33
b) <i>Le FSV et la CNRACL</i>	34

SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012	37
I.– LA BRANCHE MALADIE	37
A.– L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE.....	37
1.– L'ONDAM enfin respecté	37
2.– Un déficit de l'assurance maladie contenu	39
B.– LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE.....	41
1.– L'évolution des dépenses de soins de ville.....	42
2.– Les mesures nouvelles du PLFSS 2012	43
C.– LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	44
1.– L'évolution des dépenses hospitalières.....	44
2.– Les mesures nouvelles du PLFSS 2012	45
II.– LES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES	46
A.– LES COMPTES DE LA CNSA.....	46
1.– L'évolution de l'objectif global de dépenses (OGD).....	47
2.– L'évolution des concours versés aux départements	48
B.– LE BILAN DE LA POLITIQUE MENÉE EN FAVEUR DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	49
III.– LA BRANCHE VIEILLESSE	51
A.– L'ÉVOLUTION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE	51
1.– Un retour programmé à l'équilibre pour la branche	52
2.– Un déficit à peine réduit pour le FSV	53
B.– LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DES RETRAITES DE 2010	55
IV.– LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	57
A.– L'ÉVOLUTION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE	57
1.– La consolidation de l'excédent	57
2.– Les mesures du PLFSS 2012	58
B.– LA RÉFORME DES COTISATIONS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	59
V.– LA BRANCHE FAMILLE	61
A.– L'ÉVOLUTION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE	61
1.– Un déficit contenu	62
2.– Les mesures du PLFSS 2012	63
B.– LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AUX PRESTATIONS FAMILIALES.....	64
EXAMEN EN COMMISSION	67
AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION	85
ANNEXE : LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS	93

INTRODUCTION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012 est un projet de consolidation de notre système de sécurité sociale. Il permet à la fois de limiter la croissance de ses dépenses pour qu'elles demeurent soutenables tout en lui apportant des recettes supplémentaires substantielles. Il s'agit d'un projet de consolidation compte tenu des deux réformes structurelles importantes qui ont déjà été menées en 2010 : la réforme des retraites d'une part, le transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de l'autre. La première ne commencera à avoir d'effet tangible sur la branche retraite qu'à compter de 2012. La seconde a permis un soulagement massif de la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) – dont le plafond avait été fixé à 65 milliards d'euros en 2010. Cette opération de reprise aura des effets durables sur la gestion des déficits de la sécurité sociale, puisque le financement des déficits vieillesse est d'ores et déjà assuré jusqu'en 2018.

La tendance 2012 reste néanmoins particulièrement préoccupante : l'augmentation spontanée des dépenses et des recettes conduirait, en l'absence de mesures de redressement, à des niveaux de déficits à peu près équivalents à ce qu'ils étaient en 2009 et 2010, au plus fort de la crise. C'est pourquoi un véritable « électrochoc » apparaît nécessaire, matérialisé par le plan de lutte contre les déficits présenté le 24 août dernier par le Premier ministre. De ce plan résultent 6 milliards d'euros de recettes nouvelles et 2 milliards d'euros d'économies pour la sécurité sociale. Pour mémoire, certaines recettes ont d'ores et déjà été adoptées par le Parlement dans le cadre du collectif de septembre : il s'agit principalement de l'augmentation du taux de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) et des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Ce dernier PLFSS de la législature traduit un effort particulièrement important de redressement des comptes de la sécurité sociale, à hauteur de 4,3 milliards d'euros au total, dont 2,3 milliards d'euros en recettes et 2 milliards d'euros d'économies.

La principale des recettes nouvelles provient de la hausse de la fiscalité sur les alcools proposée par le Gouvernement. Le régime général en sera le principal bénéficiaire, – en particulier l'assurance maladie pour 1,3 milliard d'euros. Le régime des exploitants agricoles, structurellement déficitaire, recevra quant à lui près de 500 millions d'euros. Le régime agricole verra par ailleurs ses déficits cumulés repris par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour 2,5 milliards d'euros. La CADES bénéficiera d'une majoration des prélèvements sociaux qui lui sont affectés grâce à des mesures du plan « anti-déficits » : d'une part, la refonte de la fiscalité des plus-values immobilières votée dans le collectif de septembre ; d'autre part, la réduction de l'abattement pour frais professionnels sur les assiettes de contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) au titre des revenus d'activité. D'autre part, des recettes nouvelles proviendront également, entre autres : de la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction Fillon ; de l'augmentation du forfait social ; de la hausse de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires.

En revanche, il n'est pas possible de cautionner la disposition conduisant à soumettre le complément de libre choix d'activité (CLCA) à la CSG. Cette mesure serait concrètement pénalisante pour la politique familiale. Les familles, déjà impactées les années précédentes par le malus économique sur les véhicules monospaces (1 600 euros/an et par famille) et la mise en place d'une seule majoration des allocations familiales à partir de 14 ans, seraient à nouveau touchées financièrement. Sur ce point, la Rapporteuse pour avis partage l'analyse du sociologue économiste danois Gosta Esping-Andersen, dans un article publié dans *Le Monde* du 8 novembre 2006, intitulé « *Vers un État providence centré sur l'enfance* » : « Peut être devrions nous réorienter le débat politique : renoncer à l'obsession de la retraite et penser plutôt à tout miser sur les petits-enfants. Après tout, une retraite solide commence avec une enfance solide ».

Pour la première fois depuis 1997, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté en 2010 et devrait l'être à nouveau en 2011. Les taux d'évolution prévus par la loi de programmation des finances publiques 2011-2014 sont donc tenus. Pour 2012, l'objectif de croissance de l'ONDAM est de 2,8 %, ce qui nécessite de dégager 2,2 milliards d'euros d'économies nouvelles. À cet effet, le Gouvernement poursuit la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, qui s'est révélée fructueuse tant en médecine de ville qu'à l'hôpital. Certains articles du PLFSS permettent d'y concourir, notamment par le renforcement du rôle d'évaluation médico-économique de la Haute Autorité de santé ou des expérimentations en matière tarifaire. La Rapporteuse pour avis souligne que l'ensemble des professionnels de santé libéraux s'engagent dans cette démarche, par la signature quasi-unanime de la nouvelle convention médicale avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), en juillet dernier.

Il faut aussi souligner l'effort particulier consenti par le Gouvernement en faveur du secteur médico-social, dans le contexte difficile des finances publiques que nous connaissons bien. L'ONDAM médico-social devrait ainsi augmenter de 4,2 % en 2012, poursuivant ainsi l'effort des 4,1 % de 2011. S'agissant d'une enveloppe fermée, cette augmentation des crédits ne pourra faire l'objet de dérive budgétaire. Mais pour éviter les sous-consommations récurrentes de ces dernières années, la gestion de ces crédits est désormais effectuée en mode LOLF, c'est-à-dire avec autorisations d'engagement et crédits de paiement. La mise en œuvre des plans gouvernementaux de création de places en établissements, d'amélioration de la qualité et de la performance des établissements et des services médico-sociaux, pourra donc être affinée. Ainsi le secteur aura-t-il les moyens de se réformer. Il est même souhaitable qu'il le fasse avant la mise en œuvre d'une réforme de l'organisation et du financement de la prise en charge des dépenses liées à la dépendance.

En matière de retraites, la réforme votée en novembre 2010 commence à produire ses effets. L'évolution du nombre de retraités, hors retraite anticipée, devrait connaître une nette décélération (2,0 % contre 3,5 % entre 2008 et 2010). Ce ralentissement serait imputable en particulier au relèvement de l'âge légal.

L'impact sur le flux de départs en retraite devrait se faire d'avantage sentir en 2012, avec le report de 155 000 départs contre 100 000 en 2011. L'économie résultant du recul de l'âge légal devrait ainsi représenter une économie de 1,3 milliard d'euros en 2012. À cet effet viendrait s'ajouter la poursuite de la baisse d'effectifs des retraites anticipées en 2012. Cependant la forte revalorisation des pensions, de 2 % au 1^{er} avril 2012 correspondant à l'évolution de l'inflation, va toutefois contribuer pour 1,9 milliard d'euros à l'augmentation des prestations légales de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), soit un montant plus élevé que l'économie résultant du report de l'âge légal. On le voit, la réforme de 2010 n'a été qu'une nouvelle étape de la réforme de notre système de retraite par répartition après celle de 2003. D'autres réformes seront encore indispensables pour le pérenniser, comme l'a envisagé le Premier ministre lui-même en faisant référence à l'âge de départ à la retraite de nos voisins allemands.

En ce qui concerne les accidents du travail, on doit souligner l'entrée en vigueur au 1er janvier 2012 d'une réforme majeure de la tarification des cotisations, qui permettra à la fois de renforcer la prévention et qui simplifiera la tâche des entreprises. La branche reste aujourd'hui équilibrée, en dépit des dotations qu'elle doit verser pour les fonds amiante. S'agissant de la branche famille enfin, elle reste déficitaire à hauteur de 2,3 milliards d'euros. Il faut rappeler que la France a consacré 7 milliards d'euros de plus aux familles entre 2007 et 2012 : il s'agit d'un effort conséquent, qui montre l'importance de la politique familiale aux yeux du Gouvernement et de sa majorité. Le déficit de la branche famille depuis 2008 est la conséquence des pertes de recettes induites par la crise économique et financière, alors que la montée en charge de la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est achevée. Les mesures de consolidation qui ont été apportées depuis ont permis de contenir ce déficit et de consolider le rôle et la place de la branche famille au sein de la sécurité sociale. Cela n'exonère pas la Représentation nationale de trouver les moyens de résorber ce déficit sous la prochaine législature.

PREMIÈRE PARTIE : RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

Après les vastes réformes engagées à l'automne dernier – qu'il s'agisse de la réforme des retraites ou de l'opération de transfert à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits cumulés du régime général et du FSV, ainsi que des déficits futurs de la branche vieillesse du régime général et du FSV -, 2011 apparaît comme une année de répit pour les comptes de la sécurité sociale, grâce également à l'effet bénéfique de la forte progression de la masse salariale (+3,7 %) qui a finalement été enregistrée.

Si l'on peut parler de répit, on ne peut toutefois pas encore parler de « reprise ». Les risques qui pèsent actuellement sur les dettes souveraines et la fragilité du contexte macroéconomique ne permettent pas d'augurer de soulagement durable pour 2012 : c'est pourquoi – la plus grande prudence restant de mise – le présent projet redouble l'effort pour amorcer une véritable trajectoire de redressement. Le plan de lutte contre les déficits permettra de réduire de près de 8 milliards d'euros ceux des régimes obligatoires de base et du FSV.

Les déséquilibres structurels de la sécurité sociale sont néanmoins loin d'être réglés pour autant. La persistance de « poches de déficits » et la fragilité du portage de la trésorerie et de la dette sociales obligeront à persister dans l'effort et à poursuivre coûte que coûte l'élan des réformes structurelles, à l'image de la réforme des retraites de 2010.

I.- 2011 : UN EFFET POSITIF DES RÉFORMES ENGAGÉES ET DU CONTEXTE MACROÉCONOMIQUE, MAIS UNE SITUATION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE QUI RESTE FRAGILE

L'année 2011 devrait s'achever sur une amélioration des comptes des régimes de base de la sécurité sociale par rapport aux deux années précédentes, où les montants de déficits accusés témoignent de l'ampleur de la crise financière. Surtout, l'opération de reprise de dette opérée l'an passé a permis de considérablement délester la trésorerie du régime général et de clarifier les modalités de portage de la dette sociale.

A.- UN DÉFICIT MOINS IMPORTANT QUE PRÉVU, DANS UN CONTEXTE QUI RESTE NÉANMOINS INCERTAIN

1.- Un déficit du régime général contenu à 18,6 milliards d'euros en 2011

Le déficit du régime général devrait finalement s'établir à 18,6 milliards d'euros en 2011, contre une prévision initiale de 19,2 milliards d'euros. Il serait donc en réduction de 5,3 milliards d'euros par rapport à 2010, dont on peut donc raisonnablement espérer qu'elle aura constitué l'année du « creux de la vague » pour les comptes de la sécurité sociale.

ÉVOLUTION DU SOLDE DES RÉGIMES DE BASE ET DU FSV DEPUIS 2009

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011
Régime général	- 20,3	- 23,9	- 18,6
Autres régimes de base	- 1,3	- 1,6	- 2
Ensemble des régimes de base	- 21,7	- 25,5	- 20,6
FSV	- 3,2	- 4,1	- 3,8
Ensemble des régimes de base et fonds	- 24,9	- 29,6	- 24,4

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011

Cette amélioration est principalement liée aux recettes, et tient à trois facteurs : l'accélération de la progression de la masse salariale, un apport conséquent de recettes nouvelles et la poursuite de la modération des dépenses.

- On a constaté en premier lieu une bonne tenue de la masse salariale au cours de l'année 2011. Après une forte baisse en 2009 (- 1,3 %), puis une progression de 2 % en 2010, la masse salariale croîtrait de 3,7 % en 2011, alors que les prévisions initiales anticipaient une croissance de 2,9 %, réévaluées à 3,2 % à la mi-année. Or, 0,1 point de masse salariale représente des recettes supplémentaires de l'ordre de 200 millions d'euros pour le régime général (de l'ordre de 300 millions d'euros pour l'ensemble des régimes de base) : dès lors, le surcroît constaté pour 2011 occasionnerait, toutes choses égales par ailleurs, des recettes supplémentaires à hauteur de 1,6 milliard d'euros pour le régime général et de 2,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base.

- En deuxième lieu, la réforme des retraites a permis de mobiliser de nouvelles recettes au profit essentiellement du FSV : au total, 3,8 milliards d'euros de recettes nouvelles ont été créés pour 2011, dont 3,5 milliards d'euros au régime général *via* le FSV. Le tableau suivant récapitule le produit attendu de ce « volet recettes » mis en place dans le cadre de la réforme des retraites.

LE VOLET « RECETTES » DU RENDEZ-VOUS RETRAITES

	Affectataires intermédiaires	FSV
Augmentation d'un point du taux marginal de l'impôt sur le revenu		
Hausse d'un point des prélèvements proportionnels (plus-values de cessions mobilières et immobilières, intérêts et dividendes)	Impôts État : 1,4 milliard d'euros en 2011 ; 1,6 milliard d'euros en 2012.	Transfert de la C3S additionnelle et de 2,45 points de forfait social au FSV (3,58 points en 2012), à hauteur de 1,5 milliard d'euros en 2011 et de 1,8 milliard d'euros en 2012
Suppression du crédit d'impôt dividendes		
Imposition des plus-values de cessions mobilières au premier euro (effet à partir de 2012)		
Suppression du plafonnement de la quote-part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une société mère		
Augmentation de la taxation des stock-options	70 millions d'euros à la CNAM	
Augmentation des prélèvements sur les retraites chapeau		20 millions d'euros en 2011 et 20,7 millions d'euros en 2012
Annualisation du calcul des allègements généraux	1,8 milliards d'euros à l'ensemble des régimes en 2011	Transfert de 16,7 % de taxe sur les salaires, à hauteur de 1,95 milliard d'euros en 2011 et 1,99 milliard d'euros en 2012
Total		3,5 milliards d'euros en 2011 et 4 milliards d'euros en 2012
Mesure supplémentaire : Augmentation de 0,2 point du taux du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital		225 millions d'euros en 2011 et 233 millions d'euros en 2012 ⁽¹⁾

(1) Cette mesure n'apparaît pas dans les comptes du FSV, les sommes afférentes étant mises en réserve par le Fonds.

● En troisième lieu, la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2011 a procédé à l'affectation définitive, pour solde de tout compte, aux régimes de base concernés, de l'intégralité du panier fiscal de compensation des allègements généraux de cotisations. Après un excédent de plus d'un milliard d'euros en 2009, on constate un solde légèrement négatif au titre de 2010 : en effet, l'excédent du panier fiscal sur les abattements généraux sur les bas salaires – de l'ordre de 1,6 milliard d'euros – a été affecté d'une part à l'apurement de la dette de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale à hauteur de 1,42 milliard d'euros et pour le reste, au financement du surcoût du dispositif d'allègements de cotisations au titre des heures supplémentaires, dont la dynamique a été supérieure en 2010

- de l'ordre de 190 millions d'euros - au rendement du « panier fiscal » qui lui est spécifiquement affecté pour en compenser le coût.

En 2011, le rendement des recettes qui composaient jusqu'alors le « panier fiscal » devrait être supérieur de l'ordre de 1,68 milliard d'euros au coût des abattements généraux sur les bas salaires ; cet excédent devrait même s'établir à 2,04 milliards d'euros pour 2012. Autrement dit, les régimes de base de sécurité sociale sortent « gagnants » de cette opération d'affectation définitive de recettes. On peut toutefois se demander si tel sera toujours le cas à long terme, dans l'hypothèse où le coût des allègements généraux retrouverait une plus grande dynamique que dans le passé récent.

Au total, le rythme de progression de la masse salariale et l'apport de recettes nouvelles permettraient une augmentation de 5,3 % des produits du régime général en 2011, alors que la hausse des dépenses resterait cantonnée à 3,2 %. L'année 2011 confirme en effet la poursuite du ralentissement du rythme de croissance des dépenses qui était, rappelons-le, de l'ordre de 4,5 % sur la période 2004-2008.

La croissance des dépenses d'assurance maladie serait limitée à 2,8 %, dans le respect de l'ONDAM fixé à 2,9 % pour la seconde année consécutive, événement inédit depuis la mise en place de l'objectif en 1997. Le respect de l'ONDAM aura été rendu possible par l'effort conséquent déployé cette année à travers le plan d'économies au titre de l'assurance maladie, qui a représenté 2 milliards d'euros. Les dépenses de la branche vieillesse continuent néanmoins d'augmenter à un rythme important (+ 4,9 %) en 2011, malgré les mesures prises dans le cadre de la réforme des retraites, qui ne produiront d'effet sensible de décélération de la croissance des prestations qu'à compter de 2012 : ces éléments seront détaillés dans la seconde partie du présent rapport.

Avec un déficit qui représente au total 24,4 milliards d'euros, - 23,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base (dont 18,6 milliards d'euros pour le régime général) et 3,8 milliards d'euros pour le FSV -, l'année 2011 se donne comme une année de sortie de crise. Cette sortie reste néanmoins fragile : en effet, le contexte macroéconomique demeure incertain en cette fin d'année - beaucoup plus, en tout état de cause, qu'au premier semestre - ; et les comptes de la sécurité sociale sont loin de renouer avec les niveaux de déficits d'avant crise. Rappelons qu'en 2007 et 2008, ils représentaient un peu plus de 11 milliards d'euros par an pour l'ensemble des régimes de base et du FSV. Autrement dit, le déficit reste cette année plus de deux fois supérieur à ce qu'il était avant la crise financière. Il convient donc, plus que jamais, de poursuivre l'effort de redressement des comptes, afin de ne pas renouer avec les niveaux de déficits atteints en plein cœur de la crise.

2.– Un tendancier 2012 qui reste préoccupant

Malgré une certaine embellie constatée en 2011, liée principalement à une forte progression de la masse salariale qui était inattendue, la sortie de crise reste fragile. Le tendancier 2012, avant mesures de redressement proposées cet automne, en témoigne.

ÉVOLUTION « SPONTANÉE » DU SOLDE DES RÉGIMES DE BASE ET DU FSV POUR 2012

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011 (p)	2012 (p)
Maladie	-10,3	-11,6	-9,9	-12
Accidents du travail	-0,7	-0,7	0	0,2
Retraite	-7,2	-8,9	-6,1	-6,6
Famille	-1,8	-2,7	-2,6	-2,7
Total régime général	-20,3	-23,9	-18,6	-21,2
FSV	-3,2	-4,1	-3,8	-4
Total régime général + FSV	-23,5	-28	-22,4	-25,2

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011

Ces prévisions sont préoccupantes : en effet, le déficit des régimes de base et du FSV, estimé à 25,2 milliards d'euros en 2012, s'aggraverait par rapport à 2011, et surtout renouerait avec les niveaux atteints au plus fort de la crise financière et économique, en 2009. Les comptes du régime général se dégraderaient de 2,6 milliards d'euros en raison principalement d'un rythme d'augmentation « spontanée » des dépenses d'assurance maladie particulièrement dynamique, à hauteur de 4,1 %. Le déficit du FSV atteindrait 4 milliards d'euros en 2012, ce qui représente environ 20 % des dépenses du fonds : l'affectation de nouvelles recettes opérée dans le cadre de la réforme des retraites avait pour objectif de compenser les nouvelles missions qui lui ont été confiées. Autrement dit, le problème de son déficit structurel, qui existait avant la réforme, reste entier.

En l'absence de mesures de redressement, ces projections montrent que la situation reste grave, d'autant plus que les hypothèses macroéconomiques qui leur sont associées ont tendance à être relativement optimistes : ainsi, il est fait l'hypothèse d'une nouvelle progression de la masse salariale de 3,7 % en 2012, progression identique à celle de 2011. Or, les tensions exceptionnelles qui pèsent sur les marchés financiers et la dégradation du climat des affaires constatée depuis le début de l'été 2011 conduisent actuellement les organismes internationaux à réviser à la baisse leurs prévisions macroéconomiques pour 2012. Il convient donc de manier avec la plus grande précaution ces prévisions, en rappelant qu'une diminution de 1 % de la masse salariale représente une moindre recette de 2 milliards d'euros pour le régime général.

B.– UN PREMIER BILAN DU TRANSFERT DE DETTE OPÉRÉ PAR LA LFSS POUR 2011

Au-delà des évolutions en recettes et en dépenses qui se dessinent pour la sécurité sociale en 2011, cet exercice se caractérise surtout par une modification profonde des instruments de portage et de financement des déficits, avec le vaste schéma de transfert de dette qui a été opéré dans le cadre de la réforme des retraites, et que résume l'encadré suivant.

LE SCHÉMA DE TRANSFERT DE DETTE RETENU EN 2010 : 130 MILLIARDS D'EUROS

L'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu la reprise par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) d'un montant maximal de 130 milliards d'euros de dette supplémentaire selon les modalités suivantes :

- la reprise, au cours de l'année 2011, dans la limite de 68 milliards d'euros, des déficits cumulés du régime général (hors branche AT-MP) et du FSV pour 2009-2010, ainsi que des déficits prévisionnels des branches maladie et famille du régime général pour 2011. Cette reprise est financée par l'attribution à la CADES de 0,28 point de CSG supplémentaire auparavant attribué à la branche famille.

- la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, dans la limite de 10 milliards d'euros par an et de 62 milliards d'euros au total. Le financement de cette reprise passe par la mobilisation du fonds de réserve des retraites (FRR), avec d'une part le transfert à la CADES d'1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital auparavant affecté au Fonds et le versement linéaire annuel de 2,1 milliards d'euros du FRR à la CADES, par le biais de la réalisation progressive de ses actifs financiers, sur la période 2011-2024.

La loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale a en outre autorisé le schéma de reprise de dette à prolonger, dans la limite de quatre années, la durée d'amortissement de la dette sociale, l'horizon d'amortissement passant donc de 2021 à 2025.

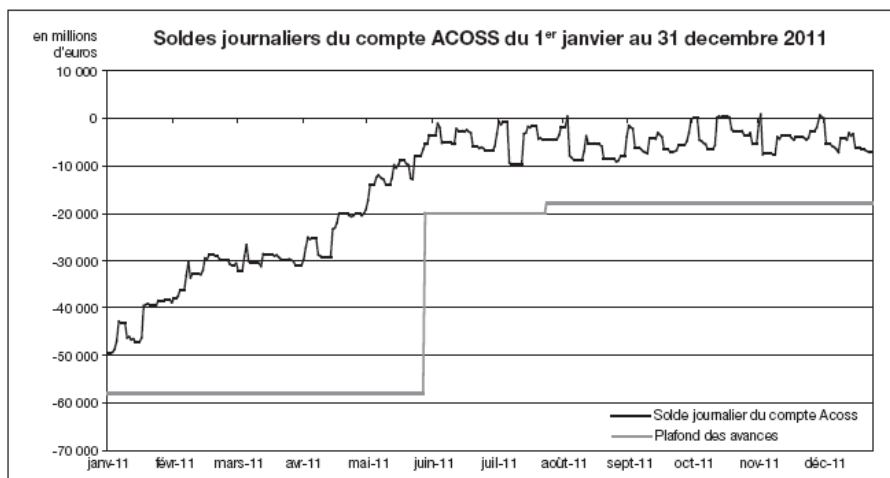
1.– Les conséquences de la reprise de dette sur la trésorerie de l'ACOSS

La Rapporteuse pour avis approuve pleinement cette initiative, qui a en premier lieu permis d'améliorer très sensiblement le profil de trésorerie de l'ACOSS.

Rappelons que la crise de 2008 a frappé de plein fouet les comptes de la sécurité sociale, générant des niveaux de déficits sans précédent pour le régime général, de l'ordre de 20 milliards d'euros en 2009 et de 24 milliards d'euros en 2010. L'ampleur du décrochage a été telle (on estime à 18 milliards d'euros la perte de recettes enregistrée par le régime général sur la période 2008–2011, soit 9 points de masse salariale) que le plafond d'emprunt de l'ACOSS a dû être fixé à un niveau record en 2010, à hauteur de 65 milliards d'euros, en l'absence de transfert des déficits cumulés. L'ACOSS s'est ainsi trouvée dans une situation extrêmement tendue : chargée de porter le poids du financement de ces déficits, elle a dû modifier en profondeur sa gestion, en procédant à une diversification de ses instruments de financement. Confrontée à un durcissement des conditions posées par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), son banquier historique,

l'ACOSS a été amenée à solliciter davantage les marchés financiers et a donc, en 2010, d'une part intensifié ses émissions de billets de trésorerie ⁽¹⁾ sur le marché français et d'autre part, s'est engagée sur le marché européen des titres de créances négociables, par la mise en place d'un programme d'*euro commercial papers* (ECP).

Grâce à la reprise de dette, le plafond d'emprunt de l'ACOSS est passé de 58 milliards d'euros de janvier à mai 2011 à 18 milliards d'euros sur le reste de l'année, le solde de trésorerie devant s'établir à - 7,2 milliards d'euros au 31 décembre 2011, comme l'indique le graphique suivant.



Source : ACOSS

La gestion de trésorerie du régime général se trouve donc substantiellement soulagée en 2011. Toutefois, les changements intervenus quant à ses modalités de financement ont été confirmés.

– La nouvelle convention financière qui lie la CDC à l'ACOSS pour la période 2011-2014 pose le principe d'une révision à la baisse des volumes financés par rapport au passé, le maximum étant fixé à 15 milliards d'euros, avec un volant financé par des prêts fermes de 3 à 12 mois dans la limite de 10 milliards d'euros, un second volant constitué de prêts fermes de court terme (à échéance de 6 jours) dans la limite de 3,5 milliards d'euros et enfin, un dernier composé des avances de trésorerie de la veille pour le lendemain dans la limite de 1,5 milliard d'euros. Surtout, les conditions tarifaires ont été revues à la hausse, avec une référence désormais au taux Euribor de la durée du prêt pour le premier volant, et une marge supérieure par rapport au taux Eonia pour les besoins de très court terme. Pour 2011, le prêt conclu avec la CDC a été activé dès le début de l'année et remboursé sur quelques mois.

(1) Comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, l'ACOSS est devenue en 2010 le premier intervenant sur le marché français des billets de trésorerie (p. 85).

– L’encours de billets de trésorerie a fortement diminué parallèlement à l’amélioration du profil de trésorerie de l’ACOSS : il s’établit autour de 4,4 milliards d’euros.

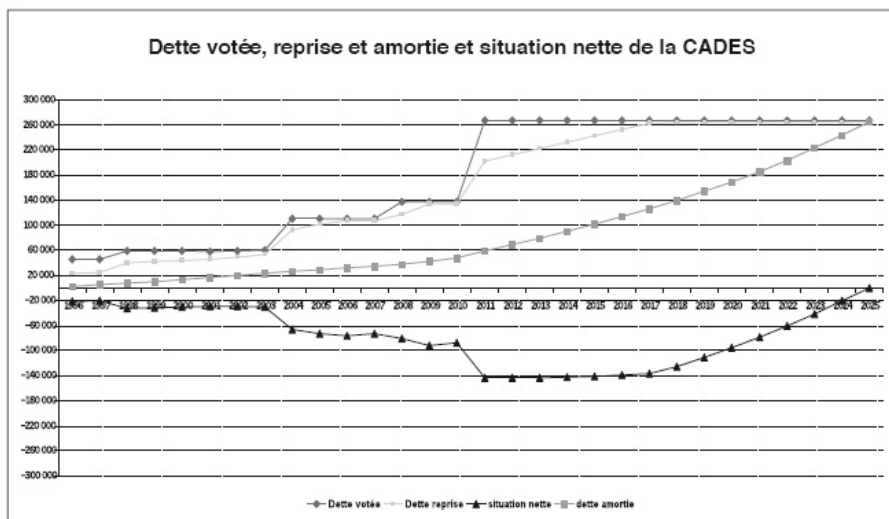
– Enfin, le programme d’ECP s’est également réduit : de l’ordre de 2 milliards d’euros à la mi-2011, il se stabiliserait autour de 500 millions d’euros.

Le recours au marché s’est toutefois effectué dans de très bonnes conditions pour l’ACOSS, dans un contexte de taux d’intérêt faibles et d’une qualité de signature qui s’est confirmée en 2011.

Globalement, la reprise de dette a eu des effets très bénéfiques sur l’ACOSS, mais elle n’a pas remis en cause la progressive désintermédiation de son financement, confirmé par le désengagement durable de la CDC. L’agence est bien désormais devenue un acteur important des marchés financiers, comme le souligne la Cour des comptes.

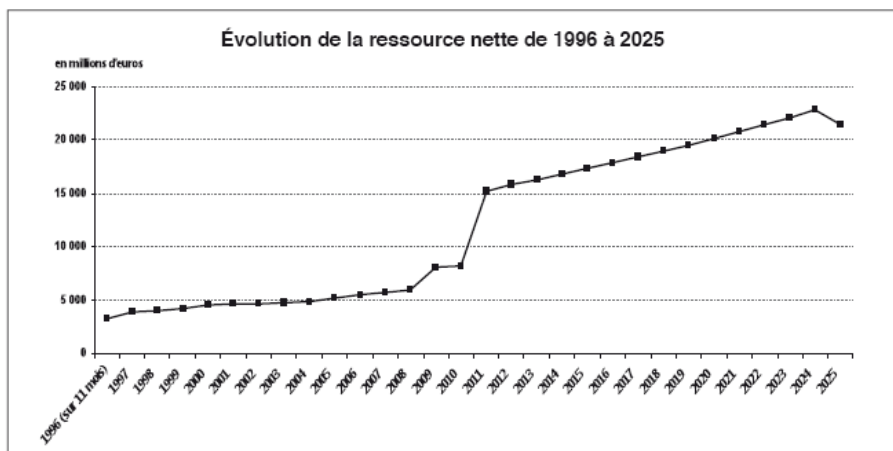
2.– 200 milliards d’euros de dette reprise par la CADES de 1996 à 2011

Le schéma de reprise organisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a porté le montant total de la dette reprise par la Caisse depuis sa création à un peu moins de 200 milliards d’euros au 31 décembre 2011. À cette même date, la CADES aura amorti 59,3 milliards d’euros, soit 30 % de la totalité de la dette reprise depuis sa création. Les modalités de financement retenues ont néanmoins, comme on l’a dit, conduit à reporter à 2025 l’horizon prévisionnel d’extinction de la dette sociale.



Source : annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

Au seul titre de 2011, l'amortissement a porté sur 11,4 milliards d'euros, contre en moyenne un peu plus de 5 milliards d'euros par an en 2009 et 2010. Ce résultat tient à la forte augmentation des ressources affectées à la Caisse à compter de 2011, contrepartie du transfert massif de dette opéré la même année. En effet, la fraction de CSG supplémentaire affectée à la Caisse ainsi que le transfert de la principale recette du FRR et le versement annuel prévu en provenance du Fonds ont majoré de près de 7 milliards d'euros les recettes de la CADES, qui sont passées de 8,1 milliards d'euros en 2010 à 15,1 milliards d'euros en 2011.



Source : CADES

Le contexte particulier de la reprise en 2011 a permis à la Caisse de diminuer assez sensiblement son taux de refinancement, passé de 3,39 % en 2010 à 2,92 % à la mi-2011, en raison principalement d'une forte augmentation de la proportion de ses emprunts à taux courts : le programme de court terme (qui prend essentiellement la forme de billets de trésorerie ou de *commercial papers*) sera en effet sollicité à concurrence de 30 à 38 milliards d'euros d'encours en fin d'année 2011, tandis que la réalisation des emprunts à moyen et long terme sera cantonnée entre 30 et 35 milliards d'euros (essentiellement sous forme obligataire). La part du court terme aura bien entendu mécaniquement vocation à décroître : elle devrait être réduite à 10 milliards d'euros en 2012.

Il convient néanmoins de rappeler que **le coût des intérêts d'emprunt devrait s'établir à 33,6 milliards d'euros à fin 2011**, soit 16,8 % du montant total de la dette reprise.

3.— Un changement profond de la stratégie d'allocation du FRR

Le schéma de reprise de dette programmé sur la période 2011-2018 implique fortement le FRR, qui en assurera, pour une part importante, le financement, puisque sa principale ressource, le prélèvement social sur les revenus du capital dont il était affectataire à hauteur de 1,3 point (soit un rendement de

1,4 milliard d'euros en 2010), a été affecté à la CADES, et qu'il sera amené à verser chaque année 2,1 milliards d'euros au titre de la réalisation progressive de ses actifs à cette dernière, jusqu'en 2024.

Les conséquences du changement de cap imprimé au FRR seront plus amplement étudiées dans la seconde partie du présent rapport : on peut toutefois d'ores et déjà souligner qu'il a amené à modifier en profondeur la stratégie d'allocation des actifs du Fonds, désormais composé pour les deux tiers d'actifs obligataires et de trésorerie et pour un tiers d'actifs de performance.

C'est donc la vocation du Fonds qui a été transformée dans le cadre de la réforme des retraites, en raison de l'ampleur des déficits des régimes de retraite, et en particulier du régime général, constatés dans la dernière décennie : initialement mis en place dans la perspective de ne le solliciter qu'à compter de 2020, le choix a finalement été opéré, l'an passé, de le mobiliser plus tôt. La Rapporteuse pour avis considère que cette décision de mobilisation des actifs du Fonds était la bonne au regard de l'ampleur des passifs accusés.

*

* *

Si le contexte macroéconomique de la crise financière et économique a eu un impact violent sur les comptes de la sécurité sociale, la faiblesse sans précédent des taux d'intérêt a néanmoins permis de financer la dette sociale à moindres frais, d'autant que l'ACOSS comme la CADES bénéficient d'une qualité de signature presque équivalente à celle de l'État. En sera-t-il de même en 2012, avec la menace qui pèse sur les dettes souveraines ? Rien n'est moins sûr.

II.- L'EFFORT DE REDRESSEMENT INITIÉ EN 2012 ET LES PERSPECTIVES PLURIANNUELLES DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pour 2012, l'effort de redressement portera sur 7,3 milliards d'euros pour le seul régime général et sur 8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base. En effet, le déficit prévisionnel passerait de 21,25 milliards d'euros pour le régime général et 23,68 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base à 13,9 milliards d'euros après mesures pour le régime général et 15,67 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base.

Les textes financiers soumis au Parlement cet automne permettraient donc de porter un coup d'arrêt au creusement brutal des déficits des comptes sociaux.

Cet effort ne sera toutefois pas suffisant à terme : s'il permet de tracer une trajectoire de redressement, ce n'est que dans la poursuite de ces efforts dans les prochaines années que nous pourrions véritablement espérer une résorption des déficits.

A.– LE PLAN ANTI-DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012 : UN EFFORT DE 8 MILLIARDS D'EUROS

Le plan de lutte contre les déficits présenté par le Premier Ministre le 24 août 2011 prévoit d'affecter à la sécurité sociale près de 6 milliards d'euros de recettes supplémentaires sur les 10 milliards d'euros prévus au total pour le plan. En outre, 2 milliards d'euros d'économies sont également programmés pour 2012.

Ces recettes nouvelles sont réparties entre les trois textes financiers successivement soumis au Parlement cet automne : loi de finances rectificative pour 2011, projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2012, ce dernier regroupant l'ensemble des mesures d'économies. **Au total, l'effort de redressement porte sur 8 milliards d'euros**, comme le récapitule le tableau suivant.

EFFORT DE REDRESSEMENT DES COMPTES POUR 2012

(en milliards d'euros)

	Tendanciel 2012	2012 après mesures
Régime général	-21,2	-13,9
Maladie	-12	-5,9
AT-MP	0,2	0,1
Retraite	-6,6	-5,8
Famille	-2,7	-2,3
Ensemble des régimes de base	-23,4	-15,7
FSV	-4	-3,7
Ensemble des régimes de base et FSV	-27,4	-19,4

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011 et projet de loi financement de la sécurité sociale pour 2012

1.– Les mesures prises hors loi de financement

En premier lieu, la loi n° 2011-117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011 a prévu **plus de 2,9 milliards d'euros de recettes supplémentaires à destination du régime général**. Ont ainsi été approuvés :

– **la majoration du taux de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA)**. Le taux applicable aux contrats d'assurance maladie dits « solidaires et responsables » est ainsi passé de 3,5 à 7 % ⁽¹⁾. Le produit supplémentaire attendu de cette augmentation, à hauteur de **1,05 milliard d'euros**, est affecté à l'assurance maladie du régime général. La Rapporteuse pour avis met toutefois en garde contre les annonces faites par les organismes complémentaires concernés quant à la répercussion de cette hausse de la fiscalité sur les tarifs des complémentaires santé, autrement dit, sur les patients : **la situation financière de**

(1) Rappelons que la loi de finances pour 2011 avait assujéti les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables », auparavant exonérés de la taxe sur les conventions d'assurance, au taux de 3,5 %.

ces organismes semblerait en effet tout à fait justifier qu'ils ne répercutent pas ce surplus de taxation sur le prix des cotisations.

– l'augmentation du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, qui est porté de 2,2 % à 3,4 % ⁽¹⁾. Le produit attendu de cette majoration de 1,2 point du prélèvement social applicable aux revenus du patrimoine et aux produits de placement – à hauteur de **1,33 milliard d'euros en année pleine** - est réparti pour moitié entre la branche vieillesse et la branche maladie du régime général, soit 665 millions d'euros pour chacune d'elles.

Comme le récapitule le tableau suivant, cette mesure a pour effet de porter le niveau global des prélèvements sociaux sur les revenus du capital de 12,3 % à 13,5 %.

PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX SUR LES REVENUS DU CAPITAL

(en pourcentage)

CSG	8,2
CRDS	0,5
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placement	2,2 à 3,4
Contribution de solidarité pour l'autonomie	0,3
Contribution additionnelle affectée au fonds national des solidarités actives	1,1
Total	12,3 à 13,5

– et enfin, l'aménagement du régime d'imposition des plus-values immobilières – combiné avec l'augmentation à 13,5 % des prélèvements sociaux sur les produits de placement –, qui devrait conduire à un surplus de recettes pour les organismes de sécurité sociale **de l'ordre de 870 millions d'euros en 2012**.

D'autre part, l'article 46 du projet de loi n° 3775 de finances pour 2012 prévoyait l'instauration d'une **taxe sur les boissons contenant des sucres ajoutés** au taux de 3,58 euros par hectolitre, et dont **le produit, estimé à 120 millions d'euros, serait affecté à l'assurance maladie**. À l'issue de l'examen par l'Assemblée nationale de la première partie du projet de loi de finances, le principe de cette taxe a été adopté : son taux serait finalement fixé à 7,16 euros par hectolitre, afin d'en doubler le produit, la part destinée à l'assurance maladie, à hauteur de 120 millions d'euros demeurant en revanche inchangée, tandis que 120 millions d'euros supplémentaires permettraient de financer en partie un nouveau dispositif d'exonérations de charges patronales conventionnelles pour l'embauche de salariés permanents agricoles, dont le coût total est estimé à 200 millions d'euros.

Enfin, deux mesures qui n'appellent pas de traduction législative, mais seront mises en œuvre par la voie réglementaire, apporteront également de nouvelles recettes à la sécurité sociale. Il s'agit :

(1) Rappelons que le prélèvement social sur les produits de placement et les revenus du patrimoine, mis en place en 1998 au taux de 2 %, a été porté à 2,2 % par la loi de finances pour 2011.

– d’une part, de **l’augmentation des prix du tabac, pour un rendement estimé d’environ 600 millions d’euros au total** ;

LE MÉCANISME D’AUGMENTATION DES PRIX DU TABAC

Les prix des produits du tabac sont homologués – en général trimestriellement – par le ministre du budget. À l’occasion de l’arrêté d’homologation publié le 17 octobre 2011, les prix augmentent de 30 centimes pour les cigarettes conditionnées en paquets de vingt unités et, globalement, de l’ordre de 6 % pour l’ensemble des produits.

D’après les informations fournies à la Rapporteuse pour avis par la direction de la sécurité sociale, les hausses décidées des prix du tabac représentent 600 millions de recettes supplémentaires pour 2012, dont près de 580 millions d’euros pour l’ensemble des régimes de base, le reste étant réparti entre divers fonds affectataires d’une fraction des droits tabacs – comme le Fonds national d’aide au logement (FNAL) ou le Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (FCAATA) – et le panier fiscal de compensation des exonérations de cotisations au titre des heures supplémentaires.

Ces nouvelles recettes tiennent, pour près des trois quarts, au produit du droit de consommation sur les tabacs réparti entre différents affectataires, ainsi, que pour environ un quart à celui de la TVA brute collectée par les fournisseurs de tabacs qui est en intégralité affectée à la branche maladie du régime général.

– et d’autre part, de **l’alignement sur le droit commun des assiettes et des taux des cotisations dans les industries électriques et gazières (IEG), pour un montant de 210 millions d’euros**.

2.– Les mesures spécifiques au PLFSS

Le présent projet de loi représente le cœur du plan de résorption des déficits de la sécurité sociale. L’effort de redressement porte en effet sur **4,33 milliards d’euros au total pour les régimes de base, dont 2,33 milliards d’euros en recettes supplémentaires et 2 milliards d’euros d’économies en dépenses**.

Au total, si l’on intègre les mesures d’ores et déjà acquises, qui ont été votées dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2011, la mesure prévue en projet de loi de finances pour 2012 concernant la taxation des boissons sucrées ainsi qu’un certain nombre de recettes qui seront mises en œuvre par voie réglementaire, **le plan anti-déficits français mobilise jusqu’à 6,2 milliards de recettes supplémentaires pour les régimes de base et 6,4 milliards si l’on inclut celles dont bénéficieront également d’autres organismes**, tels que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ou la caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES).

a) En matière de recettes

• **L’article 11** du présent projet prévoit **la réintégration de la rémunération afférente aux heures supplémentaires et complémentaires dans**

le calcul des allègements généraux de cotisations (réduction « Fillon »), pour un montant prévisionnel de 600 millions d'euros.

En effet, jusqu'alors, la formule de calcul du taux d'allègement Fillon ne tenait pas compte des rémunérations relatives aux heures supplémentaires et complémentaires, ce qui conduisait en réalité à aider doublement l'employeur recourant à des heures supplémentaires par rapport à un employeur rémunérant globalement au même niveau un salarié sur l'année sans recourir à des heures supplémentaires, autrement dit, sur la base d'un salaire horaire plus élevé. Cette anomalie a notamment été relevée par le Conseil des prélèvements obligatoires (CPO) dans son rapport sur les niches sociales bénéficiant aux entreprises ⁽¹⁾.

La Rapporteuse pour avis souscrit bien sûr à la nécessité de trouver de nouvelles sources de financement pour réduire les déficits de la sécurité sociale : **elle appelle en revanche à la vigilance s'agissant de mesures dont l'impact sur les très petites entreprises (TPE) peut être très important** par comparaison avec des entreprises de taille supérieure.

Cette mesure, bénéficiera pour moitié aux régimes de base de sécurité sociale et pour l'autre moitié au panier fiscal de compensation des exonérations sur les heures supplémentaires, par le biais d'un transfert à ce panier de 2,59 points supplémentaires de droits de consommation sur les tabacs, qui composaient jusqu'au 1^{er} janvier 2011, le panier fiscal de compensation des allègements généraux, avant son affectation à cette date pour solde de tout compte à la sécurité sociale.

• **L'article 12** du présent projet propose de **réduire de 3 % à 2 % l'abattement pour frais professionnels sur les revenus d'activité et sur les allocations chômage soumis à CSG et à CRDS, et supprime cet abattement pour les revenus autres que le salaire et les allocations chômage**, en particulier pour les accessoires de salaire que sont par exemple l'épargne salariale, la participation et l'intéressement. Lors de la création de la CSG, la mise en place d'un abattement pour frais professionnels sur les revenus d'activité des salariés – au taux de 5 % - avait été justifiée par un souci d'équité avec le régime applicable aux indépendants, qui peuvent déduire au réel leurs frais de l'assiette sociale. Cet abattement a été réduit à 3 % par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, tandis que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a plafonné celui-ci, prévoyant qu'il ne s'appliquerait que dans la limite de quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale, soit 11 784 euros en 2011 : une nouvelle réduction d'un point de cet abattement est aujourd'hui envisagée, et se justifie tant par la nature des frais couverts pour les salariés – dépenses qui sont en partie occasionnées hors du travail comme pour les titres restaurant, les abonnements de transport ou les frais de téléphonie mobile – que par la limitation des frais effectivement déduits par les non salariés, qui ont de plus en plus recours à des

(1) *Rapport du Conseil des prélèvements obligatoires : Entreprises et « niches » fiscales et sociales. Des dispositifs dérogatoires nombreux, octobre 2010, p. 189.*

associations de gestion agréées. Il semble en outre illégitime que des éléments de rémunération aléatoires comme la participation ou l'intéressement soient intégrés à l'assiette servant de calcul pour l'abattement forfaitaire.

Le rendement estimé de cette mesure s'établit à **600 millions d'euros au total**, dont près de 400 millions d'euros pour l'assurance maladie, 73 millions d'euros pour la CADES (pour la fraction de CSG qui lui est affectée et pour la totalité de la CRDS), autour de 60 millions d'euros pour la branche famille ainsi que pour le FSV et enfin, à hauteur de 7 millions d'euros pour la CNSA.

• **L'article 10 du présent projet majore de deux points le taux du forfait social, pour un rendement estimé de 410 millions d'euros au profit de la branche maladie.**

Mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 au taux de 2 %, le forfait social s'applique aux éléments d'assiette portant sur les revenus d'activité soumis à la CSG mais n'entrant pas dans l'assiette des cotisations, principalement l'intéressement, la participation ou encore les abondements des employeurs aux plans d'épargne entreprise (PEE) ou aux plans d'épargne pour la retraite collective (PERCO). Le taux du forfait social a été constamment revu à la hausse depuis sa mise en place : passé de 2 à 4 % au 1^{er} janvier 2010, puis de 4 à 6 % au 1^{er} janvier 2011, il atteindrait finalement 8 % au 1^{er} janvier 2012, aux termes des présentes dispositions.

Si les sommes ainsi allouées sont néanmoins assujetties à CSG et à CRDS au même titre que les autres revenus d'activité, l'écart entre le taux du forfait social qui leur est applicable et le poids des cotisations patronales auxquels sont soumis les revenus d'activité de droit commun resterait important : 8 points d'un côté, contre de l'ordre de 28,5 points pour les cotisations de l'autre ⁽¹⁾.

On remarquera que, comme l'augmentation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital ⁽²⁾, le forfait social a, depuis sa création en 2009 au taux de 2 %, fait l'objet de hausses successives : passé à 4 % en 2010, puis à 6 % en 2011, il sera porté à 8 % en 2012.

• **L'article 14 du présent projet procède à une harmonisation de la définition de l'assiette de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) dans le secteur financier.** Créée en 1970 comme un prélèvement social spécifique aux entreprises, la C3S s'applique, au taux de 0,16 %, aux entreprises dont le chiffre d'affaires excède 760 000 euros. Concernant les établissements de crédit, la loi a prévu que s'ajoutaient à l'assiette de droit commun « les produits de leur exploitation » constitutifs de chiffre d'affaires, notion qui est interprétée très diversement par les entreprises du secteur. Il est donc proposé de clarifier la

(1) La part patronale des cotisations comprend en effet : 13,1 % au titre des risques maladie, maternité, invalidité, décès, solidarité ; 9,9 % au titre de l'assurance vieillesse (1,6 % sur la totalité du salaire et 8,3 % dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale) ; 0,1 % au titre

(2) Le prélèvement social de 2 %, passé à 2,2 % avec l'adoption de la loi de finances pour 2011, a été porté à 3,4 % par la deuxième loi de finances rectificative pour 2011.

définition de cette assiette en l'alignant sur celle qui est retenue pour la détermination de la cotisation sur la valeur ajoutée (III de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts).

La C3S représente une ressource essentielle pour les régimes de base de sécurité sociale : son produit, de l'ordre de 4,42 milliards d'euros pour 2012, est réparti entre le régime social des indépendants (RSI), la branche maladie du régime des exploitants agricoles et le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette mesure n'aura toutefois qu'un impact financier marginal, **les recettes supplémentaires étant estimées à 150 millions d'euros**, dont 38 millions d'euros pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et 112 millions d'euros pour le FSV. On notera que, conformément à l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, le RSI bénéficie d'une attribution annuelle de C3S dans la limite de son déficit comptable, raison pour laquelle il ne bénéficie d'aucun gain supplémentaire à raison de cette mesure.

• **L'article 13** du présent projet prévoit de **soumettre à la CSG, au taux de 6,2 %, le complément du libre choix d'activité (CLCA) et le complément optionnel du libre choix d'activité (COLCA)**, à la suite des observations formulées par le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales (nbp), qui rappelle notamment que, bien que soumises à la CRDS, ces allocations sont aujourd'hui exonérées d'impôt sur le revenu comme de la CSG au motif qu'elles sont assimilées à des prestations familiales. Or, si elles constituent juridiquement des compléments à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), cette dernière est attribuée sous condition de ressources à tous les parents d'enfants de moins de trois ans, tandis que le CLCA et le COLCA ne sont soumis à aucune condition de ressources, mais ne sont attribués qu'aux parents diminuant ou cessant leur activité professionnelle : autrement dit, si la PAJE est rigoureusement une prestation familiale, le CLCA et le COLCA s'apparenteraient davantage à des revenus de remplacement ; ces deux allocations sont en effet destinées à compenser la perte de revenu résultant de la cessation ou de la réduction d'activité des parents.

Le projet de les soumettre désormais à la CSG, au taux applicable aux revenus de remplacement tels que les allocations chômage, soit 6,2 %, générerait **140 millions d'euros supplémentaires qui viendraient alimenter à compter de 2012 les recettes de la branche famille**, le choix ayant été fait d'affecter la totalité de la CSG qui sera recouvrée à ce titre à la caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

La Rapporteur pour avis désapprouve cette mesure, qu'elle juge très pénalisante pour les familles. En effet, l'assujettissement à la CSG de ces compléments familiaux pourrait représenter une perte de 100 à 400 euros par an pour plus de 330 000 familles d'enfants en bas âge. En outre, il ne semble pas légitime que les familles soient davantage mises à contributions que les ménages en général dans le cadre d'efforts qui doivent en réalité être demandés à tout le monde. **C'est pourquoi la Rapporteur pour avis a proposé la suppression de**

cette disposition, qui pourrait être compensée par une réduction supplémentaire de l'abattement au titre des frais professionnels pour l'assujettissement des revenus d'activités à la CSG et à la CRDS : cette mesure n'aurait qu'un impact très marginal, et aurait le mérite de concerner l'ensemble des revenus d'activité des salariés. Ces modifications ont été approuvées par la commission des Finances.

Outre ces réductions de dépenses sociales – le forfait social s'appliquant sur des « revenus » relevant d'une exemption d'assiette des cotisations au sens de l'annexe 5 au PLFSS –, deux mesures d'augmentation nette de taxation sont prévues par le présent projet.

- Le relèvement des droits sur les boissons alcoolisées (**article 16**) passe plus précisément par l'élargissement du périmètre de la cotisation de sécurité sociale aux boissons titrant plus de 18°, contre 25° actuellement ; par la mise en proportion du tarif de cette cotisation avec le degré d'alcool ; et enfin, par l'augmentation, de l'ordre de 10 %, du tarif du droit de consommation sur les alcools.

L'ensemble de ces mesures doit générer **une recette de 340 millions d'euros en faveur du régime des exploitants agricoles**, unique affectataire des droits alcools, le produit étant réparti pour moitié entre sa branche vieillesse et sa branche maladie.

- Afin de contrecarrer l'érosion du produit de la taxe sur les véhicules de société (TVS) – en raison de l'obsolescence de son barème qui est demeuré inchangé depuis 2006 alors que le renouvellement du parc automobile se traduit par une baisse des émissions de CO₂ –, **l'article 15** du présent projet propose d'en réviser les tranches et de revenir sur un certain nombre d'exonérations existantes, en particulier celle dont bénéficient les biocarburants. On constate en effet que le produit de la TVS est passé de 1,1 milliard d'euros en 2009 à 990 millions d'euros en 2010 : cette évolution est constitutive de la singularité de la fiscalité environnementale. En effet, la taxation des comportements polluants a pour finalité de réduire ces derniers, l'effet de désincitation recherché devant par conséquent déboucher sur une diminution progressive, voire une extinction de ladite taxation. Afin de prolonger l'incitation à renouveler le parc automobile au profit de véhicules toujours moins polluants, il est donc indispensable de revoir le barème de la taxe, afin de le durcir au fur et à mesure des progrès constatés et dans la limite des progrès encore possibles dans ce domaine.

Cette mesure devrait apporter **100 millions d'euros supplémentaires à la branche maladie du régime des exploitants agricoles**, qui est l'unique affectataire de la taxe.

- **L'article 64** du présent projet reprend une proposition de la CNAMTS, en proposant de **renforcer l'efficacité des recours contre les tiers responsables de dommages corporels subis par les assurés** et indemnisés par l'assurance

maladie : ce sont **100 millions d'euros supplémentaires** qui sont attendus par la branche maladie de cette mesure.

• Enfin, **l'article 19** du présent projet propose de fixer à 1,6 % le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques pour les trois prochains exercices. Rappelons que ce taux était de 1 % pour les exercices 2009 à 2011 ; ce nouveau taux devrait procurer **150 millions d'euros supplémentaires à l'assurance maladie**. La Rapporteuse pour avis approuve pleinement cette mesure, qui permettra de financer la formation médicale continue des professionnels de santé : en effet, à la suite de l'affaire du Mediator, les carences de la formation continue des médecins ont été dénoncées par de nombreux rapports, en particulier celui de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur le Mediator et la pharmacovigilance, qui a mis en évidence sa trop grande dépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique⁽¹⁾. Cette disposition s'inscrit donc dans la continuité des préconisations de la mission d'information parlementaire, qui recommandait de mettre les laboratoires pharmaceutiques à contribution pour financer une formation délivrée par des organismes indépendants, en l'occurrence l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) pour les médecins libéraux et l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) pour les médecins salariés.

(1) Rapport d'information n° 3552 de M. Jean-Pierre Door au nom de la mission d'information sur le Mediator et la pharmacovigilance, p. 87, juin 2011

IMPACT DES TEXTES FINANCIERS DE L'AUTOMNE 2011 EN RECETTES

(en millions d'euros)

	Régime général					Autres régimes et organismes	Tous régimes et organismes
	Maladie	AT-MP	Vieillesse (dont FSV)	Famille	Total RG		
Mesures de la LFR 2011	2 138		742	53	2 933	74 FSV CADES : 147 CNSA : 26 FNSA : 71	2 933
Majoration du taux de la TSCA sur les contrats « solidaires et responsables »	1 050				1 050		1 050
Augmentation de 12,3 à 13,5 % des prélèvements sociaux sur les revenus du capital	665		665		1 330		1 330
Réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières	423		77	53	553	74 FSV CADES : 147 CNSA : 26 FNSA : 71	871
Mesure du PLF 2012	120				120		120
Cotisation sur les boissons à sucre ajouté	120				120		120
Mesures d'ordre réglementaire	542	17		115	674	116	790
Hausse des prix du tabac	392	7		65	464	CCMSA, FNAL, fonds de solidarité et autres régimes : 116	580
Alignement sur droit commun des assiettes et taux de cotisations des IEG	150	10		50	210		210
Mesures du PLFSS	1 329		207	317	1 853	174 FSV 73 CADES, 7 CNSA, 478 CCMSA	2 585
Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction Fillon	276		207	117	600		600
Réduction de 3 à 2 % de l'abattement pour frais professionnels sur les assiettes CSG et CRDS	393			60	453	62 FSV 73 CADES 7 CNSA=142	595
Augmentation de 2 points du taux du forfait social	410				410		410
Harmonisation de l'assiette de la C3S dans le secteur financier						112 FSV 38 CCMSA Total : 150	150
Assujettissement du CLCA et du COLCA à la CSG au taux de 6,2 %				140	140		140
Hausse des droits sur les alcools						340 CCMSA	340
Révision du barème de la TVS						100 CCMSA	100
Renforcement de l'efficacité des recours contre tiers	100				100		100
Hausse de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires	150				150		150
Total Recettes	4 129	17	949	485	5 580	FSV : 248 CNSA : 33 CADES : 220 FNSA : 71 CCMSA : 478 + fraction tabacs	6 428

Source : annexe 9 c au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

b) En matière de dépenses

S'agissant de la sécurité sociale, l'essentiel de l'effort porté par les trois textes financiers soumis au Parlement cet automne vise l'apport de recettes supplémentaires : cet effort se révèle beaucoup moins massif en termes de dépenses, et se concentre quasi exclusivement sur **la branche maladie**, pour des **économies qui s'établiraient à 2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base, dont 1,7 milliard pour le seul régime général**.

L'effet des mesures prises dans le cadre du présent projet s'agissant des autres branches (famille, vieillesse et AT-MP) est très faible, puisqu'il aboutira à une économie de seulement 15 millions d'euros au total pour 2012.

Le décalage entre l'ampleur des sommes mobilisées en recettes et la relative modestie des sommes dégagées en moindres dépenses est néanmoins assez logique : s'agissant de la branche vieillesse, la réforme des retraites de 2010 est encore en phase de montée en charge : ce n'est qu'à moyen terme que l'impact sur les comptes du recul des bornes d'âge se fera sensible. Seule la branche maladie est clairement mise sous tension, les économies de 2 milliards d'euros étant indispensables au regard du niveau de progression de l'ONDAM qui a été retenu pour 2012, à hauteur de 2,8 %, contre une augmentation spontanée de 4,1 % en l'absence de mesures.

Le détail de ces mesures d'économies figure dans la seconde partie du présent rapport.

B.– UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DES COMPTES QUI LAISSE SUBSISTER DES DIFFICULTÉS

L'effort de redressement des comptes amorcé dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est, on l'a vu, ambitieux : il faut s'en réjouir. En effet, l'ampleur des déficits accumulés dans les années passées en raison de la crise nous oblige aujourd'hui à prendre des mesures fortes et à faire preuve d'une grande réactivité. La trajectoire pluriannuelle « corrigée » permettra donc de limiter la dégradation des comptes de la sécurité, sans néanmoins autoriser un excès d'optimisme : en effet, aucun retour à l'équilibre n'est envisagé.

1.– Les perspectives pluriannuelles corrigées après mesures

Les perspectives pluriannuelles associées au présent projet décrivent une trajectoire financière de réduction très significative du déficit du régime général comme de l'ensemble des régimes obligatoires de base : outre la rupture initiée, comme on l'a vu, pour 2012, – qui ferait passer le régime général d'un déficit de 21,2 milliards d'euros en tendance à 13,9 milliards d'euros après l'adoption des mesures anti-déficit –, le déficit des régimes de base devrait être diminué de près de moitié à l'horizon 2015, puisqu'il passerait de 20,2 milliards d'euros à fin 2011 à 11 milliards d'euros en 2015. Le redressement serait encore plus significatif pour le régime général, puisque son déficit s'établirait à 8,5 milliards d'euros en 2015 contre 18,2 milliards d'euros à fin 2011.

PERSPECTIVES PLURIANNUELLES ASSOCIÉES AU PLFSS 2012

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012 (tendance)	2012 (après PLFSS)	2013	2014	2015
Régime général	-20,3	-23,9	-18,2	-21,2	-13,9	-13,3	-11,5	-8,5
Maladie	-10,6	-11,6	-9,6	-12	-5,9	-5,1	-3,9	-2,5
AT-MP	-0,7	-0,7	0	0,2	0,1	0,2	0,3	0,6
Famille	-1,8	-2,7	-2,6	-2,7	-2,3	-2,6	-2,3	-2
Vieillesse	-7,2	-8,9	-6	-6,6	-5,8	-5,9	-5,6	-4,6
Ensemble des ROBSS	-21,7	-25,5	-20,2	-23,4	-15,7	-15,5	-13,9	-11
Maladie	-10,4	-11,4	-9,6	-11,8	-5,9	-5	-3,8	-2,3
AT-MP	-0,6	-0,7	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4	0,6
Famille	-1,8	-2,7	-2,6	-2,7	-2,3	-2,5	-2,3	-1,9
Vieillesse	-8,9	-10,8	-8,1	-9	-7,7	-8,3	-8,3	-7,4
FSV	-3,2	-4,1	-3,8	-4	-3,7	-3,4	-3,1	-2,8

Source : annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011

Le redressement escompté repose tant sur une maîtrise de la progression des dépenses de sécurité sociale, qui devront être maintenues à + 3,1 % en valeur, soit + 1,35 % en volume – l'ONDAM devant quant à lui rester contenu à + 2,8 % par an sur la période –, que sur la poursuite de l'effort de remise à niveau des recettes : ainsi, la mobilisation de plus de 6 milliards d'euros de recettes supplémentaires pour 2012 sera insuffisante à couvrir les besoins futurs. De nouvelles mesures devront être prises tout au long de la période quadriennale, qui conditionnent les projections présentées : les recettes de l'ensemble des régimes de base devront progresser de 3,7 % par an en valeur de 2011 à 2015, cette progression devant principalement être obtenue par la remise en cause de niches sociales.

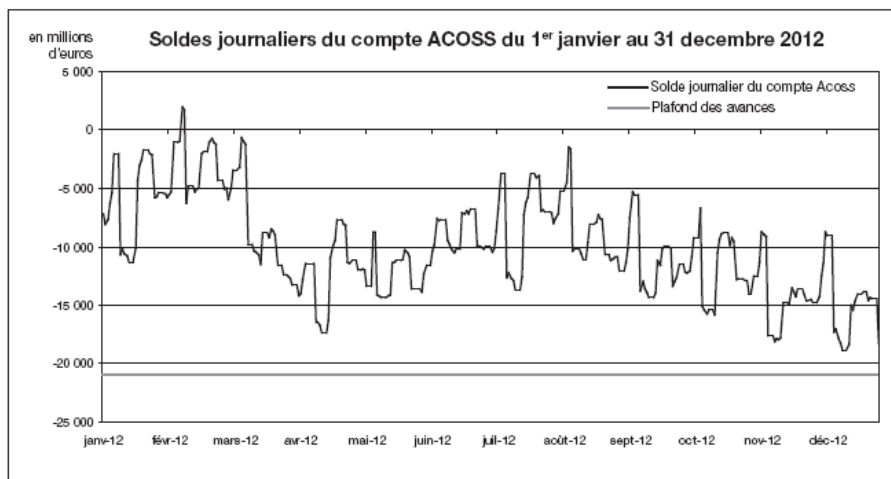
L'horizon est donc loin de se dégager pour les comptes de la sécurité sociale : l'ensemble de ces efforts, en recettes comme en dépenses, laisseront subsister un déficit relativement important – plus de 10 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base – d'ici 2015. Ils seraient néanmoins sans commune mesure avec les niveaux atteints dans les trois dernières années en raison de la crise qui a frappé de plein fouet nos régimes de sécurité sociale. Il convient en outre de souligner que le financement de la part « vieillesse » et FSV des déficits qui s'accumuleront entre 2011 et 2018 est d'ores et déjà assuré dans le cadre du schéma de transfert des déficits à la CADES qui a été organisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

2.– Le soulagement de la trésorerie du régime général pourrait n'être que de court terme

Malgré la perspective de reprise par la CADES, avant le 30 juin 2012, des déficits 2011 de la branche vieillesse et du FSV, estimés à 8,9 milliards d'euros, et

d'un apport de recettes nouvelles grâce au plan de lutte contre les déficits publics, le plafond d'autorisation de recours à des ressources non permanentes du régime général augmenterait de 3 milliards d'euros en 2012 par rapport à 2011, pour s'établir à **21 milliards d'euros (article 32 du présent projet)**.

Comme l'indique le graphique suivant, le solde de trésorerie s'établirait à -18,3 milliards d'euros au 31 décembre 2012, après avoir atteint un point bas le 14 décembre 2012 à -18,9 milliards d'euros.



Le niveau de ce solde par rapport au déficit prévisionnel du régime général – à 13,9 milliards d'euros – s'explique par le poids que fera peser le déficit du FSV (3,7 milliards d'euros) sur la CNAV. Ce niveau est certes très inférieur au sommet atteint en 2010, avant transfert de dette, où il atteignait 65 milliards d'euros : il reste néanmoins important, bien que soutenable pour l'ACOSS.

La situation reste néanmoins préoccupante, car on assiste bel et bien à une reconstitution des déficits. Or, le contexte macroéconomique actuel est particulièrement instable et présente des dangers pour la dette souveraine. Si, depuis 2008, dans le contexte de la crise financière, les marchés financiers ont précisément favorisé les signatures publiques (sous l'effet d'un phénomène de « *flight to quality* »), ce phénomène pourrait s'inverser à l'avenir. Si donc, l'ACOSS a pu financer à moindre coût des niveaux de déficits particulièrement importants en 2009 et 2010, dans l'hypothèse d'une remontée des taux d'intérêt, la situation pourrait devenir beaucoup plus délicate pour l'agence.

La Rapporteuse pour avis considère qu'en tout état de cause une remise à plat du financement des déficits du régime général devra être effectuée à l'horizon 2013 : en effet, à fin 2012, avec un solde de trésorerie de -19 milliards d'euros estimé à l'aune d'une hypothèse de progression de la masse salariale relativement optimiste (+3,7%), les tensions seront très fortes pour 2013 : il conviendra donc, à cette échéance, de revoir les modalités de financement

de l'ACOSS, et notamment la part respective du financement par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et celle du financement par les marchés financiers. Si la convention financière qui lie la CDC à l'ACOSS pour la période 2011–2014 n'offre plus de garantie de tarifs à l'agence comme par le passé, cette situation n'est pas à ce stade dommageable pour l'ACOSS qui emprunte actuellement sans difficulté et à moindre coût eu égard au faible niveau des taux d'intérêt. Elle pourrait néanmoins le devenir en cas de bouleversement du contexte macroéconomique, ce qui ne saurait être exclu.

La Cour des comptes ⁽¹⁾ a fait très justement remarquer que l'aggravation des déficits de la sécurité sociale, en particulier depuis la crise financière et économique de 2008, a occasionné un véritable changement de modèle financier pour le régime général, par le biais de la désintermédiation croissante des financements de l'ACOSS. Cette nouvelle configuration semble devoir être entérinée : en particulier, l'exposition plus grande au risque de liquidité et les nouvelles responsabilités financières qui doivent ce faisant être assumées par l'ACOSS nécessitent, selon la Cour, que l'agence définisse au plus vite une véritable stratégie financière, qui permette de déterminer la gamme des instruments qui doivent être mis à sa disposition pour financer au mieux ses découverts.

3.– Un nouveau transfert de dette qui n'obère pas l'horizon d'amortissement de la CADES

L'article 20 du présent projet organise le transfert à la CADES des déficits cumulés 2009 et 2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, à hauteur de 2,5 milliards d'euros. Ce schéma de reprise de dette est financé dans le respect des dispositions de l'article 4 bis de l'ordonnance du 24 janvier 1996 qui prévoit que *« tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation du produit d'impositions de toute nature ou de la réalisation d'actifs affecté à la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale »*. Deux mesures viennent en effet majorer à compter de 2012 le rendement des recettes déjà affectées à la CADES, à hauteur de **220 millions d'euros** au total :

– La première, déjà entrée en vigueur à l'occasion de la publication de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011, est constituée par l'aménagement du régime d'imposition des plus-values immobilières hors résidence principale, qui sont soumises aux prélèvements sociaux sur les produits de placement à hauteur désormais de 13,5 %. Outre la totalité de la CRDS, recette historique de la CADES, celle-ci est aujourd'hui également affectataire de 0,48 point de CSG ainsi que de 1,3 point du prélèvement

(1) Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011. Chapitre III : « Le financement des déficits sociaux »

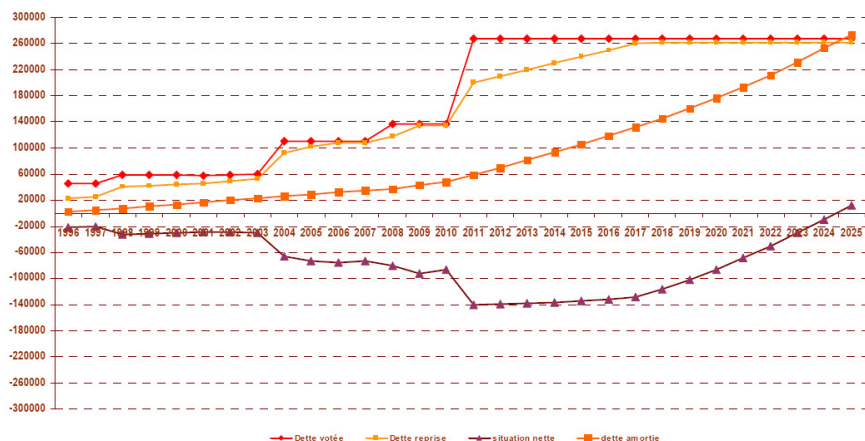
social de 3,4 % sur les revenus du capital⁽¹⁾: à ce titre, le surplus de recettes attendu du régime d'imposition, et par conséquent d'assujettissement aux prélèvements sociaux, des plus-values immobilières devrait générer un gain estimé à 147 millions d'euros pour la CADES.

– La seconde, qui figure à **l'article 12** du présent projet, concerne l'élargissement d'un point de l'assiette de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité : ces prélèvements étant, pour partie ou en totalité affectés à la CADES, cette dernière verra également mécaniquement croître ses recettes à ce titre à compter de 2012, à hauteur de 73 millions d'euros (36 millions d'euros au titre de la CSG et 37 millions d'euros au titre de la CRDS).

Auditionné par la Rapporteuse pour avis, le président du conseil d'administration de la caisse, M. Patrice Ract-Madoux, a indiqué que, compte tenu des nouvelles recettes perçues par la CADES depuis 2011 pour le financement des déficits passé du régime général et des déficits futurs de la branche vieillesse et du FSV et de l'élargissement de l'assiette des prélèvements sociaux affectés à la caisse, le nouveau « tarif » d'une reprise de dette s'établit à 0,063 point de CRDS par tranche de 10 milliards de dette à transférer, soit toutes choses égales par ailleurs, l'équivalent de 0,016 point de CRDS pour la reprise des 2,47 milliards d'euros de déficits cumulés du régime vieillesse des exploitants agricoles. Or, 0,1 point de CRDS rapportera 12,81 milliards d'euros en 2012. Les nouvelles recettes nécessaires pour financer cette dette supplémentaire s'établissent donc à un peu plus de 200 millions d'euros.

S'agissant de la capacité d'amortissement de la dette, le schéma retenu est tout à fait satisfaisant pour la Caisse, lui permettant de reprendre la dette de la branche vieillesse du régime agricole sans allongement de sa durée d'amortissement, fixée à 2025.

(1) Rappelons que c'est la même loi de finances rectificative pour 2011 qui a augmenté de 1,2 point le prélèvement social de 2,2 % sur les revenus du capital, le portant à 3,4 %.



Source : CADES

Les recettes de la Caisse devraient s'établir à 15,8 milliards d'euros en 2012. Outre près de 2,5 milliards d'euros de déficits cumulés du régime agricole qui lui seront transférés, la Caisse reprendra également les déficits 2011 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, à hauteur de 9,8 milliards d'euros : ce sont donc au total 12,3 milliards d'euros de dette supplémentaire que la caisse sera chargée d'amortir à compter de 2012. **L'article 27** du présent projet fixe en conséquence l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse à 11,1 milliards d'euros pour 2012.

Si la stratégie de financement de la Caisse lui permettra de mener à bien sa mission dans l'horizon d'amortissement qui lui est imparti, il convient toutefois de noter que, à l'instar de l'ACOSS, la CADES est elle aussi exposée au risque de taux, comme a eu l'occasion de le rappeler la Cour des comptes. En effet, la Caisse est « *doublément exposée à une remontée des taux* » : d'une part, son financement à court terme viendra accroître à l'avenir sa part d'endettement à taux variable, l'exposant ainsi à une hausse des taux courts ; d'autre part, une remontée des taux longs pèserait sur le refinancement de moyen long terme de ces reprises de dette. La Cour estime ainsi qu'« *une remontée des taux d'intérêt de 100 points de base aurait pour effet un accroissement immédiat de la charge d'intérêt annuelle de plus de 500 millions d'euros* »⁽¹⁾.

La clarification intervenue l'an passé à l'occasion de la réouverture de la CADES et du transfert des déficits cumulés 2009-2010 devrait, selon la Cour, être poussée à son terme : les déficits constatés en fin d'année devraient automatiquement être repris par la Caisse, qui se verrait systématiquement allouer la recette nécessaire à son financement, à horizon d'amortissement inchangé. La Rapporteuse pour avis considère que si un tel mécanisme serait évidemment souhaitable dans l'absolu, sa mise en œuvre concrète peut se révéler moins

(1) Rapport de la Cour des comptes : Sécurité sociale 2011. Chapitre III : Le financement des déficits sociaux, pp.98-99, septembre 2011

évidente, comme cela a été le cas lors du transfert de dette opéré en 2011. Lors des débats sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, elle avait en particulier considéré que la période exceptionnelle de crise qui a occasionné des déficits particulièrement élevés en 2009 et 2010 pouvait justifier que ne soit pas actionné le levier de l'augmentation générale des prélèvements obligatoires.

4.– Des « poches de résistance » des déficits qui perdurent

a) Le déficit structurel de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles

Ce transfert ne peut en outre que soulager la trésorerie de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), ce dont témoigne la révision sensible à la baisse du plafond d'emprunt qui lui sera fixé pour 2012, à hauteur de 2,9 milliards d'euros (**article 32** du présent projet) contre 4,5 milliards d'euros en 2011. Les charges financières de la CCMSA devraient également sortir allégées de cette reprise de dette : les économies à ce titre pourraient s'établir à 50 millions d'euros en 2012.

On remarquera toutefois que cette reprise de dette apparaît davantage comme la saisie d'une opportunité que comme une mesure mûrement réfléchie. Certes, les dispositions présentées le 24 août dernier par le Premier Ministre dans le cadre du plan de lutte contre les déficits, conduisent effectivement à majorer les recettes de la CADES : elles n'ont toutefois pas été prises dans l'optique d'une telle reprise de dette. Ce surcroît de recettes pour la caisse aurait d'ailleurs pu être mis à profit pour réduire le coût et la durée de l'amortissement de la dette déjà reprise. Il est en outre loisible de s'interroger sur le signal transmis à l'occasion de cette réouverture de la Caisse pour accueillir une nouvelle dette, après le transfert massif opéré il y a moins d'un an. Enfin, cette reprise ne signe-t-elle pas une transformation du modèle de portage de la dette ? En effet, c'est la première fois que la CADES reprend une dette qui ne relève pas du régime général ⁽¹⁾ : il s'agit en réalité d'un report sur la CADES de la dette d'un régime qui faisait, jusqu'à 2009, l'objet d'un rééquilibrage par l'État. Or, si la réforme initiée à cette date avec la suppression du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) a permis d'apporter une solution pérenne au financement de la branche maladie du régime, désormais intégrée financièrement au régime général, aucune solution n'a été trouvée s'agissant de la branche vieillesse, dont on connaît pourtant le caractère structurellement et irrémédiablement déficitaire.

La Rapporteuse pour avis se réjouit bien entendu de l'apport de nouvelles recettes à cette branche, permis par le présent projet, **à hauteur de 400 millions d'euros**, par le biais :

(1) À l'exception d'une seule reprise, effectuée lors de sa création en 1996, et qui portait sur de très faibles sommes, en l'occurrence 460 millions d'euros au titre de la CANAM, devenue le RSI.

– d’une part, de l’augmentation du droit de consommation applicable aux alcools (pour un montant de 170 millions d’euros), ce droit bénéficiant déjà en totalité à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles ;

– et d’autre part, de la réaffectation à son profit d’une fraction de 60,4 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées, qui bénéficie aujourd’hui à la branche maladie de ce régime. Celle-ci étant intégrée au régime général, c’est concrètement ce dernier qui essuiera la perte de recettes à ce titre, à hauteur de 230 millions d’euros.

Néanmoins, ces recettes nouvelles ne suffiront pas à couvrir le déséquilibre structurel de ce régime : en effet, en 2010, le nombre des cotisants non salariés agricoles avoisinait 560 000 alors que le nombre de titulaires d’une pension de vieillesse représentait 1,79 million, soit un ratio démographique faible, de l’ordre de 0,31. La branche vieillesse du régime des exploitants agricoles a accusé un déficit de 1,18 milliard d’euros en 2009 et de 1,28 milliard d’euros en 2010, qui font précisément l’objet du transfert à la CADES. En 2011, ce déficit devrait s’établir à 1,35 milliard d’euros ; son évolution spontanée le porterait à 1,4 milliard d’euros pour 2012. Autrement dit, les 400 millions d’euros de recettes nouvelles laisseront subsister un déséquilibre structurel situé entre 0,8 et 1 milliard d’euros pour la branche. Une solution pérenne devra donc être trouvée rapidement : à défaut, la CADES sera inmanquablement rouverte d’ici quelques années pour reprendre les déficits qui se seront de nouveau accumulés à ce titre.

b) Le FSV et la CNRACL

Outre le problème récurrent posé par le régime agricole, deux « poches de résistance » du déficit semblent pouvoir être identifiées : le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Le FSV fera l’objet d’une analyse plus précise dans le second chapitre du présent rapport : on peut toutefois d’ores et déjà dire que malgré les recettes importantes qui lui ont été affectées dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 d’une part, et par les textes financiers soumis au Parlement cet automne d’autre part (à hauteur de 248 millions d’euros), les charges substantielles qui lui ont également été transférées ne permettent pas de laisser espérer un redressement à court ou moyen terme du fonds. La clé de financement des déficits futurs du fonds a certes déjà été définie, à travers le décaissement progressif des actifs du FRR au profit de la CADES et les nouvelles recettes affectées à cette dernière : il n’en demeure pas moins que ces déficits cumulés seront élevés, puisqu’ils pourraient représenter 16,8 milliards d’euros pour les exercices 2011 à 2015.

Doit également faire l’objet de nos préoccupations le déficit naissant, mais croissant, de la CNRACL : rappelons que d’après le conseil d’orientation des

retraites ⁽¹⁾, le solde de la Caisse passerait, selon un scénario macroéconomique médian, d'un excédent de 0,3 milliard d'euros en 2015 à un déficit de 1,3 milliard d'euros en 2020, qui se creuserait ensuite pour s'élever à 5,3 milliards d'euros en 2030 et atteindrait 13,6 milliards d'euros à l'horizon 2050. Ces projections ne tiennent pas compte de l'impact sur ce régime de la réforme des retraites de 2010, qui devrait améliorer les comptes de la caisse de 2,1 milliards d'euros en 2015 et 4,3 milliards d'euros à l'horizon 2020 ⁽²⁾. On remarque toutefois qu'après avoir connu pour la première fois un solde déficitaire en 2010, à près de 500 millions d'euros, le déficit devrait persister pour s'établir à 561 millions d'euros en 2011 et à un peu moins de 640 millions d'euros en 2012. Or, c'est bien structurellement que le régime des agents des collectivités locales va devenir déficitaire : il arrive en effet à un âge de maturité, alors même que pendant sa phase d'expansion – et d'excédent –, les réserves qu'il avait pu accumuler ont été entièrement absorbées par le mécanisme de la compensation démographique et de la surcompensation (mise en place en 1986) au profit de l'État.

Dans ce contexte, **l'article 32** du présent projet propose de porter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 1,45 milliard d'euros pour 2012 contre seulement 400 millions d'euros en 2011.

*

* *

Le présent texte est clairement à la hauteur des enjeux, de par l'effort important de redressement des comptes qu'il initie. Il conviendra néanmoins de ne pas relâcher l'effort, et cela, année après année : tel est le prix du retour à l'équilibre, qui ne pourra être envisagé qu'à la condition que la dynamique des recettes soit durablement supérieure à celle des dépenses de la sécurité sociale. De la même manière, la dette sociale ne diminuera qu'à partir du moment où les déficits annuels de la sécurité sociale seront inférieurs à la capacité d'amortissement de la dette.

(1) 8^{ème} rapport du conseil d'orientation des retraites : « Retraites : perspectives actualisées à moyen et long terme en vue du rendez-vous de 2010 », avril 2010, p. 66

(2) Données issues de l'avis n° 2768, au nom de la Commission des finances, de M. Laurent Hénart, sur le projet de loi n° 2760 portant réforme des retraites, juillet 2010, p. 32

SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

L'équilibre financier et les mesures nouvelles pour chacune des quatre branches de la sécurité sociale seront présentés en suivant leur ordre de présentation dans le PLFSS 2012, avec un développement particulier pour les dépenses médico-sociales.

I.- LA BRANCHE MALADIE

Selon les comptes de la santé, la sécurité sociale représentait toujours, en 2010, 75,8 % du financement de la consommation de soins et de biens médicaux. L'effort de solidarité en faveur de la santé de nos compatriotes n'est toutefois soutenable financièrement qu'à condition de renforcer l'efficacité des dépenses de santé. La politique de maîtrise des dépenses menée depuis le début de la législature a permis de contenir l'évolution de ces dépenses tout en renforçant l'efficacité et la performance de notre système de santé, tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier.

A.- L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE

1.- L'ONDAM enfin respecté

La loi du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques (LFPF) pour les années 2011 à 2014 a prévu un taux de croissance de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 2,9 % en 2011 puis 2,8 % les années suivantes. Surtout, elle a mis fin au « rebasage » de l'ONDAM, c'est-à-dire que l'objectif est de nouveau calculé (comme il l'était avant 2000) sur la base de l'objectif voté par le Parlement et non sur la base du constat d'exécution. Cette nécessaire rigueur implique un strict respect de l'ONDAM chaque année, ce qui est justement désormais le cas.

RÉALISATION PRÉVISIONNELLE DE L'ONDAM 2011

(en milliards d'euros)

	LFSS 2010	LFSS 2011	Taux d'évolution (en %)	Prévision 2011	Écart
Soins de ville	75,2	77,3	2,7	77,3	0,0
Établissements de santé	70,9	72,9	2,7	72,9	0,0
Établissements et services sociaux et médico-sociaux	15,2	15,8	4,1	15,8	0,0
<i>Établissements et services pour personnes âgées</i>	7,3	7,6	4,4	7,6	0,0
<i>Établissements et services pour personnes handicapées</i>	7,9	8,3	3,9	8,3	0,0
Autres modes de prise en charge	1,0	1,1	5,9	1,1	0,0
ONDAM	162,4	167,1	2,9	167,1	0,0

Source : PLFSS 2012, annexe 7

La LFSS 2010 avait fixé l'ONDAM à 162,4 milliards d'euros. La Rapporteuse pour avis se félicite que, pour la première fois depuis 1997, les dépenses observées aient été inférieures à l'objectif voté par le Parlement : la sous-exécution de l'ONDAM atteint 640 millions d'euros. Pour 2011, l'ONDAM a été fixé par le Parlement à 167,1 milliards d'euros ; cet objectif n'a pas été modifié par la LFRSS du 28 juillet 2011, et ne l'est pas non plus par la partie rectificative du présent PLFSS. Les dernières informations disponibles conduisent à prévoir de nouveau en 2011 le respect de l'objectif voté. Comme l'an dernier, le facteur majeur qui devrait permettre de respecter l'objectif tient à la faible consommation de soins à la fin de l'année 2010, qui a mécaniquement un effet report sur 2011. La réalisation prévisionnelle de l'ONDAM 2011 correspond à un taux de progression de 2,9 % par rapport à l'objectif arrêté pour 2010, conformément à ce qui était prévu par la loi de programmation des finances publiques.

MONTANTS ET TAUX D'ÉVOLUTION DE L'ONDAM 2012

(en milliards d'euros)

Sous-objetsifs	Base 2011	PLFSS 2012	Taux d'évolution
Soins de ville	77,3	79,4	2,7 %
Établissements de santé	72,7	74,7	2,7 %
<i>Établissements de santé tarifés à l'activité</i>	53,9	55,3	2,7 %
<i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	18,9	19,4	2,7 %
Établissements et services sociaux et médico-sociaux	15,8	16,5	4,2 %
<i>Établissements et services pour personnes âgées</i>	7,6	8,1	6,3 %
<i>Établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,3	8,4	2,1 %
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,1	1,2	5,9 %
ONDAM	167,0	171,7	2,8 %

Source : PLFSS 2012, annexe 7

De manière tendancielle, l'ONDAM progresserait de 4,1 % en 2012. Ce taux intègre l'évolution prévisible des prestations remboursées compte tenu de la prévision d'exécution de l'objectif pour 2011 et des tendances de moyen terme ainsi que des mesures nouvelles de dépenses prévues pour 2012 (plans de santé publique, revalorisations). L'objectif pour 2012 présenté en PLFSS correspond quant à lui à une progression des dépenses de 2,8 % à champ constant, comme le prévoit la loi de programmation des finances publiques. Afin d'aboutir à un tel objectif, un montant global d'économies de 2,2 milliards d'euros est nécessaire.

IMPACT FINANCIER DES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2012 SUR LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2012	1 851	2 163
Maîtrise médicalisée	469	550
Baisses de tarifs en biologie et radiologie	145	170
Baisses de prix de produits de santé	572	670
Mesures sur le médicament	85	100
Harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières (IJ)	196	223
Contrats de performance à l'hôpital	128	150
Convergence tarifaire ciblée	85	100
Optimisation des achats à l'hôpital	124	145
Lutte contre la fraude à l'hôpital	47	55
Mesure hors ONDAM	- 150	- 150
Formation continue des professionnels de santé	- 150	- 150
Total des mesures sur les dépenses d'assurance maladie	1 701	2 013

Source : PLFSS 2012, annexe 9

2.– Un déficit de l'assurance maladie contenu

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	141,8	147,8	156,2	162,2	168,5	175,0
Dépenses	153,4	157,4	162,2	167,3	172,4	177,5
Solde	- 11,6	- 9,6	- 5,9	- 5,1	- 3,9	- 2,5

Source : PLFSS 2012

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	165,2	171,7	180,9	187,2	194,1	201,2
Dépenses	176,5	181,3	186,8	192,2	197,8	203,5
Solde	- 11,4	- 9,6	- 5,9	- 5,0	- 3,8	- 2,3

Source : PLFSS 2012

En 2010, le solde de la CNAM s'est creusé d'un milliard d'euros, passant d'un déficit de 10,6 milliards d'euros en 2009 à 11,6 milliards d'euros en 2010, les dépenses de la branche progressant à un rythme légèrement plus élevé que ses recettes (+ 3 % contre + 2,6 % en 2009). Les prestations maladie-maternité ont

progressé de 2,7 % dans le périmètre de l'ONDAM, à un rythme sensiblement moins rapide qu'en 2009 (+ 3,6 %). Cette décélération résulte pour l'essentiel d'un ralentissement des prestations en nature en établissements de santé. Les prestations hors ONDAM ont augmenté de 3,1 % en 2010, portées par la progression très dynamique des prestations médico-sociales (+ 23,4 % par rapport à 2009) et des indemnités journalières (IJ) maternité et paternité (+ 4,4 %), la croissance des prestations d'invalidité restant modérée (+ 1,4 %). Les charges techniques ont également progressé de 22,7 % en 2010, en raison d'une forte hausse des participations au financement des fonds médicaux et hospitaliers. Du côté des recettes, les cotisations et prises en charge d'exonération se sont accrues de 2,4 % en 2010 : l'amélioration de la conjoncture et la progression de la masse salariale ont contribué à cette embellie. Compte tenu du mode de répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie, les produits nets de CSG affectés à la CNAM n'ont crû que de 1,1 % en 2010. Par ailleurs, la CNAM a bénéficié en 2010 de 550 millions d'euros de recettes nouvelles : doublement du taux de forfait social, contribution des organismes au titre de la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1) et contribution sur les jeux et paris.

En **2011**, le déficit de la CNAM s'établirait à 9,6 milliards d'euros, soit une amélioration du solde de 1,7 milliard d'euros par rapport à 2010. Cette amélioration serait due à une croissance des recettes plus forte que celle des dépenses. Les prestations maladie-maternité du champ ONDAM accéléreraient de 3,1 % (contre 2,7 % en 2010), du fait de la progression plus rapide des prestations en nature et de celles des établissements de santé. Les prestations hors ONDAM n'augmenteraient que de 0,3 %, malgré la hausse des IJ maternité et paternité et des prestations invalidité. La dotation à l'EPRUS devrait considérablement se réduire (de l'ordre de 75 %) et les autres charges techniques diminueraient. En ce qui concerne les recettes, les cotisations et prises en charge d'exonérations progresseraient de 4,6 % en 2011, le facteur principal de cette progression étant la bonne tenue de la masse salariale du secteur privé avec une hausse de 3,7 %. Les recettes de CSG croîtraient plus fortement qu'en 2010, la répartition de la CSG maladie devenant cette année favorable au régime général.

En **2012**, en l'absence de mesures nouvelles, la dégradation du déficit atteindrait 12 milliards d'euros avec l'hypothèse d'un ONDAM tendanciel à 4,2 %. Les mesures d'économies permettant de tenir un ONDAM à 2,8 % et l'apport de recettes nouvelles, à hauteur de 4,1 milliards d'euros, issues de la deuxième loi de finances rectificative pour 2011, du projet de loi de finances pour 2012 et du présent PLFSS.

Les charges techniques que constituent les dotations versées par l'assurance maladie, hors ONDAM, aux différents fonds médicaux et hospitaliers sont fixées par le PLFSS de la manière suivante :

ÉVOLUTION DES DOTATIONS VERSÉES PAR L'ASSURANCE MALADIE

(en millions d'euros)

	2011 (LFSS 2011)	2011 (PLFSS 2012)	2012 (PLFSS 2012)
ARS	191,00	201,00	161,00
FMESPP	347,71	289,72	385,87
FIQCS	250,00	-	250,00
FIR	-	-	915,00
ONIAM	10,00	-	55,00
EPRUS	0,00	-	20,00
EFS	35,00	-	0,00

Source : LFSS 2011 et PLFSS 2012

La création d'un Fonds d'intervention régional (FIR), par l'**article 36** du PLFSS, permettra de regrouper dans le cadre d'une enveloppe fermée les moyens de financer l'amélioration de la performance, de la continuité et de la qualité des soins. Les crédits de ce fonds, qui regroupera une partie des actions du FIQCS et du FMESPP, seront délégués aux ARS. Celles-ci seront incitées à optimiser l'organisation de la permanence des soins, ambulatoires et hospitaliers, afin de dégager des marges de manœuvre pour des actions de prévention.

B.– LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

La maîtrise médicalisée vise à optimiser les pratiques médicales à travers notamment l'amélioration de la qualité des soins et le respect des bonnes pratiques professionnelles. Sa caractéristique étant de s'appuyer sur les professionnels de santé, nombre d'objectifs et d'actions de maîtrise médicalisée sont définis soit par voie conventionnelle, soit par voie contractuelle, ou encore à travers l'incitation à des modifications de comportements.

Depuis 2007, des mesures notables de maîtrise médicalisée des dépenses ont été prises dans le cadre des LFSS successives : la mise en place du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), la régulation des prescriptions hospitalières remboursées sur l'enveloppe soins de ville de transports et de médicaments, l'instauration de référentiels pour les actes en série, l'extension de la mise sous accord préalable. Le rôle de la Haute Autorité de santé (HAS) a également été renforcé en matière d'efficacité du système de santé afin qu'elle contribue, par son action et ses recommandations, à influencer sur les pratiques des professionnels de santé.

1.– L'évolution des dépenses de soins de ville

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en millions d'euros)

	2009	2010	Évolution 2009/2010	Évolution 2011/2010
Honoraires libéraux	27 383	28 083	2,6 %	3,3 %
Honoraires privés	15 783	15 902	0,8 %	3,0 %
généralistes	5 019	4 921	- 1,9 %	6,2 %
spécialistes	8 108	8 294	2,3 %	1,7 %
sages-femmes	119	129	7,8 %	8,2 %
dentistes	2 537	2 559	0,9 %	1,2 %
Honoraires paramédicaux	6 216	6 595	6,1 %	4,6 %
infirmières	3 365	3 641	8,2 %	5,9 %
kinésithérapeutes	2 387	2 463	3,2 %	2,4 %
orthophonistes	419	443	5,7 %	6,2 %
orthoptistes	46	48	5,5 %	5,2 %
Laboratoires de biologie	2 750	2 798	1,7 %	1,7 %
Transports de malades	2 634	2 787	5,8 %	3,5 %
Autres dépenses	31 293	32 302	3,2 %	2,7 %
Médicaments	18 152	18 476	1,8 %	1,5 %
Dispositifs médicaux	3 602	3 875	7,6 %	5,0 %
Indemnités journalières	8 341	8 679	4,0 %	3,7 %
ALD 31 et ALD 32	380	415	9,2 %	9,0 %
Total	58 676	60 385	2,9 %	3,0 %

Source : CCSS, rapport de septembre 2011

Les dépenses de soins de ville ont atteint 74,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base en 2010. Le taux d'évolution des dépenses de médicaments a été moins élevé que prévu en raison des bons résultats atteints en matière de maîtrise médicalisée. L'impact de la grippe a aussi été moins important que prévu, l'épidémie ayant été tardive dans l'année et d'ampleur modeste. Les dépenses de soins paramédicaux et de transport de malades ont aussi connu en 2010 une évolution sensiblement moins dynamique qu'anticipé.

En 2011, les dépenses de soins de ville devraient s'établir à 77,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. Une possible sous-consommation de l'enveloppe soins de ville, à hauteur de 200 millions d'euros, est envisagée par le rapport de septembre 2011 de la Commission des comptes de la sécurité sociale. En tout état de cause, le respect du sous-objectif est tout à fait à portée. En effet, la dynamique globale des différents postes de dépenses semble poursuivre son ralentissement. Sur l'année, les honoraires paramédicaux, les prescriptions de produits de santé et les frais de transport devraient ainsi voir leur croissance décélérer, tandis que la croissance des honoraires médicaux et dentaires ainsi que celle des indemnités journalières demeurerait soutenues.

2.— Les mesures nouvelles du PLFSS 2012

L'**article 33** vise à renforcer le rôle d'évaluation médico-économique de la Haute Autorité de santé (HAS). Les recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription et de prise en charge que doit émettre cette instance depuis la LFSS 2008 reposent sur la comparaison des différentes thérapeutiques pertinentes en prenant en compte simultanément leurs coûts et leurs conséquences. Pour que la Haute Autorité puisse pleinement remplir sa mission, il est proposé d'étendre la compétence de sa commission spécialisée dans le domaine de l'évaluation médico-économique des produits de santé. Les avis ainsi rendus seront pris en compte pour fixer les prix des produits de santé et décider ou non de l'opportunité de leur prise en charge. Il pourrait en résulter des économies de l'ordre de 20 millions d'euros en 2012, les baisses de prix des médicaments pouvant être mieux ciblées à l'aide d'une meilleure évaluation médico-économique préalable.

L'**article 34** prolonge d'une année, jusqu'à fin 2013, l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé destinés à permettre de compléter le paiement à l'acte ou de s'y substituer qui a été mise en place par la LFSS 2008. Les expérimentations engagées, qui concernent 150 structures pluriprofessionnelles de premier recours (maisons, pôles et centres de santé), ont été longues à mettre en place, ce qui nécessite de prolonger la durée de leur évaluation. Cette prolongation d'une année devrait entraîner, en 2013, une dépense supplémentaire de 7,5 millions d'euros.

L'**article 39** met en œuvre des préconisations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juin 2011 sur les pharmacies d'officine. Il s'agit notamment d'introduire progressivement dans la rémunération officinale une part croissante dissociée du prix des produits vendus. Cette rémunération serait constituée pour partie d'une rémunération de l'acte de dispensation et pour partie d'une rémunération à la performance, sur la base d'objectifs de santé publique et d'efficience des dépenses. La convention conclue entre l'UNCAM et les pharmaciens précisera ce nouveau mode de rémunération, qui entraînera des dépenses nouvelles, mais devra aussi accompagner la recomposition du réseau des officines, ce qui devrait en sens inverse se traduire par des économies (liées à une moindre revalorisation des marges payées par l'assurance maladie) de l'ordre de 60 millions d'euros à compter de 2013.

L'**article 41** prolonge de deux ans l'expérimentation du contrôle administratif et médical des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), instituée par la LFSS 2010. Compte tenu de la lente mise en place initiale du dispositif, il s'agit de bénéficier d'une durée suffisante pour l'évaluer. L'expérimentation est aussi étendue aux collectivités territoriales qui n'ont pas pu signer la convention locale dans des délais prévus par la LFSS 2010, à compter du 1^{er} janvier 2012. En mai 2011, 236 cas d'arrêts de travail non justifiés ont été repérés depuis le début de l'expérimentation ; sur cette base, le rendement attendu de l'expérimentation est de l'ordre de 2 millions d'euros pour 2012.

Enfin, il est prévu la mise en œuvre d'une mesure réglementaire relative aux IJ. Dans le droit en vigueur, leur mode de calcul diffère selon la nature de l'arrêt de travail (maladie, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle) : les IJ versées au titre de l'assurance maladie ou du risque AT/MP sont calculées sur la base du salaire brut, alors que les IJ versées au titre de l'assurance maternité sont fonction du salaire net. Le Gouvernement souhaite modifier le mode de calcul des IJ : la réforme envisagée par décret consiste à calculer toutes les IJ sur la base du salaire net. Cette réforme poursuit plusieurs objectifs : un objectif de simplification, toutes les IJ étant calculées sur la même base ; un objectif de lisibilité pour le salarié qui pourra comparer son IJ à son salaire net ; un objectif d'économie sur les IJ maladie ; un objectif d'amélioration des IJ dues au titre du risque AT-MP. Il devrait en résulter une économie de 196 millions d'euros pour le régime général en 2012.

C.- LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1.- L'évolution des dépenses hospitalières

Les dépenses afférentes aux établissements de santé se sont établies à 70,8 milliards d'euros en 2010. Compte tenu du ralentissement de l'activité des cliniques privées constaté en fin d'année et des mesures de régulation prises en cours d'exercice, les réalisations sont inférieures de 150 millions d'euros à l'objectif voté. Les établissements anciennement sous dotation globale contribuent à cette sous-exécution pour 50 millions d'euros et les cliniques privées pour 100 millions d'euros. Cette sous-consommation serait toutefois temporaire. En effet, les dernières données disponibles fournies par le rapport de septembre 2011 de la Commission des comptes de la sécurité sociale sur les établissements de santé confirment la croissance très soutenue des dépenses hospitalières en 2011. Le risque prévisionnel de dépassement sur le champ des établissements de santé serait de l'ordre de 300 à 400 millions d'euros. Ce risque de dépassement devrait être intégralement compensé par les mises en réserve de dotations prévues en début d'année. L'objectif d'un ONDAM hospitalier 2011 à 72,9 milliards d'euros devrait donc pouvoir être tenu.

L'ONDAM hospitalier 2010 voté par le Parlement a pu être respecté notamment grâce à la mise en œuvre de mesures correctrices. À titre prudentiel et afin de pallier au risque potentiel de dépassement de l'ONDAM hospitalier, des mesures de mise en réserve ont ainsi été mises en place en début d'exercice, conformément aux recommandations du rapport Briet d'avril 2010 sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie. Les réserves constituées au printemps 2010, d'un montant de 525 millions d'euros, ont permis de couvrir l'intégralité du dépassement de l'ONDAM hospitalier. Pour 2011, la mise en réserve sur l'enveloppe hospitalière a atteint 400 millions d'euros, soit 350 millions d'euros sur les crédits d'aide à la contractualisation et 50 millions d'euros au titre de la procédure de déchéance du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Cette réserve de précaution devrait être

suffisante pour couvrir intégralement un éventuellement dépassement de l'ONDAM hospitalier d'ici la fin de l'année 2011. Pour 2012, conformément à la loi de programmation des finances publiques, 0,3 % de l'ONDAM sera mis en réserve, soit au total 545 millions d'euros (y compris pour l'ONDAM médico-social).

Outre ce dispositif de réserve de précaution, le respect de l'ONDAM hospitalier repose aussi sur la maîtrise médicalisée dans les établissements de santé. Les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins fixent des engagements et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de cette contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs. En 2011 deux types de contrats ont été proposés par les ARS aux établissements de santé : un contrat relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ; un contrat relatif à la régulation des dépenses de transports de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville. Les établissements de santé doivent aussi conclure avec l'ARS et l'assurance maladie un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations. Le remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est accordé en contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement. Des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) ont aussi été créés pour contribuer à l'amélioration du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (DMI). Enfin, la LFSS 2009 a mis en place un dispositif de régulation des dépenses de produits de santé financées en sus, reposant sur l'amélioration de la qualité de la prescription.

2.– Les mesures nouvelles du PLFSS 2012

L'**article 35** propose d'intégrer dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre l'ARS et chaque établissement de santé des objectifs de performance au regard des résultats de l'établissement sur une série d'indicateurs de performance rendus publics tous les ans. Ces indicateurs, définis de manière limitative par voie réglementaire, déclineront les axes considérés comme prioritaires pour améliorer la performance des organisations hospitalières. À titre indicatif, ces objectifs pourraient être l'organisation des blocs opératoires, la gestion des lits, le taux de chirurgie ambulatoire. Les gains de productivité générés dès 2012 sont estimés à 10 millions d'euros, mais devraient être bien supérieurs à terme.

L'**article 40** prévoit une réforme de la tarification des prestations de soins et d'hébergement des patients étrangers non assurés sociaux en situation régulière sur le territoire. Dans le droit en vigueur, cette tarification est réalisée sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP). Il s'agit de permettre aux établissements

de santé qui le souhaitent de déroger à ces règles de facturation pour développer et valoriser une offre de soins programmés à destination de patients étrangers fortunés qui s'acquittent de l'intégralité des frais facturés. Les établissements les plus attractifs pourraient ainsi percevoir des recettes supplémentaires de l'ordre de 5 millions d'euros par an au moins.

II.- LES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES

Au sein de l'ONDAM, les dépenses dédiées aux établissements et services sociaux et médico-sociaux constituent un sous-objectif particulier. L'ONDAM médico-social devrait augmenter de 4,2 % en 2012, soit 1,5 fois plus que l'ensemble de l'ONDAM (+ 2,8 %), après avoir déjà augmenté de 4,1 % en 2011 : il s'agit d'un effort remarquable dans le contexte actuel des finances publiques, qui traduit une vraie priorité politique. La gestion de l'ONDAM médico-social est déléguée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui assure la répartition équitable sur le territoire national des dotations de l'assurance maladie, mais aussi des ressources propres qu'elle reçoit, lesquelles sont aussi destinées aux départements pour couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), d'une part, de la prestation de compensation du handicap (PCH) et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), d'autre part. À travers cet opérateur, une politique ambitieuse en faveur des personnes âgées a ainsi été menée au cours de la législature.

A.- LES COMPTES DE LA CNSA

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA CNSA

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012
Dépenses	17,86	18,80	19,53	20,11
Recettes	17,39	18,51	19,34	20,11
Solde	- 0,47	- 0,29	- 0,19	0
Solde cumulé	0,54	0,25	0,06	0,06

Source : CCSS, rapport de septembre 2011

La CNSA est déficitaire en 2010 à hauteur de 292 millions d'euros, mais conserve un excédent cumulé de 247 millions d'euros. En 2011, le déficit de la CNSA se réduirait mais resterait à un niveau élevé, de l'ordre de 190 millions d'euros. Ainsi, son résultat cumulé diminuerait, mais resterait positif de 57 millions d'euros. Pour 2012, le résultat de la caisse serait équilibré par construction, avec un ONDAM médico-social à + 4,2 % et une croissance de la CSA nette de 3,3 %.

L'article 46 du PLFSS 2012 fixe à 64,55 millions d'euros le montant de la contribution versée par la caisse aux ARS pour le financement d'actions en faveur

des personnes âgées et handicapées (groupes d'entraide mutuelle, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, professionnalisation de l'aide à domicile). Ce montant était de 52 millions d'euros en 2011.

1.— L'évolution de l'objectif global de dépenses (OGD)

Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses, dénommé objectif global de dépenses (OGD). Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel et son montant correspond à la somme de la contribution de l'assurance maladie retracée par l'ONDAM médico-social et d'une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) : 14 % de 2008 à 2010, 12 % en 2011 et 13 % en 2012 pour les personnes handicapées ; 40 % jusqu'en 2010, 38 % en 2011 et 39 % en 2012 pour les personnes âgées (selon l'**article 38** du PLFSS 2012). Sur la base de l'OGD est fixé le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journées et tarifs. Ce montant est réparti en dotations régionales limitatives par la CNSA. La répartition des dotations régionales entre départements est ensuite désormais fixée par les ARS.

En 2010, les versements aux régimes d'assurance maladie au titre des prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux représentent 16,4 milliards d'euros. Les dépenses ont été inférieures de 32 millions d'euros à celles qui avaient été fixées dans le cadre de l'OGD. Ces 32 millions d'euros sont la combinaison d'une sous-consommation de 229 millions d'euros sur le champ des personnes âgées et d'une surconsommation de 197 millions d'euros sur celui des personnes handicapées.

En 2011, la prévision de l'OGD serait de 17 milliards d'euros : la composante financée par l'ONDAM médico-social s'établirait à 15,8 milliards d'euros et l'apport propre de la CNSA à 1,2 milliard d'euros. Pour 2012, compte tenu d'une évolution de l'ONDAM médico-social de 4,2 % et d'une croissance de la CSA nette de 3,3 %, l'OGD s'élèverait à 17,7 milliards d'euros.

Il faut signaler que, suite aux préconisations du rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances (IGAS-IGF) de 2009 sur la consommation des crédits soumis à l'OGD ainsi qu'au rapport d'information de la commission des affaires sociales sur les missions et l'action de la CNSA présenté par Mme Bérengère Poletti en juin 2010 (n° 2687), le Gouvernement a choisi d'adopter la logique d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement (AE/CP), comme pour le budget de l'État en mode LOLF, concernant l'ensemble des crédits du secteur personnes âgées et handicapées. Des autorisations d'engagement 2011 donnant lieu à des crédits de paiement en 2012 et les années suivantes figurent donc désormais dans l'OGD. La Rapporteuse pour avis se félicite de cette clarification des modalités de financement, qui permettra d'éviter les sous-consommations récurrentes de crédits qui ne sont pas comprises par les personnes concernées au vu des besoins réels à satisfaire. La mise en

œuvre de la nouvelle procédure d'appel à projets sociaux et médico-sociaux, introduite par la loi HPST du 21 juillet 2009, devrait aussi permettre de garantir une meilleure adéquation entre les moyens financiers disponibles et les projets sélectionnés, ce qui permettra le financement immédiat des projets sélectionnés par l'autorité publique compétente dans le cadre des nouveaux schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

L'**article 37** du PLFSS prévoit quant à lui la mise en oeuvre d'expérimentations, pour une durée de trois ans, sur les règles de tarification des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il s'agit, pendant cette durée, de permettre une dérogation aux modalités de calcul du forfait global relatif aux soins en introduisant une modulation en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité. Cette incitation financière au bénéfice de la qualité des établissements devrait avoir un coût de l'ordre de 2 à 5 millions d'euros en 2012, imputé sur l'OGD, mais on peut escompter un rendement positif à terme de cette mesure car la modulation des dotations soins des EHPAD en fonction d'indicateurs de qualité devrait permettre une meilleure adéquation des ressources par établissement et une diminution des hospitalisations inadéquates.

2.- L'évolution des concours versés aux départements

ÉVOLUTION DES CONCOURS VERSÉS PAR LA CNSA AUX DÉPARTEMENTS

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012
APA	1 547	1 536	1 595	1 646
PCH	510	502	524	550
MDPH	60	60	60	60
Total	2 117	2 098	2 179	2 256

Source : CCSS, rapport de septembre 2011

La CNSA verse aux départements un concours au titre du financement de l'APA, déterminé sur la base des recettes de la caisse qui sont affectées en tout ou partie à cette dépense : 20 % du produit de la CSA ; une fraction du produit de la CSG affectée à la CNSA, fixée à 94 % en 2009 et 2010 et à 95 % en 2011 et 2012 ; une participation des régimes d'assurance vieillesse. Le taux de couverture des dépenses des départements au titre de l'APA baisse légèrement en 2010 à 29,7 %.

La CNSA verse également aux départements un concours au titre du financement de la PCH ; ce concours représente 26 % du produit de la CSA. Le taux de couverture des dépenses des départements est passé de 60,4 % en 2009 à 46 % en 2010, en raison de la montée en charge rapide de la prestation. Enfin, la caisse verse un concours aux départements au titre du financement du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ; le montant de ce concours, défini par le conseil de la CNSA, est fixé à 60 millions d'euros.

En 2009, la CNSA a financé 2,1 milliards d'euros de concours aux départements, ce qui représente 11 % de ses charges. L'essentiel est versé au titre de l'APA, pour un montant de 1,6 milliard d'euros, le reste l'étant au titre de la PCH (0,5 milliard d'euros). Les concours aux départements au titre des dépenses d'APA et de PCH devraient s'accroître de 3,9 % en 2011 et de 3,5 % en 2012, en conséquence de la hausse de recettes de CSA et de CSG.

B.- LE BILAN DE LA POLITIQUE MENÉE EN FAVEUR DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Le plan Solidarité grand âge, qui a été lancé pour la durée de la législature actuelle, poursuit en les amplifiant les objectifs du plan Vieillesse et solidarités intervenu en 2004, après le drame de la canicule d'août 2003, dans le cadre de la réforme de solidarité en faveur des personnes dépendantes. Il consiste à anticiper les transformations démographiques que connaît notre pays et à adapter l'offre de services à la diversité des attentes et des besoins, notamment en renforçant la médicalisation des établissements et services et en créant des places supplémentaires d'accueil pour les personnes âgées, en particulier pour le maintien à domicile.

La création de 90 500 places nouvelles destinées à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes a été prévue par ce plan, dont 59 % pour faciliter le maintien à domicile et 40 % pour les EHPAD. Pour le développement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le nombre de places annuelles a été revu à la baisse, avec 6 000 places par an au lieu des 7 500 initialement prévues à compter de 2010, au regard de la difficulté à faire émerger des projets dans certaines régions. L'objectif en places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire a aussi été minoré pour 2011 et 2012, à l'issue des travaux d'évaluation de ces deux modes d'accueil conduits dans le cadre du plan Alzheimer. Le solde des crédits ainsi libérés doit permettre de financer les plateformes de répit et d'accompagnement à destination des aidants, dont le déploiement est prévu à partir de 2011.

La répartition des places notifiées sur la base des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) a entraîné des écarts par rapport aux objectifs du plan. On a pu constater en effet que les places en EHPAD ont été privilégiées (l'intégralité des places a déjà été notifiée dès 2010) au détriment des autres structures, dont 65 % à 80 % seulement des places ont été notifiées. Ainsi, les objectifs initiaux pour les SSIAD (création de 36 000 places, compte tenu de la révision à la baisse de l'objectif en 2010) semblent difficiles à atteindre, dans la mesure où, sur les quatre premières années de mise en œuvre du plan, seulement 23 370 places ont été notifiées, soit 65 % de la cible révisée.

Les places d'EHPAD présentent les taux d'autorisation les plus élevés, à hauteur de 89 % pour la période 2007-2012. Compte tenu de la pression exercée par les projets d'EHPAD en attente de financement, les places d'EHPAD notifiées

sont autorisées sans difficulté. En revanche, les projets d'hébergement temporaire sont moins nombreux, ce qui ne permet pas de mobiliser les places notifiées et entraîne de ce fait des taux d'autorisation plutôt faibles, avec une dégradation en 2010 : en moyenne, 63 % des places notifiées ont été autorisées, soit 3 049 places. La réflexion en cours au sein du Gouvernement sur les conditions de fonctionnement de ces modes d'accueil devrait permettre d'identifier les conditions de leur redynamisation. Pour ce qui est des accueils de jour, un travail d'identification des redéploiements par région est actuellement mené par les ARS. Les places restant à autoriser devront l'être en cohérence avec ce redéploiement et en tenant compte des marges en places et en crédits dégagées par les décisions de retrait d'autorisation.

Quatre ans après la notification des crédits, 80 % des places sont installées, toutes catégories d'établissements et de services confondus. Mais on constate aussi un important contraste entre les taux d'installation des services et ceux des établissements. Alors que près de 100 % des places de SSIAD sont installées (le taux était déjà proche de 90 % l'année même de la notification), les places d'EHPAD affichent un taux de réalisation de 70 % seulement, en raison notamment des délais d'installation.

Au total, si 87 % des places prévues ont été notifiées et 71 % autorisées, le déséquilibre entre places en hébergement permanent et places de services (SSIAD, accueils de jour et hébergement temporaire) est particulièrement marqué. En effet, 113 % des places d'EHPAD prévues dans le plan ont été notifiées et 101 % ont été autorisées. La cible en places d'hébergement permanent est donc atteinte, et même dépassée, en quatre années. Ce dépassement s'est effectué au détriment des autres catégories de l'offre de service. 80 % des places d'accueil temporaire ont été notifiées, mais leur niveau d'engagement est relativement faible, seulement 50 % des places prévues étant aujourd'hui autorisées. Sur les SSIAD, seulement 65 % de la cible initiale était notifiée au 31 décembre 2010, et la moitié de cette cible fait l'objet d'une autorisation. Cette difficulté à réaliser l'objectif du plan peut en partie s'expliquer par la faible mobilisation des gestionnaires pour développer une offre au-delà de certains seuils d'activité, les difficultés de recrutement des professionnels, le coût à la place jugé insuffisant sur certains territoires, le moratoire des nouvelles autorisations dans certaines zones en 2008 suite à l'accord entre la CNAM et les syndicats d'infirmiers libéraux relatif aux zones surdenses, ainsi que l'attente de la mise en œuvre d'un nouveau mode d'allocation de ressources davantage corrélée aux besoins des patients.

Le solde des enveloppes anticipées à notifier en 2011 et en 2012 s'établit à 20,35 millions d'euros et devrait être essentiellement consacré à l'installation de SSIAD afin de rééquilibrer la proportion des services par rapport aux établissements. Le financement de 150 plateformes d'accompagnement et de répit de répit sera assuré sur l'ONDAM à hauteur de 16 millions d'euros en 2011 et 2012. Les ONDAM 2011 et 2012 intègrent aussi les financements nécessaires pour atteindre la cible réactualisée de 2 400 places d'accueil de jour et de 1 600 places d'hébergement temporaire.

La Rapporteuse pour avis tient à souligner que le plan Solidarité grand âge a constitué une avancée majeure en termes de médicalisation des EHPAD, puisqu'il a inauguré en 2007 une nouvelle étape de la tarification des soins, basée à la fois sur le degré de dépendance des résidents et sur les besoins réels en soins médico-techniques. Cette nouvelle méthode de tarification a permis un renforcement des moyens dévolus aux établissements, notamment en intégrant une hausse significative des moyens des structures en tarif global, de l'ordre de 4 000 euros/an/place et de 2 300 euros/an/place pour les EHPAD en tarif partiel. Parallèlement, le plan a renforcé les moyens, et par voie de conséquence les taux d'encadrement, de façon à ce que les établissements accueillant les personnes dont la dépendance et les soins requis sont les plus élevés aient un taux d'encadrement supérieur. Dans le cas d'établissements accueillant des résidents présentant des pathologies lourdes, cet accroissement de crédits d'assurance maladie permet d'approcher le taux d'encadrement d'un personnel ETP (tous types de personnels confondus) pour un résident. Il convient encore de donner une meilleure visibilité aux ARS pour leur permettre de renforcer la médicalisation de l'ensemble des EHPAD sur le territoire national. Il convient aussi de mener à bien la réforme de la tarification des SSIAD, afin qu'elle entre à son tour progressivement en vigueur en 2012.

III.- LA BRANCHE VIEILLESSE

Symbole du contrat entre les générations, notre système de retraite par répartition doit être préservé. Compte tenu de la situation financière difficile de la branche vieillesse résultant de déséquilibres démographiques structurels liés au vieillissement de la population, une nouvelle étape de la réforme des retraites a été votée en 2010, dans le prolongement de celle de 2003. Il s'agit d'une étape, car la réforme doit se poursuivre, mais il importe de dresser un premier bilan des efforts déjà accomplis, pour pouvoir continuer à préparer l'avenir de nos retraites sereinement, dans le cadre de ce qui est un véritable débat de société.

A.- L'ÉVOLUTION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE

Le cadrage financier pluriannuel de la branche vieillesse résulte de la réforme des retraites de 2010. Les mesures de redressement, en recettes et en dépenses, doivent permettre d'atteindre l'équilibre financier de la branche en

2018. D'ici là, la LFSS 2011 a prévu le transfert des déficits de la CNAV et du FSV à la CADES, dans la limite globale de 62 milliards d'euros et annuelle de 10 milliards d'euros. Ces reprises de dette successives seront financées par la mobilisation anticipée du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) : celui-ci doit verser chaque année, à compter de 2011 et jusqu'en 2024, 2,1 milliards d'euros à la CADES au titre de la réalisation progressive de ses actifs.

1.– Un retour programmé à l'équilibre pour la branche

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	93,4	100,6	104,9	109,4	114,0	119,5
Dépenses	102,3	106,6	110,7	115,2	119,7	124,1
Solde	- 8,9	- 6,0	- 5,8	- 5,9	- 5,6	- 4,6

Source : PLFSS 2012

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	183,3	194,4	202,8	209,5	216,5	223,9
Dépenses	194,1	202,6	210,5	217,8	224,7	231,2
Solde	- 10,8	- 8,1	- 7,7	- 8,3	- 8,3	- 7,4

Source : PLFSS 2012

En **2010**, le déficit de la branche a atteint 10,8 milliards d'euros pour tous les régimes et 8,9 milliards d'euros pour le seul régime général. Les prestations légales de la branche vieillesse du régime général n'ont augmenté que de 4,2 %, contre 4,8 % en 2009 et 5,6 % en 2008. La revalorisation des pensions de 0,9 % en moyenne annuelle en 2010 a été inférieure à celle de 2009 (+ 1,3 %). Le nombre de départs en retraite anticipée a aussi substantiellement diminué (158 000 personnes en 2010 contre 219 000 en 2009, ce qui a réduit le coût de ce dispositif de 2,1 à 1,6 milliard d'euros). Le flux de départs à la retraite hors départs anticipés a augmenté légèrement, passant de 659 000 à 673 000 entre 2009 et 2010. Enfin, il faut noter que le montant des charges financières a pu être limité à 158 millions d'euros en raison du faible niveau des taux d'intérêt en 2010.

En **2011**, le déficit de la branche devrait être limité à 7,7 milliards d'euros pour tous les régimes et 6 milliards d'euros pour le seul régime général. La croissance des prestations resterait forte (+ 4,9 %), en raison principalement de la forte revalorisation des pensions (+ 1,8 % en moyenne annuelle). Le nombre de bénéficiaires du dispositif de départs anticipés continuerait à décroître, avec un effectif de 109 000 retraités et un coût de 1,1 milliard d'euros en 2011. La contribution de la retraite anticipée à l'évolution des droits propres resterait donc négative.

En **2012**, le déficit de la branche devrait être stabilisé à 8,1 milliards d'euros pour tous les régimes et 5,8 milliards d'euros pour le seul régime général. L'évolution du nombre de retraités hors retraite anticipée devrait connaître une nette décélération (+ 2,0 % contre + 3,5 % entre 2008 et 2010) ; ce ralentissement des effectifs serait imputable en particulier au relèvement de l'âge légal dont l'impact sur le flux de départs en retraite devrait se faire plus sentir qu'en 2011, avec le report de 155 000 départs en retraite (contre 100 000 en 2011). L'économie résultant du recul de l'âge légal devrait représenter 1,3 milliard d'euros. À cet effet viendrait s'ajouter la poursuite de la baisse des effectifs de retraités anticipés en 2012. La forte revalorisation des pensions, de 2 % au 1^{er} avril 2012, correspond à l'hypothèse d'inflation retenue par le PLFSS 2012 (+ 1,7 %), majorée de l'écart d'inflation (+ 0,3 %) entre la prévision actuelle pour l'année 2011 (2,1 %) et la prévision qui avait été retenue en avril 2011 (1,8 %). Cette revalorisation des pensions devrait contribuer pour 1,9 milliard d'euros à l'augmentation des prestations légales de la CNAV, soit un montant plus important que l'économie devant résulter du report de l'âge légal.

Aucune mesure nouvelle de dépense du PLFSS 2012 ne devrait avoir d'impact financier significatif sur les comptes de la branche. L'ouverture de droits à la retraite spécifique pour les sportifs amateurs de haut niveau représentant la France dans les compétitions internationales (**article 49**), qui devrait coûter de l'ordre de 6 à 9 millions d'euros à partir de 2013, devra être compensée par une subvention du budget de l'État. L'harmonisation des règles de calcul de la surcote dans l'ensemble des régimes de retraite de base (**article 50**) devrait avoir un impact positif de l'ordre de 4 millions d'euros sur les comptes du régime général en 2020. Enfin, la validation à titre onéreux des périodes de formation à la vie religieuse pour les assurés relevant du régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses (**article 51**) pourrait générer jusqu'à 1 million d'euros de recettes supplémentaires de cotisations pour le régime général.

2.– Un déficit à peine réduit pour le FSV

ÉVOLUTION DES COMPTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	9,8	13,8	14,2	14,7	15,2	15,8
Dépenses	13,8	17,6	18,0	18,2	18,4	18,6
Solde	- 4,1	- 3,8	- 3,7	- 3,4	- 3,1	- 2,8

Source : PLFSS 2012

En **2010**, le déficit du FSV s'est creusé pour atteindre 4,1 milliards d'euros. Cette dégradation a résulté d'une augmentation toujours forte des prises en charge de cotisations (+ 13 %) et d'un recul simultané du produit de C3S attribué au fonds. Les prises en charge de cotisations au titre du chômage ont crû de 6,1 % du fait d'une situation de l'emploi toujours dégradée : le nombre de

chômeurs pris en compte dans les calculs a ainsi progressé de 190 000 personnes, portant l'effectif total à 3,4 millions. Depuis le 1^{er} juillet 2010, le FSV prend également en charge des cotisations vieillesse au titre des périodes de maladie, maternité, invalidité et AT/MP. Ce nouveau transfert, dont la montée en charge est programmée sur deux ans, est équilibré par l'augmentation concomitante de la prise en charge des majorations pour enfants par la CNAF qui a été prévue par la LFSS 2009.

En **2011**, le déficit du fonds diminuerait à 3,8 milliards d'euros. La conjoncture ne se traduirait pas encore par une baisse de l'effectif moyen de chômeurs au sens du FSV, mais la contribution à la hausse des charges de ce facteur serait réduite. Les nouvelles charges et recettes mises en place par la réforme des retraites devraient s'équilibrer et ne pas peser sur le solde. La CSG et la C3S seraient plus dynamiques avec la reprise de la croissance.

En **2012**, le déficit serait stabilisé à 3,7 milliards d'euros. L'effectif moyen de chômeurs au sens du FSV se réduirait de 90 000 personnes et les prises en charge au titre du chômage contribueraient à la baisse des dépenses du fonds. Au 1^{er} avril 2012 interviendra la dernière tranche de revalorisation de l'allocation pour les personnes isolées qui permettra d'atteindre l'objectif d'une revalorisation globale du minimum vieillesse de 25 % entre 2008 et 2012. La quasi-disparition du produit de C3S devrait être plus que compensée par les recettes nouvelles attribuées au fonds au titre de la deuxième loi de finances rectificative pour 2011 et du PLFSS 2012, pour 248 millions d'euros au total.

En vue de clarifier le financement des prestations vieillesse relevant de la solidarité nationale, la LFSS 2011 a prévu la prise en charge par le FSV d'une partie des dépenses engagées par le régime général et les régimes alignés (salariés agricoles et indépendants) au titre du minimum contributif. En contrepartie de cette nouvelle dépense, le FSV a été rendu bénéficiaire directement ou indirectement de toutes les mesures de recettes décidées lors de la réforme de 2010. Il perçoit ainsi désormais une fraction de la taxe sur les salaires et du forfait social, la C3S additionnelle et la nouvelle contribution sur les retraites chapeaux. Le produit de ces recettes est donc intégralement reversé par le FSV aux régimes concernés : en 2011, ce transfert a été fixé à 3,5 milliards d'euros, ce qui devrait représenter près de 56 % de la dépense totale des régimes au titre du minimum contributif. Pour 2012, l'**article 60** du PLFSS fixe le montant de ce transfert à 3,9 milliards d'euros. La Rapporteuse pour avis sera vigilante sur la réalisation des prévisions de recettes affectées au financement du minimum contributif, afin que ce versement ne se traduise pas par un creusement du déficit du FSV.

B.– LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DES RETRAITES DE 2010

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites recule progressivement de deux ans les bornes d'âge légal de départ en retraite (de 60 à 62 ans) et d'âge d'annulation de la décote (de 65 à 67 ans). Elle prolonge ainsi le mécanisme d'allongement de la durée d'assurance mis en place par la précédente réforme de 2003. L'entrée en vigueur de la réforme des retraites à compter du 1^{er} juillet 2011 devrait affecter significativement le flux de départs en retraite dès 2011. En effet, le recul de l'âge légal de départ de 4 mois pour les assurés de la génération 1951 nés après le 1^{er} juillet de cette année devrait entraîner environ 100 000 liquidations de pensions en moins par rapport à une situation sans réforme. Ainsi, le flux de départs en retraite (hors retraite anticipée) devrait être en baisse en 2011, avec 600 000 départs estimés contre 672 000 en 2010, soit une contraction de plus de 11 % du flux. Conséquence de cette évolution, les effectifs de retraités (hors retraite anticipée) évolueraient moins rapidement que sur les trois dernières années (+ 3 % contre + 3,5 % en moyenne entre 2008 et 2010).

Afin de tenir compte de la pénibilité du parcours professionnel, la loi du 9 novembre 2010 a ouvert un nouveau droit, celui de partir en retraite à taux plein dès l'âge de soixante ans. Ce droit est ouvert au profit des personnes souffrant d'une incapacité permanente reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Les décrets d'application du 30 mars 2011 prévoient deux cas de figure :

– pour les assurés victimes d'une maladie professionnelle et justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 %, le droit à retraite pour pénibilité est ouvert sans autre condition ;

– pour les assurés victimes d'accident du travail et ceux dont le taux d'incapacité est inférieur à 20 %, la caisse de retraite devra saisir, selon le cas, le médecin-conseil (pour les victimes d'accidents du travail) ou la commission pluridisciplinaire (pour les victimes de maladie professionnelle emportant un taux d'incapacité compris entre 10 et 20 %). Cette commission a notamment pour mission de s'assurer que les personnes qui demandent à bénéficier de la retraite pour pénibilité ont effectivement eu une carrière pénible : les textes réglementaires retiennent en particulier le fait que les assurés, sauf en cas de maladie professionnelle, aient été exposés pendant au moins dix-sept ans à des risques professionnels.

La retraite à raison de la pénibilité est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2011. L'intérêt de prétendre au bénéfice de ce dispositif peut, pour l'instant, sembler assez relatif dès lors que l'âge de départ en retraite n'est majoré que de 4 mois. En revanche, lorsque la réforme des retraites aura achevé sa montée en charge, il sera évidemment beaucoup plus attractif de faire liquider une retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans, sans attendre d'avoir

62 ou 67 ans. La montée en charge du dispositif est donc progressive : à titre indicatif, la CNAV recensait, au 23 septembre 2011, soit presque trois mois après l'entrée en vigueur de la réforme, 1 101 demandes d'attribution. 344 retraites pour pénibilité ont été attribuées, 139 demandes ont été rejetées, 613 sont en cours d'instruction et 5 ont été laissées sans suite par les assurés concernés. Les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à raison de la pénibilité seront financées par une contribution versée par la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche vieillesse.

La loi du 9 novembre 2010 permet aussi aux assurés de partir avant l'âge légal de départ en retraite. Les âges d'entrée dans le dispositif pour carrières longues sont translatés au même rythme que le recul de l'âge légal de départ en retraite (+ 4 mois par génération) et passent ainsi de 56–59 ans avant réforme à 58–61 ans après réforme. L'âge requis de début d'activité a aussi été assoupli, pour passer de 16 à 17 ans.

Le nombre de départs anticipés pour carrières longues, qui s'élevait à plus de 100 000 par an depuis sa mise en place en 2004, devrait augmenter à partir de 2012 suite aux modifications apportées au dispositif par la réforme de 2010. En effet, avec le décalage des bornes d'âges, les assurés ont deux années supplémentaires pour justifier des conditions de durée, et l'ouverture du dispositif aux assurés ayant débuté leur activité avant 18 ans augmente le nombre de bénéficiaires entre 60 ans et le nouvel âge légal. Le flux annuel de départs anticipés devrait donc croître durant la montée en charge de la réforme, jusqu'en 2017, où il atteindrait son maximum. Cette année, plus de 94 000 assurés bénéficieraient d'un départ avant l'âge légal et, pour 90 % d'entre eux, il aurait lieu à 60 ans ou après. Par la suite, le flux diminuerait en lien avec la hausse de l'âge de fin d'études pour les générations plus jeunes.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires lié à la réforme 2010 viendrait augmenter le coût du dispositif jusqu'en 2018, où celui-ci atteindrait 1,7 milliard d'euros, puis diminuerait jusqu'en 2035. En l'absence de réforme, le coût de la mesure de retraite anticipée aurait continué à décroître jusqu'en 2025, puis aurait oscillé autour de 150 millions d'euros jusqu'en 2050. Mais il faut noter que le coût supérieur du dispositif dans le cadre de la réforme de 2010 n'est pas une charge supplémentaire pour la CNAV, seulement une moindre économie. En effet, les bénéficiaires supplémentaires d'une retraite anticipée n'engendreront pas de surcoût par rapport à la situation avant réforme. Dans le scénario avant réforme, ces assurés partaient majoritairement à 60 ans. Avec la réforme, ils partiraient entre 60 ans et le nouvel âge légal, dans le cadre donc d'un départ anticipé. L'assouplissement du dispositif de retraite anticipée leur permettrait donc, au mieux, de partir au même moment, mais en aucun cas de partir avant leur départ estimé hors réforme. Il n'y aurait donc, pour ces bénéficiaires supplémentaires aucune anticipation de départ par rapport à la situation avant réforme, et donc aucun surcoût. Il s'agit uniquement d'un transfert de masses entre la catégorie des assurés n'ayant pas atteint l'âge légal et la catégorie de ceux qui l'ont dépassé.

Enfin, la Rapporteuse pour avis félicite le Gouvernement pour avoir déjà tenu l'engagement qu'il avait pris devant la Représentation nationale en 2010 de modifier parallèlement les conditions de départ à la retraite dans les régimes spéciaux, lesquels relèvent du pouvoir réglementaire. Six régimes spéciaux de retraite sont concernés : le régime de retraite du personnel de la SNCF, celui de la RATP, celui des industries électriques et gazières (IEG), des clercs et employés de notaire (CRPCEN), de l'Opéra national de Paris et de la Comédie Française. Des décrets parus depuis l'été 2011 ont ainsi harmonisé les principaux paramètres de ces régimes avec ceux résultant de la loi du 9 novembre 2010. L'entrée en vigueur de ces nouveaux paramètres est décalée à partir de 2017, compte tenu de la montée en charge encore en cours de la réforme des régimes spéciaux réalisée en 2008, laquelle leur avait déjà transposé les nouvelles règles issues de la précédente réforme de 2003. L'impact financier de ces réformes sur les comptes des régimes spéciaux n'interviendra toutefois qu'à moyen terme, compte tenu de la montée en charge très progressive des nouveaux critères.

IV.– LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Première prise en charge de dépenses sociales, puisqu'elle a été instituée dès 1898, l'assurance sociale des accidents du travail représente un compromis tout à fait particulier entre les salariés et les employeurs. La Rapporteuse pour avis ne peut que se réjouir du « brevet de constitutionnalité » qui a été délivré au mode de fonctionnement particulier de cette assurance sociale, avec une réparation automatique mais forfaitaire en cas d'accident d'origine professionnel, par la décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010 du Conseil constitutionnel.

L'équilibre financier de la branche doit donc être préservé, ce qui est le cas malgré les nouvelles dépenses mises à la charge de la branche. Son financement doit aussi évoluer pour s'adapter à la vie économique des entreprises, ce qui est l'objet de la réforme de la tarification des cotisations d'accidents du travail qui va entrer en vigueur en 2012.

A.– L'ÉVOLUTION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE

1.– La consolidation de l'excédent

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE AT/MP DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	10,5	11,6	12,1	12,4	12,9	13,4
Dépenses	11,2	11,6	11,9	12,2	12,5	12,8
Solde	-0,7	0,0	0,1	0,2	0,3	0,6

Source : PLFSS 2012

**ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE AT/MP
DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE**

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	11,9	13,0	13,5	13,8	14,3	14,8
Dépenses	12,6	12,9	13,3	13,6	13,9	14,2
Solde	-0,7	0,1	0,2	0,2	0,4	0,6

Source : PLFSS 2012

En **2010**, la branche AT/MP du régime général a stabilisé son déficit autour de 720 millions d'euros, à la faveur d'un ralentissement sensible des dépenses (+ 1 % contre + 5,8 % en 2009) et d'une légère progression des recettes (+ 0,9 % contre + 3,2 % en 2009). En **2011**, portées par une hausse de 0,1 point du taux de cotisation, les recettes de la branche croîtraient de plus de 10 %, ce qui permettrait de dégager un résultat excédentaire de 40 millions d'euros malgré une accélération sensible des dépenses (+ 2,8 %). Pour **2012**, il est prévu un excédent de 136 millions d'euros. Les dépenses de prestations augmenteraient sensiblement (+ 3,2 %), suivant la dynamique des soins de ville, de même que les indemnités journalières (+ 4,5 %). Les cotisations seraient quant à elles stimulées par une masse salariale en hausse de + 3,7 %.

2.– Les mesures du PLFSS 2012

Le présent PLFSS ne prévoit, s'agissant de la branche AT/MP, que des mesures de transfert financier. Au nombre de 4, ces transferts sont tout à fait traditionnels.

L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit qu'il est institué à la charge de la branche AT/MP un versement annuel au profit de la branche maladie pour compenser la **sous-déclaration des accidents du travail** et des maladies professionnelles. L'article L. 176-2 du même code précise que le montant de ce versement est fixé chaque année par la LFSS. Une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de cette sous-déclaration. Cette commission s'est à nouveau réunie au cours du second trimestre 2011, sous la présidence de M. Diricq, et a remis un rapport qui évalue le coût de la sous-déclaration dans une fourchette de 587 à 1 110 millions d'euros, soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui retenu par le rapport précédent de 2008. Compte tenu de ces éléments, l'**article 53** du PLFSS 2012 prévoit une augmentation relativement modérée du montant du versement, de 710 millions d'euros en 2011 à 790 millions d'euros pour 2012.

L'**article 54** fixe quant à lui le montant des dotations versées par la branche AT/MP aux deux fonds amiante. Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (**FCAATA**), institué par la LFSS 1999, est financé essentiellement par une contribution de la branche fixée chaque année par la LFSS ainsi que par une fraction du produit des droits de consommation sur le

tabac et une contribution du régime agricole. Il est proposé de maintenir inchangée la dotation versée au FCAATA, soit 890 millions d'euros, afin notamment de permettre au fonds d'apurer sa dette (de 305 millions d'euros) à l'égard de la CNAM. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (**FIVA**), institué par la LFSS 2001, est alimenté quant à lui par une contribution de la branche AT/MP fixée chaque année par la LFSS et une contribution de l'État fixée en loi de finances. Pour 2012, les dépenses du fond devraient s'élever à 450 millions d'euros et une dotation de l'État de 50 millions d'euros est prévue ; c'est pourquoi il est proposé de fixer la dotation de la branche à 315 millions d'euros, comme au titre des années 2006 à 2010. L'augmentation de la dotation à 340 millions d'euros réalisée en 2011 a permis d'absorber le coût du changement des règles de prescription qui figurait dans le LFSS 2011 mais n'a plus besoin d'être reconduite.

L'**article 55** fixe le montant du transfert financier vers la CNAV au titre de la pénibilité prévu par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Ce nouveau dispositif (entré en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2011) permet d'abaisser à 60 ans l'âge légal d'ouverture du droit à pension et de calculer la pension au taux plein quelle que soit la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes pour les assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Compte tenu des prévisions de montée en charge de ce dispositif élaborées par la CNAV, un versement de la branche AT/MP de 110 millions d'euros en 2012 devrait être suffisant, le versement de 35 millions d'euros en 2011 devant excéder le coût réel pour la première demi année d'application.

B.- LA RÉFORME DES COTISATIONS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le financement de la branche AT/MP est assuré par une cotisation des seuls employeurs, calculée selon un mode de tarification qui tient notamment compte de la sinistralité des entreprises et de leur masse salariale.

Les éléments de calcul de cette cotisation sont fixés chaque année par la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP), conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la branche déterminées par la LFSS. Le taux net de cotisation est constitué par le taux brut moyen affecté de quatre majorations. Celles-ci sont destinées à couvrir : les accidents de trajet (M1) ; les charges générales de la branche, les dépenses de prévention et de rééducation professionnelle et depuis 2011 la moitié du versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (M2) ; les dépenses correspondant aux compensations inter-régimes, au fonds commun des accidents du travail, aux maladies professionnelles ne figurant pas au compte d'un établissement inscrites à un compte spécial, les dotations aux fonds amiante et depuis 2011 la moitié du versement à la branche maladie (M3). À compter de la tarification 2012, une nouvelle majoration (M4) est destinée à

financer le versement de la branche AT/MP à la CNAV au titre des dépenses supplémentaires engendrées par la retraite pour pénibilité.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT/MP pour les années 2009 à 2012 a défini des orientations visant à simplifier les règles de tarification afin de les rendre plus lisibles, à sécuriser juridiquement la fixation des taux de cotisation et à rénover les dispositifs d'incitation financière aux entreprises.

Un décret du 5 juillet 2010, dont les principes directeurs ont été validés à l'unanimité par les partenaires sociaux qui avaient été associés à l'élaboration de cette réforme, prévoit un nouveau mode d'imputation des sinistres au compte de l'employeur selon des tarifs calculés sur la base de coûts moyens. Alors qu'aujourd'hui l'ensemble des dépenses, y compris celles résultant d'accidents ou de maladies très anciens, sont prises en compte, les taux de cotisations seront calculés, à partir de 2012, sur la base de coûts moyens en fonction des durées d'arrêt de travail et du degré d'incapacité permanente des seuls AT/MP déclarés dans une période récente. Cette nouvelle règle va donc permettre de rendre plus lisible et plus rapide la prise en compte des AT/MP dans le calcul du taux de cotisation. Cette mesure simplifie le suivi de la sinistralité et de son coût, année après année, ainsi que l'analyse de la variation des taux de cotisation. Elle permettra également de mieux sensibiliser les entreprises à l'intérêt des mesures de prévention permettant d'éviter des AT/MP. Des coûts moyens par catégorie d'accident seront calculés chaque année pour chaque grand secteur d'activité. Il n'y aura donc pas de transfert d'un secteur à l'autre.

Ce décret abaisse également, à partir du 1^{er} janvier 2012, le seuil de la tarification individuelle de 200 à 150 salariés, conformément à l'accord des partenaires sociaux de mars 2007. Parallèlement, le plafond de la tarification collective passe de 9 à 19 salariés, ce qui apportera une simplification importante aux 60 000 entreprises de moins de vingt salariés. Il en résultera un resserrement des seuils de la tarification mixte, qui s'applique donc aux entreprises dont l'effectif est compris entre 20 et 149 salariés, au lieu d'un intervalle compris entre 10 et 199 salariés. Par conséquent, ces entreprises de taille intermédiaire, dont la sinistralité est la plus élevée, verront la part de leur taux individuel augmenter, ce qui les incitera à développer leur effort de prévention. Enfin, ce décret prévoit la possibilité, pour les grandes entreprises multi-établissements, en tarification mixte ou individuelle, de demander le calcul d'un seul taux de cotisation pour l'ensemble de leurs établissements ayant la même activité, contribuant ainsi au développement d'une politique globale de prévention dans les grandes entreprises.

La LFSS 2010 a aussi instauré une nouvelle incitation financière prenant la forme d'une subvention directe aux petites entreprises et a renforcé le dispositif de la cotisation supplémentaire AT/MP en fixant le principe d'une cotisation supplémentaire minimale, afin d'inciter les entreprises à mettre en œuvre le plus rapidement possible les mesures de prévention demandées dans la procédure d'injonction, et en permettant une majoration automatique de cette cotisation

supplémentaire sans injonction préalable dès lors qu'une situation de risque exceptionnel a déjà fait l'objet de cette procédure d'injonction.

La Rapporteuse pour avis se réjouit de la mise en œuvre de ces nouvelles règles, qui faciliteront la vie des entreprises tout en favorisant la prévention des accidents du travail. Il s'agit d'une réforme concertée avec les partenaires sociaux, ce qui prouve la capacité d'écoute du Gouvernement en matière de financement de la sécurité sociale. Sa mise en œuvre devra surtout être l'occasion de pouvoir lever les réserves émises par la Cour des comptes, en juin 2011, qui l'ont conduite à refuser de certifier les comptes de la branche AT/MP pour l'exercice 2010. Il n'est pas acceptable en effet que les relations insuffisantes entre les caisses de la branche et le réseau du recouvrement aboutissent à des incertitudes sur les entreprises assujetties et la détermination des taux de cotisation applicables.

V.- LA BRANCHE FAMILLE

La majorité présidentielle aura apporté 7 milliards d'euros de plus aux familles entre 2007 et 2012 : il s'agit d'un effort non négligeable, qui montre l'importance de la politique familiale aux yeux du Gouvernement et de sa majorité parlementaire. Le déficit de la branche famille depuis 2008 est seulement la conséquence des pertes de recettes induites par la crise économique et financière. Les mesures de consolidation qui ont été apportées depuis ont permis de contenir ce déficit et de consolider le rôle et la place de la branche famille au sein de la sécurité sociale.

La Rapporteuse pour avis souhaite aussi mettre l'accent sur la politique menée par la branche famille en matière de lutte contre la fraude, dans le prolongement des constats du rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur la lutte contre la fraude sociale présenté par M. Dominique Tian en juin 2011 (n° 3603). Cette politique s'est concrétisée par de nombreuses avancées depuis le début de la législature, qui sont encore complétées par une mesure nouvelle dans le PLFSS 2012.

A.- L'ÉVOLUTION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE

La faiblesse de la progression des produits et le dynamisme relatif des charges expliquent la dégradation du solde de la branche famille du régime général, qui est passé d'un excédent de 200 millions d'euros en 2007 à un déficit prévisionnel de 2,3 milliards d'euros en 2012.

Du côté des produits, la chute des recettes intervenue en 2009 sous l'effet du recul de l'activité économique et de l'emploi, en conséquence de la crise économique et financière amorcée à la fin de l'année 2007 n'a pas pu être rattrapé par la reprise de la masse salariale du secteur privé en 2010 et en 2011.

Les prestations en faveur de la petite enfance ont connu une forte progression (+ 5 % par an en moyenne entre 2006 et 2009), sous l'effet de la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) créée en 2004. La progression des dépenses d'action sociale a aussi été soutenue jusqu'en 2008, notamment sous l'effet de l'extension aux départements d'outre-mer (DOM) des prestations de service ordinaires. À partir de 2009, l'augmentation des charges de la branche a surtout résulté du transfert financier versé par la CNAF au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au titre de la prise en charge des majorations de pensions à raison des enfants élevés (à raison de 70 % en 2009, 85 % en 2010 et 100 % depuis 2011).

1.– Un déficit contenu

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	50,2	52,4	54,3	55,6	57,3	59,1
Dépenses	52,9	55,1	56,6	58,2	59,6	61,1
Solde	-2,7	-2,6	-2,3	-2,6	-2,3	-2,0

Source : PLFSS 2012

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	50,8	52,9	54,8	56,1	57,8	59,6
Dépenses	53,5	55,5	57,1	58,7	60,1	61,6
Solde	-2,7	-2,6	-2,3	-2,5	-2,3	-1,9

Source : PLFSS 2012

Le déficit de la branche a atteint 2,7 milliards d'euros en **2010**. Les allocations en faveur de la famille ont baissé d'1 % en raison de l'absence de revalorisation de la BMAF et de l'unification des majorations d'âge des allocations familiales. Les aides au logement financées par la CNAF, constituées de l'allocation en faveur du logement (ALF) et de la dotation au FNAL, ont vu également leur progression ralentie du fait d'une faible revalorisation des loyers plafonds et d'une forte progression des revenus 2008 retenus pour le calcul des aides versées en 2010. En revanche, les prestations extralégales, composées essentiellement des dépenses d'action sociale, ont progressé fortement (+ 5,7 %), de même que les dépenses de transfert avec la montée en charge du transfert vers le FSV au titre de la prise en charge des majorations de pension pour enfant.

Le déficit de la branche serait encore de 2,6 milliards d'euros en **2011**. Les prestations en faveur de la petite enfance augmenteraient de 2,7 %, de même que les allocations en faveur des familles (+ 0,5 %) en raison de l'augmentation de la BMAF. La progression des allocations en faveur des handicapés (hors AAH, financée par l'État) serait aussi rapide (+ 4,2 %) du fait de la fin de la montée en

charge du droit d'option entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH). Les prestations extralégales progresseraient de 9,4 % et le transfert au FSV au titre des majorations de pensions en faveur des parents ayant élevé trois enfants doit continuer d'augmenter en 2011 de 800 millions d'euros. En revanche, les recettes progresseraient de 4,2 %, soit beaucoup plus qu'en 2010, grâce au retour progressif de la masse salariale du secteur privé aux rythmes de progression d'avant la crise économique de 2009. La Rapporteuse pour avis rappelle qu'afin de compenser le transfert d'une fraction de la CSG de la CNAF vers la CADES, la branche famille a été rendue affectataire du produit de trois nouvelles taxes (l'*exit tax* sur les réserves de capitalisation des assureurs, la taxe à taux réduit sur les conventions d'assurance sur les contrats santé responsable et le prélèvement au fil de l'eau des prélèvements sociaux sur les compartiments euros des contrats d'assurance vie multi-support), dont le rendement devrait s'élever à 3,5 milliards d'euros. On ne peut que se féliciter que la CNAF dégage un peu plus de 300 millions d'euros d'excédents sur cette opération.

Le déficit de la branche devrait être réduit à 2,3 milliards d'euros en **2012**, grâce à des mesures nouvelles en recettes qui devraient rapporter à la CNAF 400 millions d'euros. Ces recettes nouvelles compensent notamment la diminution programmée de 200 millions d'euros du rendement de la taxe sur l'assurance vie affectée à la branche en 2011. Du côté des dépenses, les aides pour la petite enfance augmenteraient de 3,1 % (malgré un ralentissement tendanciel en volume), comme les allocations en faveur de la famille (+ 3 %), en raison d'une progression de la BMAF assez élevée, de l'ordre de 2,3 %. La revalorisation de la BMAF pour 2012 correspond en effet à l'hypothèse d'inflation retenue dans le PLF 2012 (+ 1,7 %) majorée de 0,6 point correspondant à l'écart entre l'actualisation de prévision d'inflation pour 2011 (+ 2,1 %) et la prévision qui avait été retenue pour le PLF 2011 (+ 1,5 %). Les dépenses d'aide au logement devraient quant à elles augmenter de 3,6 % en raison d'une forte revalorisation des loyers plafonds (+ 2,1 %).

2.– Les mesures du PLFSS 2012

L'**article 57** vise à améliorer l'aide aux familles ayant de jeunes enfants. Tout d'abord, il crée un plafond de ressources spécifique en faveur des familles monoparentales afin de leur permettre de bénéficier plus largement du montant le plus élevé du complément de libre choix du mode de garde (CMG) ; ce plafond devrait être majoré par décret de 40 % par rapport au plafond de droit commun. L'article 57 institue aussi une majoration du montant de cette prestation pour les parents handicapés, afin de mieux les aider à assurer leurs fonctions parentales ; cette majoration devrait être fixée par décret à 30 %. Enfin, cet article simplifie les démarches de demande du CMG par les familles qui accueillent un nouvel enfant, en les dispensant du dépôt d'une nouvelle demande. Au total, ces mesures auront un coût de 9,5 millions d'euros en 2012 et de 12,5 millions d'euros en régime de croisière.

L'**article 58** améliore le fonctionnement de l'allocation de soutien familial différentielle (ASF). Afin de mieux aider les familles confrontées à des difficultés financières liées au non versement total ou partiel des pensions alimentaires, les CAF pourront verser l'ASF dans la limite du montant plafond de cette allocation (88,44 euros par mois), même si la pension alimentaire est inférieure au montant de l'ASF, alors qu'auparavant seul un différentiel avec le montant réel de la pension était versé. Cela pénalisait les familles qui faisaient l'effort de payer partiellement une petite pension, et conduisaient les juges aux affaires familiales (JAF) à fixer souvent des pensions nulles. La mise en œuvre de cette recommandation de la Cour des comptes (dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2010) devrait entraîner un coût de 120 000 euros en 2012, mais en raison d'une modification des décisions des JAF qu'elle devrait induire, elle devrait se traduire par une économie d'un million d'euros en régime de croisière. Une telle évolution des comportements est toutefois très difficile à évaluer.

B.- LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AUX PRESTATIONS FAMILIALES

La signature de la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre la CNAF et l'État en mars 2009 a été l'occasion d'inscrire la lutte contre la fraude comme l'une de priorités d'action de la branche famille. Celle-ci s'est notamment engagée à refondre sa politique de maîtrise des risques, à renforcer la professionnalisation du métier de contrôleur et à accroître les montants de fraude détectés. Ces engagements font l'objet d'une évaluation régulière à partir d'indicateurs de suivi.

Au sein de la CNAF, une direction en charge de la lutte contre la fraude a été créée. Dans les CAF, des cellules « fraudes » sont constituées et intégrées dans un véritable réseau dédié à la prévention et à la détection des fraudes. Ce réseau regroupe 629 contrôleurs répartis sur l'ensemble du territoire. En outre, les agents des CAF participent aux comités opérationnels départementaux de lutte contre la fraude (CODAF). La CNAF a aussi engagé un mouvement de professionnalisation des contrôleurs, qui passe notamment par le développement des actions de formation et qui devrait se prolonger par le développement d'un métier d'enquêteur, la mise en place de parcours professionnels pour ces agents et la réduction des disparités entre CAF.

Les CAF disposent désormais de moyens d'investigation plus performants. Elles peuvent ainsi procéder à une évaluation des ressources selon les éléments de train de vie ou demander directement, dans le cadre du droit de communication, des informations à des tiers (banques, EDF-GDF, opérateurs de téléphonie). Depuis 2008, la suppression de la déclaration de ressources propre à la branche famille au profit d'un échange automatisé avec les services fiscaux permet de recueillir les ressources déclarées à l'administration fiscale ; les CAF ont également accès au fichier des déclarations préalables à l'embauche (DPAE), ce qui leur permet d'être informées de la reprise d'activité professionnelle d'un allocataire. Par ailleurs, les URSSAF sont chargées de transmettre

systématiquement aux CAF des fiches de signalement « salariés dissimulés » afin de vérifier que ceux-ci ne bénéficient pas, par ailleurs, des prestations sociales attribuées sous condition d'inactivité ou de ressources.

Le répertoire national des bénéficiaires (RNB), déployé depuis 2008, permet aussi aux CAF de mieux identifier leurs allocataires, ce qui évite par exemple de verser deux fois des prestations à une même personne dans deux départements différents. Afin de certifier la quasi-totalité des NIR des allocataires, la CNAF a mis en œuvre une politique de relance volontariste vis-à-vis des allocataires concernés, leur indiquant qu'en absence de réponse de leur part, le versement des prestations pourra être suspendu. Le déploiement des dernières fonctionnalités, telles que l'analyse des prestations, l'ouverture aux collectivités locales et les consultations collectives, est prévu d'ici la fin de l'année 2011. Le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), qui devrait être pleinement opérationnel dans les organismes à la fin de l'année 2011, permettra d'avoir une photographie de la situation d'un assuré social, et ainsi d'éviter le versement à une même personne de prestations incompatibles entre elles (par exemple AAH et pension d'invalidité).

Grâce à ces moyens nouveaux, la branche famille a significativement amélioré ses résultats en matière de lutte contre la fraude. Elle a ainsi effectué en 2010 plus de 264 000 contrôles sur place ayant permis de détecter 13 114 fraudes, représentant un préjudice de 90,15 millions d'euros. Le nombre de fraudes détectées par les CAF a cru, entre 2008 et 2010, de près de 40 % et de 13 % en masse financière. En pratique, le préjudice moyen par affaire diminue, puisqu'il s'élève à 6 975 euros en 2010, contre 8 489 euros en 2008. Ce résultat est imputable notamment à une détection plus précoce des fraudes aux ressources grâce aux rapprochements avec l'administration fiscale. Le taux de recouvrement des indus frauduleux s'élève à près de 90 %. Ce très bon résultat s'explique par le fait que la récupération s'opère grâce à la compensation entre la créance et les prestations restant à verser, et par le fait que la fongibilité des indus mise en œuvre en 2010 permet désormais d'effectuer cette récupération entre les différentes prestations.

Afin d'amplifier la lutte contre les fraudes aux prestations versées par les CAF, le Gouvernement a lancé le 4 avril 2011 une expérimentation de coopération renforcée entre les CAF et de nombreuses autres administrations ou organismes partenaires (banques, fournisseurs d'énergie, etc.) dans 14 départements. Cinq domaines prioritaires d'actions ont été retenus : les fraudes aux ressources résultant d'un travail dissimulé ; la lutte contre la fraude aux aides au logement, en particulier les logements fictifs ; la lutte contre les fraudes au complément de mode de garde adossé à la PAJE ; la vérification du respect de la condition de résidence sur le territoire national ; le contrôle de l'isolement des bénéficiaires du RSA « majoré ». 3 000 contrôles ont été réalisés pendant trois mois par 142 agents de contrôle mobilisés dans les 14 CAF volontaires, avec l'appui des CODAF.

La lutte contre la fraude passe aussi par la mise en œuvre d'un dispositif de sanctions efficaces et dissuasives. Les fraudes les plus graves font l'objet de plaintes transmises au parquet (plus de 2 750 en 2010). Les autres fraudes font l'objet de sanctions administratives. Ainsi la possibilité pour les organismes de la branche famille d'infliger des pénalités financières a été réformée par la LFSS 2010 : allègement de la procédure, possibilité de sanctionner la simple tentative de fraude et non pas uniquement la fraude ayant entraîné un préjudice financier, peines aggravées en cas de fraude en bande organisée, ajout de nouveaux faits générateurs et de catégories de personnes susceptibles de faire l'objet d'une pénalité (par exemple un bailleur, rendu complice par la production d'un faux bail, peut désormais être sanctionné). Les pénalités prononcées par les CAF ont représenté 1,7 million d'euros en 2010. Le taux de recouvrement de ces pénalités n'est toutefois que de 48 %. Pour faire progresser ce taux, l'**article 63** du PLFSS 2012 prévoit notamment la possibilité de récupérer les pénalités sur les prestations ou versements ultérieurs faits par les CAF. Il devrait en résulter des recettes supplémentaires d'un million d'euros en 2012 et de deux millions d'euros en régime de croisière pour la CNAF.

La Rapporteuse pour avis regrette toutefois que tous ces efforts ne soient pas présentés de manière systématique et synthétique à la Représentation nationale lors de la discussion du PLFSS. Le programme de qualité et d'efficacité (PQE) de la branche famille ne contient en effet aucun objectif ni indicateur relatif à la lutte contre la fraude aux prestations familiales, alors que les enjeux financiers ne sont pas négligeables et que la réalité de la perception de la lutte contre la fraude ne peut que renforcer le caractère solidaire de la branche famille, au bénéfice de ceux qui en ont vraiment besoin.

EXAMEN EN COMMISSION

Lors de sa réunion du 19 octobre 2011, la Commission procède à l'examen pour avis, sur le rapport de Mme Isabelle Vasseur, de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (n° 3790).

Mme Isabelle Vasseur, Rapporteure pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. L'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2011 s'est révélée plus positive que ce qui était initialement prévu, le déficit étant évalué à 18,6 milliards d'euros pour le régime général, soit une amélioration supérieure à 5 milliards d'euros par rapport à 2010. Ce redressement est principalement lié à une très bonne tenue de la masse salariale – inattendue en cette période de crise – qui aura finalement progressé de 3,7 % sur l'année.

Deux réformes structurelles importantes ont été menées en 2010 : celle des retraites et le transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES –. La première n'aura un effet tangible sur la branche retraite qu'à compter de 2012. Quant à la seconde, elle a permis un soulagement massif de la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale – ACOSS –, dont le plafond d'avances avait été fixé à 65 milliards d'euros en 2010. Cette opération de reprise de dette aura des effets durables sur la gestion des déficits de la sécurité sociale puisque le financement des déficits de la branche vieillesse est d'ores et déjà assuré jusqu'en 2018.

La tendance pour 2012 reste néanmoins particulièrement préoccupante : l'augmentation spontanée des dépenses et des recettes conduirait, en l'absence de mesures de redressement, à des niveaux de déficit à peu près équivalents à ce qu'ils étaient en 2009 et 2010, au plus fort de la crise.

C'est pourquoi un véritable électrochoc apparaît nécessaire. Il a été matérialisé par le plan de lutte contre les déficits qu'a présenté le 24 août dernier le Premier ministre. De ce plan résultent 6 milliards d'euros de recettes nouvelles et 2 milliards d'euros d'économies pour la sécurité sociale.

Pour mémoire, certaines recettes ont d'ores et déjà été adoptées par le Parlement dans le cadre du collectif de septembre : il s'agit principalement de l'augmentation du taux de la taxe sur les conventions d'assurance – TSCA – et des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

Je constate avec satisfaction que le dernier PLFSS de la législature traduit un effort particulièrement important de redressement des comptes de la sécurité sociale, à hauteur de 4,3 milliards d'euros, dont 2,3 milliards en recettes et 2 milliards d'économies.

J'en viens aux recettes nouvelles. Le régime général en sera le principal bénéficiaire, en particulier l'assurance maladie pour 1,3 milliard d'euros. Le régime des exploitants agricoles, structurellement déficitaire, recevra quant à lui près de 500 millions d'euros, – la principale recette nouvelle provenant de la hausse de la fiscalité sur les alcools proposée par le Gouvernement – et ses déficits cumulés seront repris par la CADES, à hauteur de 2,5 milliards.

Pour amortir cette nouvelle dette, la CADES bénéficiera d'une majoration des prélèvements sociaux qui lui sont affectés grâce à des mesures du plan anti-déficit, en l'occurrence la refonte de la fiscalité des plus-values immobilières, votée dans le collectif de septembre, et la réduction de l'abattement pour frais professionnels sur les assiettes de contribution sociale généralisée – CSG – et de contribution pour le remboursement de la dette sociale – CRDS – au titre des revenus d'activité, proposée dans le présent projet. Des recettes nouvelles proviendront également de la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction Fillon, de l'augmentation du forfait social et de la hausse de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires.

En revanche, je ne peux cautionner la disposition conduisant à soumettre le congé parental, c'est-à-dire le complément de libre choix d'activité – CLCA –, à la CSG. Cette mesure serait pénalisante pour les familles, déjà impactées les années précédentes par le malus économique sur les véhicules monospaces, qui représente 1 600 euros par an et par famille, ainsi que par la mise en place d'une seule majoration des allocations familiales à partir de 14 ans. Sur ce point, je partage l'analyse du sociologue et économiste danois Gosta Esping-Andersen, qui déclarait dans son article du Monde du 8 novembre 2006 intitulé « Vers un État providence centré sur l'enfance » : « Peut-être devrions-nous réorienter le débat politique : renoncer à l'obsession de la retraite et penser plutôt à tout miser sur les petits enfants. Après tout, une retraite solide commence avec une enfance solide ».

Au-delà de cette considération, le volet recettes de ce PLFSS me semble être clairement à la hauteur des enjeux.

J'en viens au volet dépenses. Pour la première fois depuis 1997, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie – ONDAM – a été respecté en 2010 et devrait l'être à nouveau en 2011. Les taux d'évolution prévus par la loi de programmation des finances publiques 2011-2014 sont donc tenus.

Pour 2012, l'objectif de croissance de l'ONDAM est de 2,8 %, ce qui nécessite de dégager 2,2 milliards d'économies nouvelles. À cet effet, le Gouvernement poursuit la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, qui s'est révélée fructueuse tant en médecine de ville qu'à l'hôpital. Certains articles du PLFSS devraient y concourir, notamment par le biais du renforcement du rôle d'évaluation médico-économique de la Haute autorité de santé – HAS – et des expérimentations en matière tarifaire. De plus, les professionnels de santé libéraux s'engagent dans cette démarche, comme en témoigne la signature quasi

unanime de la nouvelle convention médicale avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie – UNCAM – en juillet dernier.

Par ailleurs, je tiens à souligner l'effort particulier consenti par le Gouvernement en faveur du secteur médico-social, dans le contexte difficile des finances publiques que nous connaissons. L'ONDAM médico-social devrait augmenter de 4,2 % en 2012, après une progression de 4,1 % en 2011. S'agissant d'une enveloppe fermée, cette augmentation des crédits ne pourra faire l'objet de dérive budgétaire. Mais pour éviter les sous-consommations récurrentes de ces dernières années, la gestion de ces crédits est désormais effectuée conformément à la LOLF, c'est-à-dire en autorisations d'engagement et crédits de paiement.

La mise en œuvre des plans gouvernementaux de créations de places en établissements, d'amélioration de la qualité et de la performance des établissements et des services médico-sociaux, pourra ainsi être affinée et le secteur aura les moyens de se réformer. Il est souhaitable qu'il le fasse avant la mise en œuvre d'une réforme de l'organisation et du financement de la prise en charge des dépenses liées à la dépendance.

La réforme des retraites, que nous avons votée en novembre 2010, commence à produire ses effets. L'évolution du nombre de retraités, hors retraite anticipée, devrait connaître une nette décélération, en raison du relèvement de l'âge légal. L'impact sur le flux de départs en retraite devrait se faire sentir davantage en 2012, avec le report de 155 000 départs, contre 100 000 en 2011. L'économie réalisée devrait être de 1,3 milliard d'euros en 2012, à laquelle viendrait s'ajouter la poursuite de la baisse des effectifs des retraites anticipées en 2012.

Pendant la forte revalorisation des pensions, de 2 % au 1^{er} avril 2012, correspondant à l'évolution de l'inflation, contribuera pour 1,9 milliard d'euros à l'augmentation des prestations légales de la Caisse nationale d'assurance vieillesse – CNAV -, soit un montant plus élevé que l'économie résultant du report de l'âge légal.

La réforme de 2010 n'a été qu'une nouvelle étape de la réforme de notre système de retraite par répartition, après celle de 2003. D'autres réformes seront encore indispensables pour le pérenniser, comme l'a suggéré le Premier ministre lui-même en faisant référence à l'âge du départ à la retraite de nos voisins allemands.

En ce qui concerne les accidents du travail, il faut souligner l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012 d'une réforme majeure de la tarification des cotisations qui renforcera la prévention et simplifiera la tâche des entreprises. La branche est aujourd'hui équilibrée, en dépit des dotations qu'elle doit verser pour les fonds amiante.

La branche famille, quant à elle, reste déficitaire à hauteur de 2,3 milliards d'euros. Il faut rappeler que nous avons consacré 7 milliards d'euros de plus aux familles entre 2007 et 2012. Cet effort conséquent montre l'importance de la politique familiale aux yeux du Gouvernement et de sa majorité. Le déficit que nous constatons depuis 2008 est la conséquence des pertes de recettes induites par la crise économique et financière, alors que la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est achevée. Mais il est contenu par les mesures de consolidation qui ont été apportées depuis. Elles ont permis de réaffirmer le rôle et la place de la branche famille au sein de la sécurité sociale. Cela ne nous exonère pas de trouver les moyens de résorber ce déficit au cours de la prochaine législature.

En conclusion, ce PLFSS est un projet de consolidation de notre système de sécurité sociale. Il permet à la fois de limiter la croissance des dépenses à un rythme soutenable, tout en lui apportant des recettes supplémentaires substantielles. Pour cette raison, je propose que notre commission lui donne un avis favorable, sous réserve de quelques amendements techniques.

M. Gérard Bapt. Je réaffirme l'opposition du groupe SRC à la taxation des organes complémentaires d'assurance maladie, disposition condamnée par le monde mutualiste et l'ensemble des partenaires sociaux, à un moment où de plus en plus de retraités n'ont pas les moyens de souscrire une assurance complémentaire.

Le Gouvernement fait peser de nouvelles contraintes budgétaires sur les hôpitaux, où les conditions de travail sont déjà extrêmement difficiles, au risque de déclencher des mouvements de protestation, comme c'est le cas à Toulouse, qui ne feront qu'empirer la situation.

Enfin, confier à la Haute autorité de santé le soin de développer les études médico-économiques est une bonne chose, mais vous ne lui donnez aucun moyen supplémentaire pour mener à bien cette mission.

M. Pascal Terrasse. Au terme de cette législature, il est clair que vous avez mené une politique de gribouille, sans réelle cohérence ni mesures structurelles qui auraient permis d'équilibrer les comptes de la sécurité sociale, qui, je le rappelle, étaient équilibrés jusqu'en 2001. Ce ne sont pas vos tant vos orientations qui sont en cause que l'absence de ressources supplémentaires qui auraient dû les accompagner. La politique sanitaire et médico-sociale de notre pays est en partie payée à crédit puisque l'excédent de dépenses est porté au compte de la CADES et pèsera sur les générations futures. C'est un véritable impôt sur les naissances que vous avez créé.

Il eût été préférable de réfléchir à une meilleure organisation de notre système de soins. Si les agences régionales de santé – ARS – avaient eu en charge la gestion du risque, elles auraient pu jouer un rôle de régulation au niveau territorial. Une nouvelle étape de la décentralisation, qui aurait donné aux régions

des responsabilités en matière hospitalière, eût été de bon augure. Enfin, au lieu de répondre favorablement à quelques laboratoires en mal de dividendes, il eût été préférable de faire comme la plupart des pays européens, à savoir maîtriser les dépenses, en particulier celles générées par les médicaments dont le service médical rendu est modeste.

En taxant les mutuelles, ce sont les malades que vous taxez car elles répercuteront la taxe de 7 % en augmentant leurs cotisations. Vous les avez transformées en collecteurs d'impôts. Il eût été préférable, là encore, que l'État prenne ses responsabilités et s'interroge sur la vocation de la CSG. Le financement de la sécurité sociale doit reposer sur l'ensemble des revenus, ceux du travail comme ceux du capital. Il est donc normal que la Fédération des mutuelles de France déplore que vous taxiez les seuls malades. Mais nous aurons l'occasion de revenir sur ce point en séance publique.

M. Alain Rodet. Nous avons l'impression que les ARS sont incitées à faire des arbitrages en faveur des cliniques privées, au détriment de l'hôpital public.

M. Michel Vergnier. La situation des hôpitaux, en particulier les hôpitaux de proximité, est une bombe à retardement. L'application à 100 % de la tarification à l'activité - T2A – est une catastrophe pour ces établissements car il leur est impossible d'équilibrer les dépenses et les recettes. S'y ajoute la baisse des tarifs, qui est une bonne mesure pour l'assurance maladie, mais elle ne peut pas être compensée car l'activité n'augmente pas. C'est la double peine pour tous ces hôpitaux, dont les déficits augmentent. La situation de l'hôpital public est dramatique. Nous devons étudier la question plus à fond et redonner des moyens à ces hôpitaux, faute de quoi nous serons confrontés à d'importants problèmes de santé publique.

M. Marc Goua. Le fonds dédié aux rénovations et aux reconstructions des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – est doté de 48 millions d'euros pour l'ensemble du pays ! Or rien que dans la région des pays de la Loire, une quinzaine d'EHPAD sont à reconstruire, car ils ne répondent plus aux normes. On s'achemine vers des fermetures, en dépit de l'accroissement des besoins.

M. Jean-Claude Mathis. En dépit de quelques périodes plus favorables, le déficit de la sécurité sociale est chronique. Le temps n'est-il pas venu d'engager une réflexion sur une répartition équitable des personnels de santé sur le territoire ? Dans les secteurs excédentaires, les actes médicaux superflus et les arrêts maladie sont plus nombreux qu'ailleurs. La situation exige des mesures rapides, en particulier pour favoriser l'installation des praticiens dans les zones déficitaires.

M. le Président Jérôme Cahuzac. La loi Hôpital, patients, santé et territoires - HPST – comportait un mécanisme permettant de lutter contre ce phénomène mais il a été supprimé à l’initiative du sénateur Fourcade, dont la proposition de loi a été votée conforme par l’Assemblée nationale.

M. Laurent Hénart. Nous avons décidé la suppression de l’allocation équivalent retraite – AER –, mais la crise de 2008 nous a obligés à prolonger cette prestation jusqu’au 1^{er} janvier 2011. Par quoi a-t-elle été remplacée ?

Mme la Rapporteuse pour avis. Tout d’abord, les mutuelles ne sont pas obligées de répercuter la hausse de la taxe sur les cotisations.

S’agissant des hôpitaux, il faut faire des réserves de précaution, comme pour le budget de l’État. Ce sont les réformes de structure engagées par les ARS au niveau régional qui permettront de garantir l’efficacité du secteur hospitalier.

S’agissant de la dette des hôpitaux, je partage naturellement votre avis. Beaucoup a été fait au cours de cette législature. Nous ne pourrions malheureusement améliorer l’état des hôpitaux dans de brefs délais. Ce qui est sûr, c’est qu’ils ont été pénalisés par les 35 heures, et cela donne à réfléchir.

La mission de la HAS que vous évoquez existe depuis plusieurs années et des moyens lui ont été affectés à ce moment-là.

Monsieur Terrasse, en matière d’équilibre des comptes, nos résultats ne sont pas glorieux, mais il est plus facile d’équilibrer les comptes en période de croissance qu’en période de crise.

En ce qui concerne la CADES, nous avons voté l’an dernier son prolongement jusqu’en 2025, ce qui permet de financer le déficit de la branche vieillesse et celui du Fonds de solidarité vieillesse jusqu’en 2018.

Les textes mettant en œuvre notre politique du médicament et la loi HPST sont votés : laissons-leur le temps de produire des effets.

Je suis d’accord avec vous, nous ne pouvons faire financer par les enfants de demain notre santé d’aujourd’hui. C’est pourquoi, depuis 2002, la majorité fait en sorte de limiter la croissance des dépenses et de contenir le déficit. En outre, l’ONDAM est désormais respecté alors qu’il ne l’avait jamais été entre 1997 et 2002, lorsque la gauche était au pouvoir.

Monsieur Vergnier, s’agissant de la situation des hôpitaux locaux, je vous proposerai par amendement de reporter de plus d’un an la convergence tarifaire afin de nous laisser le temps de trouver les outils nécessaires pour consolider l’ensemble des hôpitaux locaux, sur la base des propositions des ARS.

Vous ne pouvez pas nier les efforts accomplis en direction des EHPAD : le plan de solidarité grand âge, lancé en 2007, permettra de créer 4 000 places d’ici à 2012. Quant à la modernisation des établissements, elle sera financée par la Caisse

nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA –. On peut toujours vouloir faire plus, mais convenez qu'un ONDAM médico-social à plus 4,2 % représente un véritable effort.

Monsieur Hénart, la mesure de remplacement de l'AER étant financée par le budget de l'État et non par le PLFSS, je ne peux vous apporter de précisions sur ce point. Je vous propose donc d'interroger le rapporteur spécial de la mission *Travail et emploi*.

M. François Goulard. Que les hôpitaux locaux rencontrent des difficultés, j'en conviens, mais la T2A a eu des effets très positifs parce qu'elle a permis de rééquilibrer la situation entre des hôpitaux dont les coûts, pour des pathologies identiques, étaient extrêmement différents.

Quelle que soit la prochaine majorité, nous n'échapperons pas à une réflexion sur la liberté d'installation des praticiens. Nous constatons effectivement une surconsommation médicale dans les zones où la densité médicale est excessive, alors que dans des régions, pas forcément dépeuplées, on ne trouve plus un seul médecin. Cette pénurie a des conséquences sanitaires car une personne mal soignée coûte en définitive plus cher à l'assurance maladie. Les politiques incitatives ne fonctionnent pas. C'est pourquoi nous devons nous poser la question de la liberté d'installation des praticiens, en concertation avec les professions médicales.

Ce n'est pas la rénovation des EHPAD qui pose problème – la plupart du temps les subventions du conseil général sont suffisantes – mais l'ouverture de nouveaux établissements qui est souvent bloquée par l'ARS. Contrairement à ce que l'on entend dire parfois, ouvrir un EHPAD coûte plus cher à l'État qu'aux collectivités locales.

M. le Président Jérôme Cahuzac. Sur la T2A, François Goulard a raison. Être passé de l'enveloppe globale augmentant selon un taux négocié dans les conditions que l'on sait à la T2A est une bonne chose, mais l'État, en réduisant ensuite les tarifs pour rester à enveloppe constante, a fait preuve de déloyauté envers les hôpitaux qui ont joué le jeu et se sont efforcés d'intensifier leur activité. Le mécanisme, conçu pour inciter les établissements à adapter leur activité aux besoins de la population, a alors fonctionné à rebours car la baisse des tarifs pèse d'autant plus que l'activité augmente. Dans ces conditions, à quoi bon se donner du mal pour, de toute façon, gagner la même chose ? Cette déloyauté est en train de pervertir le système de la T2A que j'avais défendu sans réserve en son temps.

Ensuite, c'est moins la liberté d'installation qui est en cause que le conventionnement automatique. Pour timide qu'il ait été, il y avait un dispositif dans la loi HPST, mais le Gouvernement a lâché devant les professionnels et la proposition de loi de Jean-Pierre Fourcade, qu'il a téléguidée, a été adoptée au Sénat, puis votée conforme par l'Assemblée nationale. Résultat : aujourd'hui, il n'y a plus rien. Il ne faut donc pas s'étonner que les territoires deviennent des déserts médicaux.

Quant aux EHPAD, sans intervention de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la contribution substantielle des conseils généraux ne suffit pas pour en ouvrir, à moins de pratiquer des tarifs journaliers qui excluent la population locale. Elle laisse alors la place à des personnes solvables venant d'autres départements qui n'ont pas financé les EHPAD en question. Aujourd'hui, le niveau de réserve de la Caisse de solidarité est tel qu'elle ne peut plus financer les EHPAD. De deux choses l'une : soit les projets sont bloqués parce que les responsables locaux ne veulent pas d'établissements dont la population locale est exclue, soit les EHPAD ouvrent, mais au seul profit de populations qui viennent de départements qui n'ont pas participé au financement. L'alternative n'est guère satisfaisante.

Mme Isabelle Vasseur, Rapporteuse pour avis. Je partage votre avis sur la T2A, dont l'objectif initial était louable, mais qui a montré ses limites – et il faudra réexaminer le système globalement – et sur les EHPAD. Dans ceux du sud de l'Aisne, trois quarts des personnes hébergées viennent de la région parisienne, faute d'avoir trouvé sur place, obligeant à réserver des places pour la population locale, éventuellement avec des tarifs préférentiels. Et cet afflux nous fait, paradoxalement, paraître « surdotés » aux yeux du conseil général. Il faudrait définir une politique plus globale, avec l'augmentation prévisible des personnes hébergées.

Monsieur Mathis, la désertification par les médecins concerne non seulement les zones rurales, mais aussi les banlieues. Je ne suis pas pour la coercition, mais il est regrettable que les médecins n'aient pas compris qu'ils pourraient s'organiser, à l'instar d'autres professionnels de santé. Mais l'on esquivait toujours la question de fond qui est de se demander pourquoi les médecins ne veulent plus faire de médecine générale. Il faudra s'attaquer à une refonte globale du système une fois que les réformes engagées, notamment celle du *numerus clausus*, auront produit leurs effets.

M. le Président Jérôme Cahuzac. La réforme du *numerus clausus* n'y changera rien. Avoir le plus grand nombre de médecins par habitant d'Europe n'empêche pas l'extension des déserts médicaux. Si on ne modifie pas les règles d'installation, le surplus de médecins ira là où ils sont déjà les plus nombreux et ne fera qu'aggraver les défauts du système : une offre médicale accrue dans les territoires qui n'en ont pas besoin, avec, à la clé, une inflation des dépenses de santé.

M. Philippe Vigier. Je partage cette analyse. Depuis dix ans, on a plus que doublé le *numerus clausus*, notamment à Orléans-Tours, Clermont-Ferrand, Limoges... Avec quel résultat ? La situation s'est aggravée. Il faudrait commencer par revenir à l'internat des régions. L'examen classant national est une aberration : premièrement, dans les villes de province, certains postes d'interne ne sont pas pourvus, et rien n'y fait ; deuxièmement, il y a des disparités entre les régions, certains doyens acceptent le redoublement, d'autres pas ; troisièmement, il n'y a aucune raison de ne pas demander aux médecins ce que l'on impose aux

infirmières formées dans un CHU, à savoir d'y travailler trois ans ; quatrièmement, tant que l'on n'interdira pas l'installation dans les zones surdotées, on n'y arrivera pas. Ainsi, en dans la région Centre, il y a une désertification en dehors de la ville de Tours.

On va droit dans le mur, d'autant plus vite qu'il y a un effet ciseau dont personne ne parle, c'est celui de la démographie. En 1999, un précédent gouvernement avait permis à quelque 4 000 médecins de partir à la retraite grâce au mécanisme d'incitation à la cessation d'activité – MICA –. Si l'on s'en tient à la cosmétique, on ne s'en sortira pas.

*

* *

La Commission en vient à l'examen des articles.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010

La Commission donne un avis favorable à l'adoption des articles 1^{er} et 2.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ANNÉE 2011

Section 1

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

La Commission donne un avis favorable à l'adoption des articles 3 à 5.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

La Commission donne un avis favorable à l'adoption des articles 6 à 9.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2012

Section 1

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

La Commission donne un avis favorable à l'adoption des articles 10 et 11.

Après l'article 11

La Commission est saisie des amendements CF 1 et CF 2, portant articles additionnels, de M. Michel Bouvard, et qui peuvent être soumis à une discussion commune.

M. Marc Francina. Quand elles embauchent, les entreprises installées dans les zones de revitalisation rurale –ZRR– et dans les zones de redynamisation urbaine –ZRU– sensibles bénéficient d'exonération de charges. Mais la liste des communes éligibles change chaque année, ce que les entreprises

ne peuvent pas prévoir. Ces amendements visent donc à prolonger l'exonération jusqu'à la fin du contrat.

Mme la Rapporteuse pour avis. Si les intentions sont compréhensibles, il faut savoir que pas plus de 6 000 entreprises utilisent ce dispositif et le maintenir alors même que la commune n'est plus classée en ZRR ou ZRU serait incohérent. En outre, un tel classement relève du domaine réglementaire.

Les amendements CF 1 et CF 2 sont retirés.

Article 12 (art. L. 136-2 du code de la sécurité sociale) : *Modification des règles d'abattement pour frais professionnels au titre de la CSG et de la CRDS*

La Commission examine l'amendement CF 13 de la Rapporteuse pour avis.

Mme la Rapporteuse pour avis. L'article 12 réduit de 3 % à 2 % l'abattement pour frais professionnels applicable aux revenus d'activité assujettis à la CSG. L'amendement que je propose souhaite le réduire à 1,75 % pour réaliser une économie supplémentaire de l'ordre de 140 millions, destinée à couvrir le manque à gagner que représenterait la suppression de l'article 13, que je demanderai également par amendement, et qui vise à assujettir à la CSG le complément de libre choix d'activité – CLCA –. Il n'est pas légitime que les familles contribuent davantage à la lutte contre le déficit des comptes sociaux que les salariés en général. Cette mesure aurait un impact marginal sur les revenus d'activité puisqu'il serait d'une vingtaine de centimes de plus par mois pour un SMIC, par rapport à la mesure proposée par le Gouvernement.

M. Charles de Courson. Lors de la création de la CSG, le Conseil constitutionnel avait annulé les dispositions du gouvernement Rocard parce que les revenus d'activité n'étaient pas traités comme les autres revenus. Ne risque-t-on pas, à force d'abaissements successifs de l'abattement, de déclencher ses foudres ?

M. le président Jérôme Cahuzac. Ces 140 millions d'euros s'ajouteront aux 600 millions que rapportera l'augmentation de la CSG pour les salariés. Autrement dit, l'adoption de cet amendement se traduirait par une charge supplémentaire de 140 millions pour les seuls salariés.

Mme la Rapporteuse pour avis. Nous sommes toujours dans la marge autorisée par le Conseil constitutionnel. Le seuil fixé par ce dernier se situe en effet entre 1 et 1,5 %.

La Commission adopte l'amendement CF 13, puis émet un avis favorable à l'adoption de l'article 12 ainsi modifié.

Article 13 (art. L. 136-2, L. 136-5 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale) : *Assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité et du complément de libre choix d'activité optionnel*

La Commission est saisie de l'amendement CF 14 de la Rapporteure pour avis.

Mme la Rapporteure pour avis. Je propose de supprimer l'article 13 qui vise à assujettir à la CSG au même taux que les allocations chômage – soit 6,2 % – le complément du libre choix d'activité – le CLCA – et le complément du libre choix d'activité optionnel – le COLCA –, jusque-là exonérés d'impôt sur le revenu et de CSG, au motif qu'il s'agirait d'un revenu de remplacement et non de prestations familiales. Cet article conduirait à un manque à gagner de 100 à 400 euros par an pour plus de 330 000 familles d'enfants en bas âge. Le CLCA n'est pas à proprement parler un revenu de remplacement dans la mesure où il n'est pas proportionnel au salaire. L'amendement vise donc à supprimer une mesure particulièrement pénalisante pour les familles.

La Commission adopte l'amendement CF 14, émettant ainsi un avis favorable à la suppression de l'article 13.

Elle donne ensuite un avis favorable à l'adoption des articles 14 à 22.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

La Commission donne un avis favorable à l'adoption des articles 22 à 28.

Section 3

Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

La Commission donne un avis favorable à l'adoption des articles 29 et 30.

Après l'article 30

La Commission est saisie d'un amendement CF 4, portant article additionnel, de la Rapporteure pour avis.

Mme la Rapporteure pour avis. L'amendement vise à affecter directement au Fonds de solidarité vieillesse – FSV – la fraction de la taxe sur les salaires qui lui est due, et qui suit aujourd'hui un circuit financier compliqué au risque de provoquer des incidents de trésorerie.

La Commission adopte l'amendement CF 4.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption des articles 31 et 32.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 33 et 34.

Après l'article 34

La Commission examine un amendement CF 5, portant article additionnel, de la Rapporteuse pour avis.

Mme la Rapporteuse pour avis. Cet amendement reprend une mesure adoptée dans la proposition de loi Fourcade modifiant la loi HPST mais que le Conseil constitutionnel a censurée en tant que cavalier législatif, et qui visait à mettre en œuvre le dépistage généralisé des troubles de l'audition chez le nouveau-né.

M. Charles de Courson. Une loi est-elle vraiment nécessaire ?

Mme la Rapporteuse pour avis. Non, mais la mesure faisait partie d'une proposition de loi qui a été adoptée.

M. le Président Jérôme Cahuzac. Pour cette raison, l'amendement ne tombe pas sous le coup de l'article 40, car la mesure a déjà été votée et n'emporte pas création de charge nouvelle.

La Commission adopte l'amendement CF 5.

La Commission examine ensuite un amendement CF 7, portant article additionnel, de la Rapporteuse pour avis.

Mme la Rapporteuse pour avis. L'amendement reprend une autre mesure de la proposition de loi modifiant la loi HPST, elle aussi censurée par le Conseil constitutionnel comme cavalier législatif, qui a un impact sur les dépenses d'assurance maladie puisqu'il s'agit de faire prendre en charge les frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce – CAMSP – et les centres médico-psychopédagogiques - CMP –.

M. Charles de Courson. Qui payait jusqu'à présent ? Les familles ?

Mme la Rapporteuse pour avis. Actuellement, sans base légale, certaines CPAM prennent en charge, d'autres pas. Il s'agit de généraliser la prise en charge par l'assurance maladie.

M. le président Jérôme Cahuzac. S'agissant d'une mesure déjà votée par le Parlement, l'amendement ne tombait pas non plus sous le coup de l'article 40.

La Commission adopte l'amendement CF 7.

Puis la Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 35.

Après l'article 35

La Commission examine l'amendement CF 6, portant article additionnel, de la Rapporteuse pour avis.

Mme la Rapporteuse pour avis. Le passage à un financement en T2A des anciens hôpitaux locaux, prévu au 1^{er} janvier 2012, est prématuré car le modèle de transition n'est toujours pas abouti. Aussi demandons-nous un report au 1^{er} mars 2013, comme pour les soins de suite et de réadaptation – SSR –.

La Commission adopte l'amendement CF 6.

Article 36 (art. L. 1432-6, L. 1433-1, L. 1434-6, L. 1435-4, L. 1435-8 à L. 1435-11 [nouveaux] et L. 6323-5 du code de la santé publique ; art. L. 162-45 et L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ; art. 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001) : *Création d'un Fonds d'intervention régional*

La Commission est saisie d'un amendement CF 15 de la Rapporteuse pour avis.

Mme la Rapporteuse pour avis. La création du nouveau Fonds d'intervention régional – FIR – qui se substituera à la fois au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS – et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés – FMESPP – ne saurait se traduire par un affaiblissement du contrôle parlementaire. Alors que les dotations à ces deux fonds par l'assurance maladie sont fixées chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale, l'article 36 confie au Gouvernement le soin de doter lui-même le FIR, par arrêté, en fonction de l'ONDAM. Une telle mesure risque d'être entachée d'incompétence négative du législateur, et constitue *a fortiori* une véritable régression des pouvoirs d'autorisation et de contrôle du Parlement. L'amendement intègre donc dans la LFSS le montant de la dotation de la FIR. Ce montant devra donc être fixé chaque année par le Parlement, ce qui nous permettra de contrôler l'utilisation des fonds.

La Commission adopte l'amendement CF 15, et émet un avis favorable à l'adoption de l'article 36 ainsi modifié.

Puis la Commission donne un avis favorable à l'adoption des articles 37 à 45.

Article 46 : *Dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics.*

La Commission est saisie d'un amendement CF 3 de la Rapporteure pour avis.

Mme la Rapporteure pour avis. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux – ONIAM – disposera fin 2011 d'un fonds de roulement comprenant 41,8 millions d'euros de réserve. Il est donc possible de réduire à due concurrence la dotation que doit lui verser l'assurance maladie en 2012.

M. Charles de Courson. L'office provisionne-t-il les contentieux, comme il devrait le faire ? Il ne faudrait pas récupérer des réserves qu'il faudra restituer dans quelques années.

Mme la Rapporteure pour avis. Oui, l'ONIAM provisionne, et les montants qu'il doit verser aux victimes chaque année sont financés par la dotation versée par l'assurance maladie. Il n'y a donc pas de risque financier, puisqu'en mobilisant en 2012 le fonds de roulement de l'ONIAM, on maintient le niveau des ressources prévu par le Gouvernement pour couvrir ses dépenses.

La Commission adopte l'amendement CF 3.

Elle examine ensuite l'amendement CF 17 de la Rapporteure pour avis.

Mme la Rapporteure pour avis. Il s'agit de récupérer 11,26 millions sur les réserves constituées par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires - EPRUS –, pour diminuer d'autant en 2012 la dotation de l'assurance maladie.

La Commission adopte l'amendement CF 17.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 46 ainsi modifié.

Après l'article 46

La Commission est saisie d'un amendement CF 8, portant article additionnel, de la Rapporteure pour avis.

Mme la Rapporteure pour avis. La prévention, trop négligée par notre système de santé, doit être développée car elle est source de futures économies. Les actions de prévention ne figurent pas dans l'ONDAM mais elles sont financées par les différents régimes d'assurance maladie. Le régime général a créé pour cela un fonds spécifique, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires – FNPEIS –. Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011, il devrait être doté de 442 millions d'euros en 2012. Sans créer un sous-objectif spécifique de dépense, initiative qui appartient au Gouvernement, il serait utile au contrôle parlementaire d'identifier les sommes consacrées à la prévention par la CNAM.

M. Charles de Courson. La rédaction est choquante, car elle donne un ordre au Gouvernement, ce que la Parlement n'a pas le droit de faire, s'agissant de dépenses.

M. Daniel Garrigue. L'amendement serait plus acceptable s'il prévoyait que les sommes consacrées par le budget de la CNAM à la prévention sont inscrites sur une ligne spéciale.

M. le Président Jérôme Cahuzac. L'intention de Mme la Rapporteuse pour avis est de remonter l'information au niveau législatif de façon à permettre le contrôle parlementaire. Il me semble que c'est une bonne initiative, qui nous facilitera la tâche.

M. Michel Diefenbacher. Pourquoi ne pas remplacer « consacrera » par « pourra consacrer ». Tout budget est une autorisation de dépense, pas une obligation.

M. le Président Jérôme Cahuzac. Cela ne changerait rien, puisque l'autorisation est déjà donnée.

La Commission adopte l'amendement CF 8.

Elle émet ensuite un avis favorable à l'adoption des articles 47 et 48.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

La Commission donne un avis favorable à l'adoption des articles 49 à 51.

Après l'article 51

La Commission examine successivement les amendements CF 9, CF 10 et CF 11, portant chacun article additionnel, de la Rapporteuse pour avis.

Mme la Rapporteuse pour avis. Avec l'amendement CF 9, il s'agit de supprimer les conditions d'âge opposables aux personnes non salariées des professions agricoles qui veulent acquérir des droits à la retraite au titre de l'assurance volontaire vieillesse. Ainsi serait rétablie l'égalité entre les assurés du régime agricole et les autres.

L'amendement CF 10, qui concerne le cumul emploi-retraite, vise à autoriser un aide familial ou un collaborateur d'exploitation agricole à poursuivre son activité agricole tout en percevant sa pension de retraite. Il met ainsi fin à une différence de traitement avec les chefs d'exploitation.

Enfin, l'amendement CF 11 permet aux agriculteurs susceptibles de bénéficier d'un départ en retraite anticipée et à taux plein pour cause de pénibilité de bénéficier d'une majoration de leur retraite de base. Il s'agit aussi d'une mesure de cohérence.

*La Commission **adopte** les amendements CF 9, CF 10 et CF 11.*

*Puis elle donne un **avis favorable** à l'adoption de l'article 52.*

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail
et de maladies professionnelles

*La Commission émet un **avis favorable** à l'adoption des articles 53 à 56.*

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

*La Commission émet un **avis favorable** à l'adoption des articles 57 à 59.*

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement
des régimes obligatoires

*La Commission émet un **avis favorable** à l'adoption des articles 60 et 61.*

Section 6

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion
interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur
financement

*La Commission émet un **avis favorable** à l'adoption de l'article 62.*

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

*La Commission donne ensuite un **avis favorable** à l'adoption des
articles 63 à 68, ainsi qu'à l'ensemble du projet de loi de financement de la
sécurité sociale pour 2012, modifié.*

*

* *

AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION ⁽¹⁾

N° CF 1

AMENDEMENT

présenté par

M. Michel Bouvard, Mme Henriette Martinez et MM. Jean-Marie Binetruy, Gérard Cherpion, Marc Francina, Jean-Jacques Gaultier, Alain Marty et Pierre Morel-a-L'huissier

ARTICLE ADDITIONNEL, APRÈS L'ARTICLE 11

Insérer l'article suivant :

I. – Le III de l'article L. 131-4-2 du code la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'exonération reste applicable pour sa durée restant à courir lorsque la commune d'implantation de l'établissement au titre duquel l'embauche a été réalisée sort de la liste des communes classées en zone de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine après la date d'effet du contrat. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de la contribution visée à l'article L. 137-7 du code de la sécurité sociale.

N° CF 2

AMENDEMENT

présenté par

MM. Michel Bouvard, Jean-Marie Binetruy et Marc Francina

ARTICLE ADDITIONNEL, APRÈS L'ARTICLE 11

Insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 131-4-3 du code la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

(1) La présente rubrique ne comporte pas les amendements déclarés irrecevables ni les amendements non soutenus en commission. De ce fait, la numérotation des amendements examinés par la commission peut être discontinuée.

« L'exonération reste applicable pour sa durée restant à courir lorsque la commune d'implantation de l'établissement au titre duquel l'embauche a été réalisée sort de la liste des communes classées en zone de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine après la date d'effet du contrat. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de la contribution visée à l'article L. 137-7 du code de la sécurité sociale.

N° CF 3

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

ARTICLE 46

À l'alinéa 3 de cet article, substituer au nombre : « 55 », le nombre : « 13,2 ».

N° CF 4

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

**ARTICLE ADDITIONNEL,
APRÈS L'ARTICLE 30**

Insérer l'article suivant :

L'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , à l'exception du produit affecté au fonds mentionné à l'article L. 135-1 qui lui est directement reversé ».

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

ARTICLE ADDITIONNEL, APRÈS L'ARTICLE 34

Insérer l'article suivant :

I. – Après l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2132-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2132-2-2.* – Dans le cadre des programmes prévus à l'article L. 1411-6, l'enfant bénéficie avant la fin de son troisième mois d'un dépistage précoce des troubles de l'audition.

« Ce dépistage comprend :

« 1° Un examen de repérage des troubles de l'audition réalisé avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;

« 2° Lorsque celui-ci n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires réalisés avant la fin du troisième mois de l'enfant dans une structure spécialisée dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement, agréée par l'agence régionale de santé territorialement compétente ;

« 3° Une information sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue mentionnée à l'article L. 312-9-1 du code de l'éducation, et leurs disponibilités au niveau régional ainsi que sur les mesures de prise en charge et d'accompagnement susceptibles d'être proposées à l'enfant et à sa famille.

« Les résultats de ces examens sont transmis aux titulaires de l'autorité parentale et inscrits sur le carnet de santé de l'enfant. Lorsque des examens complémentaires sont nécessaires, les résultats sont également transmis au médecin de la structure mentionnée au 2° du présent article.

« Ce dépistage ne donne pas lieu à une contribution financière des familles.

« Chaque agence régionale de santé élabore, en concertation avec les associations, les fédérations d'associations et tous les professionnels concernés par les troubles de l'audition, un programme de dépistage précoce des troubles de l'audition qui détermine les modalités et les conditions de mise en œuvre de ce dépistage, conformément à un cahier des charges national établi par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé et du conseil national de pilotage des agences régionales de santé mentionné à l'article L. 1433-1. »

II. – Dans les trois ans suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu à

l'article L. 2132-2-2 du code de la santé publique. Ce rapport dresse notamment le bilan de la réalisation des objectifs de dépistage, diagnostic et prise en charge précoces, des moyens mobilisés, des coûts associés et du financement de ceux-ci et permet une évaluation de l'adéquation du dispositif mis en place à ces objectifs.

Le cahier des charges national prévu au présent article est publié dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi.

Les agences régionales de santé mettent en œuvre le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu au présent article dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi.

N° CF 6

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

ARTICLE ADDITIONNEL,

APRÈS L'ARTICLE 35

Insérer l'article suivant :

Au VIII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la date : « 1^{er} janvier 2012 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2013 ».

N° CF 7

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

ARTICLE ADDITIONNEL,

APRÈS L'ARTICLE 34

Insérer l'article suivant :

Après le 18° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un 19° ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code. »

N° CF 8

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

**ARTICLE ADDITIONNEL,
APRÈS L'ARTICLE 46**

Insérer l'article suivant :

Pour l'année 2012, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés consacrera 442 millions d'euros à des actions de prévention.

N° CF 9

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

**ARTICLE ADDITIONNEL,
APRÈS L'ARTICLE 51**

Insérer l'article suivant :

Au premier alinéa de l'article L. 722-17 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse » sont remplacés par les mots : « ne réunissant pas la durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes mentionnée à l'article L. 732-25 ».

N° CF 10

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

**ARTICLE ADDITIONNEL,
APRÈS L'ARTICLE 51**

Insérer l'article suivant :

Après le sixième alinéa de l'article L. 732-39 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, les personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10 qui justifient des conditions fixées par les deux alinéas précédents, peuvent cumuler leur pension de vieillesse non salariée agricole avec une activité professionnelle non salariée agricole exercée sur une exploitation ou entreprise agricole donnant lieu à assujettissement du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. »

N° CF 11

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

**ARTICLE ADDITIONNEL,
APRÈS L'ARTICLE 51**

Insérer l'article suivant :

Au 2° de l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « les articles L. 732-23 et L. 732-25 » sont remplacés par les mots : « par les articles L. 732-18-3, L. 732-23 et L. 732-25 ».

N° CF 13

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

ARTICLE 12

À l'alinéa 3 de cet article, substituer au taux : « 2 % » le taux : « 1,75 % ».

N° CF 14

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

ARTICLE 13

Supprimer cet article.

N° CF 15

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

ARTICLE 36

I. – Rédiger ainsi l’alinéa 15 de cet article :

« 1° Une participation des régimes obligatoires de base d’assurance maladie dont le montant est réparti entre ces régimes par un arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées ; ».

II. – En conséquence, après l’alinéa 44 de cet article, insérer l’alinéa suivant :

« IV *bis*. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d’assurance maladie au financement du fonds d’intervention régional est fixé à 915 millions d’euros pour l’année 2012. »

N° CF 17

AMENDEMENT

présenté par

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis

ARTICLE 46

À l’alinéa 6 de cet article, substituer au nombre : « 20 », le nombre : « 8,74 ».

ANNEXE : LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS

La Rapporteure pour avis tient à exprimer ses vifs remerciements aux personnes qu'elle a rencontrées et qui lui ont fourni les éléments nécessaires à la préparation de ce rapport :

– MM. Lionel Joubaud et Olivier Chemla, conseillers au cabinet de la ministre du Budget, des comptes publics et de la réforme de l'État ;

– MM. Fabrice Staad, Maxime Durier et Fabrice Perrin, conseillers au cabinet de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale ;

– M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, Mme Marianne Levy-Rosenwald, M. Jean-Pierre Laboureix et M. Michel Braunstein, conseillers maîtres ;

– M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale (DSS) et Mme Carole Bousquet, chef du bureau de la synthèse financière ;

– MM. Gérard Pelhate, président du conseil d'administration, et Philippe Laffon, directeur de la santé de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA) ;

– MM. Pierre Burban, président du conseil d'administration, Pierre Ricordeau, directeur, et Alain Gubian, directeur financier, des statistiques, des études et de la prévision de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ;

– M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général, et Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) ;

– MM. Pierre Mayeur, directeur, et Vincent Poubelle, directeur des statistiques, de la prospective et de la recherche de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ;

– MM. Luc Allaire, directeur, Laurent Gratioux, directeur adjoint, et Emmanuel Lefèvre, directeur financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

– M. Patrice Ract Madoux, président du conseil d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ;

– M. Bernard Billon, directeur du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ;

– MM. Fabrice Henry, président, et Éric Badonnel, secrétaire général administratif de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) ;

– MM. Étienne Caniard, président, et Jean-Martin Cohen Solal, directeur général de la Mutualité française (FNMF) ;

– MM. Christian Lajoux, président, Philippe Lamoureux, directeur général, et Claude Bougé, directeur général adjoint au Syndicat des entreprises du médicament (LEEM) ;

– MM. Cédric Arcos, directeur de cabinet du délégué général, et Yves Gaubert, adjoint au délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF) ;

– MM. Jean-Loup Dourousset, président, et Philippe Burnel, délégué général de la Fédération hospitalière privée (FHP).