

N° 3869

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2011.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2012* (n° 3790)

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. YVES BUR,

Député.

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 5, 8, 10 à 32, 62 à 68** figurent dans le rapport de M. Yves Bur, sur les recettes et l'équilibre général (n° 3869, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **6, 7, 9, 33 à 36, 39 à 48 et 53 à 56** figurent dans le rapport de M. Jean-Pierre Door, sur l'assurance maladie et les accidents du travail (n° 3869, tome II).

Les débats en commission sur les articles **37 et 38** figurent dans le rapport de Mme Bérengère Poletti, sur le secteur médico-social (n° 3869, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **49 à 52, 60 et 61** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur l'assurance vieillesse (n° 3869, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **57 à 59** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur la famille (n° 3869, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 3869, tome VI.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
TRAVAUX DE LA COMMISSION	19
I.- AUDITIONS	19
A. AUDITION DE M. DIDIER MIGAUD, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES	19
B. AUDITION DES MINISTRES	55
II.- EXAMEN DES ARTICLES	97
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010	97
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010	97
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2010.....	111
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2011	118
Section 1 : <i>Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</i>	118
<i>Article 3</i> (art. L. 134-3 et L. 134-5 du code de la sécurité sociale) : Plafonnement de la compensation bilatérale maladie	118
<i>Article 4</i> : Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2011	124
<i>Article 5</i> : Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.....	129
Section 2 : <i>Dispositions relatives aux dépenses</i>	132
<i>Article 8</i> : Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche.....	132

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2012	135
Section 1 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement	135
<i>Avant l'article 10</i>	135
<i>Article 10</i> (art. L. 137-16 du code de la sécurité sociale) : Augmentation du forfait social.....	143
<i>Après l'article 10</i>	153
<i>Article additionnel après l'article 10</i> : Exonération de la rémunération des techniciennes de l'intervention sociale et familiale.....	155
<i>Après l'article 10</i>	155
<i>Article additionnel après l'article 10</i> : Abaissement du plafond d'exonération des indemnités de rupture.....	158
<i>Article additionnel après l'article 10</i> : Aménagement de la contribution sur les rémunérations versées à des tiers.....	158
<i>Après l'article 10</i>	159
<i>Article 11</i> (art. L. 131-8, L. 241-2, L. 241-6 et L. 241-13 du code de la sécurité sociale, L. 731-2 et L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime, 61 de la loi n° 2004-1484 de finances pour 2005 et 53 de la loi n° 2007-1822 de finances pour 2008) : Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale de cotisations sociales patronales.....	160
<i>Après l'article 11</i>	167
<i>Article 12</i> (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.....	170
<i>Article 13</i> (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.....	173
<i>Article additionnel après l'article 13</i> : Clarification de certaines dispositions en matière de territorialité des contributions sociales.....	179
<i>Après l'article 13</i>	180
<i>Article 14</i> (art. L. 651-5 du code de la sécurité sociale) : Harmonisation de l'assiette et plafonnement du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés sur les établissements de crédit.....	181
<i>Article 15</i> (art. 1010 et 1010 A du code général des impôts) : Révision du barème de la taxe sur les véhicules de société.....	186
<i>Article 16</i> (art. 317, 402 bis, 403, 438 et 520 A du code général des impôts ; art. L. 245-8 et L. 245-9 du code de la sécurité sociale) : Hausse de la fiscalité sur les alcools.....	189
<i>Après l'article 16</i>	197
<i>Article additionnel après l'article 16</i> : Taxe de solidarité sur le produit brut des jeux.....	198
<i>Article additionnel après l'article 16</i> : Contribution sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac.....	200

<i>Après l'article 16</i>	202
<i>Article 17 : Modification du taux K de la clause de sauvegarde</i>	204
<i>Après l'article 17</i>	208
<i>Article additionnel après l'article 17 : Contribution sur les dépenses de promotion des industries pharmaceutiques</i>	209
<i>Après l'article 17</i>	209
<i>Article 18 (article L. 245-6 du code de la sécurité sociale) : Taux et affectation de la contribution des laboratoires pharmaceutiques sur leur chiffre d'affaires</i>	210
<i>Article 19 (articles L. 5121-8, L. 5321-12, L. 5321-3 [nouveau] et L. 5421-8 [nouveau] du code de la santé publique ; articles L. 162-16-5, L. 162-17, L. 162-17-5, L. 241-2 du code de la sécurité sociale ; articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P, 1600-0 Q, 1635 bis AE, L. 166 D [nouveaux] du code des impôts) : Financement de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé</i>	217
<i>Article 20 (art. L. 731-2 et L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime ; art. 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996) : Financement de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles</i>	233
<i>Article 21 : Transfert au régime général du régime spécial d'assurance maladie de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris</i>	237
<i>Article additionnel après l'article 21 : Suppression de la double cotisation des experts-comptables salariés</i>	241
<i>Article 22 : Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales</i>	241
Section 2 : Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	258
<i>Article 23 : Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base</i>	258
<i>Article 24 : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base</i>	263
<i>Article 25 : Approbation du tableau d'équilibre du régime général</i>	265
<i>Article 26 : Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base</i>	271
<i>Article 27 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de solidarité vieillesse et au Fonds de réserve pour les retraites</i>	272
<i>Article 28 : Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)</i>	274
Section 3 : Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité	277
<i>Article 29 (art. L. 131-6, L. 131-6-1, L. 131-6-2 [nouveau], L. 131-6-3, L. 133-6-2, L. 133-6-8, L. 136-3, L. 242-11, L. 612-4, L. 612-5, L. 613-1, L. 633-10, L. 635-1, L. 635-5, L. 642-1, L. 642-2, L. 652-6, L. 722-4, L. 723-5, L. 723-15 et L. 756-15 du code de la sécurité sociale) : Simplification des règles applicables à la détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales acquittées par les travailleurs indépendants et à la régularisation de leurs versements</i>	277
<i>Après l'article 29</i>	280

<i>Article 30</i> (art. L. 133-5-4 [nouveau] et L. 244-3 du code de la sécurité sociale) : Articulation de la déclaration annuelle des données sociales et de la déclaration sociale nominative.....	281
<i>Article additionnel après l'article 30</i> : Simplification du paiement des cotisations et contributions sociales pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap.....	284
<i>Article 31</i> (art. L. 13-3, L. 139-4 et L.139-5 [nouveaux] du code de la sécurité sociale) : Encadrement de la politique d'emprunt et de placement des organismes de sécurité sociale.....	285
<i>Article additionnel après l'article 31</i> : Faculté d'examen par la Cour des comptes de certaines opérations effectuées par des régimes et organismes dont les comptes sont par ailleurs certifiés par un commissaire aux comptes.....	291
<i>Article 32</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.....	291
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012	301
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	301
<i>Article 62</i> (art. L 114-12-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Mutualisation des systèmes d'information.....	301
<i>Article additionnel après l'article 62</i> : Extension de la fonction de centrale d'achats de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).....	304
<i>Article additionnel après l'article 62</i> : Suppression des délégations de gestion des prestations de soins servies par les régimes obligatoires.....	304
Section 7 : Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude	305
<i>Article 63</i> (articles L. 114-17, L. 133-4, L. 162-1-14 à L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale et L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles) : Amélioration et harmonisation du régime des pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale.....	305
<i>Article additionnel après l'article 63</i> : Redéfinition de la notion d'isolement.....	313
<i>Article additionnel après l'article 63</i> : Sort des dettes nées d'une fraude dans la procédure de redressement pour surendettement.....	314
<i>Article additionnel après l'article 63</i> : Inscription dans le répertoire national commun aux organismes de protection sociale des montants des revenus et des prestations de l'assuré.....	314
<i>Article additionnel après l'article 63</i> : Déchéance du droit aux prestations sociales en cas de fraude à l'identité.....	315
<i>Article additionnel après l'article 63</i> : Redressement des salariés en cas de travail dissimulé.....	315
<i>Après l'article 63</i>	316
<i>Article additionnel après l'article 63</i> : Régime de déclaration pour le traitement des données à caractère personnel par certains organismes.....	319

<i>Article 64</i> (articles L. 371-1, L. 454-1, L. 376-3-1 [nouveau] et L. 454-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Renforcement de la sanction du défaut d'information des caisses de sécurité sociale par l'assureur du tiers responsable d'un accident.....	319
<i>Article 65</i> (article L. 114-11 du code de la sécurité sociale) : Augmentation des possibilités d'échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les consulats.....	324
<i>Article additionnel après l'article 65</i> : Amélioration du droit de communication	326
<i>Article 66</i> (articles L. 133-6-7 du code de la sécurité sociale et L. 8221-3 du code du travail) : Radiation des travailleurs non salariés du régime social des indépendants	326
<i>Article additionnel après l'article 66</i> : Solidarité financière des dirigeants en cas de travail dissimulé	329
<i>Article 67</i> (article L. 8221-6 du code du travail) : Renforcement de la sanction de la dissimulation d'emploi salarié par le recours à de faux travailleurs indépendants.....	329
<i>Article additionnel après l'article 67</i> : Sanctions de la falsification des documents des organismes de sécurité sociale.....	331
<i>Article additionnel après l'article 67</i> : Suppression du plafond d'annulation des exonérations en cas de travail dissimulé	332
<i>Article additionnel après l'article 67</i> : Redressements forfaitaires en cas de travail dissimulé	332
<i>Article additionnel après l'article 67</i> : Création d'une procédure de flagrance sociale.....	332
<i>Article 68</i> (article L. 561-29 du code monétaire et financier) : Transmission par TRACFIN d'informations aux organismes de sécurité sociale	333
<i>Après l'article 68</i>	334
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	337

INTRODUCTION

Désigné pour la première fois en 2007 rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour les recettes et l'équilibre général, au nom de ce qui était alors la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, votre rapporteur avait fait du retour à l'équilibre des finances sociales la feuille de route qui guiderait son action tout au long de la législature.

Il n'a pas le sentiment d'avoir failli à sa mission, car il a activement pris part à la recherche de nouvelles recettes, qui s'est notamment traduite par l'institution des contributions patronale et salariale sur les *stock-options* et du forfait social, tout en plaidant pour la recherche d'une plus grande efficacité de nos dépenses, particulièrement dans le domaine de la santé, où l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est désormais à la fois maîtrisé et respecté.

Mais la crise économique, la plus grave depuis la Seconde Guerre mondiale, doublée d'une profonde crise financière, en a bien évidemment décidé autrement. Cinq projets de loi de financement plus tard, l'objectif de retour à l'équilibre ne s'est pas rapproché : un solde du régime général ramené à son niveau de 2007, c'est-à-dire en dessous de la barre des 10 milliards d'euros n'est attendu que pour 2015.

Est-ce une raison de se décourager ? Certainement pas, car cette législature a été marquée par des avancées d'autant plus remarquables que le contexte en était spécialement difficile : effort de réduction des exonérations et niches sociales, résorption totale des dettes de l'État à l'égard des régimes de sécurité sociale, réforme des retraites, régulation de la dépense de santé, tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé, certification des comptes qui a incité les branches à s'engager dans une rationalisation de leur gestion, maintien d'une politique familiale sans exemple en Europe et, au-delà, d'un système social qui a heureusement pu jouer, au bénéfice de nos concitoyens, son rôle d'amortisseur des effets de la crise.

L'heure est d'autant moins au découragement que nous nous trouvons désormais au pied du mur : la menace, pourtant ancienne, que fait aujourd'hui peser la situation de la zone euro prend corps alors que nous n'avons pas su nous attaquer à temps aux composantes structurelles de nos déficits sociaux. Compte tenu des montants de dette à court terme portés en trésorerie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ou de dette à long terme transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), la perspective d'une hausse des taux d'intérêt n'est pas seulement inquiétante : elle est surtout certaine, à terme plus ou moins court, vu leur niveau actuel, historiquement bas. En outre, l'écart de taux (*spread*) avec l'Allemagne s'est significativement accru, se situant ces derniers jours à plus de 1 point de base.

Et, en attendant, alors que le remboursement de la dette sociale tel qu'initialement conçu en 1995, aurait déjà dû être mené à bien depuis près de trois ans, nous avons non seulement encore devant nous au moins la même durée à attendre avant l'extinction de cette dette qui, en cumul, équivaut aux deux tiers de celle de la Grèce, mais nous avons déjà préféré, depuis 1996, verser aux banques et au système financier près de 34 milliards d'euros d'intérêts – nonobstant la manière remarquable dont la CADES s'est acquittée de ses fonctions depuis désormais quinze ans.

Au fond, c'est aussi l'Europe qui nous incite à adopter des règles contraignantes et des lignes directrices pour nos finances publiques : depuis les « critères de Maastricht » jusqu'au « paquet » adopté le 28 septembre dernier par le Parlement européen sur la gouvernance, les institutions communautaires viennent combler notre incapacité à obtenir un consensus national sur la nécessité d'une « règle d'or » et à nous conformer durablement aux principes de saine gestion que nous nous assignons, comme en a témoigné à l'automne dernier le non-respect, cinq ans seulement après son édicton, de la condition de non-prolongation de la durée de vie de la CADES en cas de nouvelle reprise de dette.

« Encore une minute, monsieur le bourreau » : comme nous avons attendu cette ultime minute pour agir, la voie est d'autant plus étroite. Car, aussi souhaitable et nécessaire cela soit-il, raboter les exonérations et niches n'aura qu'un temps. Au demeurant, pour les principales d'entre elles, à savoir les exonérations générales, aussi bien la réduction « Fillon » que le dispositif bénéficiant aux heures supplémentaires, il faudra attendre un moment plus favorable pour prendre des mesures d'ampleur, comme l'an dernier où, à la faveur de meilleures conditions économiques, l'annualisation de la réduction générale sur les bas salaires a pu être décidée. Dans des proportions plus modestes (600 millions d'euros au lieu de 2 milliards d'euros), le présent projet de loi de financement accomplit toutefois un pas dans ce sens, même s'il faut relever qu'il tend par ailleurs à solliciter fortement les entreprises.

De même, la maîtrise médicalisée des dépenses semble désormais au bout du rouleau. Cette politique, entamée sous la précédente majorité, a certes porté ses fruits : ainsi les déremboursements ont-ils permis d'économiser environ 1 milliard d'euros durant les dix dernières années. Mais on voit bien que ce filon est en voie d'épuisement, sans compter les situations absurdes qu'il a pu générer, comme le remboursement de certains produits à 15 %, justifié par des motivations plus économiques ou même politiques que de service médical rendu ou de considérations financières.

La question de nouvelles ressources se pose donc de façon toujours plus pressante, à commencer par une « TVA compétitivité », bien sûr, destinée à moins faire peser le financement de la protection sociale sur le travail. Mais un point de TVA au taux normal rapportant moins de 7 milliards d'euros, si l'on voulait par exemple transférer une somme de 25 milliards d'euros, il faudrait le produit de

4 points de TVA pour obtenir l'équivalent de 2 points de CSG : la protection sociale, c'est donc bien avant tout la CSG et il faudra être prêt, le moment venu, à la majorer pour ramener l'équilibre de nos finances sociales.

Mais une telle décision, qui pèse nécessairement sur la croissance et sur les revenus, ne doit pas être prise à fonds perdus. Elle ne sera justifiable que lorsque nous aurons défini un fonctionnement de notre système de protection sociale compatible avec l'évolution structurelle de l'économie française, dont on constate depuis plus d'une décennie qu'elle ne progresse que de 1 % à 1,5 % par an.

Et avant même la réalisation de ces perspectives à moyen terme, la croissance pour 2012 donne des signes de faiblesse. Lorsqu'ils ont révisé leurs prévisions depuis le printemps, au moment du débat d'orientation budgétaire auquel votre rapporteur avait pris part au nom de votre commission, tous les instituts et organisations l'ont fait à la baisse, ainsi que le montre le tableau ci-après.

Hypothèses de croissance du PIB (2011-2012)

(en %)

	2011	2012
Gouvernement	1,75 (2,0)	1,75 (2,25)
INSEE	1,7 (2,1)	-
Commission européenne	1,6 (1,8)	(2,0)
FMI	1,7 (2,0)	1,4 (2,0)
OCDE	(2,2)	(2,1)
COE-Rexecode	1,7 (1,9)	1,2 (1,8)
OFCE	1,6 (1,4)	0,8 (1,7)
IfW (Kiel)	1,3 (2,1)	0,8 (1,5)

(Entre parenthèses et en italiques : prévisions disponibles au moment du débat d'orientation des finances publiques, le 22 juin 2011)

Telle qu'elle est estimée cet automne, la croissance française resterait certes supérieure à la moyenne de la zone euro, mais elle serait moins forte que prévu en 2011 et, surtout en 2012 : l'écart, selon les prévisions, s'élève entre 0,2 et 0,8 point pour 2011, et entre 0,5 et 0,9 point pour 2012.

Pour 2011, nos comptes intègrent déjà une bonne partie des incidences de ce ralentissement, moins sensible dans la mesure où l'année, par rapport à la précédente, se révèle finalement comme une bonne surprise, le retournement de conjoncture ne s'étant opéré qu'au cours de l'été.

En 2012, en revanche, cela signifie que le solde tendanciel des finances sociales se dégraderait de 1 à 2 milliards d'euros. Même le Gouvernement, qui, depuis le début de la crise, ne peut être suspecté d'avoir retenu des prévisions trop optimistes pour construire ses textes financiers, semble maintenant laisser

entendre que le chiffre pour 2012, déjà en retrait de 0,5 point par rapport à celui du printemps, pourrait encore être revu à la baisse aux alentours de 1 % de croissance. Or trois quarts de point, ce serait 1,5 milliard d'euros de moindres recettes sociales, dans un projet de loi de financement dont l'équilibre a déjà paru bien difficile à construire. De nouveaux efforts ne sont donc pas à exclure.

Pour maintenir le cap de la réduction des déficits, la difficulté ne réside pas dans le « que faire ? » mais dans le « comment faire ? ». Il ne sert à rien de regarder avec effroi, intérêt ou envie, c'est selon, la baisse continue du poids des dépenses publiques dans un pays tel que la Suède, mais il est plus utile de s'interroger sur la manière dont elle pourrait être mise en œuvre dans notre pays où certains considèrent que les réformes et l'optimisation de la dépense sociale sont une maltraitance et se refusent à assumer des mesures exigeantes.

Certes, loin des descriptions apocalyptiques que certains tentent d'en faire à des fins électoralistes, notre système de santé reste une référence à laquelle les assurés sont attachés, tant du point de vue de la qualité des soins que de celle de la solidarité. Car ici comme ailleurs, il faut se garder des idées reçues : s'il est vrai que le reste à charge, considéré de façon globale, a augmenté, c'est seulement en raison de la progression des affections de longue durée.

Mais le récent rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie offre un excellent exemple emblématique de ce qu'il est plus facile de s'accorder sur le constat que de le traduire ensuite en actions. En effet, il fait apparaître que 5 millions de journées d'hospitalisation (soit 18 % du total) pourraient être évitées, pour un coût de 2 milliards d'euros : trop souvent, l'hôpital est contraint de se substituer au secteur médico-social pour la prise en charge de patients qui n'y ont pas leur place, notamment les personnes âgées. À l'heure où la réforme de la dépendance bute sur des questions de financement, cette mauvaise allocation des moyens est particulièrement dommageable. Or, il apparaît d'emblée difficile de faire fonctionner la fongibilité asymétrique pour assurer le transfert de cette somme de l'ONDAM des établissements de santé vers l'ONDAM médico-social : alors que la demande entraînera nécessairement un renforcement de ce second secteur, le secteur hospitalier entendra sans nul doute conserver les montants qui devraient être transférés en conséquence. De tels raisonnements sont-ils encore acceptables dans un contexte de finances sociales aussi contraintes, qui imposent de s'attaquer plus résolument encore aux imprécations corporatistes ?

La fongibilité pourrait aussi également revêtir une dimension interrégionale, car chacun convient que les inégalités régionales de dépenses de soins sont considérables, même lorsque le biais statistique des différences de moyenne d'âge des populations a été écarté. La difficulté, au-delà des discours, c'est ici aussi le « comment » : il faudra sans doute mettre en place des objectifs régionaux, les « ORDAM », mais seulement à titre indicatif, dans la mesure où il ne saurait être question de mettre des recettes en regard.

De même, au-delà de rumeurs soigneusement entretenues sur les inconvénients présentés par les génériques au regard de leurs princeps, qui ne se déclare pas en faveur de leur développement ? Mais ici, de nouveau, il ne s'agit pas d'en rester aux incantations : la part du générique tend à stagner en raison des défaillances de la politique menée dans ce domaine, pour ne s'élever actuellement qu'à un quart, très inférieure à celle atteinte chez nos principaux partenaires – les deux tiers, par exemple, en Allemagne. Si l'on veut l'accroître, il faut donc s'inspirer des mesures qu'ils ont adoptées à cette fin, ce qui permettra de réduire les écarts de prix à l'unité constatés : 12 centimes en Allemagne, 7 centimes au Royaume-Uni, 5 centimes aux Pays-Bas mais 15 centimes en France, sachant que chaque centime correspond à 130 millions d'euros d'économies perdues pour l'assurance maladie.

La mise en place d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) généralisé constitue une piste intéressante, mais votre rapporteur a préféré proposer à votre commission, qui l'a suivi, l'expérimentation d'une procédure d'appel d'offres comme il en existe déjà en Allemagne, aux Pays-Bas et, sous une forme différente, au Royaume-Uni. Les autorités de régulation des prix des médicaments lanceraient un appel d'offres sur un groupe générique déterminé, auquel les fabricants répondraient en proposant un prix et une obligation de résultat en termes de volume à ce prix. Puis les autorités de régulation fixeraient la base de remboursement de l'assurance maladie sur les produits en question. Les fabricants de génériques ayant proposé un prix plus élevé que le prix fixé par l'autorité de régulation ne pourraient être remboursés. Trois molécules pourraient être concernées à titre expérimental : un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) – l'assurance maladie a perdu 1 milliard d'euros sur cette molécule –, une statine et un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC). Une baisse de 10 % du prix actuellement pratiqué sur ces trois molécules permettrait d'économiser 80 millions d'euros.

Dans le secteur hospitalier, la T2A offre des perspectives de remise à plat des tarifs et de maîtrise des dépenses. Mais votre rapporteur éprouve parfois le sentiment qu'il en ira en ce domaine comme de la CADES, le terme de la convergence tarifaire risquant lui aussi d'être reporté de 2018 à 2025 sous la pression d'acteurs qui ont peur de bouger. Comment ne pas s'inquiéter d'entendre certains déclarer que la T2A devrait constituer un financement marginal, destiné à récompenser les plus vertueux, comme si la rente de dotation devait continuer à l'emporter sur l'exigence de l'activité ?

Il faut également s'interroger sur l'architecture des mécanismes de prise en charge des dépenses de soins. Les organismes complémentaires restent encore trop souvent des « payeurs aveugles » dont les frais de gestion demeurent en outre élevés – 18 % pour les institutions de prévoyance, 21 % pour les mutuelles et 28 % pour les sociétés d'assurance (y compris la rémunération des agents) – alors que ceux des régimes de base sont de l'ordre de 4 % à 5 % et, de l'aveu même des intéressés, pourraient être réduits. L'assuré doit-il payer pour la commercialisation et la publicité de contrats qui, dans un cadre individuel ou collectif, n'offrent rien

de plus qu'un complément de remboursement que les caisses de base pourraient accorder plus tôt et à un moindre coût ?

En théorie, la meilleure solution consisterait à confier au régime général la gestion des remboursements de tous les régimes, obligatoires ou non : après tout, la spécificité d'un régime, c'est la prise en charge d'une population spécifique bien plus que la simple gestion du remboursement. Et si l'assurance maladie obligatoire reprenait également la charge des versements des organismes complémentaires, hors dépassements d'honoraires, suppléments hospitaliers et frais dentaires et d'optique, ce seraient, déduction faite de 6 milliards d'euros de frais de gestion, 24 milliards d'euros de prestations à financer : l'équivalent de 2 points de CSG, modalité de financement plus satisfaisante en termes de solidarité que la tentation croissante qu'ont certains, notamment les plus jeunes, de renoncer à une couverture complémentaire ou à s'en tenir à une couverture minimale.

Si les incidences d'un tel transfert à l'assurance maladie obligatoire sont trop considérables, notamment sur l'emploi dans le secteur complémentaire, de telle sorte que la perspective en est très lointaine, il demeure possible de remettre en cause une autre modalité d'organisation des relations entre le niveau obligatoire de base et le niveau complémentaire, à savoir les délégations de gestion convenues entre l'assurance maladie et des organismes complémentaires, permettant à ces derniers de servir non seulement les prestations complémentaires mais aussi, avec des frais de gestion quatre à cinq fois plus élevés, les prestations de base.

Sur la proposition de votre rapporteur, instruit par l'exemple de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, qui a permis d'économiser 90 millions d'euros de frais, votre commission a donc proposé la suppression, à terme, de ces délégations de gestion, en laissant aux acteurs plusieurs années pour s'adapter. À terme, si l'on en croit les estimations de la Cour des comptes voici cinq ans, l'enjeu financier est de l'ordre de 200 millions d'euros : cinq ans de perdus, déjà, donc 1 milliard d'euros.

Rejetant des propositions tendant à davantage mettre à contribution les organismes complémentaires, plus particulièrement les mutuelles, votre commission a en quelque sorte pris acte de ce que leur situation n'est pas aussi florissante qu'il y a quelques années. Éclairé par ses auditions préparatoires à ce projet de loi de financement, votre rapporteur est convaincu que leur participation au redressement des finances sociales n'est pas illégitime, à l'heure où chacun doit en outre consentir un effort, mais que les limites sont sans doute désormais atteintes, compte tenu des différentes contraintes auxquelles elles doivent faire face, qu'il s'agisse des prélèvements et taxes décidés depuis 2009, de l'application des règles « Solvabilité 2 » ou de leur prochain assujettissement à l'impôt sur les sociétés, imposée par le droit communautaire.

Votre commission n'a pas non plus oublié le devoir de solidarité qui est aussi celui de notre société : comme il s'y était engagé en répondant à une

demande formulée par le président Pierre Méhaignerie, le Gouvernement amende le présent projet de loi afin de majorer le plafond de ressources permettant d'accéder à l'aide à la complémentaire santé. Mais cette augmentation ne servira à rien si ceux qui y ont droit continuent à ne pas y accéder dans les faits : c'est notamment le cas des titulaires du revenu de solidarité active (RSA) activité, dont l'information sur le dispositif pourrait être améliorée, en particulier lors du calcul des ressources effectué tous les trimestres par les caisses d'allocations familiales.

Pour ce qui est de la branche famille, son déficit structurel, compte tenu du niveau de ses ressources et de la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), impose une optimisation des prestations et de la gestion. Cette situation incite également à réfléchir sur des orientations plus structurantes. On peut ainsi considérer que sur l'ensemble des prestations familiales, celles consacrées à la petite enfance, soit environ 13 milliards d'euros, doivent pouvoir continuer à être financées par les employeurs, dans la mesure où ces prestations, qui soutiennent par ailleurs le niveau relativement élevé de notre taux de natalité, renforcent les taux d'activité. En revanche, les 14 milliards d'euros de dépenses de transferts offrent davantage de marges de manœuvre au travers de la fiscalisation, de la mise sous conditions de ressources de l'ensemble des prestations mais aussi d'une réflexion sur la manière de rendre à la fois plus équitable et plus efficace la manière dont elles sont financées.

Face aux peurs et au pessimisme, le remède n'est pas l'optimisme mais le courage et l'action. Notre ardente obligation, c'est la compétitivité de notre économie et la modernisation de notre système de solidarité. Le corollaire d'une large solidarité, que personne ne songe à remettre en cause, c'est un pilotage rigoureux du dispositif, jusque dans ces fraudes, aux recettes comme aux dépenses, qui viennent en saper la légitimité et affaiblir la cohésion sociale, même s'il ne faut évidemment pas en attendre la panacée et croire à des gisements inespérés de recettes ou d'économies.

Le présent projet de loi s'y emploie autant que possible dans ce contexte difficile, tout en confortant la solidarité, puisqu'il fait porter l'effort quasi-exclusivement sur les recettes et non sur les dépenses. Votre rapporteur aurait sans doute souhaité que le texte traduise une cohérence plus grande en termes de santé publique : pourquoi augmenter les droits de consommation sur les seuls alcools forts, et pas ceux sur les bières et les vins ? Pourquoi taxer les boissons alcooliques, les boissons contenant des sucres ajoutés et les boissons contenant des édulcorants de synthèse, mais pas les produits alimentaires incorporant des acides gras trans, inutiles et même, lorsqu'ils sont consommés en trop grande quantité, dangereux ?

Cela étant, votre commission a pris de bonnes décisions, traduisant à la fois sa sensibilité à la situation de nos concitoyens les plus défavorisés, son souhait de renforcer les politiques de santé publique et sa volonté de contribuer au respect de nos engagements en termes de comptes publics.

Sur le premier point, il faut en effet relever la volonté clairement exprimée que la mesure réglementaire modifiant les modalités de calcul des indemnités journalières soit rapportée, de même que l'article 13 du projet de loi, qui prévoyait l'assujettissement à la CSG de deux prestations familiales assimilables à des revenus de remplacement. De même, l'une des dispositions de la loi dite « Fourcade » a été reprise, prévoyant le remboursement intégral des frais de transport des enfants accueillis en centre d'action médico-social précoce (CAMPS) et en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Enfin, l'exonération bénéficiant à l'emploi des techniciennes de l'intervention sociale et familiale est rétablie.

Sur le deuxième point, les comportements addictifs, en quelque sorte, sont taxés au moyen de deux nouvelles contributions : l'une sur le chiffre d'affaires (et la progression de ce chiffre d'affaires d'une année sur l'autre) des fabricants de tabac, l'autre sur le produit brut des jeux.

Le troisième point, c'est qu'à l'issue des travaux de votre commission, moyennant un prélèvement sur certains fonds hors ONDAM et compte tenu des mesures susmentionnées sur les génériques et sur les délégations de gestion aux organismes complémentaires d'assurance maladie, l'équilibre du projet de loi n'est pas modifié : il est même légèrement amélioré. Si les dépenses supplémentaires ne sont pas tout à fait « gagées » à due concurrence par des économies, notamment au sein de l'ONDAM, en revanche, les recettes nouvelles sont supérieures aux recettes supprimées. Votre commission a ainsi prouvé son sens des responsabilités. La balle est désormais dans le camp du Gouvernement, qui, durant l'examen en séance publique, présentera peut-être d'autres propositions.

**Équilibre financier du projet de loi après son examen
par la commission des affaires sociales**

(en millions d'euros)

Recettes	
<i>Recettes supplémentaires</i>	375
Assujettissement des indemnités de rupture à partir de deux plafonds	200
Taxe de solidarité sur le produit brut des jeux	150
Contribution sur les industriels du tabac	25
Hausse du plafond de versement des droits sur les visas de publicité	10
<i>Moindres recettes</i>	160
Exonération techniciennes de l'intervention sociale et familiale	20
Suppression de l'assujettissement du CLCA et du COLCA à la CSG	140
Régime des véhicules « flexifuel » (taxe sur les véhicules de société)	ε
Suppression de la double cotisation des experts-comptables	ε
Recettes nouvelles nettes	215
Dépenses	
<i>Économies supplémentaires</i>	230
Appels d'offres pour les génériques	80
Diminution des dotations au FMESPP, à l'ONIAM et à l'EPRUS	110
Suppression progressive des délégations de gestion aux mutuelles	40
<i>Dépenses accrues</i>	313
Suppression des nouvelles modalités de calcul des indemnités journalières	223
Frais de transport des enfants en CAMSP et CMPP	80
Assouplissement du cumul emploi retraite dans le secteur agricole	ε
Extension au RSI du dispositif de retraite en faveur des handicapés	ε
Assurance volontaire des exploitants agricoles	ε
Majoration de retraite des exploitants agricoles au titre de la pénibilité	10
Dépenses nouvelles nettes	83
Amélioration du solde global en commission : 132 millions d'euros	

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITIONS

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

La Commission des affaires sociales a entendu **M. Didier Migaud, premier président de la Cour des comptes**, sur le rapport sur l'application des lois de financement pour la sécurité sociale au cours de sa séance du 21 septembre 2011.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je suis heureux d'accueillir notre ancien collègue M. Didier Migaud. Après que vous aurez présenté le rapport de la Cour, monsieur le Premier président, je souhaite que notre débat porte avant tout sur l'avenir de notre État providence et sur les adaptations qu'il appelle.

M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. C'est un honneur pour moi de vous présenter les travaux réalisés par la Cour des comptes, en application de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement, pour le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale. M'accompagnent pour cette audition MM. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre, Jean-Pierre Laboureix, rapporteur général, Simon Bertoux, rapporteur général adjoint, et Thibault Dornon, auditeur.

Présenté depuis 1996, le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale est devenu un exercice habituel mais qui est accompli aujourd'hui dans une situation de crise économique et financière particulièrement profonde, dont nous ne sommes pas encore sortis. En cette période d'incertitude, il est important de savoir que les comptes de la sécurité sociale sont vérifiés et que sa situation financière est examinée par une institution indépendante qui en rend compte chaque année au Parlement. Ce dernier ayant dévolu à la Cour la certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, celle-ci a fait l'objet du rapport remis en juin dernier sur les comptes de 2010. Après en avoir examiné la régularité, la sincérité et le caractère fidèle, la Cour a certifié huit ensembles de comptes, non sans quelques réserves, et pour la première fois ceux de la branche vieillesse. Elle n'a cependant pas été en mesure de certifier ceux de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles. La trajectoire suivie par les organismes de sécurité sociale en matière de certification des comptes apparaît donc généralement positive, mais le refus de certification pour l'une des branches et les réserves formulées pour d'autres témoignent de la nécessité, pour ces organismes, de poursuivre leurs efforts, spécialement dans le domaine du contrôle interne.

C'est en s'appuyant sur les travaux conduits dans le cadre de la certification, complétés par des vérifications spécifiques, que la Cour a rendu les avis figurant dans le présent rapport, sur la cohérence des tableaux d'équilibre et, pour la première fois, du nouveau tableau patrimonial, relatifs à l'exercice 2010. Ces tableaux seront soumis à votre approbation dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. La Cour a estimé que, présentés sous la forme de comptes de résultat simplifiés, pour le régime général, pour les régimes obligatoires de base et pour le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ils en reflétaient correctement la réalité, même si différentes imperfections les affectent encore.

La Cour a également estimé que le tableau patrimonial institué par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, sous forme d'un bilan agrégé des régimes de base, du FSV, du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), fournissait une image cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale, sous réserve de diverses observations démontrant le caractère perfectible de certains éléments nécessaires à son élaboration. Ce nouveau tableau, dont la Cour avait suggéré la création dans son rapport de 2007, représente un progrès considérable pour l'information du Parlement, grâce à la vision agrégée qu'il procure des actifs et des passifs de la sécurité sociale comme des organismes concourant à son financement et au portage de sa dette. Il permet notamment, pour la première fois, de disposer d'une appréciation complète de la dette sociale, qui s'élevait à 136 milliards d'euros au 31 décembre 2010. À la dette restant à amortir par la CADES, pour un montant de 86,7 milliards, il fallait en effet ajouter les 49,5 milliards d'euros d'endettement à court terme de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Ce qui montre l'ampleur des enjeux auxquels notre protection sociale est aujourd'hui confrontée et que la Cour a voulu éclairer en fournissant des pistes utiles pour l'action.

Sans entrer dans le détail des dix-sept chapitres du rapport, dont une synthèse est disponible, je souhaite vous présenter les grands axes autour desquels s'organisent nos analyses.

Notre protection sociale est extrêmement fragilisée. Il faut, en priorité, maîtriser les dépenses d'assurance maladie. Les efforts à accomplir à cette fin doivent être partagés de façon équitable et solidaire. Et la gestion des différents régimes doit bénéficier de nouveaux gains de productivité.

La crise économique et financière que nous traversons démontre l'absolue nécessité de notre système de protection sociale pour protéger les plus faibles, mais elle en révèle aussi toute la fragilité, avec un déficit qui a atteint un niveau historique en 2010.

L'INSEE vient de rappeler avec éclat que les plus modestes sont les plus touchés par la crise : 8,2 millions de personnes se situaient en 2009 en dessous du

seuil de pauvreté, soit 13,5 % de la population. Ce taux est en légère augmentation par rapport au constat précédent mais on observe aussi que les prestations sociales, entendues au sens large, ont fortement amorti l'impact de la crise sur les plus défavorisés. La commission des comptes nationaux de la santé vient d'ailleurs d'indiquer que la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages a légèrement diminué en 2010, s'établissant à 9,4 %. En cela notre sécurité sociale a pleinement tenu son rôle. Mais c'est au prix d'une fragilité considérablement accrue, ce que la Cour met en évidence dans la première partie de son rapport. Cela résulte d'abord de l'ampleur même des déficits, qui n'ont jamais été aussi élevés : 29,8 milliards d'euros pour les régimes de base, dont 23,9 milliards au titre du régime général et 4,1 milliards au titre du FSV. Ils ont en effet triplé en deux ans pour atteindre l'équivalent de 1,5 point de produit intérieur brut (PIB). On constate ainsi un effet de ciseaux entre les recettes, majoritairement assises sur les revenus du travail et donc particulièrement sensibles aux aléas de la conjoncture, et un rythme de progression des dépenses certes affecté par la crise mais également entretenu par de fortes rigidités.

Toutes les branches sont touchées, en premier lieu les branches maladie et vieillesse. Certaines situations sont très fortement dégradées : le déficit du FSV atteint près du quart de ses charges et celui de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, qui s'établit à 1,3 milliard d'euros, 14 % des siennes.

Cette fragilisation d'ensemble est aussi largement imputable à la récurrence et à la permanence de la part structurelle des déficits sociaux. En effet, celui, historique, de 2010 ne s'explique pas seulement par la récession de 2009. Pour le seul régime général, qui concentre l'essentiel des difficultés, la crise n'explique qu'un peu moins de la moitié du déficit global, équivalant à 1,2 point de PIB. Le déficit proprement structurel, mesuré avec toutes les précautions nécessaires, serait pour 2010 de l'ordre de 0,7 point de PIB.

Il s'agit là de spécificités françaises. Notre sécurité sociale est en déficit continu depuis dix ans et, en réalité, presque chaque année depuis trente ans. La part structurelle de ce déficit représente, en moyenne annuelle, environ 0,6 point de PIB sur la décennie écoulée.

Ainsi que la Cour l'a déjà souligné, notamment en juin dernier dans son rapport sur la situation et sur les perspectives des finances publiques, ce déficit des comptes sociaux constitue une anomalie. Aucun des grands pays voisins n'accepte un tel déséquilibre de sa protection sociale. Le besoin de financement des administrations sociales françaises – concept un peu plus large que celui de sécurité sociale puisqu'il inclut aussi l'assurance chômage et les régimes complémentaires – est ainsi le plus élevé de la zone euro en 2010. Cette situation nous prive des marges de manœuvre nécessaires pour conforter nos régimes sociaux en cette période de crise, car il nous faut amortir la dette sociale et en payer les intérêts. Notre pays doit ainsi distraire de la protection sociale directe 15 milliards d'euros de ressources en 2011 afin de les affecter à la CADES. La

dégradation sans précédent des comptes et l'accumulation des déficits entretiennent en effet une spirale de la dette sociale particulièrement dangereuse pour la légitimité et la pérennité même de notre protection sociale.

Comme le déficit dont elle procède, la dette sociale est, elle aussi, une anomalie. Notre pays ne peut durablement financer des prestations sociales par l'emprunt et reporter une partie croissante du financement de sa protection sociale sur la génération suivante. C'est pourquoi j'ai qualifié de poison de la sécurité sociale cet état de dépendance à la dette. J'ai aussi déclaré que la dette sociale était une drogue conduisant à masquer les fragilités structurelles du système et à éousser les efforts indispensables à son redressement. La Cour a donc choisi cette année d'insister sur ce problème, mettant en perspective la progression continue de cette dette et les défis qu'elle engendre. Le paradigme de son financement a complètement changé. Il avait été conçu, lors de la création de la CADES il y a seize ans, comme un expédient temporaire prenant la forme d'un prélèvement spécifique à assiette large mais à durée limitée, assorti d'une date de fin de remboursement relativement rapprochée – 2009. Avec l'accumulation des déficits, le système a été pérennisé. La durée de vie de la CADES, dorénavant prolongée jusqu'en 2025, a presque doublé. Son financement est devenu moins lisible, faisant désormais appel à d'autres ressources que la seule contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) dont le taux n'a pas été modifié depuis 1996. Au total, le mécanisme est devenu déresponsabilisant, d'autant plus que l'actuelle modicité des taux d'intérêt réduit la perception du coût de la dette, alors que ses charges d'intérêts atteignent au total 30 milliards d'euros depuis la création de la CADES.

La dette sociale se finance selon une ingénierie toujours plus sophistiquée. L'ACOSS est ainsi devenue, au delà de sa fonction de gestion courante de la trésorerie, une institution de préfinancement de cette dette, ce qui fait d'elle le premier acteur en France sur le marché des billets de trésorerie. La CADES a, depuis sa création, amorti près de 50 milliards d'euros grâce à des ressources pérennes, désormais sous le contrôle du Conseil constitutionnel. L'ACOSS et la CADES sont donc bien connues des marchés monétaire et financier mais le système atteint maintenant ses limites. La nouvelle reprise de dettes décidée à l'automne 2010 a doublé le montant jusqu'ici transféré à la CADES en le portant à 260 milliards d'euros d'ici à 2018. Bien que concernant une décennie de déficits sociaux, un tel transfert ne couvre toutefois que partiellement les déséquilibres anticipés jusqu'en 2014, particulièrement pour l'assurance maladie.

Dans son rapport de juin dernier sur la situation et sur les perspectives des finances publiques, la Cour a souligné que la trajectoire prévue pour le redressement des comptes sociaux reposait sur des hypothèses favorables. En l'absence de nouvelles mesures de redressement, les risques pesant sur les branches maladie, vieillesse et famille nous conduisent à considérer comme indispensable, à l'horizon 2020, un nouveau et important transfert de dettes à la CADES, en sus des 130 milliards d'euros déjà décidés.

Certes, les comptes pour 2011, qui seront publiés demain, devraient traduire une légère amélioration par rapport aux prévisions établies en juin dernier par la Commission des comptes de la sécurité sociale, en raison de la bonne tenue des cotisations. Le Parlement vient aussi d'adopter une loi de finances rectificative dont les recettes supplémentaires bénéficieront majoritairement à la sécurité sociale, pour environ 6,5 milliards d'euros en 2012. En elles résident une indispensable contribution à la réduction programmée de l'ensemble des déficits publics ainsi que les chances d'une amélioration significative de la prévision des déficits sociaux dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Il me faut cependant observer le caractère maintenant un peu moins favorable des perspectives de l'économie française, du moins si l'on en croit la révision, en baisse de trois quarts de point, de l'estimation de croissance du PIB pour 2011 et 2012 – sans que l'hypothèse rallie le consensus des économistes – et tenter d'apprécier les conséquences qui peuvent en résulter sur l'évolution des cotisations sociales. La spirale de la dette sociale va donc se poursuivre : tant que les déficits sociaux dépasseront la capacité d'amortissement de la CADES – de l'ordre de 11 milliards d'euros en 2011 –, la dette sociale continuera d'augmenter. Pour le dire autrement, un déficit de la sécurité sociale limité à 11 milliards d'euros en 2012 ne suffirait pas à inverser la tendance.

L'accélération du redressement des comptes sociaux doit s'accompagner du rétablissement d'un lien direct entre le déficit d'une année et les ressources supplémentaires affectées à la CADES. C'est pourquoi la Cour propose d'inscrire dans la loi organique, dans le cadre d'une programmation précise et fiable de retour à l'équilibre, le principe d'un transfert automatique à la CADES, en fin d'année, de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général et du FSV, en privilégiant une hausse de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) pour son amortissement.

Plus que jamais dans le contexte actuel, il nous faut éviter un emballement de la dette sociale, d'autant qu'il existe aujourd'hui un risque de remontée des taux d'intérêt. Nous préconisons pour cela un meilleur pilotage par le solde, une intensification des efforts de redressement, un accompagnement des reprises de dettes par certaines réformes structurelles, enfin une priorité à l'infléchissement de la dépense sur tout prélèvement supplémentaire, compte tenu du niveau déjà très élevé des prélèvements obligatoires dans notre pays.

Trésor plus fragile que jamais, la sécurité sociale représente un acquis inappréciable qu'il nous faut préserver. Fruit d'un élan que porta le Conseil national de la Résistance, il implique des choix collectifs courageux que la Cour s'est, modestement, efforcée d'éclairer.

L'effort de redressement doit porter en priorité sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Les réformes successives et indispensables des

retraites, dont la Cour appréciera l'incidence dans de prochains travaux, ont relégué au deuxième plan les déficits répétés de la branche maladie, privée d'équilibre depuis un quart de siècle. Or celui de 2010 a atteint 11,6 milliards d'euros, soit 7,5 % de ses charges nettes. La progression tendancielle des dépenses dépasse chaque année 4 %, ce qui nécessite des mesures fortes de redressement. L'ONDAM, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, a été respecté en 2010, mais seulement pour la deuxième fois depuis son institution en 1996. C'est l'effet d'un pilotage plus fin et plus ferme de la dépense comme de facteurs circonstanciels favorables et ce résultat devrait faciliter la gestion de l'ONDAM en 2011. Mais la tenue dans la durée d'un ONDAM resserré exige d'amplifier encore nos efforts et de mobiliser toutes les marges d'efficience possibles. La maîtrise des dépenses de médicaments constitue à cet égard un enjeu considérable au regard de leur niveau particulièrement élevé chez nous par rapport aux autres pays européens comparables.

Les constats de la Cour partent de chiffres publics incontestables. Selon l'OCDE, la dépense de médicaments est plus élevée en France qu'ailleurs, et le ralentissement récent, signalé dans notre rapport, ne suffit pas à résorber des écarts particulièrement importants. Nous consommons huit fois plus de tranquillisants que les Allemands et six fois plus que les Anglais. Notre dépense pharmaceutique par habitant demeure la plus élevée sur les huit principales classes thérapeutiques, représentant presque 40 % du marché. Elle s'élève, selon une analyse récente de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), à 114 euros par habitant en France, contre 70 en Allemagne et 71 aux Pays-Bas. La dépense de médicaments à l'hôpital continue de progresser à un rythme deux fois plus rapide que celle des médicaments de ville. Les prix des médicaments récents ne se situent plus à des niveaux inférieurs à ceux de nos voisins européens et la prescription pharmaceutique en France présente en outre la particularité de se porter de préférence vers les médicaments nouveaux et chers... Pourtant, l'état de santé de notre population n'est pas significativement différent de celui de nos voisins.

La Cour estime notre système d'admission au remboursement et de fixation des prix insuffisamment rigoureux, peu transparent et mal encadré. Les multiples dispositifs adoptés pour réguler les dépenses correspondantes souffrent de faiblesses persistantes ; ils ne constituent que des palliatifs à efficacité limitée. Il en va particulièrement ainsi de la politique de diffusion des génériques, analysée en détail par la Cour. Après dix années d'efforts, notre pays n'a pas rattrapé son retard. La proportion des génériques, certes passée en volume de 10 à 20 % depuis 2002, reste cependant trois fois inférieure à celle de nos voisins allemands et anglais et dépasse à peine 10 % en valeur. Leur pénétration s'essouffle et leur diffusion recule même dans certaines classes thérapeutiques. Il en va ainsi des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) utilisés dans le traitement des ulcères, dont le taux de prescription en génériques est passé de 71 % en 2006 à 63 % en 2009, soit un recul de 8 points en trois ans. Tel est aussi le cas des statines, avec un taux

tombé de 57 à 44 %, soit une diminution de 13 points. Analysant les raisons de cet essoufflement, la Cour a notamment relevé les stratégies de « contre génériques » menées par certains laboratoires auprès des prescripteurs et l'absence de généralisation des tarifs forfaitaires de responsabilité. Elle appelle donc à une refonte d'ensemble de la politique suivie depuis vingt ans en la matière, afin de redéfinir des règles claires et précises pour l'admission au remboursement et pour la fixation des prix. Il convient pour cela de développer les démarches d'évaluation médico-économique des médicaments innovants – mission confiée à la Haute Autorité de santé (HAS), mais que celle-ci n'exerce qu'insuffisamment –, de relancer vigoureusement la politique des génériques et de réguler plus fermement les prescriptions médicamenteuses, en particulier à l'hôpital. Ainsi, dans les cas où l'on peut aussi bien prescrire de l'aspirine que du *Plavix*, 24 fois plus cher, le prescripteur français choisit le second deux fois plus souvent que le prescripteur allemand, trois fois plus que le britannique et quatre fois plus que l'italien.

L'optimisation des dépenses repose évidemment au premier chef sur les professions de santé. Leur évolution démographique, leur répartition territoriale et leur articulation constituent des enjeux majeurs pour l'accessibilité de tous au système de soins et pour une prise en charge de qualité. Dans ce domaine, les évolutions doivent s'inscrire dans une réflexion d'ensemble, suffisamment anticipée pour favoriser les recompositions souhaitables des modes et des lieux d'exercice. La Cour a ainsi analysé l'évolution démographique des médecins ainsi que leur répartition territoriale. Contrairement à ce que l'on entend souvent, il n'y a jamais eu autant de médecins en France ni une densité médicale aussi élevée que de nos jours. Le nombre des praticiens augmentera de nouveau fortement à compter de 2020, après un creux d'ampleur et de durée plus limitées qu'on ne le croit. Cette dynamique ne réglera cependant spontanément ni les questions de répartition entre généralistes et spécialistes, ni les inégalités territoriales actuellement constatées. Une baisse du *numerus clausus* et une régulation plus fine, comme plus rigoureuse, des flux de formation des médecins apparaissent d'ores et déjà souhaitables si l'on veut éviter une surmédicalisation à long terme, qui pèserait lourdement sur l'assurance maladie.

Dans l'immédiat, les inégalités de répartition territoriale appellent des mesures correctrices nettement plus incisives que celles mises en œuvre jusqu'ici. Sans être purement comptable, l'approche de la Cour permet de constater, comme d'ailleurs l'a fait la profession elle-même, que les dispositions incitatives sont restées surtout symboliques. Certaines aides ont donné lieu à des effets d'aubaine. La majoration de 20 % de la rémunération des généralistes libéraux exerçant en groupes dans des zones manquant de médecins, telle que prévue par un avenant à la convention médicale de 2005, a provoqué une dépense de l'ordre de 20 millions d'euros, soit en moyenne 27 000 euros par praticien, avec une prime maximale supérieure à 100 000 euros. Le résultat obtenu se révèle plutôt faible : une cinquantaine de médecins seulement se sont installés en vertu de ce dispositif. En

outre, la définition des zones déficitaires étant obsolète, ces aides ont parfois été attribuées à des médecins exerçant dans des zones qui n'étaient plus sous-dotées. Des mesures beaucoup plus incitatives sont donc à envisager : ainsi, puisque l'assurance maladie prend déjà en charge une partie importante des cotisations sociales des médecins conventionnés, la Cour propose de renforcer les incitations à l'implantation des médecins dans certaines zones déficitaires en introduisant une modulation généralisée de cette prise en charge en fonction du lieu d'installation.

De même, le nombre de sages-femmes a quasiment doublé depuis 1990. Une plus forte complémentarité avec les autres professionnels de la naissance, notamment avec les gynécologues obstétriciens, serait de nature à valoriser les compétences respectives de ces professions médicales au bénéfice de la sécurité des patientes, de la politique de périnatalité et de l'optimisation des prises en charge par l'assurance maladie.

Toutefois, la recomposition de l'offre de soins doit porter principalement sur l'hôpital, qui représente plus de 72 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie. Ses marges de progrès nous semblent considérables. La Cour, dans le prolongement de ses précédents travaux, a cherché à apprécier l'effet sur la gestion hospitalière de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, dite « T2A ». Le bilan qu'elle en dresse apparaît en demi-teinte. La distorsion du lien entre tarifs et coûts, d'une part, et l'importance des dotations forfaitaires d'intérêt général, d'autre part, n'incitent pas suffisamment les établissements à se mobiliser pour améliorer leur compétitivité. Cela freine également les restructurations. Or celles-ci sont d'autant plus indispensables qu'un alignement total des tarifs entre hôpitaux publics et cliniques privées entraînerait arithmétiquement, pour le système hospitalier public, une perte de recettes annuelle supérieure à 7 milliards d'euros. Des arbitrages majeurs sont donc à prendre quant au périmètre et au niveau de la convergence si l'on veut respecter – vous en déciderez – l'échéance de 2018 fixée par la loi.

Les centres hospitaliers universitaires (CHU), qui sont les « vaisseaux amiraux » de l'hospitalisation publique et dont le positionnement comme le financement font l'objet d'une étude approfondie, devraient être incités à intensifier leurs efforts de réorganisation interne. Leurs spécificités en matière de soins apparaissent en réalité beaucoup plus limitées qu'on n'aurait pu le croire, de même que leurs rôles de recours et de référence : le deuxième CHU de France, à savoir les Hospices civils de Lyon, a pour première source de financement l'activité d'accouchement. Leurs performances en matière de recherche médicale sont particulièrement inégales. Au nom de leur spécificité, ils ont pourtant largement bénéficié des dotations forfaitaires d'intérêt général et des aides contractuelles accordées par les pouvoirs publics, ce qui leur a permis de différer jusqu'à tout récemment l'effort d'efficacité demandé aux autres hôpitaux publics.

Une enquête menée par la Cour sur cinq d'entre eux, entre 2006 et 2009, montre que les premiers efforts qu'ils ont faits pour maîtriser l'évolution d'une

masse salariale, qui représente entre 60 et 65 % de leurs charge, ne s'accompagnent pas encore des réorganisations en profondeur qui permettraient de parvenir à des résultats durables.

Les coopérations hospitalières ont fait l'objet d'une enquête de terrain conduite par la Cour et par les chambres régionales des comptes. Ce sont des instruments fréquemment utilisés par les hôpitaux. Certains les ont même multipliées : ainsi l'hôpital de Châteauroux a signé quelque 188 conventions sur des sujets aussi divers que l'accès aux équipements lourds, la mise à disposition de médecins spécialistes ou l'organisation des gardes médicales. Toutefois, comme l'illustre le cas du pôle public-privé de Saint-Tropez, le risque d'un déséquilibre au détriment du centre hospitalier public n'est pas toujours suffisamment pris en compte dans ces opérations, qui confortent plus souvent des situations fragiles qu'elles ne s'inscrivent dans une vision stratégique.

Ces coopérations devraient apporter une contribution accrue à la recomposition de l'offre de soins ; cependant, un tout premier bilan de la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » montre qu'on peine à s'orienter en ce sens. Ainsi les communautés hospitalières de territoire se sont peu développées : une région de l'importance de Rhône-Alpes n'en compte à ce jour que deux. Un pilotage plus affirmé, notamment par les agences régionales de santé (ARS), est indispensable pour leur faire jouer le rôle de levier qui doit être le leur pour la réorganisation de l'offre de proximité.

Une attention toute particulière doit être portée, dans le cadre de la stratégie de rééquilibrage des comptes sociaux, à un partage équitable et solidaire des efforts. En analysant les multiples modalités de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, la Cour a constaté que celles-ci se révèlent de plus en plus complexes, sinon illisibles, et peu cohérentes. Le coût de cette trentaine de dispositifs est méconnu alors même que les enjeux financiers pour l'assurance maladie sont importants. Même le mécanisme des affections de longue durée (ALD), qui couvre une part croissante de la population – près de 10 millions de personnes en 2009 –, ne fait pas l'objet d'un suivi financier en continu. Il a fallu une étude spécifique de la CNAMTS, réalisée à la demande de la Cour, pour évaluer pour la première fois la charge que représentent les exonérations de ticket modérateur pour les soins de ville – de l'ordre de 10 milliards d'euros, dont 8 au seul titre des ALD –, mais aucune estimation n'existe pour les soins hospitaliers. Pour autant, l'objectif de limitation des restes à charge n'est pas complètement atteint, en particulier dans le secteur hospitalier où ils peuvent être extrêmement lourds.

Des questions majeures d'équité se posent ainsi, certains assurés risquant d'être conduits à renoncer aux soins. Il convient de procéder à une révision d'ensemble tout en préservant une forte solidarité, soit *a minima* en supprimant certaines exonérations ciblées non justifiées, soit en instaurant après toutes les études nécessaires un régime unifié de prise en charge.

Une même exigence d'équité et de solidarité doit régir, au-delà des régimes obligatoires, les systèmes d'aides publiques destinées à encourager le recours aux mécanismes de protection complémentaire. Ainsi, dans le prolongement de ses travaux antérieurs sur les niches sociales, la Cour s'est intéressée aux dispositifs d'aide au financement de la couverture maladie complémentaire et d'épargne retraite. Les aides publiques qui leur sont consacrées, essentiellement sous forme d'exonérations de charges sociales et de dépenses fiscales, atteignent, respectivement, environ 6 milliards et 2 milliards d'euros, et peuvent occasionner certains effets d'aubaine alors même que les catégories aux revenus peu élevés en bénéficient peu. La Cour préconise donc de rechercher un meilleur ciblage de ces aides. Ainsi le dispositif d'incitation à la couverture maladie complémentaire repose principalement sur une exonération de cotisations sociales destinée aux seuls contrats collectifs pour un coût que nous évaluons à 2,3 milliards d'euros. Or, par rapport aux contrats individuels, ces contrats s'adressent à un public en moyenne plus favorisé et sont plus avantageux en termes de prise en charge pour des cotisations moins élevées. Une réorientation de ce mécanisme permettrait de faire porter l'effort sur ceux qui en ont le plus besoin et, en particulier, de mettre fin aux effets de seuil constatés dans les dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide à la complémentaire santé.

La gestion du système de protection sociale doit être mise beaucoup plus fortement sous tension de productivité.

Même si leur part n'atteint que 3 % des dépenses totales, les coûts de gestion administrative du régime général, qui s'élèvent à 10 milliards d'euros, représentent un poste à forts enjeux. La modernisation des procédures et l'importance des départs en retraite ont permis une réduction non négligeable des effectifs et de réels gains de productivité. Toutefois, ceux-ci sont très variables et les objectifs globalement peu ambitieux. Les marges de progrès restent pourtant considérables, ne s'agirait-il que de la dématérialisation des feuilles de soins, encore peu pratiquée par les médecins spécialistes, et des quelque 500 millions de prescriptions pharmaceutiques qui les accompagnent. Ces gisements de productivité doivent être exploités rapidement et systématiquement, selon une stratégie fermement pilotée par les administrations de tutelle : il n'est pas admissible qu'il ait fallu dix ans pour que les différentes branches s'accordent sur une même définition de ce qu'est un emploi à temps plein. La Cour considère qu'une réduction de 10 % des dépenses de gestion, qui représenterait, toutes choses égales par ailleurs, une économie d'un milliard d'euros, devrait être fixée comme objectif pour la période couverte par les conventions d'objectifs et de gestion en cours et par la génération suivante.

Un pilotage plus ferme des performances des caisses, l'amplification des réorganisations et mutualisations fonctionnelles au-delà des fusions juridiques d'organismes, l'accélération des processus de dématérialisation doivent également être mis au service de cet objectif, ce qui est loin d'être le cas : les audits d'organismes conduits dans le cadre du réseau d'alerte, quand les indicateurs

suivis se dégradent, en font foi. À cet égard, la renégociation des dispositifs conventionnels qui paralysent largement la mobilité fonctionnelle et géographique des agents des caisses de sécurité sociale apparaît d'une importance particulière. La mobilité géographique de ces agents, pourtant de statut de droit privé, est ainsi quasi nulle, contrairement à ce qui s'observe dans de nombreux services de l'État. Les efforts d'optimisation doivent également concerner la gestion immobilière des caisses, en net retard sur l'effort entrepris à cet égard par l'État, alors même que les enjeux financiers et fonctionnels sont importants du fait même de la décroissance récente des effectifs. À titre d'illustration, il a fallu attendre 2009 pour disposer d'un inventaire général du parc immobilier interbranches et interrégimes.

Ces problématiques ne valent pas que pour le régime général. La restructuration du réseau de la Mutualité sociale agricole (MSA) reste également à parfaire pour dégager effectivement et rapidement tous les gains d'efficience et de productivité qu'elle autorise. Toutefois, la situation démographique et financière des régimes agricoles appelle plus largement une réflexion stratégique sur leur évolution et sur la possibilité d'un rapprochement par étapes avec le régime général. Cette réflexion structurelle devrait donner lieu à un avenant à l'actuelle convention d'objectifs et de gestion, lors de son bilan à mi-parcours en 2013.

À tous ces égards, les autorités de tutelle doivent assumer pleinement leurs responsabilités. Il en va de même pour l'effort de simplification réglementaire indispensable à la mobilisation de gains de productivité plus importants. L'exemple des prestations servies pour le compte de tiers par la branche famille en atteste clairement. Devenue majoritairement un opérateur au service de l'État et des départements – les prestations servies pour leur compte représentent 45 % de ses dépenses, mais une part nettement majoritaire de son activité –, la branche famille est confrontée à la grande complexité d'aides aussi diverses que les aides au logement, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou le revenu de solidarité active (RSA). Leur simplification est une condition de la meilleure maîtrise de ses coûts de gestion, qui devraient en tout état de cause être systématiquement facturés au réel à ses donneurs d'ordre, sur la base d'une comptabilité analytique.

La Cour ne sous-estime nullement les efforts réalisés au jour le jour par de nombreuses parties prenantes à notre régime de protection sociale. Ils produisent indéniablement des effets dans de nombreux domaines. Toutefois, la pérennisation des déficits sociaux met désormais en cause la pérennité d'un système dont nous mesurons mieux que jamais la valeur en cette période de crise économique. Sa préservation constitue ainsi une priorité vitale, ce qui implique de mettre fin à un déficit injustifiable, notamment en matière d'assurance maladie. Le retour à l'équilibre doit être programmé non comme un objectif de moyenne période, mais comme un impératif collectif à atteindre à terme rapproché, ce qui suppose un calendrier rigoureux et fiable.

Pour redresser les comptes, la Cour ne préconise nullement la baisse des dépenses sociales, mais elle juge indispensable une modération de leur croissance. Ce ralentissement est possible moyennant la mobilisation de tous les acteurs du système pour plus d'efficacité, dans le cadre d'efforts justement partagés et solidaires. L'efficacité ne s'oppose pas à l'équité. L'une et l'autre se conditionnent réciproquement.

C'est l'intensification de cet effort collectif de modération de la dépense qui peut justifier la mobilisation de ressources supplémentaires. Cette dernière doit passer prioritairement – la Cour l'a déjà observé – par une réduction du coût des niches sociales, dont notre rapport sur la sécurité sociale de l'an dernier avait montré une nouvelle fois toute la diversité et le coût, estimé à près de 70 milliards d'euros. Je constate d'ailleurs à cet égard que certaines des mesures récemment annoncées sont directement issues de recommandations que la Cour avait précédemment formulées et que votre Commission avait suggérées.

Au total, la réduction rapide des déficits sociaux et le retour à un équilibre durable, qui ne fasse plus peser sur la génération à venir le poids de la dette sociale, supposent un effort de réforme multiple dans ses points d'application, continu dans sa durée et d'une ampleur à la hauteur de l'enjeu : préserver le haut degré de protection sociale de notre pays.

M. le président Pierre Méhaignerie. Monsieur le Premier président, vous avez affirmé que la préservation de notre protection sociale imposait des adaptations, pour remédier à la dette et éviter une dégradation de notre compétitivité.

Je tiens à rappeler deux chiffres surprenants, que nous devons garder présents à l'esprit.

La progression des dépenses sociales a été, en France, la plus rapide de tous les pays européens : elles s'élèvent aujourd'hui à 630 milliards d'euros.

Le second chiffre est encore plus frappant : au cours des vingt-cinq dernières, la France a augmenté de 6,1 points de PIB à ses dépenses sociales quand la moyenne des pays de l'OCDE et de l'Allemagne était de 2,4 points – la Suède a même baissé les siennes de 0,4 point.

Nous avons reçu ici les délégations des commissions des affaires sociales du Japon, de la Turquie et de la République tchèque. Elles ont admis que nous avions le système social le plus développé mais ne se sont montrées intéressées que par les résultats de notre politique familiale. En revanche, elles ne prenaient pas pour référence notre système en matière de santé ou de vieillesse.

Monsieur le Premier président, vous avez abordé de nombreuses questions, mais non celle des différences entre régions pour ce qui est des dépenses de santé : les écarts vont jusqu'à 40 %, une fois corrigé l'effet

vieillesse. Ce constat, qui me stupéfie personnellement, démontre l'existence de responsabilités inégalement réparties !

Chacun doit avoir également présent à l'esprit l'évolution comparée de l'ONDAM et du PIB en valeur. Le PIB a crû plus rapidement que l'ONDAM en 1999, 2006 et 2007 – année où nous espérions, grâce à la croissance enregistrée depuis l'année précédente, régler le problème de la dette ! En revanche, les dépenses de l'assurance maladie évoluent plus vite que le PIB de 2000 à 2002, puis en 2009 et 2010 : les responsabilités sont donc partagées !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Monsieur le Premier président, votre ordonnance a, comme d'habitude, un goût un peu amer : étonnez-vous après cela que les Français aient besoin de huit fois plus de psychotropes que les Allemands !

Estimez-vous que la sécurité sociale est sous-financée, ce qui la priverait des moyens d'assumer la générosité du système de solidarité qu'elle incarne ? Si oui, quels financements seraient à vos yeux les plus efficaces et les plus justes ?

Par ailleurs, tout en déplorant les déficits et la dette qui en résulte, certains considèrent que les réformes et l'optimisation de la dépense sociale sont une maltraitance et se refusent à assumer des mesures exigeantes. Considérez-vous que les réformes visant à rationaliser les dépenses en améliorant l'efficacité du fonctionnement, notamment de l'assurance maladie, sont nécessaires ? Sont-elles structurellement suffisantes et efficaces, ou faut-il aller plus vite et plus loin, au risque de heurter l'ensemble des corporatismes des différents acteurs du système de santé ? Quelles priorités conviendrait-il de définir pour agir plus efficacement sur la dépense ? Les 30 milliards d'euros d'intérêts payés depuis la création de la CADES devraient nous interpeller : c'est autant d'argent que les Français versent aux banques et au système financier et ne dépensent pas pour leur santé. Ce chiffre devrait, à lui seul, nous inciter à nous montrer plus efficaces dans la dépense. Je rappellerai également que la dette cumulée de la CADES représente les deux tiers de la dette grecque.

Enfin, considérez-vous que la suppression des médicaments de la classe des 15 % constitue une injustice ? Regardez-vous les tarifs forfaitaires de responsabilité comme un moyen plus efficace d'imposer l'usage des génériques que l'ensemble des dispositifs adoptés jusqu'ici ? Conviendrait-il d'accélérer la réforme de la T2A pour atteindre plus vite la convergence tarifaire ? J'ai parfois le sentiment qu'il en ira en ce domaine comme de la CADES, le terme étant reporté de 2018 à 2025 sous la pression d'acteurs qui ont peur de bouger, et je m'inquiète d'entendre la Fédération hospitalière de France (FHF) déclarer que la T2A devrait constituer un financement marginal, destiné à récompenser les plus vertueux – beaucoup, au sein de cette fédération, considèrent encore que la rente de dotation doit l'emporter sur l'exigence de l'activité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour la branche maladie. Monsieur le Premier président, s'agissant de l'assurance maladie, vous avez signalé un point très positif : l'ONDAM a été respecté en 2010 pour la première fois depuis de nombreuses années.

Il conviendrait, dites-vous, de réguler les prescriptions à l'hôpital. C'est un objectif auquel nous songeons depuis très longtemps, mais comment l'atteindre compte tenu du nombre et de la diversité des praticiens à l'origine de ces prescriptions : internes, externes, stagiaires, sans compter les infirmières ?

D'autre part, à propos de la répartition inégale des médecins sur le territoire, vous avez suggéré de baisser le *numerus clausus*. Ne faudrait-il pas au contraire le relever ?

Pour remédier à la dérive du coût des ALD, vous proposez d'en revoir la liste. Ne peut-on envisager d'autres solutions, par exemple en exploitant enfin le rapport de MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard ?

Comment faire en sorte que la T2A devienne un outil efficace de rationalisation de l'activité hospitalière ? Selon le rapport de la Cour, il conviendrait pour cela de modifier l'organisation de production et les techniques de management. Faut-il ou non aller plus loin dans la convergence ?

S'agissant des préconisations du rapport Briet, relatives au gel des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC), en vue d'équilibrer l'ONDAM hospitalier, le rapport précise que l'utilisation d'un tel gel comme instrument de limitation risquerait de pénaliser le système hospitalier : faut-il dès lors continuer dans ce sens ou non ?

Enfin, en matière de coopérations hospitalières, vous notez que la tutelle ne s'est pas montrée suffisamment directive. Quelles solutions devrait-elle mettre en œuvre pour une utilisation plus intense de cet outil ?

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Il conviendrait de faire de la pédagogie auprès des Français, qui ne mesurent pas bien l'ampleur, les causes et le caractère durable des déficits de la sécurité sociale, non plus que l'importance des efforts à fournir pour les combler. Les discours tenus sur le sujet sont souvent trop faciles.

En ce qui concerne les sages-femmes, je tiens à souligner que le Parlement a, à plusieurs reprises, voté des lois allant dans le sens que vous préconisez mais que, malheureusement, le Conseil constitutionnel a censuré certains des dispositifs adoptés, s'agissant notamment des maisons de naissance, sur lesquelles nous devons revenir.

La construction de l'ONDAM médico-social repose depuis l'année dernière sur les crédits de paiement : il a en effet été plusieurs fois constaté que les

crédits délégués n'étaient pas consommés. Avez-vous effectué un suivi des consommations des crédits délégués aux agences régionales de santé ? Avez-vous constaté une amélioration grâce à cette nouvelle disposition ?

On a craint que les nouvelles procédures d'autorisation d'appel à projets par les agences régionales ne retardent l'élaboration des projets pour 2010 et 2011 : quel jugement portez-vous sur ce nouveau dispositif ?

Enfin, le nombre des personnes âgées dépendantes augmentant, il est nécessaire que les départements mettent en place des coordinations plus efficaces entre l'hôpital, l'aide à domicile et les établissements médico-sociaux, ce qui permettrait de réaliser une économie de quelque 2 milliards d'euros par an. Que pouvez-vous nous dire sur le sujet ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse. Monsieur le Premier président, quel type de recettes supplémentaires préconisez-vous pour assurer l'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse ? Doit-on accroître encore la prise en charge par la solidarité nationale des avantages non contributifs ?

Quel type de ressources suggérez-vous pour rétablir l'équilibre de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles ?

En matière d'épargne retraite, le rapport de la Cour des comptes propose que la France s'inspire du système allemand instauré par la réforme Riester de 2001 qui, pour inciter à l'épargne, prévoit des abondements de l'État dont le montant est lié non seulement aux sommes épargnées mais également aux revenus de l'épargnant – ce système fonctionne parfaitement. Connaissez-vous le coût global du dispositif ainsi que son coût rapporté au montant épargné par les actifs ?

Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille. Monsieur le Premier président, la Cour des comptes consacre un des derniers chapitres de son rapport à la gestion par les caisses d'allocations familiales (CAF) des prestations servies pour le compte de l'État et des départements. Il s'agit d'une part croissante de leur activité car on y inclut désormais le versement du revenu de solidarité active, des aides au logement et de l'allocation aux adultes handicapés.

Vous insistez sur la forte proportion d'indus dans les prestations versées pour le compte d'un tiers : des allocataires, qui ont perçu des prestations en trop, doivent les rembourser, alors même que leurs droits diminuent. C'est également un problème financier pour les départements qui en supportent la charge. Ce phénomène est-il imputable aux modifications constantes de la législation ou à un problème de gestion ? Comment, dans ce cas, y remédier ?

J'ai été par ailleurs frappée de constater que c'était le Fonds national de gestion administrative de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), alimenté par ses propres ressources, qui finance les frais de gestion d'une partie des prestations versées pour le compte de l'État ou des départements, alors même

que la branche famille a connu récemment de graves difficultés financières et pourrait en connaître de nouvelles demain. Lorsque les frais de gestion sont pris en charge, leur calcul est souvent bien inférieur au coût réel. Que préconisez-vous pour mieux prendre en compte les frais de gestion engagés par les caisses ?

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure pour avis de la Commission des finances. Monsieur le Premier président, j'ai noté que vous préconisiez la diminution des dépenses avant l'augmentation de l'imposition : cela ne peut que satisfaire la majorité de cette assemblée.

Le rapport de la Cour met en évidence les limites du portage à court terme des déficits sociaux par l'ACOSS, en notant que l'agence recourt aujourd'hui au marché pour couvrir les deux tiers de ses besoins de trésorerie infra-annuels, ce qui accroît fortement son exposition au risque de liquidité. Faut-il revenir sur cette réorientation du financement des découverts des comptes sociaux ? Cela sera-t-il au demeurant possible et, le cas échéant, comment procéder ?

Par ailleurs, la Cour considère-t-elle que le contexte financier actuel comporte des risques spécifiques pour le portage de la dette sociale, au regard notamment de la part respective de l'endettement de court terme et de l'endettement de moyen terme de la CADES ?

La Cour a étudié un des postes qui contribuent beaucoup à la croissance des dépenses, celui des ALD : l'écart est impressionnant entre le coût annoncé par le Gouvernement – 78 milliards d'euros – et celui qui a été calculé par la CNAMTS à la demande de la Cour : 8,2 milliards d'euros. Comment expliquer un tel écart ? Comment aboutir à une estimation fiable de manière pérenne ? Qui doit se charger de cette évaluation ? La Cour pourrait-elle y contribuer ? Quels dispositifs permettraient de mesurer l'efficacité médico-économique des ALD ?

Enfin, la Cour a elle-même constaté l'impossibilité d'évaluer les coûts de gestion des prestations servies par les caisses d'allocations familiales pour le compte de l'État et des départements : quels dispositifs faudrait-il pour y parvenir ? Un système conventionnel tripartite, entre la Caisse nationale, l'État et les départements, est-il envisageable ? Qui devrait supporter la charge financière de la part correspondant aux indus ?

Mme Marisol Touraine. Comme le souligne la Cour, notre protection sociale est fragilisée par un déficit structurel. Je concentrerai mon propos sur la question de l'assurance maladie, qui préoccupe fortement nos concitoyens et qui appelle des réponses fortes.

Il est néanmoins étonnant d'entendre certains collègues affirmer que la responsabilité serait partagée entre la droite et la gauche.

M. Denis Jacquat et Mme Isabelle Vasseur. Le problème date de trente ans !

Mme Marisol Touraine. On peut aussi remonter aux Croisades !

Cela dit, nous sommes tout prêts à assumer nos responsabilités et à faire valoir nos propositions et nos solutions, et ce dès le mois de mai prochain !

La politique menée par la droite à partir de 2004 s'est aggravée au cours des dernières années. Elle constitue une véritable faute contre notre système de santé, au regard de l'idée de solidarité et à l'égard des Français, qui attendent qu'on leur garantisse l'efficacité, la qualité et la solidarité de leur système de soins.

De ce point de vue, monsieur le président, vos propos sont préoccupants. En affirmant que certains pays, notamment la République tchèque, admirent notre politique familiale mais pas notre système de santé, vous confirmez à quel point ce dernier a été malmené. Jusqu'à présent, la majorité partageait l'idée que nous avions un très bon système de santé et que l'enjeu était de le sauver. Si, désormais, vous proposez d'appliquer en France la politique très libérale de la République tchèque...

M. le président Pierre Méhaignerie. Je n'aime pas être caricaturé. Ce que j'ai dit, c'est que j'avais été surpris de constater que nos voisins ne s'intéressaient qu'à notre politique familiale.

Mme Marisol Touraine. Peut-être vous êtes-vous mal exprimé. Toujours est-il que c'est la première fois que j'entends un responsable important de la majorité expliquer que notre système de santé ne doit pas être mis en avant.

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est faux ! J'ai suffisamment défendu le système français sur le terrain, notamment comme président de conseil général pendant vingt ans, pour refuser cette caricature, madame Touraine. Vous êtes dans la caricature en permanence !

M. Christian Paul. Et vous, vous êtes en permanence dans la contradiction !

Mme Marisol Touraine. La vivacité de votre réaction, monsieur le président, laisse à penser que j'ai touché juste...

M. le président Pierre Méhaignerie. Il s'agit de mon honneur !

Mme Marisol Touraine. ...et laisse présager des débats difficiles dans les prochains mois.

J'aimerais savoir, par exemple, ce que la majorité pense de l'évocation par la Cour d'un abaissement du *numerus clausus* pour les médecins.

M. Jean-Pierre Door. Nous avons posé une question à ce sujet !

Mme Marisol Touraine. Quant au système suédois, auquel vous avez également fait référence, monsieur le président, nous en reconnaissons l'excellence mais sommes-nous prêts à nous diriger vers ce modèle qui est organisé exclusivement autour de centres publics de santé ? Cela ne correspond pas à la tradition française et à la conception que nous mettons en œuvre depuis 1945.

Que notre système soit malmené, les propos de Mme Bachelot rapportés par le quotidien *Métro* de ce matin en apportent une nouvelle illustration. Mme Bachelot estime en effet qu'il n'est pas nécessaire de nous doter de structures spécifiques pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer car, selon elle, seuls 200 malades identifiés en France, soit deux par département, souffrent de cette pathologie à un degré d'avancement impliquant une prise en charge spécifique. On est en droit de se demander quel est l'objectif ici poursuivi !

Nous avons besoin d'une politique de régulation. Les remboursements se succèdent de façon injuste. L'assurance maladie ne rembourse plus aujourd'hui que 75 ou 76 % de la prise en charge contre 78 % il y a quatre ans, sans que l'efficacité du système s'améliore pour autant : les déficits se poursuivent, les déserts médicaux existent toujours, les dépassements d'honoraires flambent.

Parmi les mesures à prendre, nous pensons nous aussi qu'un renforcement des transferts de compétence est nécessaire, en particulier en direction des sages-femmes. En revanche, nous ne partageons pas l'analyse de la Cour au sujet de la convergence tarifaire. À nos yeux, la spécificité de l'hôpital public ne peut s'accommoder d'une convergence avec le système privé.

J'en viens à mes questions.

À la page 68 de son rapport, la Cour précise que l'ONDAM a été respecté du fait de gels de crédits en cours d'année. Quelle appréciation porte-t-elle sur le fait ? Ne peut-on « rentrer dans les clous » qu'en privant en cours d'année les acteurs de santé de ressources sur lesquelles ils comptaient ?

S'agissant de la régulation de l'installation des médecins – à laquelle nous sommes favorables –, la Cour a-t-elle mesuré tous les effets de la modulation de cotisations sociales qu'elle suggère ? La régulation peut-elle se faire par le biais d'incitations financières ? Des études laissent à penser que de telles incitations ne sont efficaces que si elles atteignent un niveau très élevé.

Enfin, pour ce qui est des médicaments, la Cour est-elle à même de chiffrer l'impact d'une politique de moindre prescription, assortie de remboursements assis sur le prix du médicament efficace, lequel n'est pas nécessairement le plus récent ?

M. Jean-Luc Prél. Je félicite la Cour pour ce volumineux rapport, je remercie le Premier président de sa brillante synthèse, je souscris à son appel à

l'équité et à l'efficience et je me réjouis qu'à une baisse des dépenses sociales, il préfère une modération tenant compte de l'évolution de la croissance. Cela étant, comme chaque année, je regrette que le rapport nous soit remis trop tard pour que nous puissions en prendre connaissance dans le détail.

Concernant le problème majeur de la dette et notre refus de transférer aux générations futures nos propres dépenses, la Cour semble souhaiter un transfert des déficits de l'ACOSS vers la CADES, donc une augmentation de la contribution au remboursement de la dette sociale. Cette proposition est conforme à ce que nous voulons pour l'équilibre des comptes.

Plus généralement, la Cour est-elle comme nous favorable à une « règle d'or » en matière de dépenses sociales, contraignant le Parlement à voter chaque année une loi de financement de la sécurité sociale en équilibre ?

La Cour préconise une diminution du *numerus clausus* des médecins. Je ne souhaite pas que l'on en revienne à la position, défendue en 1995, selon laquelle moins de médecins, ce serait moins de dépenses : de toute façon, le nombre de malades et de traitements nécessaires ne change pas ! Il est du reste malaisé de savoir quel est le nombre réel de médecins généralistes aujourd'hui, en raison de la difficulté de comptabiliser les modes d'exercice particulier (MEP). À mon sens, l'élément à prendre en compte n'est pas le nombre de médecins mais le temps médical disponible. Les généralistes d'aujourd'hui doivent s'acquitter de davantage de tâches administratives que leurs aînés et ils souhaitent préserver leur temps libre et leur vie familiale. Bref, un abaissement du *numerus clausus* serait une réponse erronée et même dangereuse.

La Cour, favorable à la convergence tarifaire, est-elle à même de chiffrer les missions de service public, sachant que c'est l'enjeu principal du débat entre public et privé ? Quel regard porte-t-elle sur les MIGAC ?

S'agissant enfin des contrats collectifs complémentaires, la Cour suggère que l'on revienne sur les aides publiques et exemptions, qu'elle estime à 4,3 milliards d'euros. Considère-t-elle qu'il n'y a pas de retour bénéfique de ces aides, au profit d'un dispositif dont le but est d'offrir une bonne protection aux salariés ?

M. Roland Muzeau. En réaction au rapport de la Cour des comptes et en totale contradiction avec la teneur de celui-ci, la ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, continue d'imputer à des raisons conjoncturelles l'ampleur des déficits sociaux au lieu de s'interroger sur les choix gouvernementaux et sur le sous-financement de la protection sociale qu'ils provoquent.

Les travaux de la Cour infirment cette thèse et ils relèvent avec pertinence le caractère déresponsabilisant du dispositif de financement de la dette sociale. Ce gouvernement a poussé ce système à ses limites en modifiant la loi organique pour

doubler la durée de vie de la CADES – la règle d’or, en quelque sorte, a été abolie par ses propres auteurs ! – et en transférant 260 milliards d’euros de dette de 1998 à 2018 sans prévoir de ressources pérennes, préférant des hausses de la contribution pour son amortissement.

Soucieuse de maîtriser plus strictement la croissance des dépenses de soins, la Cour pose le problème du prix du médicament, appelle à une réduction des niches sociales et fiscales et suggère de réorienter les huit milliards d’aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire et de l’épargne retraite vers les populations qui en ont le plus besoin. Nous souhaiterions cependant qu’elle soit plus précise sur les raisons structurelles de l’appauvrissement des ressources de la protection sociale : impact des exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires durant la dernière décennie, poids des exonérations non compensées – les niches sociales –, déséquilibre entre les prélèvements sur les revenus d’activité et sur les revenus du capital et de l’épargne. Pourrait-elle également être plus explicite sur les réformes qu’elle préconise concernant les recettes et les niches sociales ?

Enfin, comme l’année précédente, la Cour a refusé de certifier les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Le rapport fait mention « *d’insuffisances des dispositifs de contrôle interne relatifs aux cotisations et à une partie des prestations* ». Pourriez-vous apporter des précisions sur ces insuffisances ?

M. Jean-Marie Rolland. Alors que son coût rend l’aide à l’acquisition d’une assurance complémentaire santé (ACS) particulièrement compétitive par rapport aux contrats responsables, un quart seulement des bénéficiaires potentiels ont demandé à profiter de ce dispositif. Qu’en pensez-vous ?

D’autre part, quelle est l’appréciation de la Cour sur la définition des « contrats solidaires et responsables » que proposent désormais tous les producteurs d’assurance complémentaire, tant les instituts de prévoyance – les « vraies » mutuelles – que les organismes financiers, notamment les assureurs ?

M. le Premier président de la Cour des comptes. La Cour, monsieur Bur, ne pose pas le problème en termes de « sous-financement » de la sécurité sociale. Elle constate un déficit qu’elle considère comme une anomalie : il ne lui paraît pas normal que les comptes sociaux soient présentés en déséquilibre puisqu’il s’agit de dépenses courantes et que les dépenses courantes doivent être assurées par les générations actuelles et non par les générations futures. Un déficit des comptes sociaux, tout comme une dette sociale, est injustifiable, et il faut tout faire pour restaurer les équilibres nécessaires.

Poser la question du sous-financement revient à ne s’intéresser qu’aux recettes. On passe alors à côté du problème principal, celui de la dépense et de son efficacité. Je le répète, nous pensons qu’efficacité et solidarité ne s’opposent pas.

Bien au contraire, elles sont complémentaires. Dès lors, la solidarité et la justice peuvent se trouver remises en cause si nous sommes insuffisamment attentifs à l'efficacité de notre système de soins.

La France dépense beaucoup pour ce système. Est-il pour autant supérieur à ceux des autres pays ? L'état de santé de la population française est-il meilleur qu'ailleurs ? Non. Il faut donc se poser de la question de l'efficacité. La Cour des comptes est dans son rôle en affirmant qu'on ne peut voir le système de santé et de protection sociale à travers le seul prisme du financement et de la recette, et que des adaptations et des réformes de structures sont nécessaires.

Du reste, c'est le mouvement du monde qui le veut ainsi. Certains progrès modifient la nature du travail. Comment ne pas tenir compte, par exemple, de la dématérialisation, qui dégage d'ailleurs des marges pour faire autre chose tout en restant dans le cadre d'une dépense maîtrisée ?

Concernant le médicament, des réformes sont bien entendu nécessaires. Nous n'avons pas chiffré les économies possibles, mais je rappelle que ce secteur représente 36 milliards d'euros de dépenses.

L'hôpital peut également faire l'objet d'adaptations et de réformes de structures, sans remettre en cause l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge.

Ne pas aborder le problème globalement, c'est cela qui compromet la pérennité de notre système de santé et de protection sociale.

La Cour n'a pas à dire s'il est juste ou injuste de dérembourser des médicaments. Elle ne raisonne pas ainsi. La question est de savoir s'il y a ou non un service médical rendu. Si ce n'est pas le cas, il n'y a pas lieu de rembourser. C'est pourquoi nous suggérons de renforcer les analyses médico-économiques et de revoir tout le dispositif d'autorisation de mise sur le marché.

Nous sommes par ailleurs favorables au tarif forfaitaire de responsabilité, qu'il faudrait étendre. En Allemagne, où il est beaucoup plus répandu que chez nous, les résultats sont bien meilleurs dans ce domaine.

Quant à la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, ce n'est pas la Cour qui la demande, c'est la loi. C'est pourquoi nous ne nous exprimons pas sur le fond. Mais nous reconnaissons les spécificités des hôpitaux publics. À l'évidence, ceux-ci assument des charges particulières et leur vocation n'est pas tout à fait la même que celle des établissements privés. Il convient donc d'identifier et d'analyser objectivement les différences entre les deux catégories. Des progrès restent manifestement à faire sur ce point.

En matière de régulation des prescriptions, notre pays fait preuve d'une véritable timidité tant en médecine de ville qu'en médecine hospitalière. Je le

répète, des évaluations médico-économiques sont très nécessaires. Cette mission échoit normalement à la Haute Autorité de santé. Or celle-ci ne s'est pas totalement saisie de cette compétence, en raison d'une interprétation excessivement restrictive de la disposition législative qui la lui attribue. Une de nos principales recommandations est de rendre ces études systématiques pour tous les médicaments innovants, comme c'est le cas dans de nombreux pays voisins. Si des propositions étaient formulées à ce sujet dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, cela nous paraîtrait aller dans le bon sens.

J'ai déjà évoqué la question des médicaments génériques, les pratiques en matière de prescription et les stratégies de contournement adoptées par les laboratoires. Là aussi, on pourrait prendre utilement des mesures pour améliorer les résultats.

S'agissant du *numerus clausus*, la Cour demande que l'on tienne le plus grand compte des dernières estimations de tendance publiées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sans pour autant négliger l'évolution de l'exercice médical, rappelée par M. Prével. En 2009, on dénombrait 61 300 généralistes – 53 600 dits « actifs » et 7 700 ayant un mode d'exercice particulier – ainsi que 54 600 spécialistes, soit un total de près de 116 000. La DREES estime que la baisse attendue de la démographie médicale sera moins prononcée et durera moins longtemps que ce qui était généralement admis jusqu'à présent. Il est également démontré que ce léger creux devrait être suivi d'une vigoureuse reprise de croissance. Selon la Cour, il faut aborder dès aujourd'hui la question d'un ajustement à la baisse du *numerus clausus* afin d'éviter un déséquilibre démographique futur. Le sentiment de pénurie qui peut exister aujourd'hui ne doit pas aboutir à un gonflement excessif dans les prochaines décennies.

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas un sentiment de pénurie, c'est une réalité !

M. Jean-Pierre Door. Que faites-vous de l'afflux de médecins étrangers, dont la venue est demandée par plusieurs conseils généraux ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Les avis des membres de la Commission sont manifestement partagés sur le sujet !

M. le Premier président de la Cour des comptes. Au moins la question mérite-t-elle d'être posée.

M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. La Cour constate que le creux conjoncturel de la démographie médicale sera moins important et plus court qu'on ne l'anticipait il y a quelques années. Il y a à cela différentes raisons, dont notamment, monsieur Door, l'afflux de médecins étrangers qui fait remonter en partie l'effectif.

Étant donné la durée des études de médecine, il faut avoir une vision de long terme de la démographie médicale et anticiper le *numerus clausus* en conséquence. Actuellement, celui-ci est à peu près défini jusqu'en 2015. Pour la suite, un effort de prospective est nécessaire.

Nous constatons également que les flux d'étudiants se dirigent de nouveau vers les grandes facultés situées dans les zones les mieux dotées en médecins. Les capacités de formation des facultés situées dans des zones moins attractives sont en effet saturées. Ce problème d'équilibre entre les lieux de formation mérite examen.

Quant aux MIGAC, monsieur Door, elles ont atténué les effets de l'application de la tarification à l'activité, en particulier dans les centres hospitalo-universitaires qui en ont été les grands bénéficiaires. Nous avons observé aussi que la régulation infra-annuelle de l'ONDAM, rendue nécessaire par l'effet indéniablement inflationniste de la T2A, avait été obtenue par le gel de ces dotations. Si cela s'est révélé efficace, il n'est pas cohérent de procéder de la sorte. Aussi recommandons-nous de réfléchir à d'autres modes de régulation infra-annuelle.

M. le Premier président de la Cour des comptes. Mme Bérengère Poletti s'est inquiétée du respect de l'objectif global de dépenses médico-sociales. La Cour a noté que la sous-consommation affectant le volet « personnes âgées » de ces crédits était moins flagrante que les années précédentes. Tout ce qui tend à asseoir davantage cet objectif global sur les réalisations effectives – et prendre en compte les crédits de paiement plutôt que les autorisations d'engagement y participe – ne peut que contribuer à le rendre plus réaliste.

Après avoir laissé aux agences régionales de santé le temps de s'installer, la Cour mène une première enquête à leur sujet. La nouvelle procédure d'appel à projets des agences régionales pour l'offre médico-sociale n'a pas fait l'objet d'investigations particulières cette année ; cela n'exclut pas qu'il en aille autrement à l'avenir.

Il faut, monsieur Jacquat, s'interroger sur les causes du déficit du Fonds de solidarité vieillesse. Outre l'insuffisance des ressources constatée depuis plusieurs années, l'attribution à la CADES, en 2009, de 0,2 point de CSG a privé le FSV d'une ressource importante – 2,1 milliards d'euros, soit la moitié de son déficit en 2010 – sans que cette opération améliore la situation financière globale de la sécurité sociale. Le FSV finance par ailleurs les cotisations des chômeurs, si bien que la dégradation de l'emploi l'affecte directement. Il n'appartient pas à la Cour de se prononcer sur la nature des recettes à affecter au Fonds, mais elle recommande de mettre fin à son sous-financement structurel, qui s'aggrave.

Le régime des exploitants agricoles est complètement déséquilibré, chacun le sait. En 2006, face à 16,3 milliards d'euros de charges, le produit des cotisations n'était que de 2,7 milliards d'euros. C'est dire que plus de 80 % des

ressources étaient assurées par la solidarité interprofessionnelle, par le biais de la compensation démographique entre les régimes, et par la solidarité nationale. En 2011, la situation est la même. Des efforts ont été faits, notamment par la restructuration, en cours, du réseau mais cela n'aboutira dans le meilleur des cas qu'à stabiliser les frais de gestion. La branche retraite de la Mutualité sociale agricole (MSA) s'est vue transférer les droits et obligations du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (le FFIPSA), mais aucune ressource nouvelle ne lui a été allouée pour compenser un solde structurel négatif et en voie d'aggravation. La suppression du FFIPSA a contribué à clarifier la situation financière du régime des exploitants agricoles, mais les lois de financement de la sécurité sociale pour 2010 et 2011 n'ont pas défini de solution pérenne. Autrement dit, la situation passée a été apurée mais rien n'a été fait pour l'avenir. En attendant, la Caisse centrale de la MSA, organisme privé chargé d'une mission de service public, doit assurer le portage d'un endettement important. Dans ce domaine encore, il ne nous appartient pas de définir les ressources à affecter à cet objet, mais nous disons que le problème doit être traité.

Selon les chiffres qui figurent dans le rapport d'information rédigé par le sénateur Alain Vasselle en juillet 2010, le montant global des primes versées dans le cadre du dispositif d'épargne retraite inspiré du système allemand a été de 2,5 milliards en 2009, pour 13,5 millions de personnes ayant souscrit un contrat ; le coût moyen est donc de 185 euros par contrat.

Madame Pinville, la forte proportion d'indus dans les prestations versées pour le compte de tiers résulte de la volonté de coller au plus près des variations dans la vie des familles, qu'il s'agisse de leur composition ou surtout de leurs ressources. Elle tient aussi à la complexité des règles applicables, et au temps parfois mis par les caisses d'allocations familiales à détecter les prestations versées à tort. Si les règles étaient plus simples, il y aurait certainement moins d'indus mais les changements de situation des allocataires seraient moins fréquemment pris en considération. Il faut donc trouver le bon équilibre. Cela vaut notamment pour la réforme de l'allocation aux adultes handicapés. Particulièrement complexe et s'appliquant à un nombre réduit de bénéficiaires, elle conduit à s'interroger sur l'équilibre entre coût et avantages. Que l'on considère la réactivité à l'évolution de la situation de l'allocataire, la lisibilité du dispositif ou son coût de gestion, cet équilibre n'a manifestement pas encore été trouvé.

Afin de mieux prendre en compte les frais de gestion administratifs des caisses d'allocations familiales, nous proposons d'inscrire dans la loi le principe d'une facturation fondée sur les coûts réels constatés pour les prestations servies pour compte de tiers. Cela suppose de mettre en œuvre dans les meilleurs délais une comptabilité analytique qui, malheureusement, n'existe pas encore. Le montant des frais de gestion, qui devrait être défini par convention et réévalué régulièrement, pourrait dépendre du nombre de bénéficiaires ou de dossiers. Le

montant du fonds de gestion administrative de la Caisse nationale serait alors réduit à concurrence des sommes ainsi perçues.

Pour l'ACOSS, la Cour préconise un cadre prudentiel plus net et des règles plus claires. Je l'ai dit, nous proposons de réduire le risque en transférant systématiquement à la CADES les déficits pré-financés par cette agence.

Compte tenu de notre endettement, la sensibilité de la sécurité sociale aux taux d'intérêt est très forte : un accroissement de 100 points de base de ces taux représente pour elle une augmentation d'un peu plus de 500 millions d'euros de la charge de sa dette, et une telle variation peut intervenir très vite. L'évolution des taux d'intérêt peut aussi avoir des conséquences terrifiantes sur les marges de manœuvre de l'État. C'est dire la nécessité de réformes structurelles.

Les dépenses remboursées au titre des affections de longue durée s'élèvent en tout à 78 milliards d'euros ; la dépense de 8,2 milliards, elle, représente le coût de la prise en charge, dans ces cas, du ticket modérateur pour les soins de ville.

M. le président de la sixième chambre. Il y a d'un côté un coût, de l'autre un surcoût. Les 78 milliards correspondent à la totalité de la dépense liée aux ALD, soins de ville et soins hospitaliers confondus. Les 8,2 milliards représentent le montant des remboursements supplémentaires versés aux assurés touchés par une affection de longue durée, rapportés aux remboursements dus aux autres assurés pour les soins de ville.

M. le Premier président de la Cour des comptes. Je pense avoir répondu aux questions de Mme Vasseur. Beaucoup des questions posées par Mme Touraine s'adressaient au président de votre Commission. Je le redis, c'est la loi, et non la Cour, qui propose la convergence tarifaire. Pour notre part, nous recommandons de bien définir les différences et les périmètres respectifs, puisque certaines missions – les urgences ou encore la permanence des soins – relèvent spécifiquement de l'hôpital public.

La Cour se réjouit que l'ONDAM ait été respecté l'an dernier. Elle souligne toutefois qu'il faut se donner les moyens de s'assurer que l'objectif sera respecté dans la durée car certains facteurs circonstanciels peuvent expliquer qu'il ait été tenu en 2010 : des rentrées supérieures aux prévisions et une épidémie de grippe plus tardive que les années précédentes, ce qui a décalé les dépenses.

Nous n'avons pas évalué de manière précise l'impact que pourrait avoir une réforme de la politique du médicament ; en revanche, nous avons suggéré des pistes pour agir sur la dépense dans ce secteur.

Je pense avoir répondu à M. Jean-Luc Prével au sujet du nécessaire équilibre des comptes sociaux. Dire que les comptes de la sécurité sociale devraient être régulièrement présentés à l'équilibre, que le déficit de ces comptes

et la dette qui en résulte sont des anomalies, voilà qui est suffisamment clair pour que chacun comprenne l'attachement que la Cour attache à un tel équilibre.

Nous avons constaté que le dispositif de contrats collectifs complémentaires a permis quelques effets d'aubaine. Il y a donc là une piste d'économie possible : parce que la Cour n'est pas convaincue que ces contrats contribuent toujours à une meilleure protection sociale des salariés qui en ont le plus besoin, elle n'est pas persuadée que l'équilibre entre le coût de la niche sociale et l'efficacité de la mesure soit le meilleur.

Monsieur Muzeau, la Cour considère qu'il existe encore des marges de manœuvre permettant de garantir des recettes supplémentaires pour équilibrer les comptes de la sécurité sociale, notamment en réduisant les niches sociales. Nous avons formulé des propositions à ce sujet l'an dernier ; nous considérons que le sujet n'est pas épuisé, et que l'on peut encore réduire le coût d'exonérations qui ne brillent pas par leur efficacité au regard des objectifs visés. Je l'ai dit, la gravité de la situation de la sécurité sociale oblige à agir sur la dépense mais aussi sur la recette, et nous recommandons que cela soit fait en priorité par la remise en cause de niches sociales.

Par ailleurs, nous disons une nouvelle fois qu'il nous paraît pertinent de recourir à la CRDS pour régler pour partie le problème de la CADES.

M. le président de la sixième chambre. Le refus par la Cour de certifier les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'exercice 2010 s'explique par les insuffisances du contrôle comptable interne dans une partie des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), par des divergences dans les données relatives à la population d'établissements assujettis et par l'incertitude qui demeure sur la détermination des taux de cotisation applicables aux employeurs. Ces défaillances, déjà signalées plusieurs fois par la Cour, n'avaient pas été corrigées par les responsables de la gestion de cette branche ; compte tenu des sondages supplémentaires que nous avons réalisés cette année, nous avons jugé qu'elles entachaient la fiabilité des comptes de la branche.

M. Roland Muzeau. Ainsi, après que, l'an dernier, la Cour avait exprimé de très fortes réserves sur les comptes de la branche AT-MP pour 2009, elle a refusé de certifier ceux de l'exercice 2010. Cela ne peut rester sans incidence sur les débats à venir sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Or les mesures de rétablissement attendues des gestionnaires de la branche sont probablement d'ordre réglementaire, sinon de la responsabilité propre des organismes considérés, où le pouvoir d'intervention du Parlement est des plus limités. Comment, alors, mettre un terme à de telles défaillances ?

M. le Premier président de la Cour des comptes. En exprimant de très fortes réserves sur les comptes pour 2009 et en indiquant ne pas être en mesure de

certifier les comptes pour 2010, nous avons appelé la branche à faire les efforts nécessaires. Elle les a engagés. Notre position doit être comprise par elle comme un encouragement à aller un peu plus loin encore.

M. le président Pierre Méhaignerie. La loi dite « HPST » avait ouvert la possibilité d'expérimenter des objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie ; la disposition a été annulée par le Conseil constitutionnel parce que nous n'avions pas précisé la durée de l'expérimentation. Ne serait-il pas judicieux que la Cour travailler sérieusement à des analyses départementales et régionales pour faire apparaître les degrés d'efficacité, qui peuvent être divers, et pour mettre en valeur les pratiques vertueuses ?

Mme Anny Poursinoff. La Cour recommande d'expérimenter les maisons de naissance. Ayant déposé une proposition de loi en ce sens, je me félicite de l'intérêt que vous portez à ces expérimentations, dont je suis certaine qu'elles seraient d'un grand intérêt pour la santé publique et aussi pour le suivi des malades chroniques en favorisant le travail en réseau. Mais des évaluations qualitatives des réseaux de soins ont-elles été faites ?

Pour combattre les maladies chroniques, les écologistes plaident en faveur d'une lutte résolue contre les pollutions et contre l'usage des produits toxiques, et pour l'amélioration du bien-être au travail. La Cour connaît-elle les conséquences financières de la situation actuelle, qui risque de s'aggraver ?

La Cour souhaite intensifier l'effort de productivité des caisses. À cette fin, elle recommande de réduire de 10 % leurs frais de gestion. Ce faisant, ne risque-t-on pas d'enclencher un sinistre « effet France Télécom » ? Et je ne sais pas que les frais de gestion des caisses méritent l'opprobre.

Vous souhaitez réduire la surconsommation de médicaments. Mais ne peut-on penser que la prescription des génériques et l'allègement des ordonnances ne pourront être effectifs tant que la formation continue des médecins sera aux mains de l'industrie pharmaceutique ?

Enfin, le « Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire » propose de revenir à un taux de prise en charge par la sécurité sociale de 80 %, ce qui limiterait les inégalités d'accès aux soins qui, vous l'avez dit, ne sont pas compensées par les aides à l'accès aux assurances complémentaires. Qu'en pense la Cour ?

M. Dominique Dord. Je vous remercie, monsieur le Premier président, de nous avoir présenté cet excellent rapport. Excellents, les rapports de la Cour le sont toujours, et incontestables également ; toutes les femmes et tous les hommes de bonne volonté devraient donc faire leurs, sans barguigner, les recommandations qu'ils contiennent. Mais ce n'est pas ce qui se produit, car on ne s'accorde pas sur les moyens de les mettre en œuvre. Aussi, je proposerais volontiers que les

recommandations de la Cour soient systématiquement assorties d'un chapitre expliquant comment les appliquer. On vous éviterait ainsi bien des frustrations !

Ainsi, aujourd'hui, vous nous appelez, sans le dire en ces termes, à instaurer impérativement une « règle d'or » des comptes sociaux, mais nous sommes incapables de nous mettre d'accord à ce sujet. De même, nous n'avons pas su nous mettre d'accord au moment de réformer les retraites. L'unanimité ne s'était pas davantage faite sur la création des communautés hospitalières de territoire prévue dans la loi dite « HPST » ; toutefois, je suis moins pessimiste que vous à ce sujet car certaines s'installent, et je suis certain que le dispositif fonctionnera. La Cour explique aussi que les recettes de notre système social reposent exclusivement sur les charges qui pèsent sur le travail, sous-entendant qu'il faut trouver autre chose ; mais, là encore, nous sommes incapables de nous mettre d'accord sur un autre système. En bref, nous louons tous la sagacité de la Cour mais, quand il s'agit d'appliquer ses recommandations, c'est la débâcle. Pour en finir avec ces tergiversations exaspérantes, il serait bon que la Cour dise explicitement comment ses recommandations doivent être mises en œuvre.

Mme Catherine Lemorton. Les observations de la Cour relatives au médicament viennent à point nommé, puisque nous examinerons la semaine prochaine en séance publique le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. On ne s'étonnera pas que le LEEM, syndicat de l'industrie pharmaceutique, conteste les chiffres de la Cour – il est là dans son rôle – mais quelle explication donner à l'explosion de la prescription hospitalière de médicaments depuis 2002 ? La tarification à l'activité, qui conduit à privilégier la prescription plutôt que le colloque singulier, ne va-t-elle pas aggraver cette tendance ?

Hier, lors de l'examen de ce projet de loi, j'ai insisté sur la nécessité de procéder, en vue de la demande d'autorisation de mise sur le marché d'une nouvelle molécule, à des essais cliniques par comparaison avec des médicaments existants pour traiter les mêmes pathologies. Le rapporteur de notre Commission a fait valoir que la législation européenne interdit ce type d'essais. L'amélioration du service médical rendu, dont dépendent le prix, le taux de remboursement et donc la situation des comptes de la sécurité sociale, est pourtant au cœur de la politique française du médicament. Quelle est la position de la Cour à ce sujet ?

Le groupe SRC, qui n'a cessé de mettre l'accent sur le manque de transparence des travaux du Comité économique des produits de santé (CEPS), se félicite que la Cour souligne le flou des critères de fixation des prix et le manque de transparence des décisions prises par cet organisme. Quelles pistes législatives ou réglementaires la Cour recommande-t-elle pour permettre aux parlementaires d'avoir à connaître et des conventions passées par le comité avec l'industrie pharmaceutique et de la fixation des prix ?

Enfin, vous avez parlé de politique de contournement des génériques mais il faudrait également mentionner les doutes que les producteurs de princeps instillent constamment dans l'opinion publique à propos de ces médicaments – comme si les Français les supportaient moins bien que leurs voisins européens. Cette attitude explique la faible pénétration des génériques sur le marché. De même, la suppression de la mention « *excipient à effet notoire* » sur les boîtes favoriserait certainement leur usage.

Mme Gisèle Biémouret. Vous l'avez souligné, les incitations visant à favoriser l'installation de médecins en zone rurale restent sans effet. Avez-vous connaissance d'expériences menées dans les autres pays européens en ce domaine et qui, elles, auraient réussi ?

M. Guy Malherbe. La Cour envisage-t-elle des études comparatives sur l'usage du générique dans les différents pays européens, afin de vérifier si le système français de fixation des prix est efficace et si nos spécialités génériques sont compétitives ?

D'après les pharmaciens de mon département, le contournement des génériques est également le fait des médecins, qui ont tendance à ajouter sur l'ordonnance les lettres « NS », pour « *non substituable* ». S'ils ont affaire à des patients compréhensifs, les pharmaciens, après avoir expliqué la situation, opèrent tout de même la substitution en masquant cette mention avec la vignette. Ils peuvent ainsi contourner le contournement...

L'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) a publié en juillet un rapport sur les dépenses d'assurance maladie relatives aux établissements de santé en 2010 qui fait apparaître une décélération de l'augmentation des dépenses dans le secteur public – plus 4,8 %, contre plus 8,9 % en 2009 –, et un ralentissement de leur diminution dans les établissements privés – moins 0,4 %, contre moins 1,5 % en 2009. Quelles sont les causes de ces évolutions, et quelles conclusions faut-il en tirer ?

Vous avez souligné l'importance de l'ACOSS dans le financement des dépenses sociales. Grâce à une ingénierie financière exceptionnelle, l'agence est en effet parvenue à satisfaire ses besoins en financement, soit auprès de la Caisse des dépôts, soit en émettant des billets de trésorerie ou des *euro commercial papers* sur les marchés monétaires. Sa signature semble aujourd'hui solide, mais une telle situation est-elle durable ? Quelle appréciation portent les agences de notation sur l'ACOSS ? Quels sont les acheteurs étrangers de ses titres de dette ?

Enfin, je constate, sur mon territoire, que la création ou la disparition des réseaux de soins est liée au volontarisme dont font preuve ou non les médecins, ce qui nuit à la continuité de l'action. Ces réseaux vous semblent-ils positifs, ou sont-ils une source de gaspillage ?

M. Jean Mallot. Nous sommes tous d'accord avec l'affirmation selon laquelle les dépenses courantes de sécurité sociales doivent être assumées par les générations présentes. Je rappellerai simplement que la dernière période d'équilibre des comptes sociaux était la législature 1997-2002. Une autre politique est donc possible.

Vous avez évoqué la question de l'efficacité – ou de l'efficience – du système : il s'agit de faire mieux avec les mêmes ressources, voire de faire mieux avec moins. L'ennui est que la majorité se contente de faire avec moins.

À propos des niches sociales, un rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) est venu récemment s'ajouter aux travaux effectués en ce domaine par la Cour des comptes. L'IGF a recensé des centaines de niches fiscales et sociales. L'une d'elle, l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, coûte plus cher aux finances publiques qu'elle ne rapporte à l'économie en général. Elle est donc par définition non efficiente. Que pensez-vous de cette mesure, financée par la dette et qui coûte 4,5 milliards d'euros aux finances publiques ?

Par ailleurs, vous avez rappelé qu'une charge très lourde avait été transférée l'automne dernier vers la CADES : plus de 130 milliards d'euros, avec un report d'échéance sans contrepartie de quatre ans. Il a suffi pour cela d'une simple loi organique, elle-même contredisant une autre loi organique de 2005, en vertu de laquelle tout transfert de charges vers la CADES devait s'accompagner d'un transfert correspondant de ressources. Dans ces conditions, quelle crédibilité peut-on accorder à la prétendue règle d'or que la majorité aurait souhaité inscrire dans la Constitution – d'autant que le projet de loi de loi constitutionnelle prévoyait le vote d'une loi organique que rien n'interdirait de modifier à son tour ?

Selon le rapport de la Cour, la puissance publique verse sous forme de niches fiscales et sociales 4,3 milliards d'euros d'aide publique aux contrats d'assurance complémentaire. Or parallèlement, la politique de remboursement et de franchises aboutit à transférer une partie de la prise en charge de l'assurance maladie vers les régimes complémentaires, en raison de l'insuffisance des ressources affectées au régime obligatoire. Vous n'avez certainement pas manqué de relever ce paradoxe qui mérite au moins un commentaire.

Je note que votre rapport relève le caractère intrinsèquement inflationniste de la tarification à l'activité (T2A), et suggère, comme évolution possible, l'instauration d'une dégressivité de certains tarifs lorsque l'activité dépasse certains seuils fixés contractuellement aux établissements. D'autre part, vous insistez surtout sur la convergence intersectorielle, pour en souligner les difficultés. Pour notre part, nous y sommes opposés, compte tenu des différences irrémédiables qui séparent les deux secteurs. Mais vous évoquez peu la convergence intrasectorielle, qui permettrait de résoudre la question de la différence de traitement entre les établissements.

Enfin, à propos de la gestion des hôpitaux, votre choix du mot « *compétitivité* » m'a choqué. S'agissant de service public, le terme « *efficience* » serait plus adapté. En matière de gestion, le critère de qualité devrait mieux être pris en compte ; il ne faut pas se contenter de quantifier le nombre d'actes produits.

M. Michel Issindou. Tous les ans, nous sommes effrayés par la publication du rapport de la Cour des comptes, qui nous rappelle que nous avons succombé à la drogue et au poison. Il faut croire que l'on n'a toujours pas conscience de l'existence de ces déficits, puisqu'on les laisse s'accumuler d'année en année...

En matière de réduction des dépenses, vous avez parfaitement raison de penser qu'il existe encore des marges de progression – on peut penser aux médicaments, aux hôpitaux ou au pilotage général du système de santé. De même, c'est avec raison que vous excluez toute augmentation des cotisations. Pour autant, si le problème de l'assurance maladie se résumait à un excès de dépenses, on aurait sans doute réussi à le résoudre. Il faudra donc bien trouver des recettes supplémentaires, ne serait-ce qu'à titre provisoire. Ne doit-on pas les rechercher dans les niches sociales, qu'il s'agisse des allègements de charges sociales sur les bas salaires ou des exonérations sur les heures supplémentaires ? Le président Méhaignerie objectera sans doute qu'une telle mesure mettrait en péril la compétitivité de notre économie, mais la Cour semble penser le contraire.

Ce n'est en tout cas pas à la Cour de nous dire ce qu'il faut faire, monsieur Dord. Il appartient au Gouvernement et au Parlement de prendre les mesures nécessaires. Le rôle de la Cour est de nous alerter, et elle le fait bien. Si on n'a pas compris ses messages, c'est que l'on est un peu sourd. J'espère donc que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 marquera le début d'un redressement sensible des comptes sociaux.

M. Bernard Perrut. Chaque année, nous prenons connaissance du rapport de la Cour des comptes, qui est à la fois sérieux, complet et incontestable. Mais il ne nous donne qu'une vision nationale du problème. Nous aurions besoin d'une approche plus régionale, en raison des disparités que connaît le fonctionnement de notre système de santé sur nos territoires et de la répartition inégale des médecins, des maisons de santé pluridisciplinaires et des communautés hospitalières de territoire (CHT).

Ainsi, en région Rhône-Alpes, il n'existe que deux communautés, ce qui m'incite à m'interroger sur la politique d'incitation pratiquée par les agences régionales de santé. Il est vrai qu'il est difficile de faire asseoir autour de la même table des directeurs d'établissement et des médecins afin qu'ils élaborent une véritable stratégie. Ne faudrait-il pas définir, au niveau national, des objectifs régionaux de création de telles communautés ?

Par ailleurs, votre rapport consacre plusieurs pages à la Mutualité sociale agricole. La restructuration juridique du réseau, que vous préconisiez dès 2007 et qui est désormais achevée, n'a eu selon vous qu'un impact limité, si bien qu'une réflexion stratégique resterait à préciser. Quel est votre point de vue sur un rapprochement entre la MSA et le régime général, ou sur l'éventuel transfert aux caisses d'allocation familiales de sa branche famille ?

Mme Michèle Delaunay. Comme Dominique Dord, j'aimerais que la Cour nous donne des indications sur la façon d'agir. J'aimerais aussi que soient rappelées, d'une année sur l'autre, les préconisations qui n'ont pas été suivies d'effets.

La Cour serait-elle intéressée, comme le laissait entendre votre prédécesseur, par la possibilité d'analyser et de contrôler les comptes des établissements privés de santé ?

M. le président Pierre Méhaignerie. En ce qui concerne l'exonération de charges sur les heures supplémentaires, je rappelle que ces dernières ont un caractère vital dans les bassins très industriels, où il est difficile de trouver de la main-d'œuvre. Que l'on supprime l'incitation pour les entreprises, soit. Mais les salariés qui font des heures supplémentaires perdent le droit à de nombreuses prestations, de la prime pour l'emploi aux bourses en passant par l'allocation logement. On risque d'éprouver, demain, des difficultés à répondre aux besoins industriels, les entreprises ayant déjà du mal à recruter des gens formés.

M. le Premier président de la Cour des comptes. La Cour, madame Delaunay, n'a pas compétence pour contrôler les établissements privés, même si une disposition législative récente nous donne le droit de mener des enquêtes – nous avons ainsi lancé une étude sur les soins de suite. En tout état de cause, il appartient au Parlement de faire la loi : s'il décide d'élargir les compétences de la Cour, celle-ci effectuera naturellement le travail qui lui est demandé.

Je rappelle que notre rapport sur la sécurité sociale comporte une annexe sur le suivi de nos recommandations. Nous sommes d'ailleurs les premiers à regretter de devoir renouveler les mêmes observations d'une année sur l'autre. Cela étant, dans une démocratie, le dernier mot revient au suffrage universel et à ses représentants. La mise en œuvre de nos recommandations ne dépend donc pas de la Cour, mais des responsables politiques que vous êtes.

Depuis quelques années, nous ne nous contentons plus de formuler des constats et des observations. Dans certains cas, nous ne disons pas seulement ce qu'il faudrait faire, mais aussi comment vous pourriez le faire. Il en est ainsi pour les dépenses comme pour les recettes.

J'en viens aux maisons de naissance, dont l'expérimentation a été annoncée en 2001, puis reprise dans le plan périnatalité 2005-2007, mais sans être

mise en œuvre à ce jour, même si un certain nombre de maisons ont été ouvertes *de facto*. Nous mettons en garde contre la poursuite de ces expériences en dehors de tout cadre juridique approprié et sans évaluation rigoureuse. Cependant, il ne nous appartient pas de prendre position sur la pertinence de ces dispositifs du point de vue médical. D'après les situations que nous avons pu observer, ils pourraient se révéler très intéressants mais il est nécessaire, je le redis, d'en faire une évaluation médico-économique.

En ce qui concerne les efforts de productivité que doivent effectuer les caisses d'assurance maladie, il ne s'agit pas, pour la Cour, de montrer les personnels du doigt ni de mettre en cause leur travail. Mais comme dans toute entreprise ou dans toute administration, certains métiers évoluent, et les personnels doivent savoir s'adapter. Une telle évolution doit bien entendu se faire dans le cadre de conventions d'objectifs et de gestion, et après concertation et dialogue avec les personnes intéressées. D'ailleurs, les résultats seront d'autant meilleurs que chacun aura pris conscience de l'utilité des efforts requis. Mais ces derniers n'en demeurent pas moins nécessaires.

Nous espérons que la convention passée avec les médecins permettra de réduire les dépenses de médicaments et d'améliorer la prescription des génériques, mais elle n'est pas encore entrée en application, et il faut pouvoir l'évaluer. Quoi qu'il en soit, des marges de progression importantes existent en ce domaine. Nous formulons d'ailleurs d'autres préconisations sur le sujet.

Sur la réponse apportée par les industriels du médicament aux chiffres cités dans le rapport, je n'ai guère de commentaires à faire. Dès lors que l'on ne parle pas de la même chose, il est difficile de se mettre d'accord ; or les chiffres mis en avant par le LEEM ne recouvrent pas les mêmes réalités que ceux avancés par la Cour. Ces derniers sont incontestables. Notre conclusion résulte d'une observation de la situation en France, mais aussi dans des pays comparables. Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls à y parvenir.

Il est vrai que la législation européenne encadre les procédures de demande d'autorisation de mise sur le marché. Pour autant, nous ne pensons pas qu'elle interdise des évaluations de type médico-économique. Il est certainement possible de mieux articuler les réglementations nationale et européenne, et nous y sommes bien évidemment favorables.

En ce qui concerne la fixation du prix des médicaments, le dispositif actuel ne nous apparaît pas suffisamment transparent et lisible. Nous formulons donc un certain nombre de recommandations pour y remédier.

Pour favoriser l'installation de médecins en zone rurale, nous proposons de moduler les exonérations de cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie – dont le total atteint 1,2 milliard d'euros – en fonction de

l'implantation sur telle ou telle partie du territoire. Un tel dispositif nous semblerait plus efficace que ceux qui ont été adoptés jusqu'à présent.

Si j'ai parlé de « *compétitivité* » à propos des établissements, c'était surtout pour éviter la répétition du terme « *efficience* ». Je le répète, il est nécessaire de se montrer attentifs à la qualité de la dépense et de veiller à l'adaptation et à la réforme des structures, sans quoi nous ne résorberons pas le déficit de la sécurité sociale. On ne peut, en effet, dissocier la question de l'efficacité du système de santé et de protection sociale de celle de son financement. Il faut trouver le bon équilibre entre la diminution des dépenses et l'augmentation des recettes. Pour notre part, nous appelons à agir sur les deux leviers. Et en matière de recettes, il convient de s'intéresser en priorité aux niches sociales.

M. le président de la sixième chambre. Si la prescription pharmaceutique connaît une croissance considérable à l'hôpital, c'est aussi que les dispositifs de régulation ne s'appliquent pas au bon niveau. En effet, l'assurance maladie a souhaité conclure des contrats de bon usage avec les établissements hospitaliers, mais ce système ne fonctionne pas : les guides de bon usage ne sont pas intégrés à la pratique hospitalière. Ne faudrait-il donc pas envisager que ces contrats soient conclus avec les équipes médicales au niveau des pôles créés dans les hôpitaux ? Cela concourrait à leur responsabilisation, d'autant que l'hôpital – les CHU surtout, mais aussi beaucoup d'hôpitaux généraux – est le lieu de formation des médecins : les jeunes médecins y prennent en matière de prescription des habitudes qu'ils tendront à conserver quand ils exerceront en ville, alors même que la pathologie soignée différera. Un tel changement de niveau produira des effets de régulation sans altérer la qualité des soins prodigués ni l'accès aux progrès thérapeutiques.

J'en viens à la convergence intrasectorielle, c'est-à-dire à l'homogénéisation du financement, à type de pathologie et d'acte identique, à l'intérieur de chacun des secteurs, public et privé. Elle a précédé la convergence intersectorielle, entre cliniques privées et hôpitaux publics, et s'est achevée en 2011, soit un an avant le terme fixé. La Cour a constaté qu'entre 2008 et 2011, il en était résulté une redistribution de 1,2 milliard d'euros entre établissements hospitaliers publics, et de 140 millions d'euros entre établissements du secteur privé. Cela étant, elle relève aussi que cet achèvement n'est à certains égards qu'un faux-semblant. En effet, un élément du vieux dispositif des dotations globales perdure : les tarifs journaliers de prestation, mode de facturation applicable à l'aide médicale d'État, aux systèmes d'assurance maladie complémentaire et aux systèmes de protection sociale étrangers. Or ce mode continue d'avantager certains établissements aux tarifs traditionnellement très élevés. Il fausse ainsi l'égalité au sein du service public, voire, de manière plus marginale, au sein du secteur privé.

M. Jean-Marie Rolland. Qu'en est-il de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ?

M. le président de la sixième chambre. Notre analyse est la suivante : les aides publiques à la couverture maladie complémentaire sont à la fois importantes et mal ciblées. Sur un peu plus de 20 milliards d'euros de prestations prises en charge par le système de couverture maladie complémentaire, elles représentent 4,3 milliards, soit un cinquième. Mais elles sont mal ciblées car elles concernent d'abord une population en bonne santé, voire bénéficiant déjà d'autres systèmes de protection. Une partie pourrait donc en être réorientée vers l'aide à la complémentaire santé, dispositif utile mais qui souffre d'effets de seuil : la population éligible est insuffisamment couverte et le défaut d'information n'est pas seul en cause. La Cour se demande s'il ne faudrait pas restreindre la définition du « contrat responsable », en fonction notamment des frais de gestion qui sont parfois considérables.

M. le président Méhaignerie. Monsieur Durrleman, l'aide à la complémentaire santé fera l'objet d'amendements au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Pour préparer le débat, il nous sera donc utile de disposer de précisions sur l'amélioration du ciblage et sur les économies réalisées.

M. Jean Mallot. Surtout, ajouterai-je, depuis le doublement de la taxe sur les conventions d'assurance voté en loi de finances rectificative : cette mesure pénalise les contrats responsables et solidaires, alors que ceux-ci favorisent le respect du parcours de soins et la non-sélection des patients. Ce qui nous reconduit au problème de l'aide à la complémentaire santé. Je vous renvoie à nos échanges avec le rapporteur général lors de l'examen du collectif budgétaire.

M. le président Méhaignerie. Je rappelle que les frais de gestion de ces contrats, ainsi qu'il vient d'être rappelé, sont élevés, et que l'augmentation du nombre d'ALD réduit chaque année le coût que supportent les mutuelles et assurances, leur permettant d'économiser quelque 600 millions d'euros par an.

M. le Premier président de la Cour des comptes. Nous avons évoqué une piste : au niveau des contrats collectifs, des marges de manœuvre existent.

La Cour n'a pas travaillé sur l'éventualité d'un objectif régional de dépenses d'assurance maladie, monsieur le président, mais nous constatons comme vous des disparités géographiques dans divers domaines et, parfois, des différences de traitement inexplicables qu'il nous faut étudier. C'est tout le pari fait avec la création des agences régionales de santé : comment régionaliser certaines politiques de santé et mieux articuler les interventions de l'hôpital, de la médecine de ville et du secteur médico-social ? Mais il est un peu tôt pour dresser le bilan de ces agences.

M. Guy Malherbe. Avez-vous engagé, ou prévu, des études comparatives portant sur la diffusion des génériques dans d'autres pays européens ?

M. le Premier président de la Cour des comptes. Le rapport comporte des éléments sur les différences existant entre la France, l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni.

M. Antoine Durrleman. Nous notons également que la définition du générique en France est plus restrictive que dans les autres pays européens et que les différences de prise en charge sont elles aussi assez significatives.

M. le Premier président de la Cour des comptes. Nous énumérons aussi les raisons susceptibles d'expliquer ces différences.

M. le président Méhaignerie. Merci, monsieur le président, pour ce long échange qui nous permet de mieux cerner les sujets sur lesquels travailler.

M. Jean Mallot. Notre Commission ne pourrait-elle auditionner dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale M. Chadelat, président du fonds CMU ?

M. le président Méhaignerie. Je prends note de cette demande.

B. AUDITION DES MINISTRES

La Commission des affaires sociales a entendu **Mme Valérie Pécresse**, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, de **M. Xavier Bertrand**, ministre de l'emploi et de la santé, et de **Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre des solidarités et de la cohésion sociale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 au cours de ses séances des mercredis 5 et 12 octobre 2011.

M. Jean Mallot. Nous tenons à élever une protestation contre l'horaire auquel se tient cette réunion, et qui nous obligera embrayer directement sur les questions d'actualité. Ce sont là des conditions de travail inacceptables.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cela résulte des fonctions de porte-parole du Gouvernement de Mme Pécresse. Le même problème s'est posé à la commission des finances pour le projet de loi de finances et le président Cahuzac n'y a pas trouvé à redire.

Nous accueillons donc M. Xavier Bertrand, Mme Valérie Pécresse et Mme Roselyne Bachelot-Narquin. Nous disposons ainsi une semaine plus tôt que de coutume du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), ce qui nous laissera davantage de temps pour en débattre. Nous avons le système de sécurité sociale le plus développé d'Europe. Nous avons donc un devoir de vérité, un devoir d'efficacité si des marges de productivité existent, enfin une exigence de justice. Tels sont les paramètres qui doivent être au cœur de notre débat.

Mme Valérie Pécresse, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. La porte-parole du Gouvernement que je suis doit tenir un point de presse à l'issue du conseil des ministres. Il s'agit d'une contrainte institutionnelle, non d'une volonté délibérée d'arriver tard.

Le 24 août dernier, la France a réaffirmé, par la voix du Premier ministre, un choix clair : celui de tenir le cap de notre trajectoire de réduction des déficits publics malgré l'évolution de la conjoncture, pour les ramener à 5,7 % du PIB en 2011, 4,5 % en 2012 et 3 % en 2013.

Notre stratégie constante pour atteindre ces objectifs repose sur trois piliers. Le premier est la maîtrise des dépenses publiques par des réformes de fond – c'est le socle de notre action. Le deuxième, c'est le soutien de la croissance, avec un investissement sans précédent dans l'innovation, la recherche et l'enseignement supérieur. Le troisième, c'est le recours à des recettes supplémentaires par la réduction des niches fiscales et sociales et des prélèvements ciblés qui améliorent l'équité de notre système fiscal.

Cette stratégie globale vaut pour l'État et pour les administrations de sécurité sociale. Toutes les politiques, tous les secteurs de l'action publique sont en effet confrontés à un même enjeu : mettre fin à la hausse incontrôlée des dépenses dont certains prétendent, aujourd'hui encore, qu'elle est le prix à payer pour préserver notre modèle social.

Pour nous, un État qui protège est d'abord un État solide, dont les bases financières sont saines. Je pense d'abord à notre système de protection sociale : aussi efficace et solidaire soit-il, il ne peut reposer sur le vide, sur ce déficit permanent qui, un jour ou l'autre, nous le savons tous, ne sera plus tenable. C'est pourquoi nous agissons en suivant une stratégie qui porte aujourd'hui tous ses fruits. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale en apporte la démonstration. C'est le budget du rétablissement, puisque nous allons avoir deux ans d'avance sur nos objectifs de réduction des déficits sociaux. En bref, nous faisons mieux et plus vite.

Ce projet s'inscrit dans la continuité de l'effort historique de maîtrise des dépenses engagé voici quatre ans, qui produit désormais tous ses résultats. Je pense notamment à la réforme des retraites, qui se traduit dès 2012 par 5,6 milliards d'économies pour l'ensemble des régimes. Nous allons poursuivre et amplifier cet effort : pour la deuxième année consécutive, nous respecterons en 2011 l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui ne l'avait jamais été depuis sa création en 1997. Ces résultats, nous les devons aux réformes structurelles que nous avons entreprises : la rénovation de la gouvernance des hôpitaux, la création des agences régionales de santé, les nouveaux modes de régulation des soins de ville, notre politique du médicament. Elles nous ont permis, par exemple, de réduire le déficit des hôpitaux, passé de 475 millions en 2007 à 185 millions en 2010. Dix centres hospitalo-universitaires présentent aujourd'hui des comptes à l'équilibre, contre deux seulement en 2007.

Nous poursuivrons cette politique de maîtrise des dépenses en 2012, en fixant à nouveau le taux d'augmentation de l'ONDAM au niveau particulièrement ambitieux de 2,8 %. Pour respecter cet objectif, nous devons réaliser 2,2 milliards d'économies par rapport à la tendance spontanée de progression des dépenses, qui est de 4,4 % par an. Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie a rendu hier son avis sur la construction de l'ONDAM pour 2012 : il le juge crédible.

Nos efforts, dont M. Xavier Bertrand vous donnera le détail, porteront en priorité sur les produits de santé et l'amélioration du fonctionnement de notre système de soins.

Un dernier mot sur notre politique de maîtrise des dépenses : nous avons non seulement démontré que l'on pouvait contenir la progression des dépenses de santé mais aussi que cela n'avait aucun impact négatif sur la qualité des soins dont bénéficient les Français, bien au contraire. L'excellence de nos médecins et de nos hôpitaux fait toujours notre fierté. La France demeure l'un des seuls pays au monde, si ce n'est le seul, où toute personne, quels que soient ses moyens et son origine, peut

recevoir les soins les plus avancés, aussi coûteux soient-ils. C'est cette exception française que nous nous sommes donné les moyens de préserver. La majorité peut légitimement en être fière.

J'en viens au deuxième axe directeur de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui transcrit une partie des mesures du plan anti-déficit annoncé par le Premier ministre le 24 août dernier.

Les décisions de cet été démontrent notre réactivité : nous avons immédiatement adapté les recettes aux nouvelles prévisions de croissance afin de maintenir nos objectifs de réduction du déficit public. Nous tenons nos engagements en dépit de la conjoncture. Les mesures annoncées par le Premier ministre se traduiront par 6 milliards d'euros de recettes supplémentaires pour la Sécurité sociale. La moitié de cet effort a déjà été adopté lors du vote du projet de loi de finances rectificative en septembre. C'est le cas de l'augmentation des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine, qui rapportera 1,5 milliard – dont la moitié sera acquittée par les 5 % de ménages les plus aisés –, et de la réforme des abattements sur les plus-values immobilières, qui touche également les plus aisés. La seconde moitié des recettes supplémentaires figure dans le projet de loi de finances et le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, à l'exception de l'augmentation des prix du tabac, qui est d'ordre réglementaire.

Ce plan anti-déficit témoigne de notre constance dans nos choix de recettes. Nous sommes en effet restés fidèles à trois principes. Nous poursuivons en priorité la réduction des niches fiscales et sociales, pour un total de quelque 4 milliards d'euros qui représentent les deux tiers des nouvelles recettes sociales. Nous confortons ainsi les sources de financement existantes en mettant fin à des dérogations qui n'avaient plus lieu d'être : outre la suppression de l'exonération partielle sur la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) que vous avez déjà adoptée, je pense aux mesures relatives à la contribution sociale de solidarité des sociétés et sa contribution additionnelle (C3S), au forfait social, aux cotisations dans les industries électriques et gazières et à la contribution sociale généralisée (CSG).

Nous n'augmentons pas la CSG mais nous élargissons sa base car c'est l'impôt moderne et universel qui garantit l'assise financière de notre protection sociale ; l'abattement pour frais professionnels sur les revenus des salariés sera ainsi réduit de 3 à 2 %. Nous proposons en outre de supprimer entièrement cet abattement pour les revenus qui ne constituent pas un salaire, comme l'épargne salariale, l'intéressement ou la participation.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit également d'appliquer uniformément la CSG à tous les revenus de remplacement, dont le complément de libre choix d'activité. Celui-ci, en effet, n'est pas une allocation mais un revenu de remplacement. Il est donc logique qu'il soit soumis à la CSG comme le sont les autres revenus de remplacement. Il continuera en revanche à ne

pas être imposable à l'impôt sur le revenu. Ce dispositif reste donc fiscalement avantageux et demeure une pièce importante de notre politique familiale.

Par ailleurs, le texte prévoit l'intégration des heures supplémentaires dans le barème de calcul des allègements généraux de charges sur les bas salaires. Cette mesure technique proposée par le Conseil des prélèvements obligatoires tend à corriger une double exonération pour les employeurs. Mais l'idée fondatrice de l'exonération des heures supplémentaires n'est pas remise en cause : les salariés qui travaillent plus continueront à gagner plus et cette part de leurs revenus ne sera pas imposée.

Le deuxième principe qui a guidé nos choix en matière de recettes est le recours, dans un esprit d'équité, à des prélèvements ciblés. Comme vous le savez, 82 % du plan du 24 août pèsent sur les grands groupes et les ménages aisés. Il est juste de demander davantage aux plus aisés, en augmentant les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine ou en réformant l'abattement pour durée de détention sur les plus-values immobilières, mesures que vous avez adoptées lors de l'examen du collectif budgétaire de septembre.

Ces mesures permettront également de rééquilibrer les contributions respectives des revenus du patrimoine et du travail au financement de notre protection sociale. C'est une question essentielle ; le Gouvernement a pris sur ce point des décisions extrêmement fortes, qui vont toutes dans le sens de l'équité.

Troisième principe : nous avançons sur le terrain de la fiscalité comportementale, avec l'augmentation des prix du tabac mais aussi de la fiscalité sur les alcools forts et la création d'une taxe sur les boissons à sucres ajoutés, qui figure dans le projet de loi de finances. La rumeur a couru ce matin que nous avions l'intention d'élargir l'assiette de cette taxe ; il n'en est rien. Certains se sont étonnés de cet usage de l'outil fiscal ; nous assumons pleinement ce choix. L'exemple de la hausse régulière des prix du tabac montre en effet que les taxes sur les comportements à risque sont l'un des outils de prévention et de responsabilisation les plus efficaces, y compris lorsqu'elles sont faibles – elles jouent un rôle de signal pour les consommateurs et les entreprises. L'idée d'une taxe sur les boissons à sucres ajoutés en donne un autre exemple : les réactions qu'elle suscite provoquent une vraie prise de conscience, et c'est déjà une excellente chose ! Envisager ces taxes sous l'angle des seules recettes qu'elles apportent serait donc réducteur. C'est en changeant les comportements que nous contribuerons, sur le long terme, à la maîtrise des dépenses de santé, exigence à laquelle nous ne pouvons manquer.

Notre politique de maîtrise des dépenses, conjuguée à des recettes ciblées, produit tous ses résultats : la réforme des retraites, le respect de l'ONDAM et le dynamisme des recettes nous permettent de ramener à 18,2 milliards le déficit prévisionnel du régime général pour 2011, ainsi réduit de 5,7 milliards par rapport

à 2010 et inférieur de 2,7 milliards aux prévisions figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Nous ferons mieux encore en 2012.

La loi de programmation des finances publiques fixait l'objectif de réduction du déficit du régime général à 16,3 milliards en 2014. Nous pourrions atteindre et même dépasser cet objectif dès 2012, puisque ce déficit sera ramené à 13,9 milliards. Celui de l'assurance maladie sera légèrement inférieur à 6 milliards, alors qu'il était de 11,6 milliards en 2010. Ainsi, entre 2010 et 2012 nous serons parvenus à réduire de 40 % le déficit du régime général et à diviser par deux celui de l'assurance maladie.

La constance et le courage payent : ils nous ont permis de rompre avec la progression incontrôlée des dépenses d'assurance-maladie. Il n'y a à mes yeux aucune autre stratégie crédible pour préserver notre modèle de protection sociale. Les recettes sont un complément, elles ne peuvent être le point de départ de notre action de réduction des déficits sociaux.

C'est parce que nous l'avons compris que nous préservons aujourd'hui la santé financière d'un système de soins dont la qualité exceptionnelle bénéficie à tous les Français. Le reste à charge pour les ménages a ainsi encore diminué en 2010, passant de 9,7% en 2008 à 9,4 % aujourd'hui. C'est sans conteste l'un des taux les plus bas au monde pour une qualité de soins parmi les plus élevées. C'est ce modèle que nous préservons, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale en est la meilleure preuve.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. On peut effectivement exercer une maîtrise responsable des dépenses et maintenir un haut niveau de prise en charge : c'est ce que nous réussissons à faire.

Cet effort concerne d'abord notre système de santé et l'assurance maladie. La croissance de l'ONDAM a été fixée à 2,8 % pour 2012. Cela représente 4 milliards d'euros de dépenses en plus mais aussi, au regard de l'évolution tendancielle des dépenses, 2,2 milliards d'économies à trouver.

Nous devons d'abord poursuivre nos efforts dans le champ des soins de ville. La maîtrise médicalisée des dépenses, cela marche ! Les actions des caisses d'assurance maladie en ce sens vont donc se poursuivre ; elles permettront 550 millions d'euros d'économies.

Le médicament – je l'assume – sera le premier poste d'économies. La contribution de l'industrie des produits de santé à ces économies sera renforcée pour 2012 à hauteur de 770 millions d'euros : certains prélèvements seront relevés ; les baisses de prix seront amplifiées, ce qui permettra une économie de 670 millions d'euros ; la substitution par les génériques sera favorisée, ce dont nous attendons 40 millions d'euros. La France consomme trop de médicaments, et nous les payons parfois trop cher – cela doit changer.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale harmonise par ailleurs les méthodes de calcul des indemnités journalières de toutes les branches, qui seront désormais systématiquement calculées à partir du salaire net. Cela simplifiera le travail des caisses et des entreprises, tout en préparant la déclaration sociale nominative. Compte tenu de la dynamique des dépenses des indemnités journalières maladie – 6,6 milliards d’euros, en hausse de 3,8 % en valeur en 2010 – une économie d’environ 220 millions d’euros sera cependant réalisée sur ce poste.

Mais la maîtrise des dépenses concerne aussi l’hôpital. Cela passe par la signature de contrats de performance avec l’Agence nationale d’appui à la performance des établissements de santé, qui devraient permettre d’économiser 50 millions d’euros. Cela passe aussi par la poursuite de la rationalisation des achats, qui représentent 18 milliards d’euros et constituent le deuxième poste de dépenses après le personnel ; les efforts entrepris devraient permettre de gagner encore 145 millions d’euros en 2012. Par ailleurs, le projet de loi de financement de la sécurité sociale instaure un mécanisme d’incitation à la performance dans les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens, sur la base d’indicateurs de performance précis. Enfin, la convergence vers le tarif le plus efficient entre établissements publics et privés se poursuivra, avec à la clef une économie de 100 millions d’euros.

Nous maîtrisons donc les dépenses ; mais, dans le même temps, l’ONDAM nous permet d’investir pour faire évoluer au mieux l’offre de soins. Conformément aux souhaits de votre commission, et plus particulièrement de M. Yves Bur, le projet de loi de financement de la sécurité sociale propose ainsi la création d’un fonds d’intervention régionale (FIR) chargé de mutualiser les crédits sanitaires à la disposition des agences régionales de santé (ARS) pour les responsabiliser pleinement.

Les cycles conventionnels contribuent à renforcer la relation de confiance avec les professionnels de santé. La convention signée le 21 juillet dernier a généralisé la rémunération à la performance, ce qui consolidera l’amélioration des pratiques et nos objectifs de maîtrise médicalisée. En outre, le projet de loi prolonge de deux ans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération, ce qui permettra de créer une rémunération mieux adaptée aux maisons de santé pluridisciplinaires. Les négociations conventionnelles avec les pharmaciens libéraux vont débiter ; le cadre conventionnel proposé par le texte permettra aux pharmaciens d’assumer pleinement leur rôle de professionnels de santé et de restructurer le réseau des officines.

Voilà pour la maîtrise des dépenses de santé. Mais nous prévoyons aussi des recettes nouvelles. Plus de 4 milliards d’euros iront à la branche maladie du régime général, dont 1,7 milliard par le biais du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le reste ayant été voté dans le cadre de la deuxième loi de finances rectificative pour 2011. Ces recettes permettent d’améliorer considérablement le

solde de la branche maladie du régime général, dont le déficit s'élèvera à moins de 6 milliards d'euros fin 2012, alors que le déficit tendanciel est de 12 milliards.

Nous parvenons donc à maîtriser les dépenses tout en maintenant un haut niveau de prise en charge. Pour la troisième année consécutive, le reste à charge des ménages a diminué en 2010, comme le signale la Commission des comptes de la santé. Seuls les Pays-Bas font un peu mieux que nous en cette matière.

Par ailleurs, nous continuons à garantir l'accès aux soins des plus modestes. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui bénéficie à plus de 4,2 millions de personnes, et l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont montré leur pertinence. Le Gouvernement s'est en outre engagé l'an dernier à élargir la couverture pour les plus modestes, en relevant le plafond de ressources ouvrant droit à l'ACS ; il passera, le 1^{er} janvier 2012, au niveau du plafond retenu pour la CMU-C majoré de 30 %. Je sais l'importance que le président de votre Commission et plusieurs de ses membres attachent à cette question et je suis prêt à aller plus loin lors du débat parlementaire.

Pour apporter une solution structurelle au problème des dépassements d'honoraires, et donc de l'accès aux soins, je suis très favorable à la création dans les meilleurs délais du secteur optionnel pour les trois spécialités de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de gynécologie. Les discussions avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire progressent et je souhaite qu'elles aboutissent à un accord ; dans le cas contraire, nous prendrons nos responsabilités. En tout état de cause, le temps de l'apaisement est venu.

À la suite des Assises du médicament, le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique passera de 1 % à 1,6 %. Le rendement supplémentaire de 150 millions d'euros qui en résultera ira au financement de la formation médicale continue de tous les médecins hospitaliers et libéraux.

Enfin, le financement de la future Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, outre qu'il sera augmenté de 40 millions d'euros, ne proviendra plus directement de l'industrie pharmaceutique, mais de l'assurance maladie. Cette étanchéité nouvelle est gage de transparence.

Notre exigence de responsabilité vaut également pour la branche vieillesse. Dix mois après la publication de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, les trois quarts des textes d'application ont ainsi été publiés, et le Gouvernement confirme l'objectif de retour à l'équilibre de l'ensemble des régimes de la branche à l'horizon 2018.

En 2012, le solde de la branche vieillesse du régime général sera nettement amélioré par rapport au solde tendanciel, avec un déficit prévisionnel de 5,8 milliards d'euros.

Par ailleurs, nous tiendrons l'engagement pris par le Président de la République de revaloriser le minimum vieillesse pour les personnes seules de 25 % sur le quinquennat. L'effort consenti cette année montre que nous tenons cette promesse ; ce n'est que justice.

La réforme des retraites est prolongée par ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, la principale mesure concernant l'amélioration du solde du régime des exploitants agricoles, dont le déficit cumulé sera de 3,8 milliards d'euros fin 2011. Pour réduire ce déficit, le Gouvernement propose une action en deux volets : une reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) sans allongement du calendrier d'amortissement ; l'allocation de recettes nouvelles provenant du relèvement du prix des boissons alcoolisées prévu en 2012 et d'une affectation de droits sur les bières et boissons non alcoolisées.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles doit être structurellement équilibrée ; aussi avons-nous relevé le taux de cotisation de 0,1 % à partir de 2011. Cette branche assure le financement des dépenses des fonds spécialisés pour l'indemnisation des victimes de l'amiante, dont le montant est reconduit au niveau des années précédentes. Elle contribue également à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette dernière contribution sera légèrement revalorisée dans le projet de loi, pour tenir compte du dernier rapport de la commission présidée par M. Noël Diricq. Notre priorité est de renforcer la prévention des risques professionnels et de prévenir la pénibilité, volet essentiel de la réforme des retraites.

Pérenniser notre système de protection sociale, c'est enfin lutter contre la fraude aux prestations sociales. Comme je l'ai indiqué devant la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de votre Assemblée, nous allons poursuivre les efforts déjà engagés à cette fin les années précédentes. D'ailleurs, le sujet me semble plutôt consensuel. Le projet de loi prévoit que les informations déclarées à Tracfin seront désormais transmises aux organismes de sécurité sociale lorsqu'elles ont trait au travail dissimulé. D'autre part, nous mettons en place le Répertoire national commun de la protection sociale qui comporte à la fois les données d'affiliation et les prestations servies aux assurés – vous pouvez le dénommer « fichier national des allocataires sociaux », cela me convient tout aussi bien. Ce répertoire, qui sera opérationnel à la fin de l'année, donnera une photographie complète de la situation d'un assuré social – régime, caisse d'affiliation et prestations servies. Il permettra de repérer incohérences et doublons et d'engager un nouveau plan d'action ; ce sera donc un outil très efficace de lutte contre la fraude. Enfin, l'expérimentation relative au contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires commencée l'an dernier sera prolongée de deux ans.

Telles sont les mesures proposées par le Gouvernement pour préserver notre système de protection sociale.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Nous ne voulons plus reporter systématiquement sur les générations futures la charge de financer nos dépenses courantes. En témoignent, pour la branche famille et le secteur médico-social, l'amélioration significative – 400 millions d'euros – du solde de la branche famille, mais aussi la décision de ne pas proposer de mesures nouvelles aussi longtemps que cette branche sera déficitaire et celle de reporter les mesures financières les plus lourdes de la réforme de la dépendance.

Nous entendons néanmoins poursuivre nos efforts en faveur des plus fragiles de nos concitoyens. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale en est l'illustration. Car si le Gouvernement a décidé de différer la mise en œuvre des mesures financières les plus lourdes de la réforme de la dépendance – dans le contexte actuel, cela n'aurait pas été responsable – il propose dès ce projet de loi plusieurs mesures d'effet immédiat en faveur des personnes âgées.

La progression des moyens pour le secteur médico-social sera ainsi de 4,2 %. Cet effort permettra de financer près de 400 millions d'euros de mesures nouvelles pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées, soit une croissance de 6,3 % par rapport à 2011 pour le secteur des personnes âgées. Nous allons ainsi poursuivre la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à hauteur de 140 millions d'euros au moins. Nous allons également notifier aux agences régionales de santé, dans les tout prochains jours, 20,4 millions d'euros d'enveloppes anticipées, dont près de 10 millions en 2011, permettant l'achèvement des notifications du crédit du Plan de solidarité grand âge (PSGA) dès 2012. Je serai très vigilante sur le fléchage de ces crédits, qui devront être essentiellement consacrés aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) afin de respecter l'équilibre retenu initialement dans le plan de solidarité.

Ces moyens nouveaux nous permettront également de mettre en place un plan d'aide à l'investissement – à hauteur de 50 millions d'euros l'an prochain – afin de favoriser les travaux de rénovation des établissements et des services accueillant les personnes âgées ou handicapées. Ils contribueront aussi au développement des structures intermédiaires de prise en charge.

Le texte vous propose par ailleurs de poursuivre l'amélioration de l'accueil des résidents dans les maisons de retraite médicalisées, en prévoyant le versement d'une dotation supplémentaire aux établissements s'engageant dans une démarche de qualité et d'efficacité ; c'est indispensable. Dans un premier temps, une expérimentation visera à valoriser, dans la tarification des EHPAD, les efforts consentis pour améliorer la qualité de la prise en charge ou limiter le recours à l'hospitalisation. À cela s'ajoutera le lancement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'un site internet visant à comparer les établissements en fonction de leurs coûts mais aussi d'indicateurs reflétant la

qualité de la prise en charge. Ainsi aidera-t-on les familles qui choisissent une maison de retraite pour un proche dépendant.

J'ai également obtenu que l'on apporte une réponse aux difficultés auxquelles sont confrontées les associations et les entreprises chargées des services d'aide à domicile ; je remercie Mme Bérengère Poletti pour ses travaux à ce sujet. Le Gouvernement a ainsi décidé la création d'un fonds exceptionnel, doté de 50 millions d'euros, pour accompagner la restructuration de ces services. Ce fonds sera abondé par le budget général de l'État ; la mesure sera donc débattue lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2012.

Il faut cependant aller au-delà de mesures strictement financières. Aussi allons-nous améliorer l'accès des familles à l'information, faciliter leurs démarches et améliorer la coordination des intervenants autour de la personne âgée dépendante. À cette fin, le projet de loi de financement de la sécurité sociale permettra la création de cent nouvelles maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) en 2012, ce qui portera leur nombre à 155.

Les mesures financières que nous proposons constituent un nouvel effort important de l'État, alors même que notre socle de prise en charge des personnes âgées dépendantes est déjà considérable. La réforme de la dépendance est donc loin d'être abandonnée.

L'effort de solidarité en faveur des personnes handicapées sera également amplifié, comme s'y est engagé le Président de la République lors de la dernière conférence nationale du handicap, le 8 juin dernier. Scolarisation des enfants handicapés, emploi des adultes et renforcement de l'accessibilité sont autant d'engagements déjà mis en œuvre ou qui trouveront leur traduction financière dans le projet de loi de finances. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale contient, quant à lui, une mesure très attendue par les parents handicapés : la majoration de 30 % du complément du mode de garde pour les couples ou les parents isolés bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ayant un enfant de moins de six ans.

La progression des moyens dans le secteur médico-social nous permettra de mobiliser plus de 186 millions d'euros pour tenir notre engagement de créer plus de 51 000 places pour enfants et adultes d'ici 2012. Mes services vont d'ailleurs notifier des enveloppes anticipées – 140 millions d'euros en 2011 et de 223 millions d'euros en 2012, soit 363 millions d'euros au total – permettant l'achèvement du plan de création de places dans les établissements et services accueillant les personnes handicapées.

Ce projet nous permet enfin de poursuivre nos efforts en faveur des familles, notamment les plus fragiles. Notre politique familiale ne constituera pas une variable d'ajustement à la crise. Mme Valérie Pécresse l'a excellemment dit : l'assujettissement du complément de libre choix d'activité à la CSG aligne le

régime de ce revenu de remplacement sur celui des allocations chômage et des indemnités journalières.

Nous continuons à mener une politique familiale ambitieuse, dont les moyens représentent aujourd'hui 5,1 % de la richesse nationale, contre 4,7 % en 2007. C'est d'ailleurs indispensable dans la période de crise que nous traversons, car les prestations sociales, notamment familiales, sont un puissant outil de redistribution en termes de niveau de vie. J'ai souhaité renforcer cet effet redistributif par deux mesures qui concernent les familles monoparentales. La première prévoit la création d'un plafond spécifique de ressources augmenté de 40 % pour les parents isolés ; les familles concernées pourront ainsi bénéficier du montant maximal du complément de mode de garde. La seconde disposition vise à améliorer l'aide versée par les caisses d'allocations familiales en cas de versement partiel d'une pension alimentaire. Le coût cumulé de ces deux mesures est estimé à 5 millions d'euros par an environ. Cette somme, raisonnable sur le plan budgétaire, apportera une aide précieuse à des familles confrontées à des difficultés spécifiques.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je salue le choix constant fait par le Gouvernement, depuis le début de la crise : ne pas toucher à la solidarité en dépit de nos difficultés budgétaires. En affectant des recettes supplémentaires à la solidarité face à la maladie et au vieillissement, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale traduit cette volonté. En ces temps de crise, il convient de saluer le fait que 6,5 milliards d'euros de recettes supplémentaires iront à la sécurité sociale.

Ma première question concerne les perspectives de croissance, estimées fin août par le Premier ministre à 1,75 % pour 2011 et 2012 et à 2 % pour les deux années suivantes. Avez-vous tenu compte du risque de dégradation de la dynamique de croissance que certains instituts économiques commencent à envisager ? Les mises en réserve de crédits permettent-elles de faire face à une éventuelle baisse du taux de croissance ? Le volontarisme du Gouvernement se comprend, mais il convient aussi d'être réaliste.

Ma deuxième question porte sur la taxation des sodas. Cette mesure est présentée comme une mesure de santé publique, mais je peine à comprendre sa cohérence quand par ailleurs on ne touche pas aux taxes sur le vin, la bière ou le rhum. Un soda serait-il plus dangereux qu'un verre de vin, de bière ou de rhum ? D'autre part, l'ambiguïté subsiste sur le niveau de la taxation. Le Gouvernement s'en tiendra-t-il à celui qui assure un rendement de 120 millions d'euros affectés à la sécurité sociale ou laissera-t-il l'initiative parlementaire le hausser pour en affecter le produit à la réduction des charges sociales sur le travail agricole ?

Ma dernière question porte sur les mauvaises habitudes de gestion de notre système de santé, qui conduit à hospitaliser des gens qui n'ont rien à faire à l'hôpital – ce serait le cas, chaque jour, de 18 % des patients hospitalisés, pour un

surcoût qui atteindrait 2 milliards d'euros. Tout l'enjeu est de déplacer cette somme, par le jeu de la fongibilité asymétrique, vers le secteur médico-social et le traitement de la dépendance. La fongibilité asymétrique pourrait être complétée par la fongibilité interrégionale chère au président Méhaignerie. Est-il en effet acceptable que le coût des dépenses de santé par assuré continue d'être significativement plus important dans certaines régions que dans d'autres ? Comment assurer l'égalité dans la prise en charge ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. J'ai constaté, lors des travaux préparatoires et des auditions que nous avons menés, la grande acceptabilité de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, exception faite de l'irritation, compréhensible, de l'industrie pharmaceutique et des mutuelles, qui se trouvent mises à contribution.

Ma grande satisfaction est que l'ONDAM soit fixé à 2,8 % ; cela permet de consacrer plus de 4 milliards d'euros supplémentaires à la santé de nos concitoyens, alors même que la conjoncture est difficile.

Monsieur le ministre, vous réformez le mode de financement de la nouvelle Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et vous avez proposé d'en augmenter les ressources de 40 millions d'euros. Mais peut-on être sûr que ce financement de l'agence, qui relèvera désormais du budget de l'État, sera pérennisé malgré les restrictions budgétaires actuelles ?

Le projet renforce, à juste titre, la mission d'évaluation médico-économique de la Haute Autorité de santé (HAS). Ne conviendrait-il pas aussi de resserrer les liens entre la Commission de la transparence de la Haute Autorité et le Comité économique des produits de santé (CEPS), dans le cadre de la détermination du prix et du service rendu des médicaments ?

La question du secteur optionnel sera-t-elle débattue au Parlement, ou est-elle du seul ressort des négociations conventionnelles ?

J'appelle votre attention sur la situation des 5 000 médecins retraités qui continuent d'exercer, notamment dans les déserts médicaux : bien qu'ils aient liquidé leur retraite, ils sont contraints de payer des cotisations à fonds perdus.

Je souhaite des précisions sur les modalités de la mise en réserve – décidée pour suivre les recommandations du rapport Briet – des dotations destinées aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des hôpitaux publics.

Dans son récent rapport, la Cour des comptes estime qu'il faut prendre sans tarder les arbitrages qu'implique la mise en œuvre de la convergence tarifaire à l'horizon 2018. Quels seront-ils ?

Créer un fonds régional d'intervention est une excellente idée. Laisse-t-elle présager la création d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM), possibilité évoquée par Mme Bachelot l'an dernier ?

Enfin, il a été fait état devant nous d'un courrier de la Commission européenne exigeant que les mutuelles soient soumises à l'impôt sur les sociétés avant la fin de l'année. Si c'est exact, qu'envisage le Gouvernement à ce sujet ?

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le secteur médico-social. Je salue à mon tour l'effort consenti par le Gouvernement dans le secteur médico-social, puisque, malgré un contexte budgétaire très contraint, l'ONDAM médico-social augmente de 4,2 %, après avoir bénéficié depuis plusieurs années d'augmentations substantielles qui ont permis d'améliorer la situation des établissements.

Permettez-moi de revenir sur les 2 milliards d'euros qui pourraient être économisés chaque année par l'assurance maladie. L'organisation des réseaux et l'orientation des personnes âgées dépendantes sont défectueuses : il y a certes à l'hôpital des patients qui n'ont rien à y faire, mais il s'y trouve aussi des personnes qui ne peuvent en sortir faute de réseaux – soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile, établissements médico-sociaux, médecins libéraux – adaptés à leur prise en charge. Je félicite donc Mme Bachelot, car les 50 millions d'euros apportés aux services d'aide à domicile permettront d'agir sur l'organisation de ces services et de créer ces réseaux, ce qui aura un effet positif sur les dépenses de l'assurance maladie.

Ma première question porte sur les crédits de l'ONDAM médico-social. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a restitué 150 millions d'euros à l'assurance maladie au début de l'année 2010, et encore 100 millions en 2011 ; cela signifie-t-il qu'il y a eu débasage ? Ces reprises s'expliquaient par des réserves de crédits non consommés, réserves en réalité mal estimées. À combien s'élèvent désormais les réserves de la CNSA, et quelles sont les intentions du Gouvernement à ce sujet ?

On sait les difficultés que le processus de médicalisation des établissements a rencontrées en 2011. Je salue l'effort supplémentaire de 150 millions d'euros annoncé et je souhaite savoir comment il sera réparti. Je m'interroge par ailleurs sur l'article 37, qui prévoit l'expérimentation d'une enveloppe liée à la performance pour le forfait soins : l'évaluation de la performance est souhaitable, mais elle est délicate puisque tous les établissements ne sont pas dotés de la même manière. En sera-t-il tenu compte ?

Enfin, l'expérimentation de l'intégration des dépenses de médicaments dans le forfait soins des EHPAD a été prolongée de deux ans dans la loi de financement pour 2011. Pourriez-vous en dresser un bilan d'étape ? Cette expérimentation a-t-elle été positive pour les établissements qui l'ont conduite ?

La poursuivront-ils ? Quelles sont les consignes pour la dernière année d'expérimentation qui va s'ouvrir ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse. De combien le déficit de la branche vieillesse va-t-il être réduit en 2012, compte tenu de la réforme des retraites de 2010, par rapport à ce qu'il aurait été en l'absence de réforme ? Est-on dans la ligne des prévisions ?

Le projet de loi de financement prévoit, en faveur des sportifs amateurs de haut niveau, la validation gratuite, prise en charge par l'État, de trimestres de cotisations à l'assurance vieillesse. Quels sont le nombre de personnes concernées, le coût prévisionnel du dispositif et les modalités de remboursement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) des périodes assimilées ?

Mme Martine Pinville, rapporteure pour la branche famille. Cette année encore, la branche famille est le parent pauvre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Seules sont proposées deux mesures ciblées, relatives à l'allocation de soutien familial et au complément de libre choix du mode de garde. Elles sont positives, notamment pour les familles monoparentales, mais l'on ne peut que constater le manque d'ambition de votre politique familiale. De nombreuses promesses avaient pourtant été faites, mais nous attendons toujours la réforme du congé parental annoncée par le Président de la République en 2009, la création d'un droit de garde opposable et celle de 200 000 places de crèche supplémentaires. Le Gouvernement pense-t-il tenir ces deux engagements ? Quel bilan dressez-vous de la politique du Gouvernement en matière d'offre de garde depuis 2007 ?

Je m'inquiète enfin du niveau record du déficit de la branche famille pour 2012, 2,7 milliards d'euros selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. Quelles sont les perspectives de retour à l'équilibre de la branche ?

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure pour avis de la commission des finances. Je m'associe à mes collègues rapporteurs pour saluer l'effort sans précédent de réduction des déficits porté par le Gouvernement : 7,3 milliards d'euros pour le seul régime général, dont quelque 2,2 milliards de moindres dépenses et 5,2 milliards de recettes nouvelles. Quels sont respectivement, et pour quels montants, les branches et les organismes qui bénéficieront de ces recettes nouvelles et qui seront concernés par les économies prévues ?

Si l'hypothèse de croissance pour 2011 a dû être revue à la baisse, la progression de la masse salariale a été beaucoup plus dynamique que prévu : 3,7 % au lieu de 2,9 %. N'y aurait-il pas intérêt à présenter plusieurs scénarii d'évolution macroéconomique, comme par le passé ? Les hypothèses retenues pour 2012 correspondent-elles à un scénario moyen ?

Le projet de loi prévoit une croissance de l'ONDAM de 2,8 % pour 2012 – un ONDAM qui n'a plus besoin d'être rebasé puisqu'il est enfin respecté. Pour ce faire, 550 millions d'euros d'économies sont prévues au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville ; mais comment peut-elle être mise en œuvre alors que la nouvelle convention médicale a déjà été signée ?

Enfin, l'ONDAM médico-social est en hausse de 4,2 %. Indépendamment de ces moyens supplémentaires, des mesures doivent être prises pour améliorer la qualité de l'accueil en établissement. Comment l'expérimentation d'une réforme de la tarification des EHPAD peut-elle permettre d'atteindre cet objectif ?

Mme Marisol Touraine. Le groupe SRC est loin de partager votre analyse. Nous nous interrogeons tout d'abord sur les hypothèses qui fondent ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le Gouvernement dit avoir tenu compte de la révision à la baisse de l'hypothèse de croissance, passée de plus de 2 % à 1,75 %. Mais vous n'ignorez pas que plusieurs analystes l'évaluent désormais plus proche de 1,4 % que de 1,75 %. Avez-vous commencé de réfléchir aux secteurs auxquels vous demanderez des économies supplémentaires le cas échéant ?

Quelle est la crédibilité d'un taux d'augmentation de l'ONDAM fixé à 2,8 % et obtenu au prix du gel de 545 millions d'euros de crédits ? Pour ma part, elle me semble très faible, sauf à considérer que l'on peut continuer sans dommage à étrangler l'hôpital public.

Vous avez présenté des mesures d'économie qui ne suffisent pas à faire une politique, et nous ne partageons pas votre enthousiasme sur les efforts demandés.

Nous ne pouvons évidemment que souscrire à l'idée qu'il faut rationaliser la politique du médicament et faire que nos concitoyens en consomment moins. Mais nous n'avons pas le sentiment que les mesures proposées puissent aboutir à réguler les pratiques car vous taxez sans chercher à modifier ni les conditions d'octroi des autorisations de mise sur le marché ni le comportement des patients et des médecins.

La taxation des sodas, qui traduit une recherche éperdue de ressources nouvelles, n'est pas absurde en soi. Encore faudrait-il savoir dans quelle politique de santé publique elle s'inscrit, car taxer les sodas sans prendre d'autres mesures pour prévenir l'obésité n'a guère de sens. D'autres produits alimentaires pourraient être taxés si vous aviez à l'esprit une politique réfléchie de santé publique.

J'en viens aux mutuelles. Vous nous expliquez que le système français est l'un des meilleurs qui soit, que le taux de remboursement demeure élevé et le reste à charge relativement bas. Pourtant, selon une étude récente dont toute la presse

s'est fait l'écho, un tiers des Français déclarent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières. C'est que le Gouvernement a fait diminuer le remboursement par l'assurance maladie au profit des assurances complémentaires privées, et que le renchérissement des contrats pénalise les assurés. Nous sommes vigoureusement opposés à cette approche.

S'agissant des indemnités journalières, nous sommes convaincus de la nécessité de lutter contre la fraude, mais nous refusons de voir un fraudeur en chaque malade. Au demeurant, il ne s'agit pas tant pour vous de responsabiliser les malades que de faire des économies au détriment des assurés.

Je regrette enfin que ce projet de loi ne comporte aucun axe de réforme structurelle. Si le déficit diminue, c'est par un saupoudrage de mesures diverses. Ce projet ne consacre pas moins l'abandon de la réforme de la dépendance, l'incapacité du Gouvernement à réduire les inégalités de santé, à dompter l'inflation des dépassements d'honoraires – nous ne croyons pas à la solution du secteur optionnel – et à résoudre par des mesures novatrices le problème, qui va s'aggravant, des déserts médicaux. Dans le prolongement des quatre précédents, ce texte illustre une politique qui conduit au recul des droits des patients et de l'accès aux soins.

Mme Valérie Rosso-Debord. Je salue un projet de budget protecteur et engagé. Loin de faire sienne la description caricaturale qui vient d'en être tracée, le groupe UMP se félicite du volontarisme avec lequel le Gouvernement, dans un contexte économique extrêmement contraint, s'attache à continuer de protéger nos concitoyens. Dans une Europe confrontée à une crise économique, la France reste un pays où l'on peut se soigner et où l'on garantit un haut niveau de protection sociale – une protection sociale à laquelle le Gouvernement a souhaité allouer 4 milliards d'euros supplémentaires, ce qui n'est pas rien. Des économies et une politique volontariste sont nécessaires ; des choix devront être faits, c'est le rôle du Parlement.

Non, la politique de la dépendance n'est pas abandonnée mais le Gouvernement considère, de manière responsable, que dans la situation économique actuelle de notre pays, il ne serait pas responsable d'instaurer une politique forcément coûteuse à ce sujet. En revanche, dans ce projet, une enveloppe de 400 millions d'euros concerne les personnes âgées dépendantes ; elle devra être fléchée vers les soins à domicile, l'hospitalisation de jour et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous dire où en est la réflexion sur l'amélioration de l'aide à la souscription d'une assurance complémentaire santé ?

Mme Jacqueline Fraysse. Le groupe GDR considère l'autosatisfaction qui s'est exprimée pour le moins excessive au regard de la réalité. Elle l'est d'autant plus que les prévisions affichées ne seront sans doute pas tenues, le projet

de loi étant construit sur une prévision de croissance de 1,75 % en 2012 alors que les économistes les plus optimistes tablent sur une croissance de seulement 1,4 %, les projections des autres s'établissant plutôt à 1,2 %. L'affirmation de Mme Péresse selon laquelle il s'agirait d'un budget de « rétablissement » n'est pas sans rappeler la phrase d'un certain ministre affirmant qu'en 2007 l'équilibre serait rétabli. En fait de volontarisme, le Gouvernement persiste dans son refus de prendre les mesures qui permettraient de réelles recettes nouvelles, se limitant à grappiller quelques millions ici et là ; je ne m'appesantirai pas sur la plaisanterie de la taxation des sodas, au demeurant incohérente. Je note toutefois une timide augmentation du forfait social sur les revenus du capital, qui rapportera 410 millions d'euros, un montant plutôt faible au regard du 1,2 milliard d'euros prélevé sur les mutuelles. Pourquoi vous obstinez-vous à refuser que les revenus du capital contribuent à notre protection sociale au même niveau que les revenus du travail ? On y gagnerait en recettes et l'on revaloriserait véritablement le travail. M. Alain Minc lui-même est favorable à cette mesure – c'est tout dire !

Le refus de mesures ambitieuses, outre qu'il aggrave le déficit d'année en année, conduit le Gouvernement à prendre des mesures dangereuses pour la santé – ainsi de la décision de retirer l'hypertension artérielle sévère de la liste des affections de longue durée (ALD), ce qui de surcroît coûtera plus cher à terme. De même, vous creusez délibérément le déficit de l'hôpital public en fixant systématiquement l'augmentation de l'ONDAM hospitalier à un niveau inférieur à celui de l'augmentation naturelle des dépenses de santé. L'an dernier, M. Jean Leonetti, alors président de la Fédération hospitalière de France, avait demandé une augmentation de 3,23 % de l'ONDAM hospitalier, et n'avait obtenu que 2,8 %. C'est le taux d'augmentation que vous reconduisez cette année ; mais, comme cet objectif n'est évidemment pas tenable, vous gelez une partie des dotations MIGAC. Ce procédé inadmissible entrave les missions de service public. L'autosatisfaction affichée est donc rien moins que justifiée.

Vous annoncez, monsieur le ministre, la nécessité de trouver des économies ; par quels mauvais coups pour la santé de nos concitoyens cela se traduira-t-il ? D'autre part, l'Inspection générale des finances, la mission d'information sur les exonérations de cotisations sociales dont le rapporteur était Yves Bur et le Conseil des prélèvements obligatoires ont tous souligné la faible efficacité de certaines niches sociales ; quelle suite audacieuse donnerez-vous à ces conclusions ? Pourquoi, enfin, vous obstinez-vous à poursuivre la convergence tarifaire, une démarche inéquitable qui avantage les établissements hospitaliers privés au détriment des hôpitaux publics, comme l'a fait valoir avec une vive préoccupation M. Frédéric Valletoux, le nouveau président de la Fédération hospitalière de France ? Pourquoi persistez-vous à désorganiser, jusqu'à le tuer, l'hôpital public ?

M. Jean-Luc Prél. Le groupe Nouveau Centre se félicite d'avoir appris deux bonnes nouvelles : d'une part, l'ONDAM a été respecté l'an dernier – mais c'est plus facile quand les dotations MIGAC sont gelées pour partie ; d'autre part,

le déficit des comptes sociaux se réduit. Malgré cela, le déficit restera important en 2012, puisque, en y incluant celui du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), il s'établira à 19,4 milliards d'euros. Comment ce déficit sera-t-il financé ? Pour le groupe Nouveau Centre, qui ne souhaite pas qu'il le soit par les générations futures, deux solutions sont possibles : l'augmentation de la CSG ou celle de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Laquelle proposez-vous ? Il faut, dans tous les cas, améliorer l'efficacité de la dépense.

Les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) demeurent déséquilibrés. Nous préconisons la suppression des régimes spéciaux et le passage à une retraite à points ou par comptes notionnels. Le Gouvernement l'envisage-t-il ?

Pour 2012, il est proposé d'augmenter l'ONDAM de 2,8 %, ce qui représente 4 milliards d'euros de dépenses supplémentaires. Mais puisque des agences régionales de santé ont été créées, pourquoi ne pas expérimenter la fixation d'objectifs régionaux, comme le propose le rapport de M. Jean-Pierre Fourcade, au nom du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé ? De même, nous saluons la création d'un fonds d'intervention régional, qui permettra l'ébauche d'une fongibilité ; mais pourquoi ne pas en laisser la responsabilité aux agences régionales elles-mêmes, comme la logique le voudrait ?

Peut-on vraiment penser que la création d'un secteur optionnel réglera le problème des dépassements d'honoraires ? N'est-ce pas prendre le risque de voir les praticiens, qui appliquent actuellement des dépassements d'honoraires inférieurs à 50 %, monter à ce niveau ? Et en quoi règle-t-on le cas des dépassements très supérieurs ?

Enfin, quel sera enfin le taux de revalorisation des pensions de retraite en 2012 ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Chacun sait que la crise ne s'est pas arrêtée à nos frontières. Dans ce contexte, la ligne de crête trouvée par le Gouvernement, consistant à protéger nos concitoyens en préservant la protection sociale tout en réduisant progressivement la dette n'est pas facile à maintenir, mais la démarche est partagée par beaucoup – d'autant que, madame Fraysse, n'y aurait-il pas eu la crise, nous anticipions l'équilibre des comptes sociaux en 2008 et en 2009.

Le point faible de ce projet de loi concerne l'accès aux assurances complémentaires santé. Il y a de petits salaires dans notre pays et le coût d'une mutuelle n'est pas négligeable. À quel niveau sera fixé l'aide à la souscription d'une complémentaire santé ?

Par ailleurs, la Confédération du logement et du cadre de vie a relevé de considérables différences dans les intentions des complémentaires santé, certains organismes envisageant une augmentation tarifaire nulle, d'autres s'appêtant à demander une augmentation allant jusqu'à 8 ou 9 %. On peut se demander si certains organismes ne vont pas rejeter sur le Gouvernement la responsabilité d'augmentations voulues par eux seuls, alors même qu'ils ne prennent pas en charge le traitement des ALD et que les réserves de certaines mutuelles sont très importantes. Je souhaite que les augmentations à venir ne dépassent pas 4 % et, avec le président du Conseil économique, social et environnemental, je réunirai les présidents des mutuelles pour le leur dire.

D'autre part, compte tenu du poids des corporatismes, on ne parviendra à améliorer l'efficience de notre système d'assurance sociale qu'en responsabilisant le niveau régional. Les différences régionales en matière de dépenses de santé, une fois corrigé l'effet vieillissement, laissent stupéfait. Pourquoi, en effet, ne pas en venir à des objectifs régionaux ?

Enfin, à quel niveau sera fixé l'allègement des charges qui pèsent sur le travail dans l'agriculture ? Comment distinguera-t-on les zones de maraîchage et d'arboriculture, où le poids du travail est important, des zones de grande culture dont la richesse n'est pas négligeable ?

Mme la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. Plusieurs questions ont porté sur le risque de dégradation de la croissance et sur le bien-fondé des hypothèses macro-économiques qui sous-tendent ce projet de loi. Or, le Gouvernement a toujours fait en sorte de présenter des hypothèses crédibles et réalistes. Nous étant réunis en août, nous avons ramené de 2,25 % à 1,75 % notre prévision de croissance pour 2012. Mais, en cette période de fortes turbulences, aucun économiste n'est en mesure de dire avec précision quel sera ce taux en décembre 2012.

La France s'est engagée à réduire le déficit de ses comptes publics et cet engagement sera tenu quelle que soit l'évolution de la croissance. L'objectif que nous nous sommes fixés est de réduire de 1,1 % le déficit structurel – c'est ce à quoi tendent 90 % des mesures prises cette année. Aussi, à supposer que, par malheur, la croissance soit moindre que prévue, l'objectif demeurerait accessible. Mais, à ce jour, rien ne nous pousse à revoir les prévisions faites il y a quatre semaines. J'observe que nos voisins allemands ont une perspective de croissance similaire à la nôtre.

Monsieur Bur, la taxation du vin demeurera, telle qu'elle est, supérieure à celle qui pèsera sur les boissons à sucres ajoutés. Je vous invite par ailleurs à vous reporter aux études de l'Organisation mondiale de la santé qui montrent que la mesure proposée est, des mesures de prévention de l'obésité, la meilleure en termes de coût-efficacité. Je sais que les mesures de fiscalité comportementale, encore peu courantes, frappent les esprits et je me souviens que lorsqu'un ministre

de la santé courageux a pris, il y a plusieurs années la décision d'augmenter passablement le prix du tabac, les commentaires n'ont pas manqué. Par cette mesure, nous envoyons un signal fort.

Le Président de la République souhaite que le coût du travail agricole diminue pour préserver la compétitivité de notre agriculture par rapport à celle de nos voisins. Nous travaillons à réduire les charges sociales sur le travail agricole, et cette réduction pourrait trouver son financement – mais ce n'est pas encore tranché – dans une augmentation de la taxe sur les boissons à sucres ajoutés, dans la limite de deux fois le taux de taxation initialement considéré, et sans qu'il soit question d'en élargir l'assiette. Certains de vos collègues sont associés à cette réflexion, qui aboutira à une initiative parlementaire.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'insiste sur le fait que tous les secteurs de notre agriculture ne sont pas dans la même situation ; le Gouvernement doit donc s'attendre à des réactions contrastées.

Mme la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. Nous en sommes conscients. Monsieur Door, la Commission européenne a effectivement demandé que les mutuelles opérant en France soient désormais soumises à l'impôt sur les sociétés. Pour répondre à cette obligation, mon collègue François Baroin et moi-même travaillons avec les organismes concernés à l'instauration d'un mécanisme que nous souhaitons rendre le plus progressif possible ; nous en débattons d'ici la fin de l'année.

Monsieur Jacquat, le déficit de la branche vieillesse sera de 5,8 milliards d'euros en 2012 ; en l'absence de réforme des retraites, il aurait été de 12 milliards. Le recul de l'âge du départ en retraite représentera pour le régime général une économie de 1,5 milliard d'euros en 2012 et de 9,1 milliards en 2018.

Monsieur Prétel, le déficit de la CNAV et du FSV pour 2012 et jusqu'en 2018 est préfinancé par la CADES, comme prévu dans le cadre de la réforme des retraites. Il est encore de 8 milliards d'euros pour l'assurance maladie et la branche famille en 2012, mais nous l'avons beaucoup réduit et nous travaillons à une trajectoire crédible de retour à l'équilibre à l'horizon 2015.

Madame Touraine, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, ayant examiné la construction de l'ONDAM pour 2012, a rendu son avis hier, et le juge crédible. Que les ONDAM 2010 et 2011 aient été respectés montre que c'est possible, et que nous tenons nos objectifs.

Madame Vasseur, les 5,2 milliards d'euros de recettes nouvelles bénéficieront au régime général. À la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) iront 4 milliards d'euros par le relèvement du taux de la taxe sur les conventions d'assurance, la hausse de deux points du forfait social, les taxes de nature comportementale et l'affectation de fractions

importantes de certains prélèvements. La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), pour 800 millions d'euros, et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), pour 400 millions d'euros, bénéficieront également du produit des mesures présentées : la moitié du prélèvement sur les revenus du capital sera destinée à la CNAV ainsi qu'une fraction de la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de l'allègement Fillon. La CNAF bénéficiera aussi de cette dernière mesure, et de l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité et du complément optionnel de libre choix d'activité.

Le Gouvernement a retenu une hypothèse de croissance de la masse salariale de 3,7 % en 2011 en tenant compte des derniers relevés de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui font état d'une croissance de la masse salariale de 3,5 % à l'issue du premier semestre ; cela montre que notre hypothèse est crédible et prudente. Pour 2012, nous avons retenu une progression de 3,7 % conforme à l'évolution du PIB en valeur, ce qui correspond à une élasticité proche de l'unité qui a été constatée sur longue période.

J'ajoute que présenter plusieurs scénarii d'hypothèses macroéconomiques a pour inconvénient de compliquer singulièrement la lecture des comptes.

Enfin, Mme Fraysse a estimé qu'il serait équitable de rapprocher les taux de taxation des revenus du travail et de ceux du capital. C'est ce que nous faisons : nous aurons rapproché de 4,2 % en un an le niveau de taxation des revenus du patrimoine – passé de 31,3 % en 2010 à 35,5 % en 2012 – de celui des revenus du travail. C'est une étape notable dans l'harmonisation de la fiscalité.

M. Roland Muzeau. Les revenus du travail sont taxés à 42 % !

Mme la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. Je rappelle que la plus haute tranche d'imposition sur les revenus est fixée à 41 %.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'ajoute que nous évoluons dans un monde ouvert où nous sommes, hélas, les vice-champions internationaux tant pour le coût du travail que pour la taxation du capital.

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. L'instauration du fonds d'intervention régional, monsieur Bur, est une première étape. Beaucoup d'agences régionales de santé souhaitent que les dotations MIGAC y soient intégrées.

M. Yves Bur. Il reste à corriger les inégalités régionales : pourquoi un assuré social de Bretagne dépense-t-il beaucoup moins qu'un assuré de Provence-Alpes-Côte d'Azur ? Il faut une plus grande équité dans l'allocation des moyens.

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. On en revient au débat sur la mise en place d'objectifs régionaux, qui demande de la

circonspection, car si certaines régions dépensent moins que d'autres, la question peut être posée de savoir s'il est normal de demander à toutes la même contribution. Or notre système de santé est fondé sur la solidarité nationale.

M. le président Pierre Méhaignerie. Certes, mais elle n'exclut pas le sens des responsabilités.

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. En ma qualité d'élu de la région Picardie, je puis vous parler sagement des différences d'espérance de vie selon les régions et des différences de besoins en matière sanitaire et sociale. Ce débat, délicat, doit être appréhendé dans tous ses aspects au risque, sinon, de susciter des lignes de fracture.

S'agissant de l'hospitalisation des personnes âgées, le Gouvernement déposera un amendement tendant à engager une expérimentation en vue d'une meilleure coordination des soins destinés aux personnes âgées, en ville et à l'hôpital.

Pour ce qui est du médicament, monsieur Door, les moyens de la nouvelle agence en charge du médicament seront désormais garantis par l'assurance maladie au lieu que, comme par le passé, ils lui soient directement alloués par l'industrie pharmaceutique. Cette mesure a été largement approuvée, et il faudra désormais veiller à ce que les moyens consacrés à la sécurité du médicament soit sanctuarisés à l'avenir.

Je suis favorable au renforcement des liens fonctionnels entre la Commission de la transparence et le Comité économique des produits de santé (CEPS) mais je suis opposé à la fusion des deux organismes, car nous nous trouverions alors pieds et poings liés pour ce qui est de la fixation des prix quand l'autorisation de mise sur le marché a été délivrée au niveau européen. J'ai décidé, vous le savez, qu'il n'y aurait plus d'admission au remboursement dès lors que le nouveau médicament proposé ne présenterait pas d'avantage par rapport aux médicaments existants ; les choses seraient beaucoup plus compliquées si les deux organismes étaient fusionnés.

Pour remédier aux problèmes que nous connaissons en matière de démographie médicale, il faut continuer de relever le *numerus clausus* mais aussi, singulièrement pendant les cinq années difficiles à venir, donner envie à des médecins proches de l'âge de la retraite de continuer à exercer sur la base du volontariat et, à cette fin, mieux faire connaître les dispositifs de cumul emploi retraite qui les concernent et notamment le système de cotisation forfaitaire. Au-delà, l'un des motifs de la réticence des médecins à exercer plus longtemps, même à temps partiel, semble être qu'ils redoutent la lourdeur de la charge administrative ; aussi serait-il sans doute judicieux d'adapter à leur cas le statut prévu pour les médecins remplaçants.

Les mises en réserve faites pour donner suite aux recommandations du rapport Briet proviennent pour 300 millions d'euros des aides à la contractualisation régionale, pour 50 millions des aides à la contractualisation nationale, et pour 50 millions des crédits issus du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Nous attendons de savoir quelle aura été la consommation effective de crédits pour « dégeler » tout ce qui peut l'être.

Les retraites seront revalorisées du niveau de l'inflation, conformément aux dispositions de la loi Fillon de 2003.

Madame Touraine, où est-il fait mention dans le projet d'un recul de la part obligatoire de la prise en charge ?

Mme Marisol Touraine. C'est un fait : elle est passée de 78 à 75 % en quatre ans.

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. La Commission des comptes de la santé a montré qu'il n'en est rien. Il y aurait eu recul si nous avions augmenté le ticket modérateur, mais nous avons écarté cette mesure. Au contraire, la part des affections de longue durée (ALD) progresse sans cesse, et avec elles la part de la prise en charge par les régimes obligatoires.

M. Jean Mallot. Mais la part obligatoire de la prise en charge des assurés qui ne sont pas en ALD baisse.

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Tout dépend de quoi l'on parle. Si l'on choisit des montures de lunettes au prix très élevé, il est certain que le reste à charge sera élevé. Mais l'on ne peut nier ce qui a été constaté par une estimation indépendante et objective.

En revanche, les organismes d'assurance complémentaires ne sont pas obligées d'augmenter leurs tarifs. Sinon, comment expliquer que la GMF-Santé n'éprouve pas le besoin de le faire cette année ? Pourquoi, ces quatre dernières années, le poids de la fiscalité n'a-t-il représenté qu'un tiers de l'augmentation du coût des assurances complémentaires ? Le Gouvernement a bon dos ! La transparence sur les tarifs doit s'imposer, tout comme la modération en ce moment difficile.

Nous sommes prêts à faire davantage pour l'aide à la souscription d'une complémentaire santé. Cela étant, une augmentation qui resterait virtuelle n'aurait que peu d'intérêt. Or, l'aide n'atteint pas tous ceux auxquels elle est destinée ; nous devons trouver les moyens de mieux faire connaître ce dispositif et de toucher effectivement les populations visées.

Je l'ai dit, madame Fraysse, le premier poste d'économie sera le médicament. Déjà, le déficit se réduit, ce qui montre que la tendance est bonne.

Monsieur Jacquat, l'effectif des sportifs de haut niveau potentiellement concernés par la validation gratuite de trimestres de cotisations à l'assurance vieillesse est compris entre 6 500 et 7 000 personnes ; les sportifs éligibles sont environ 3 000. Le coût prévisionnel du dispositif est évalué entre 6 et 9 millions d'euros, en fonction du niveau de ressources de chacun. Ce coût de la mesure sera compensé par l'État à la CNAV sur le budget du ministère des sports. La disposition entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Enfin, selon moi, s'en prendre à la fraude, c'est s'en prendre tant à celui qui a bénéficié d'une prestation induite qu'à celui qui a permis qu'il en soit ainsi.

Mme la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. M. Yves Bur et M. Jean-Luc Prél m'ont interrogée sur la fongibilité asymétrique dans le domaine médico-social. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a, en effet, signalé une marge de manœuvre de 2 milliards d'euros dans ce domaine ; autrement dit, on pourrait pratiquement financer la réforme de la politique de la dépendance en recherchant simplement une plus grande efficacité.

La fongibilité des crédits de l'ONDAM médico-social entre régions est un objectif fondamental pour la CNSA ; il faudra à cette fin parfaire les liens entre cette caisse et les agences régionales de santé. Mais il faut d'abord asseoir l'administration sanitaire et médico-sociale, à travers ces dernières, entrées en fonction il y a dix-huit mois seulement. Après que les agences auront construit leurs projets régionaux de santé, nous pourrions envisager la création d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie.

Je signale que l'une de nos expérimentations tend à valoriser le moindre recours à l'hospitalisation. C'est aussi un indicateur de qualité qui pourrait être retenu pour les EHPAD. J'ai visité, sans la circonscription de votre collègue Patrice Martin-Lalande, un établissement autour duquel s'est bâti tout un réseau ; on obtient des résultats remarquables, qui permettent de réduire le recours à l'hospitalisation.

Mme Bérengère Poletti m'a posé plusieurs questions. Pour l'ONDAM 2010, la restitution de 100 millions d'euros qui a eu lieu n'était pas un débasage, et elle n'a pas pénalisé le secteur : le taux de croissance des crédits du secteur « personnes âgées » a été de 11,2 % en 2010 par rapport à l'objectif voté en 2009. La restitution a permis la mise en œuvre des mécanismes de solidarité de l'ONDAM.

Les 100 millions d'euros mis en réserve au titre de l'ONDAM « médico-social » 2011 ont porté pour 71,3 millions sur le plan d'aide à l'investissement (PAI) et pour 28,3 millions sur l'enveloppe « personnes âgées » de l'objectif général des dépenses médico-sociales (OGD) 2011. Il est prématuré de se prononcer sur le dégel de cette réserve de précaution, puisque nous ne connaissons pas le niveau d'exécution de l'objectif général de dépenses 2011. Si l'évolution est

en ligne avec les prévisions, je suis favorable à ce que les crédits soient rendus disponibles début 2012, en priorité pour couvrir un éventuel dépassement de l'objectif 2011 qui serait constaté dans les traitements de fin d'exercice, puis pour compléter le plan d'aide à l'investissement en sus des 50 millions d'euros évoqués.

La médicalisation des EHPAD est un axe important de la politique médico-sociale. Elle consiste à augmenter de façon importante – de l'ordre de 20 % – leurs dotations « soins ». Nous mobiliserons 140 millions d'euros pour médicaliser plus de 83 000 places nouvelles, soit 45 % des places qu'il reste à « pathosifier » fin 2011.

À Mme Poletti et à Mme Vasseur, j'indique que la publication du décret « tarification » a été repoussée. Après une phase de réflexion sur les indicateurs pertinents qui peuvent servir de base à la modulation des dotations, des expérimentations vont être conduites dans les établissements volontaires. Nous visons l'amélioration de la qualité de la prise en charge et l'efficacité de chaque euro engagé. Ces objectifs s'accompagneront d'une plus grande transparence, avec la création d'un site Internet spécialisé. Nous en revenons donc aux préconisations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Une réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est également nécessaire pour fonder sur des critères objectifs la répartition des 1,5 milliard d'euros entre eux. À ce jour, les écarts de dotations vont de 1 à 3, et la tarification n'incite vraiment pas à la bonne gestion car elle ne varie pas, qu'il s'agisse de patients lourdement ou faiblement dépendants. Je souhaite que ce travail aille à son terme, mais il ne faut pas miser dès 2012 sur une réforme qui risquerait de déstabiliser le secteur.

S'agissant de l'intégration des dépenses de médicaments dans le forfait « soins », l'expérimentation a été prolongée de deux années. Nous en profitons pour élargir le champ d'étude. Les établissements précédemment inclus dans l'expérimentation continuent de recevoir un forfait pour les médicaments et les agences régionales de santé ont reçu l'autorisation de verser des forfaits médicaments pour les trois derniers mois de l'année. Nous avons souhaité analyser finement l'impact de l'expérimentation sur les prescriptions médicamenteuses, la prise en charge des résidents et la soutenabilité à moyen terme des dépenses de médicament d'une pharmacie à usage intérieur. Seront aussi pris en compte les travaux des agences et des caisses primaires dans le cadre de la gestion des risques. Ainsi se révéleront les forces et les faiblesses de chaque pratique. Tout sera achevé avant la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Une réunion du comité de suivi va faire le point sur l'impact des travaux engagés.

Vous m'avez aussi interrogée sur le plan solidarité grand âge (PSGA). Dans ce plan ont été inscrites 90 500 places nouvelles dont 59 % pour faciliter le

maintien à domicile et quelque 40 % pour les EHPAD. Le calibrage initial du plan a été révisé plusieurs fois. Au 31 décembre 2010, 87 % des places avaient déjà été notifiées, ce qui est tout à fait considérable. Je tiens à votre disposition les données détaillées.

J'en viens à l'articulation entre le plan d'aide à l'investissement (PAI) annoncé pour les secteurs des personnes âgées et handicapées et les plans « solidarité grand âge » et « handicap ». Les 50 millions d'euros du plan d'aide pour 2012 prolongeront l'initiative à l'origine de laquelle est Mme Desmarescaux, alors sénatrice : à son initiative, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, 4 % de la recette de la contribution solidarité autonomie (CSA) avait été affectés au nouveau plan d'aide. Le lancement de celui-ci permettra de satisfaire des besoins clairement identifiés : la maîtrise les tarifs d'hébergement ; la poursuite des investissements pour achever le processus de rénovation du parc existant ; l'amélioration des conditions d'accueil qui demeurent très difficiles dans certains EHPAD. Le plan permettra enfin de compléter les moyens dévolus aux créations de places nouvelles prévus par le plan handicap et ainsi d'améliorer la qualité de l'accueil des personnes atteintes de handicap.

Comment se répartissent les autorisations d'engagement et les crédits de paiement de la CNSA pour 2012 ? La loi de financement pour 2011 a enrichi l'annexe 7 d'une information sur les objectifs d'engagements prévisionnels et ceux notifiés les deux années précédentes, et sur la consommation de l'objectif général des dépenses qui en résulte. J'ai retenu 20,4 millions d'euros d'enveloppes anticipées dont près de 10 millions en 2011, qui permettront l'achèvement des notifications des crédits du plan solidarité grand âge, et 363 millions d'euros d'enveloppes anticipées – dont 140 en 2011 et 223 en 2012 – afin d'achever la notification des créations de places nouvelles dans les établissements et services accueillant les personnes atteintes de handicap. En outre, je l'ai dit, 140 millions d'euros de crédits de médicalisation des EHPAD pour 2012 seront également notifiés dans les tout prochains jours.

Je remercie Mme Valérie Rosso-Debord pour son appui. Oui, la réforme de la dépendance continue, et le taux de progression de l'ONDAM médico-social en direction des personnes âgées – 6,3 % – est particulièrement éloquent, sans compter les 50 millions d'euros destinés aux services à domicile qui figurent dans le projet de loi de finances.

Madame Pinville, j'ai entamé une série d'entretiens avec les partenaires sociaux pour faire le point sur leurs souhaits en matière de réforme du congé parental ; cela se fait bien sûr en parfaite coordination avec le ministre du travail.

La France est souvent citée en exemple pour l'offre d'accueil des jeunes enfants. La convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 entre l'État et la CNAF prévoit la création de 100 000 places d'accueil collectif – cela représente un effort

exceptionnel de 1,3 milliard d'euros. Les premiers chiffres montrent que cet objectif est accessible : plus de 40 300 places ont été créées en deux ans, et nous atteindrons l'objectif fixé. L'objectif est aussi de 100 000 places pour l'accueil individuel, et cet engagement sera tenu. En 2009, 21 200 solutions nettes ont été trouvées, et 20 708 en 2010. Nous ne baissons pas la garde.

Je rappelle enfin que la base mensuelle de calcul des allocations familiales sera revalorisée de 2,3 %, ce qui représente un effort de 630 millions d'euros au bénéfice des familles.

M. le président Pierre Méhaignerie. Chers collègues, je reste saisi de onze demandes de parole, que l'horaire m'interdira de satisfaire. Puisqu'il est prévu que les ministres soient à nouveau parmi nous mercredi prochain pour évoquer la mise en œuvre de la loi de financement pour 2011, je vous propose de reporter ces interventions à ce jour, exception étant faite pour Jean Bardet, qui m'a fait savoir qu'il sera empêché la semaine prochaine.

M. Jean Bardet. Je vous remercie. Le dossier médical partagé (DMP) a un double intérêt – médical bien sûr, mais aussi économique, puisque l'on estime que sa généralisation permettrait de réduire d'un tiers les examens radiologiques et biologiques. La loi « Hôpital, patients, santé et territoire » a prévu que ces informations puissent être stockées sur support amovible. On semble pourtant continuer de privilégier un système centralisé qui ne suscite pas l'enthousiasme au sein de la communauté médicale et qui vient d'être abandonné en Angleterre. Quel est l'état d'avancement des décrets relatifs au DMP sur support amovible qui devaient être publiés le 12 octobre au plus tard et qu'en sera-t-il de l'expérimentation prévue pour s'engager avant fin décembre ?

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Monsieur Bardet, l'idée d'un dossier médical partagé stocké sur clef USB suscite toujours la même réticence car la question de la protection du secret médical continue de se poser. À titre personnel, je ne suis toujours pas entièrement convaincu. En vérité, si les choses étaient à refaire, je pencherais en faveur d'un système beaucoup plus souple que celui en faveur duquel je me suis laissé convaincre par les experts. Les décrets prévus ne seront pas prêts à la date prévue mais ils le seront pour la fin de l'année. La base retenue pour le DMP – le volontariat – est sans doute la plus prometteuse mais encore une fois, je ne suis pas encore tout à fait sûr qu'un système plus simple et plus souple ne serait pas tout aussi adapté.

Je saisis l'occasion pour dire un mot des remboursements, question sur laquelle nous gagnons en maturité. Je puis vous annoncer que l'arrêté qui emporte le remboursement de 26 médicaments vient d'être signé, et qu'une nouvelle liste de 38 médicaments suivra. Je n'attends pas d'économies de ces remboursements, car il y aura sans doute des reports de prescriptions, mais je me félicite que la nouvelle méthode que j'appelais de mes vœux depuis janvier se mette en place. Lorsque la Cour des comptes ou des experts appellent au

déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant, tout le monde applaudit, mais quand le Gouvernement le fait, des clameurs s'élèvent ! Mieux vaut pourtant rembourser des médicaments efficaces que d'autres qui ne le sont pas. Mais la mesure conduit à une difficile modification des habitudes. Aussi s'appliquera-t-elle le 1^{er} décembre prochain, ce qui donnera à la Haute Autorité de santé le temps de formuler des recommandations de prescriptions alternatives.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je vous remercie. Comme nous en sommes convenus, la suite de cette audition aura lieu mercredi prochain à 11 h 30.

M. Jean-Marie Rolland. Monsieur le ministre, ma question concerne la convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé. Il semble qu'une démarche très dynamique soit engagée en ce domaine, mais je souhaiterais obtenir des précisions sur les éléments de transparence dans les modalités de calcul des tarifs pratiqués par ces deux secteurs, dont les missions sont définies par la loi dite « HPST » de 2009. Accepterez-vous des amendements visant à apporter plus de clarté dans l'établissement de ces tarifs ?

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. La réponse est oui. Cessons de donner le sentiment que les choses manquent de clarté et qu'il ne nous est pas permis de tout dire.

M. Régis Juanico. Les différents ministres que nous avons auditionnés la semaine dernière ont souligné le haut niveau de prise en charge des dépenses de santé dans notre pays ainsi que la diminution du reste à charge pour les ménages.

Pourtant, deux chiffres contredisent cette affirmation. D'une part, selon le baromètre d'*Europe Assistance*, 30 % des Français reporteraient, voire renonceraient à leurs soins médicaux en raison de leurs difficultés financières – ils étaient 11 % l'année dernière. Ce taux de 30 % est l'un des plus élevés en Europe. D'autre part, une étude de *UFC Que choisir* montre que le coût des dépenses de santé, qui est passé de 571 euros en 2005 à 665 en 2010, a évolué deux fois plus vite que les revenus. Or la décision de doubler la taxation sur les contrats responsables et solidaires des assurances complémentaires santé va dégrader encore plus l'accès des Français aux soins. Déjà qu'entre 4 et 5 millions de nos compatriotes ne sont pas affiliés à une complémentaire santé, ce 1,2 milliard de ponctions supplémentaires vont peser sur leur porte-monnaie et obligeront un certain nombre d'entre eux à se désaffilier.

M. Xavier Bertrand nous citait la semaine dernière l'exemple de la GMF complémentaire santé qui n'a augmenté ses cotisations que de 2 % et non de 4, 5, voire de 8 % comme l'ont fait d'autres mutuelles. Je signale au ministre que la complémentaire santé représente 0,3 % de l'activité de la GMF et concerne seulement 20 000 adhérents. Les grandes mutuelles qui prennent en charge les complémentaires santé ne sont pas assises sur un tas d'or. Leurs importantes

réserves financières ne représentent que 300 ou 400 euros par usager, ce qui correspond au coût d'une prothèse dentaire.

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. En effet, certaines mutuelles n'augmenteront pas leurs cotisations. Demandons-leur comment elles font ! Mais quel que soit le montant de l'augmentation, il faut instaurer une plus grande transparence.

Pourquoi l'augmentation moyenne des tarifs des complémentaires au cours des dernières années a-t-elle été beaucoup plus importante que l'augmentation de la fiscalité ? Les cotisations ont en effet augmenté en moyenne de 83 euros pendant que la fiscalité augmentait de 38. J'ai beau rechercher l'apaisement entre tous les acteurs de la santé, mais quand je vois les publicités qui paraissent pour critiquer l'augmentation de la taxe sur les complémentaires santé, je suis scandalisé. Il faut tout de même se souvenir qu'en 2004, lorsque nous avons mis en place les contrats responsables, le secteur a exprimé le besoin d'une fiscalité particulière pour « booster » le démarrage. Si bien qu'aujourd'hui, 95 % des contrats sont des contrats responsables !

Pourquoi, mesdames et messieurs les parlementaires de l'opposition, ne cessez-vous de dire que notre système de santé est dans un état déplorable tout en tenant un discours inverse dans votre circonscription en disant que vous avez un hôpital qui « tourne » bien ? Est-ce l'approche des élections qui vous rend schizophrènes ? Il faut tout dire aux Français ! Les difficultés d'accès aux soins que vous dénoncez correspondent avant tout aux soins optiques et dentaires, mais cela a toujours été le cas. Ne dites pas aux Français, comme Mme Royal, qu'il faut ouvrir en urgence des dispensaires parce que nos compatriotes n'ont pas les moyens de se faire soigner ! Je vous rappelle qu'en France, la carte que les patients doivent présenter pour se faire soigner est verte et non bleue, comme c'est le cas dans certains pays.

En revanche, le coût d'un bridge pour quatre dents est plus élevé qu'un salaire mensuel. Il appartient aux Français de prévoir le moment où ils pourront le faire. Cela a toujours été comme cela parce que les soins conservateurs n'ont jamais été suffisamment revalorisés, que le Gouvernement en place soit de gauche ou de droite. Nous avons laissé prospérer les dépassements.

Sur tous ces sujets, avez-vous des solutions ? Si vous voulez éviter que les dépassements soient à la seule charge des patients, je vous invite à vous prononcer sur le secteur optionnel.

Cessez de dire en permanence que notre système de santé va mal, car ce n'est pas la réalité. Le jour où il vous appartiendra de le gérer, vous aurez du mal à démontrer que les choses vont mieux simplement parce que vous êtes là. La santé est une affaire trop sérieuse pour la traiter avec démagogie !

Monsieur Juanico, pouvez-vous me citer un seul pays, en dehors de la France, où vous aimeriez, vous et votre famille, vous faire soigner ?

Si vous voulez limiter la charge des dépenses de santé, associez-vous à la démarche du président Méhaignerie, qui demande aux représentants des complémentaires santé de ne pas répercuter l'augmentation de la taxe sur leurs adhérents.

Mme Sandrine Hurel. Inadmissible !

M. Christian Hutin. Monsieur le président, nous attendons du respect de la part du ministre, or il nous provoque. Nous ne sommes pas dans l'hémicycle !

(Les députés du groupe SRC se lèvent et quittent la salle).

M. le président Pierre Méhaignerie. Je considère également que cette caricature de notre système de santé est lamentable. Je laisse nos collègues de l'opposition qui le souhaitent quitter la salle.

M. Roland Muzeau. Nous sommes à des années lumière de l'esprit qui a présidé la réforme de nos institutions. Il s'agissait de faire du travail en commission le véritable travail préparatoire servant à établir le contenu des textes qui seront examinés dans l'hémicycle. Autant il est normal dans l'hémicycle d'adopter un ton polémique, voire un peu incisif, autant j'aimerais qu'en commission nous puissions aller plus au fond des choses et ne pas en rester à l'écume des problèmes.

Une nouvelle fois, le projet de loi de financement de la sécurité sociale est indigent en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Je sais qu'un certain nombre de problématiques sérieuses sont renvoyées au cadre réglementaire, mais le débat sur les AT-MP n'interviendra qu'après que tous les autres points auront été examinés – c'est toujours la dernière roue du carrosse. Pour autant, monsieur le ministre, je reconnais que vous avez sur la question tenu des propos intéressants.

Cette année, la dernière de la législature, nous avons choisi de porter une question essentielle à nos yeux, celle de la réparation des victimes du travail. Je rappelle qu'en 2010, le Gouvernement a décidé de fiscaliser les indemnités journalières, décision que nous, députés de la gauche démocrate et républicaine, avons particulièrement condamnée. La question du réexamen de l'indemnisation des victimes du travail se pose avec encore plus d'acuité aujourd'hui. Le moins que l'on puisse dire est que ce gouvernement n'a pas profité de la législature pour mettre un terme au caractère inéquitable du régime de réparation des AT-MP, qui conduit à moins bien indemniser les victimes du travail que celles des accidents de la route, ce que vous avez vous-même reconnu.

Dans sa décision du 18 juin 2010, le Conseil constitutionnel a considéré, dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité, que le régime actuel est conforme à notre Constitution tout en émettant une réserve importante, estimant qu'« *en présence d'une faute inexcusable de l'employeur, les dispositions de ce texte ne sauraient toutefois, sans porter une atteinte disproportionnée au droit des victimes d'actes fautifs, faire obstacle à ce que ces mêmes personnes, devant les mêmes juridictions, puissent demander à l'employeur réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale* ».

Le Gouvernement ne peut ignorer plus longtemps cette décision du Conseil constitutionnel. Ces dernières années, toutes les propositions des députés du front de gauche visant à réparer intégralement les victimes du travail ont été systématiquement rejetées pour des raisons de recevabilité financière. Avez-vous enfin, le courage politique de laisser cette question venir en discussion en séance publique ?

Par ailleurs, le 24 août dernier, le Premier ministre a annoncé la révision du mode de calcul des prestations en espèces de l'assurance maladie maternité et accidents du travail, révision qui relève du domaine réglementaire. Pouvez-vous nous garantir que les méthodes de calcul retenues seront neutres pour les personnes victimes des AT-MP ? Je rappelle que les indemnités journalières au titre des AT-MP ne représentent que 60 % du salaire journalier jusqu'au 28^{ème} jour d'arrêt de travail et 80 % à compter du 29^{ème} jour. Autant dire que durant leur incapacité temporaire de travail, les salariés ne sont pas indemnisés intégralement, même si certains perçoivent un complément de salaire par le biais de conventions collectives ou d'accords d'entreprise ou de groupe. Monsieur le ministre, êtes-vous oui ou non favorable à ce que toute victime du travail bénéficie d'un revenu de remplacement égal à ce qu'elle percevait avant son arrêt de travail ?

Enfin, pour prétendre à la reconnaissance et à l'indemnisation d'une maladie professionnelle non référencée, la victime empruntant la voie dite complémentaire doit notamment justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 25 %. Cette condition représente un obstacle énorme – nous avons eu l'occasion de le vérifier dans le cadre des travaux de la mission d'information sur les risques psychosociaux au travail – et rend impossible l'indemnisation par la branche AT-MP de victimes souffrant de pathologies psychiques graves dont le lien direct avec le travail est reconnu. Envisagez-vous de supprimer ce seuil, ou à défaut de l'abaisser ?

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. J'ai moi-même proposé en 2007, lorsque j'étais ministre du travail, de réfléchir à la reconnaissance du stress comme maladie professionnelle. Cela dit, l'enjeu de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale n'est pas de redéfinir la liste des maladies professionnelles.

S'agissant des AT-MP, vous savez bien que l'équilibre ne peut être garanti qu'en jouant sur les taux. Parmi les questions liées à la pénibilité qui font suite à la réforme des retraites figure la création d'un fonds destiné aux actions de prévention. Si la réparation et l'indemnisation sont des éléments importants, la prévention sera le principal enjeu dans les prochaines années.

Vous avez raison, monsieur Muzeau, de rappeler les garanties offertes par les conventions collectives et les accords de groupe. L'effort reposera en partie sur les entreprises car j'ai fait le choix, et je l'assume, de relever les cotisations versées par certaines entreprises pour garantir une couverture maximale aux salariés.

En outre, bien que cette question ne soit pas au cœur du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous vous présenterons deux amendements tendant à harmoniser les modalités de prise en charge des périodes d'exposition à l'amiante entre les différentes branches.

S'agissant des indemnités journalières, l'aménagement aura un effet légèrement positif – 10 millions d'euros – pour les accidents du travail entraînant un arrêt de travail court ; en revanche, pour les accidents du travail nécessitant un arrêt plus long, le différentiel de 13 millions d'euros sera réalisé sous forme d'économies.

M. Guy Malherbe. Mes collègues Jean-Paul Jeanneteau, Michel Heinrich, Gérard Cherpion, Jean-Marc Roubaud et moi-même avons déjà attiré votre attention sur la situation critique des officines de pharmacie, suggérant de déconnecter la rémunération des officinaux de la vente des médicaments. Il semble que nous ayons été entendus, puisque l'article 39 engage le processus. Nous serons attentifs au contenu des conventions qui seront passées avec l'assurance maladie.

Accepterez-vous, monsieur le ministre, d'autres amendements visant notamment à relever les quotas sur l'ensemble du territoire, à renforcer la protection, en cas de regroupement, en portant le délai actuel de cinq à douze ans, enfin à permettre les regroupements en tous points du territoire de façon à renforcer le réseau ?

Par ailleurs, le dispositif fiscal en vigueur pour les regroupements pose de nombreux problèmes. Serait-il possible de le revoir ?

Pourquoi ne pas envisager à l'article 39 la création d'un fonds de modernisation du réseau officinal, qui serait géré par l'assurance maladie ?

Ces mesures conforteraient celles que vous nous avez proposées afin de favoriser la restructuration et le maintien du réseau officinal sur l'ensemble de notre territoire.

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Un certain nombre de parlementaires m'ont interrogé sur cette question. Bien entendu, en cette affaire, l'élément déterminant sera la tenue d'une négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les pharmaciens. Toutefois, tout le monde s'accorde à reconnaître que le revenu du pharmacien ne doit plus être aussi lié qu'il l'est aujourd'hui à la vente des médicaments. L'organisation du monde de la santé et les nouvelles tâches que doivent assumer les pharmaciens justifient cette évolution, que vous pourrez, par votre vote, asseoir législativement. Je ne peux m'empêcher d'être optimiste sur l'issue des négociations. Si les choses évoluent comme nous le pressentons, le système acté par ce projet de loi de financement de la sécurité sociale sera toujours en vigueur dans de nombreuses années.

Mme Anny Poursinoff. Monsieur le ministre, je vais vous poser des questions précises, qui exigent non pas des réponses de tribune mais des réponses telles que l'on peut en espérer en commission.

Vous affirmez que la qualité des soins est maintenue malgré les restrictions budgétaires. Sur quelle étude vous fondez-vous pour tenir ces propos ? Je connais pour ma part des études montrant que la satisfaction professionnelle des soignants, y compris des médecins, s'est beaucoup dégradée. Pensez-vous que des équipes qui souffrent puissent maintenir encore longtemps la qualité des soins ?

Seulement 2 % du budget de l'assurance maladie sont consacrés à la prévention, alors que les deux tiers des remboursements concernent des maladies chroniques. Comment expliquez-vous ce choix budgétaire ? Comment parvenir à un meilleur équilibre en faveur de la prévention ?

Le Président de la République a abandonné le grand plan de dépendance qu'il avait promis. Certes, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit certaines actions. Vous indiquez notamment vouloir développer les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dont les objectifs ne sont pourtant pas atteints car le secteur n'est pas attractif pour les professionnels. Comment envisagez-vous d'améliorer l'attractivité du secteur des services infirmiers et de l'aide à domicile en général ?

Ce texte prévoit également la généralisation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), dont le contenu reste flou et fait craindre un double emploi avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Quels sont les objectifs poursuivis par les MAIA qui ne pourraient pas être atteints par les CLIC ?

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Les conclusions de la Commission des comptes de la santé sont on ne peut plus claires quant à la qualité de la prise en charge et au montant du reste à charge.

En ce qui concerne le rationnement des soins, le budget qui sera voté par la majorité prévoit 4 milliards d'euros de dépenses supplémentaires à la fin de l'année 2012 par rapport à l'année dernière. Où voyez-vous un rationnement ? Je sais bien que certains souhaitent toujours plus. Je préfère demander des efforts en augmentant de 2,8 % les dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) plutôt que d'imposer des sacrifices en baissant de 2,8 % les dépenses de soins. D'autres pays sur notre continent ont fait ce choix. Je ne veux pas qu'une réduction des dépenses de santé se produise en France.

J'en viens aux personnels de santé. Selon l'enquête menée par Mme Danielle Toupillier, ce dont souffrent le plus durement les professionnels, c'est la charge que représente la « paperasse » administrative et la réunionite à l'hôpital. Nous sommes loin du tableau apocalyptique que certains veulent bien nous peindre. Je ne dis pas que tout va bien et je suis attentif au stress engendré par l'organisation interne des hôpitaux.

Vous ne souhaitez pas une réponse de tribune, madame, eh bien je vous pose la question : pensez-vous que les 35 heures ont fait du bien à l'hôpital ? Je ne le crois pas. Elles sont incompatibles avec le bon fonctionnement d'un établissement ouvert 365 jours sur 365, 24 heures sur 24. Et on ne peut en sortir qu'en utilisant les heures supplémentaires. Vous allez me rétorquer qu'il suffit de recruter. Or, au moment où je vous parle, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris ne parvient pas à recruter les 600 infirmières dont elle a besoin. Et pourtant les crédits existent.

La santé est complexe et ne peut se réduire à une simple question de financement. L'hôpital souffre de problèmes d'attractivité. Il existe une concurrence entre la province et la région parisienne, liée aux conditions de transport et de logement. J'ai étudié la question en 2006 et je l'étudie à nouveau. Il faut regarder les choses avec précision parce qu'il est de notre intérêt d'établir le bon diagnostic, d'apporter les bons remèdes et d'éviter les amalgames qui ne rendent service à personne.

La France n'a jamais vraiment négocié le virage de la prévention. Si notre système de santé est considéré comme l'un des meilleurs au monde sur le plan curatif, nous avons encore des marges de progression sur le plan préventif. Dans la loi dite « HPST », Mme Roselyne Bachelot a misé sur le renforcement de la prévention. Lorsque j'ai lancé l'opération « M'T dents » sur la prévention bucco-dentaire des jeunes, j'ai rencontré des difficultés. Lorsque j'ai mis en place la prise en charge par la sécurité sociale de l'examen d'ostéodensitométrie, on m'a dit que cela coûterait cher mais ne rapporterait rien. La prévention n'apporte pas réellement d'économies, mais elle responsabilise les patients sur leur état de santé et leur permet de vivre plus longtemps en meilleure santé. Il est vrai que le virage de la prévention serait plus facile à négocier si nos comptes étaient équilibrés ou excédentaires, mais je continuerai à développer la prévention dans notre pays car

le rééquilibrage entre curatif et prévention constitue l'un des grands défis que doit relever notre système de santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Il n'est pas inutile, madame Poursinoff, de faire le point sur l'avancement du plan grand âge (PSGA) par rapport aux objectifs qui avaient été fixés. Ce plan impliquait la création de 90 500 places nouvelles, dont 59 % pour faciliter le maintien à domicile – 40 % pour les services de soins infirmiers à domicile et 19 % pour les formules de répit – et 40 % dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le calibrage du plan a été révisé à plusieurs reprises. En 2008, nous avons augmenté la cible annuelle des EHPAD, ce qui correspondait à une demande du terrain, en passant de 5 000 à 7 500 places par an au cours des années 2008-2010. Cette cadence a été tenue. En 2010, le développement des services de soins infirmiers à domicile a été revu en faveur d'une tranche annuelle de 6 000 places par an au lieu des 7 500 initialement prévues à compter de 2010.

Ces différences s'expliquent aisément par les délais, dont la durée varie entre quatre et cinq ans selon les types de places : si 100 % des places de services de soins infirmiers à domicile sont installées après quatre années de notification, le taux de réalisation des places d'EHPAD dans les meilleurs délais n'est que de 70 %.

Pour assurer une mise en œuvre cohérente du plan, le solde des enveloppes anticipées à notifier en 2012 s'établit à 20,35 millions d'euros et devra être essentiellement consacré à l'installation de services de soins infirmiers à domicile afin de rééquilibrer dans le plan la proportion entre établissements et services.

Au titre du plan, nous financerons 2 100 places d'EHPAD et 1 200 places de services de soins infirmiers à domicile, étant entendu que 85 000 places sur les 93 000 prévues dans le plan ont déjà été autorisées.

La réforme de la tarification dans ces services nous oblige à déterminer un coût de fonctionnement correspondant aux services rendus afin de garantir une allocation plus juste de ressources et d'objectiver le lien entre la qualité des soins et les moyens alloués par l'assurance maladie. Cette démarche traduit notre volonté de renforcer la prise en charge des soins à domicile, ce qui va dans le sens souhaité par Mme Bérengère Poletti, afin de diminuer le recours à l'hospitalisation. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a avancé le chiffre de 2 milliards de prestations indues au titre de l'assurance maladie du fait des difficultés de prise en charge à domicile, étant entendu que le maintien à domicile correspond à la volonté des personnes âgées.

Ce chantier avance bien. Je maintiens le principe de la réforme, mais, je le dis très clairement, si nous constatons que nous n'avons pas suffisamment d'éléments ou si nous ne sommes pas prêts techniquement en 2012, je

n'appliquerai la réforme que lorsque je serai certaine qu'elle ne déstabilise pas les services de soins infirmiers à domicile. Je tiens donc à rassurer les acteurs de terrain sur ce point.

Vous avez évoqué les MAIA et les CLIC : il est utile de rappeler qu'au titre du plan Alzheimer, en 2011, nous avons financé 600 pôles d'activité de soins adaptés, 170 équipes mobiles de services de soins infirmiers à domicile renforcées, 75 plateformes de répit, 35 MAIA, auxquels s'ajoutent 17 structures expérimentales. Nous mobilisons les agences régionales de santé pour aboutir fin 2012 à la création de 150 MAIA.

Les CLIC et les MAIA n'ont pas la même finalité. La seule question qui se pose est celle de l'information des personnes. À cet égard, les guichets se sont multipliés. En plus des CLIC, des MAIA, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), quelques conseils généraux ont également ouvert un guichet, sans parler de l'assurance maladie et des caisses d'assurance vieillesse... L'enjeu de la réforme de la dépendance passe par une clarification des questions qui se posent. Cela dit, la mise en réseau de la prise en charge des malades atteints d'Alzheimer et de leur famille par les maisons ne se superpose pas avec les CLIC : les deux structures conservent leur utilité propre.

M. Michel Heinrich. Il est vrai, monsieur le ministre, que notre système de santé est exceptionnel et supporte la comparaison avec celui des autres pays d'Europe. Les Français ne trouveraient pas mieux dans n'importe quel autre pays européen.

Quant au reste à charge, il a tendance à se stabiliser, voire à diminuer en pourcentage. Toutefois, ce n'est pas la perception qu'en ont les Français, pour une raison simple : le secteur 2 n'est pas toujours pratiqué avec tact et mesure, et certains praticiens, même s'il n'y a pas eu de revalorisation depuis fort longtemps, pratiquent le dépassement d'honoraires d'une façon très excessive. Où en est la mise en place du secteur optionnel ?

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. En ce qui concerne le tact et la mesure, il appartient au Conseil de l'ordre de les faire respecter. Chacun doit prendre ses responsabilités. L'une des solutions pour éviter que le reste à charge ne pèse sur les assurés sociaux, c'est le secteur optionnel. Nous en parlons depuis longtemps. Je demande simplement que tous ceux qui doivent signer le fassent, suivant des modalités qui ont d'ores et déjà été arrêtées : l'assurance maladie, les syndicats de médecins, les assurances complémentaires santé, le Centre technique des institutions de prévoyance, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), la Mutualité française.

On me dit que la Mutualité serait de mauvaise humeur à cause de l'augmentation de la taxe sur les contrats d'assurance. Dans la mesure où, comme elles l'ont indiqué, les mutuelles répercuteront cette augmentation sur les assurés,

leur capacité à faire face à la mise en place du secteur optionnel ne sera donc pas amputée.

De nombreuses complémentaires, même si elles sont adhérentes de la Mutualité, prennent en charge les dépassements, certaines au niveau fixé dans le protocole d'accord, d'autres en deçà, d'autres au-dessus. L'avantage du secteur optionnel est de donner une vraie visibilité aux assurés sociaux sur tout le territoire. La signature de l'accord sur le secteur optionnel n'a pas pour but de me faire plaisir, mais de permettre aux patients de bénéficier d'une vraie prise en charge dans les trois spécialités visées par l'accord.

À mes yeux, le secteur optionnel n'est pas une option. Si la mutualité refuse de signer cet accord – qui, je le rappelle, a été préparé avec elle –, le pouvoir politique prendra ses responsabilités, par le biais d'une disposition législative ou réglementaire. J'attends de connaître la position de l'ensemble des adhérents de la mutualité, dont certains m'ont dit être favorables à l'accord. Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances semblent avoir adopté la même position.

S'agissant du secteur 2, si nous avons procédé aux revalorisations des honoraires au fur et à mesure, sans passion, nous ne serions pas aujourd'hui confrontés à des dépassements difficiles à prendre en charge. Le secteur optionnel n'est pas la solution miracle, mais si l'un d'entre vous en connaît une meilleure, qu'il le dise. L'argument selon lequel il faudrait interdire les dépassements est contraire à l'exercice libéral de la médecine.

Mme Martine Billard. Ma première question s'adresse à Mme la ministre des solidarités et porte sur la dépendance. Si l'on en croit le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le nombre de places dans les établissements spécialisés serait suffisant. Pourtant nous recevons tous des personnes qui rencontrent des difficultés pour obtenir une place. C'est vrai, les personnes âgées souhaitent souvent rester chez elles, mais il ne faut pas nier les difficultés qui existent dans les maisons destinées à accueillir des personnes dépendantes, liées au stress et au manque de personnel, sachant qu'en France le quota de personnels obligatoires dans ces maisons est plus faible que dans d'autres pays. Une autre difficulté tient au prix de l'accueil, qui avoisine les 2 500 euros par mois. Considérez-vous vraiment que le nombre de places dans les maisons d'accueil des personnes dépendantes est suffisant ?

Monsieur le ministre, le reste à charge est calculé après la prise en charge par l'assurance complémentaire, mais 12 % des personnes à faible revenu et 3 % des personnes à hauts revenus ne sont pas affiliés à une complémentaire, ce qui fait que pour elles le reste à charge est élevé.

Enfin, la question des dépassements d'honoraires revient chaque année dans nos débats. Je connais un parlementaire qui a subi une opération du dos. Les

honoraires de l'anesthésie étaient fixés à initialement 500 euros. Lorsqu'il a indiqué au chirurgien le nom de sa complémentaire, à savoir la Mutuelle de l'Assemblée nationale, notre collègue a vu le montant du dépassement d'honoraires passer à 5 000 euros ! Les spécialistes adaptent le niveau du dépassement d'honoraires en fonction des remboursements des mutuelles de leurs patients, ce qui assèche les fonds de ces mutuelles. Avez-vous une solution pour mettre fin à ces abus ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Le remboursement du Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée nationale n'atteindra certainement pas ce montant.

Mme Martine Billard. Pour ce qui est de l'ostéodensitométrie, le premier examen est remboursé, mais dans les cas où un problème est signalé après le début d'un traitement hormonal, l'examen de contrôle, lui, n'est pas pris en charge – on considère que le traitement hormonal doit systématiquement rétablir l'équilibre, or ce n'est pas toujours le cas. Par ailleurs, un grand nombre de traitements hormonaux ne sont pas remboursés, malgré leur coût très élevé. Les femmes rencontrent le même problème lorsqu'elles sont jeunes, avec la pilule, et après la ménopause avec les traitements hormonaux. Je demande donc au Gouvernement de faire en sorte que les traitements hormonaux soient pris en charge par la sécurité sociale.

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Votre exemple est frappant : l'ostéodensitométrie est désormais remboursée, ce qui n'était pas le cas auparavant. Pourtant vous insistez sur le fait que la deuxième, qui n'est que très rarement prescrite, n'est pas remboursée.

Mme Martine Billard. Je pose une question concrète, sur un problème auquel les femmes sont confrontées !

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. J'estime avoir le droit de vous répondre comme je le fais. Au reste, dans combien de cas un deuxième examen est-il prescrit ?

Par ailleurs, dans notre pays, c'est la Haute Autorité de santé qui établit les recommandations. Vous êtes-vous émue de ce problème auprès de cette institution ? En réalité, si le deuxième examen est justifié médicalement, le médecin peut demander une prise en charge. En outre, lorsqu'une personne est dans l'incapacité de faire face à une dépense de santé, les caisses disposent d'un fonds d'action sociale. Cela aussi doit être dit !

Mme Martine Billard. Pourquoi êtes-vous agressif, monsieur le ministre ?

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. C'est l'opposition qui est agressive, nous le constatons régulièrement. Moi, je ne danse pas au bal de

l'hypocrisie comme ceux qui ont quitté cette salle. Je m'en expliquerai avec eux, où ils veulent et quand ils veulent.

En termes de communication, utiliser un *focus* fonctionne toujours très bien. Mais je ne peux vous laisser dire que les dépassements concernent 65 millions de Français. Il n'est pas bon de fonder une démonstration à partir d'un seul exemple.

J'ai personnellement fait le choix de l'assurance complémentaire de l'Assemblée nationale, mais vous savez bien qu'aucune mutuelle ne prend en charge 5 000 euros de dépassement d'honoraires. Je le sais pour avoir été assureur avant d'entrer dans un gouvernement, il y a huit ans. Et si, à une certaine époque, quelques mutuelles remboursaient très bien les dépassements, notamment pour les frais dentaires, elles ont depuis revu leur position. En tout cas, le montant des dépassements, qui va de 250 à 350 % du tarif de responsabilité, n'a rien à voir avec 5 000 euros. Et si des cas ne semblent pas normaux, il existe des voies de recours.

Enfin, si vous voulez que tous les Français aient accès à une complémentaire santé, je vous invite à voter l'élargissement de l'aide à la complémentaire santé que nous proposerons dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je comprends, et partage quelque peu, l'exaspération du ministre de la santé face à un pessimisme destructeur et sans rapport avec la réalité. Yves Bur, Gilles Carrez et moi-même, en visite en Allemagne, nous sommes entendu demander par la présidente SPD de la commission des affaires sociales du Bundestag si la France allait parvenir à maîtriser son système de santé, tant notre niveau de dépenses risque d'étouffer l'emploi.

En outre, les études montrent que la France est un pays d'immigration beaucoup plus attirant que les autres en raison de son système de santé, de ses remboursements et de ses prestations sociales. La plupart des pays étrangers nous envient, c'est pourquoi je trouve injuste cette schématisation pessimiste et caricaturale.

En matière de prévention, madame Poursinoff, les collectivités peuvent désormais signer des contrats locaux de santé – c'est d'ailleurs ce que j'ai fait pour le Pays de Vitry – qui leur donnent les outils pour mener des politiques efficaces, comme nous l'avons montré avec Valérie Boyer au sujet de l'obésité. Tout ne dépend pas de l'État : une mobilisation locale est également nécessaire.

S'agissant enfin voies de recours contre les dépassements, monsieur Heinrich, un travail de pédagogie reste à faire car, dans certains cas, on peut comprendre l'exaspération des malades.

Mme la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Vos remarques sur notre système de santé, monsieur le président, sont également pertinentes pour notre secteur médico-social. Pour avoir visité de nombreux pays étrangers dont on vante pourtant les politiques sociales en direction des personnes âgées, j'affirme que notre pays n'a pas à rougir de la façon dont il prend en charge cette catégorie de la population et du taux d'équipement et de rénovation de ses établissements médico-sociaux.

Alors que les 670 000 places qu'offre l'ensemble des structures collectives françaises devraient couvrir les besoins, madame Billard, je constate comme vous les difficultés rencontrées par de nombreuses personnes. Nous avons d'abord besoin d'une programmation. Si j'ai créé les agences régionales de santé et si je leur ai confié la charge du médico-social, c'est précisément parce que ce secteur voit fleurir des initiatives locales qui ne sont pas toujours coordonnées. En région parisienne, les files d'attente sont longues, mais ailleurs des directeurs généraux d'agences régionales de santé m'indiquent que le taux de remplissage de certaines maisons est inférieur à 50 %. Il est grand temps d'organiser la dépense publique !

En outre, la demande des publics accueillis est de plus en plus lourde. C'est pourquoi le plan de médicalisation des EHPAD se poursuit à un rythme soutenu : 80 000 places auront été médicalisées en 2011 et 83 000 autres le seront en 2012. Au total, l'ONDAM médico-social concernant les personnes âgées augmentera de 6,3 % en 2012. Nous allons injecter plus de 300 millions d'euros supplémentaires dans ce secteur, et la médicalisation des EHPAD représente 140 millions.

J'ai demandé aux agences régionales de santé de mettre l'accent sur les structures intermédiaires. Le maintien à domicile, plébiscité par nos concitoyens, n'est possible que si l'on dispose de certaines structures d'accueil temporaire dont on manque cruellement aujourd'hui. Nous ferons donc un effort particulier d'investissement.

Bref, malgré un nombre de places apparemment suffisant, il nous faut prendre de bonnes orientations en matière de programmation, de médicalisation, d'amélioration de la qualité, d'indicateurs de qualité, d'information des familles sur les prestations offertes par les établissements, et enfin de structures intermédiaires.

M. le président Pierre Méhaignerie. Mme Valérie Pécresse nous ayant rejoint, nous allons en venir à l'examen du rapport d'information sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

M. Denis Jacquat. Je souhaite intervenir au préalable sur une question d'ordre. L'incident auquel nous avons assisté tout à l'heure est inédit dans notre commission. Sans doute faut-il y voir un des premiers symptômes d'une nouvelle pathologie, l'hyperexcitabilité socialiste en période de primaires. Il est néanmoins

intolérable que nos collègues aient répandu ensuite le bruit que le ministre les avait agressés. Jean-Pierre Door et moi-même avons bien entendu démenti.

En outre, la meneuse de cette fronde est une députée qui vient d'arriver dans cette commission. Il serait opportun, je crois, que l'on rappelle aux nouveaux membres les règles qui prévalent ici : nous faisons de la politique sociale, pas de la politique politicienne.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Je suis revenue en commission pour présenter le rapport d'information sur la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et je trouve inadmissible l'intervention de Denis Jacquat. Peut-être sous l'effet de la fatigue, le ministre a tenu des propos qui excèdent ce que l'on peut dire dans une commission de l'Assemblée nationale. Nous ne sommes ni dans l'hémicycle ni dans un meeting de l'UMP, mais dans un lieu d'échanges et de discussions. Je souhaite un peu plus de respect mutuel.

M. le président Pierre Méhaignerie. Comme le ministre, je suis parfois exaspéré par la répétition de certaines caricatures. Chacun doit y mettre du sien.

II.- EXAMEN DES ARTICLES

La Commission a procédé à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de ses séances des mardi 18 octobre et mercredi 19 octobre 2011.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010

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

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

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

Comme chaque année, l'examen de l'exécution de l'exercice 2010 est éclairé par l'avis que la Cour des comptes doit présenter sur les tableaux d'équilibre, mais aussi par la mission de certification des comptes qui lui échoit également en vertu des dispositions organiques.

1. La cohérence des tableaux d'équilibre de l'exercice 2010

C'est la cinquième année que le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale « *comprend l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos présentés dans la partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale*

comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos » (article L.O. 132-3 du code des juridictions financières).

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

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

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

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

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

La Cour estime que les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2010 *« fournissent une image cohérente des résultats des régimes obligatoires de base, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse »*.

Année après année, l'examen des tableaux d'équilibre appelle toutefois de la part de la Cour le même type d'observations, qui sont au nombre de quatre.

La Cour considère d'abord que les indications sur la formation des résultats de l'exercice sont réduites, en raison de l'absence d'informations sur la composition des charges et, dans une moindre mesure, des produits dans les annexes à la loi de financement pour 2010 ou au projet de loi de financement pour 2012. Elle regrette qu'aucun document *« ne précise la nature, le niveau et l'évolution des charges, dont l'approbation est demandée au Parlement sous la forme d'un montant global »*.

Elle relève ensuite que les règles retenues pour établir les tableaux d'équilibre à partir des comptes de résultats des entités comprises dans leur périmètre ne sont qu'imparfaitement formalisées. Comme les années passées, elle conteste donc la contraction de certains produits et charges en vue de procurer une information de caractère plus « économique » que purement comptable sur l'évolution des comptes. Pour elle, soit il doit être mis fin à ces opérations de contraction, soit la logique « économique » doit être menée jusqu'à son terme, c'est-à-dire formalisée de manière exhaustive et cohérente.

Mais les tableaux d'équilibre du présent projet de loi de financement tiennent désormais compte de ces observations, selon une méthode exposée à l'annexe 4. Deux catégories de transferts entre les entités comprises dans le champ des tableaux d'équilibre n'étaient pas neutralisées et le sont désormais :

– les écritures relatives à la prise en charge des majorations pour enfants, entre les branches vieillesse et famille des régimes de base et du régime général ainsi que dans les produits et charges du FSV ;

– les écritures relatives à la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations maladie et famille des praticiens et auxiliaires médicaux au sein des branches maladie et famille ;

En revanche, les écritures correspondant aux prises en charge de cotisations par la branche famille au titre du complément mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) n'ont pas pu être consolidées faute de pouvoir identifier comptablement les flux concernés par attributaire.

Enfin, les provisions pour litiges sont désormais consolidées avec les postes comptables concernés (cotisations, CSG, impôts et taxes) au lieu d'être classées dans une rubrique de charges techniques.

La Cour estime par ailleurs que les tableaux d'équilibre intègrent des transferts non éliminés entre des entités de leur périmètre ainsi qu'une minoration de produits et de charges, qu'elle évalue respectivement à 5,2 milliards d'euros (compte non tenu de certains transferts dont le montant ne peut être évalué) et à 440 millions d'euros (pour l'ensemble des régimes obligatoires de base).

Enfin, elle souligne que les opinions exprimées par les auditeurs externes à l'occasion du contrôle des régimes obligatoires de base continuent de faire ressortir la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale, « *du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne* », les conduisant à refuser de certifier les comptes du Régime social des indépendants, de la Mutualité sociale agricole et du régime des mines.

2. La certification des comptes pour 2010

De même que pour la cohérence des tableaux d'équilibre, le dispositif mis en place par la loi organique en matière de certification des comptes s'applique pour la quatrième fois. La Cour des comptes a donc arrêté le 21 juin dernier son rapport de certification des comptes du régime général, en application du 3^o du VIII de l'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale et de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières : « *Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de*

chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos, établis conformément aux dispositions du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis au Parlement et au Gouvernement sitôt son arrêt par la Cour des comptes, et au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés. »

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

L'exercice 2010 est par ailleurs le troisième pour lequel l'ensemble des régimes et organismes ont désormais l'obligation légale, en vertu de l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, de faire certifier leurs comptes par un commissaire aux comptes, dont les rapports sont remis au plus tard le 1^{er} juin. La Cour dispose donc, pour tous les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, d'une somme de positions lui permettant d'avoir une vision complète et synthétique de la qualité des comptes sociaux, ce dont elle a tenu compte dans son avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre (*cf. supra*).

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

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

– la non-intégration du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dans le périmètre de combinaison de la branche vieillesse conduit à minorer le déficit de la branche vieillesse, qui, si lui était rattachée la quote-part du déficit du fonds, soit 3 milliards d'euros en 2010, serait ainsi porté à 13,8 milliards d'euros ;

– pour ce qui est du bilan des branches, le périmètre de combinaison persiste à ne pas intégrer les unions immobilières des organismes de sécurité sociale (UIOSS), qui construisent, gèrent et entretiennent des immeubles utilisés en commun par plusieurs organismes de base ;

– le dispositif de compensation de l'exonération des heures supplémentaires porte atteinte au principe de rattachement des produits à

l'exercice, car en cas d'insuffisance de cette compensation (« panier fiscal ») en droits constatés dans les comptes au 31 décembre, l'ACOSS et ses attributaires doivent enregistrer un produit à recevoir d'un même montant, tandis que l'État inscrit en contrepartie une charge à payer dans ses comptes, revenant à améliorer à due concurrence (un peu plus de 250 millions d'euros au 31 décembre 2010) les comptes des attributaires, notamment la branche vieillesse ;

– la comptabilisation des produits de cotisations et contributions des travailleurs indépendants n'est conforme ni aux principes comptables généraux, ni au plan comptable unique des organismes de sécurité sociale ;

– des problèmes demeurent en ce qui concerne les règles d'amortissement des immobilisations corporelles, sans que soient comptabilisées des provisions pour risques et charges.

Enfin, la Cour déplore que le calendrier selon lequel les états financiers doivent être arrêtés et transmis n'ait pas été respecté, en particulier s'agissant de la transmission des annexes aux comptes, dont elle relève incidemment la densité et la qualité hétérogènes.

• *L'activité de recouvrement et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale*

Comme pour les exercices 2008 et 2009, la Cour des comptes estime qu'elle est en mesure de certifier les comptes combinés du recouvrement et les comptes de l'ACOSS, moyennant toutefois neuf réserves.

La plupart de ces réserves étaient déjà formulées l'an passé :

– le contrôle interne et l'audit interne ne procurent qu'une assurance partielle sur la maîtrise des risques ayant une incidence sur les comptes, en particulier pour les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants suite à la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) mais aussi pour les cotisations affectées à la branche des accidents du travail et maladies professionnelles, pour les contrôles en matière de CSG et CRDS sur les revenus de remplacement et pour les droits que détiennent les régimes de sécurité sociale à l'égard de l'État au titre de la compensation des exonérations ciblées de cotisations par le budget de l'État ;

– le traitement comptable des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants et des impôts et taxes affectés recouverts par l'État n'est pas conforme au principe de la tenue de la comptabilité en droits constatés ;

– les provisions pour risques et charges apparaissent sous-évaluées de 150 millions d'euros, ce qui conduit à améliorer les résultats des attributaires, notamment la branche maladie ;

– les modalités d’estimation des provisions pour dépréciation de créances sur les cotisants comportent des faiblesses méthodologiques.

La Cour estime néanmoins que les améliorations dans l’auditabilité du processus d’établissement des comptes combinés et dans les enregistrements comptables lui permettent toutefois de lever partiellement deux des réserves émises sur les comptes de 2009.

Votre rapporteur relève enfin que la Cour des comptes, dont il n’est pas dans les habitudes de présenter de façon outrée les problèmes posés, se livre à un examen aussi impitoyable que méthodique des graves dysfonctionnements en matière de comptes cotisants des travailleurs indépendants, relevant qu’en 2010 « *des fonctions essentielles du recouvrement demeuraient non assurées* » et « *les processus d’affiliation des cotisants et d’appel des cotisations et contributions sociales sont demeurés affectés par des anomalies majeures* » – preuve, s’il en était besoin, que la certification des comptes ne constitue en rien un exercice purement abstrait et dépourvu de portée concrète.

• *Les branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles et la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*

Comme en 2008 et 2009, la Cour des comptes certifie les comptes de cette caisse nationale et de la branche maladie, moyennant un certain nombre de réserves, mais considère en revanche qu’elle ne peut le faire pour la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

Pour la *branche maladie*, la Cour identifie six réserves, en grande partie identiques à celles formulées à propos de l’exercice précédent :

– en matière de prestations en nature de soins de ville, la maîtrise du risque d’erreurs à incidence financière, de doubles paiements et d’insuffisante justification du bien-fondé de certains paiements ne paraît pas assuré ;

– en matière de prestations hospitalières, les versements d’allocations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) et les factures télétransmises souffrent de contrôles insuffisants des caisses primaires, tandis que les perspectives de recouvrement du reliquat des avances consenties en 2005 et 2006 lors du passage à la tarification à l’activité (T2A) sont incertaines ;

– dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées, les règlements sont affectés par des risques de double facturation ou de facturation à tort à la charge de l’assurance maladie ;

– le contrôle interne des mutuelles gestionnaires de prestations par délégation de l’assurance maladie laisse encore à désirer et la comptabilisation des flux de prestations provenant de ces mutuelles est affectée par des erreurs d’imputation comptable et par des écarts ou rejets d’un montant significatif ;

– les opérations comptabilisées par la branche maladie au titre des prises en charge pour la branche famille de cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux continuent de poser des problèmes de cohérence ;

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

La Cour des comptes refuse donc en revanche de certifier les comptes de la *branche AT-MP*, mettant en cause :

– les insuffisances cumulatives du contrôle interne dans la branche et dans l’activité de recouvrement, qui portent atteinte à l’exhaustivité et à l’exactitude des cotisations sociales affectées à cette branche ;

– les insuffisances du contrôle interne en matière de prestations en nature de soins de ville et de prestations hospitalières relevées à propos de la branche maladie ;

– la non-certification des comptes combinés de la MSA.

– les produits des cotisations ne sont pas certains, compte tenu des modalités de communication aux URSSAF des taux des cotisations de cette branche.

Pour ce qui est enfin de la *CNAMTS*, la réserve exprimée en 2008 et 2009 sur le traitement comptable des opérations relatives au service médical est levée. Malgré le refus de certifier ceux de la branche AT-MP, les comptes de la caisse nationale sont certifiés, dans la mesure où les cotisations ne constituent « *qu’une part réduite des produits figurant dans les comptes de la CNAMTS* » (soit 4,9 %).

• *La branche famille et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)*

Après un refus de certification en 2008, la Cour des comptes a, comme en 2009, certifié les comptes de la branche et de la caisse nationale.

Deux des réserves énoncées sur les comptes de 2009 sont levées, celle portant sur la méthode de calcul des charges à payer et provisions pour rappels de prestations ainsi que celle relative au montant des provisions pour dépréciation de créances d’indus.

Elle énonce cependant encore cinq réserves :

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

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

– certaines estimations comptables demeurent incertaines ;

– le processus d'établissement des comptes combinés n'offre pas encore toute la sécurité souhaitable, malgré une « *nette amélioration* » ;

– enfin, dans la mesure où, comme pour les branches maladie et accidents du travail, les commissaires aux comptes ont refusé de certifier les comptes combinés de la Mutualité sociale agricole (MSA) et où, en outre, les pratiques comptables divergent entre le régime général et le régime de la SNCF, la fiabilité des données reprises dans les comptes combinés ne peut être garantie.

• *La branche vieillesse et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)*

À la différence de 2008 et 2009, la Cour certifie les comptes 2010 de la branche et de la caisse nationale.

Elle relève en effet des « *avancées notables* » en matière d'assurances obtenues quant à la correcte ventilation des prestations légales dans les comptes, de réduction de la portée financière des erreurs dans la liquidation des pensions, de fiabilisation des données portées aux comptes de carrière et de meilleure maîtrise des risques de fraude interne pour les opérations de paiement.

Elle formule toutefois sept réserves :

– les assurances sur la correcte ventilation comptable et sur l'existence d'un chemin de révision des prestations légales ne sont que partielles ;

– des progrès restent à accomplir pour parvenir à une maîtrise complète des risques d'anomalies significatives dans le processus de liquidation des droits ;

– une incertitude demeure quant à l'exhaustivité et à l'exactitude du processus de report des salaires aux comptes individuels de carrière des assurés ;

– une partie des montants mis en paiement et comptabilisés demeurent incertains ;

– l'absence d'intégration de contrôles automatiques et bloquants dans les applications informatiques laisse subsister une incertitude sur la couverture des risques, notamment de fraudes internes, inhérents aux opérations de paiement aux assurés ;

– l'exhaustivité et l'exactitude du produit des cotisations d'AVPF comptabilisées par la CNAV sont affectées par les insuffisances du contrôle interne dans la branche famille (*cf. supra*) ;

– enfin, les difficultés précédemment constatées tenant au refus de certification des comptes de la MSA ont également une incidence sur la branche vieillesse.

3. L'analyse des données pour 2010

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

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

Le tableau ci-après rapproche les montants que le présent article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales (article 28 de la loi de financement pour 2010) ou révisées (article 4 de la loi de financement pour 2011). Afin d'assurer une lecture homogène des différentes lignes de ce tableau, les données initiales et rectifiées de la loi de financement pour 2010 et de la loi de financement pour 2011 ont été retraitées selon les nouvelles méthodes d'agrégation des comptes mettant en œuvre certaines des observations de la Cour des comptes (*cf. supra*).

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2010)			Prévisions révisées (LFSS 2011)			Réalisé (PLFSS 2012)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	163,3	177,8	– 14,5	165,1	177,1	– 11,9	165,2	176,5	– 11,4
Vieillesse	182,4	195,0	– 12,6	183,1	194,1	– 11,0	183,3	194,1	– 10,8
Famille	50,1	54,5	– 4,4	50,9	53,8	– 2,9	50,8	53,5	– 2,7
AT-MP	12,1	12,9	– 0,7	12,1	12,7	– 0,6	11,9	12,6	– 0,7
Total (*)	398,5	430,7	– 32,2	402,0	428,5	– 26,5	401,9	427,5	– 25,5

(*) Hors transferts entre branches

Sources : LFSS 2010, LFSS 2011 et PLFSS 2012.

Le résultat pour 2010 fait apparaître un déficit de 25,5 milliards d'euros, contre 21,7 milliards d'euros en 2009, 9,7 milliards d'euros en 2008, 9,1 milliards d'euros en 2007, 7,8 milliards d'euros en 2006 et 11,6 milliards d'euros en 2005, alors même que l'exécution se révèle finalement plus favorable que la prévision initiale et que la prévision révisée en loi de financement pour 2011, à hauteur respectivement de 6,7 milliards d'euros et 1 milliard d'euros.

Initialement évaluée à – 0,4 %, l'évolution de la masse salariale s'est finalement révélée positive (+ 2,0 %), ce qui se traduit mécaniquement par plus de 5 milliards d'euros de recettes supplémentaires. En outre, au lieu des 3 % prévus,

l'ONDAM en valeur a en fin de compte été réalisé à + 2,7 %, soit un gain de 400 millions d'euros. L'apport considérable de ces recettes supplémentaires et moindres dépenses (+ 5,5 milliards d'euros au total) n'est donc que peu affecté par une inflation légèrement supérieure aux prévisions, qui pèse à hauteur de 300 millions d'euros sur les dépenses.

La Cour des comptes précise que l'évolution par rapport aux prévisions de la loi de financement pour 2011 tient à la fois à des recettes plus dynamiques pour les branches vieillesse et maladie, à des charges moins élevées pour les branches maladie et famille et à des changements comptables portant sur l'estimation des produits à recevoir au titre des prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement et sur l'estimation des provisions pour litiges.

Cette « amélioration » ne doit cependant pas dissimuler le niveau « historique » du déficit que relève la Cour.

De ce fait, comme depuis 2005, les branches maladie et vieillesse continuent d'afficher un solde négatif (respectivement 11,4 et 10,8 milliards d'euros), que viennent accroître ceux de la branche famille (2,7 milliards d'euros) et de la branche AT-MP (700 millions d'euros).

Le rapport présenté le 22 septembre dernier à la Commission des comptes de la sécurité sociale permet de disposer de données sur les autres régimes que le régime général. Longtemps excédentaire, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), tout juste à l'équilibre en 2009, bascule dans le déficit en 2010 (- 491 millions d'euros). Le déficit de la branche vieillesse des exploitants agricoles continue quant à lui de dériver lentement (1,3 milliard d'euros), tandis que la branche maladie du RSI ne dégage plus d'excédent et que sa branche vieillesse demeure lourdement déficitaire (- 1,8 milliard d'euros).

Afin d'appréhender la dimension réelle de la situation des comptes sociaux, il convient d'ajouter au déficit des régimes obligatoires de sécurité sociale celui des organismes concourant à leur financement, à savoir désormais le seul FSV. À cet égard, le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale indique que le déficit de l'ensemble des régimes de base et du FSV a atteint 29,6 milliards d'euros en 2010, contre 24,9 milliards d'euros en 2009 et 11,2 milliards d'euros en 2008.

● *Le tableau d'équilibre du régime général*

Le 2^o du présent article porte approbation du tableau d'équilibre du seul régime général. Comme pour l'ensemble des régimes (*cf. supra*), le tableau ci-après rapproche les montants que le présent article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales (article 29 de la loi de financement pour 2010) ou révisées (article 4 de la loi de financement pour 2011) :

Tableau d'équilibre 2010 du régime général

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2010)			Prévisions révisées (LFSS 2011)			Réalisé (PLFSS 2012)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	140,1	154,6	- 14,5	141,3	153,4	- 12,1	141,8	153,4	- 11,6
Vieillesse	92,1	102,9	- 10,7	93,3	102,4	- 9,1	93,4	102,3	- 8,9
Famille	49,6	54,1	- 4,4	50,4	53,3	- 2,9	50,2	52,9	- 2,7
AT-MP	10,6	11,4	- 0,8	10,7	11,3	- 0,6	10,5	11,2	- 0,7
Total	283,7	314,2	- 30,5	287,3	312,1	- 24,8	287,5	311,5	- 23,9

(*) Hors transferts entre branches

Sources : LFSS 2010, LFSS 2011 et PLFSS 2012.

Le déficit a donc atteint 23,9 milliards d'euros, contre 11,6 milliards d'euros en 2005, 8,7 milliards d'euros en 2006, 9,5 milliards d'euros en 2007, 10,2 milliards d'euros en 2008 et 20,3 milliards d'euros en 2009. Compte tenu de la prépondérance du régime général, les causes de l'évolution qui vient d'être décrite pour l'ensemble des régimes sont évidemment en grande partie identiques, les prévisions de déficit ayant été fixées à 30,5 milliards d'euros en loi de financement pour 2010 puis révisées à 24,8 milliards d'euros en loi de financement pour 2011.

Par rapport à la prévision inscrite en loi de financement pour 2010, l'amélioration tient davantage aux recettes, qui se révèlent supérieures de 3,8 milliards d'euros aux prévisions, qu'aux dépenses, qui s'élèvent à 2,7 milliards d'euros de moins que prévu, en raison de charges moindres dans les branches maladie et famille.

Dans ces conditions, la variation de trésorerie de l'ACOSS (hors apurement de la dette de l'État et reprise de dette de la CADES) s'est élevée à - 25,4 milliards d'euros, contre - 16,9 milliards d'euros en 2005, - 11,4 milliards d'euros en 2006, - 12,5 milliards d'euros en 2007, - 7,2 milliards d'euros en 2008 et - 23,8 milliards d'euros en 2009 (ramenée à - 6,8 milliards d'euros en intégrant les 17 milliards d'euros de reprise de dette par la CADES).

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin dernier, la dégradation du solde hors reprise de dette a été supérieure au déficit comptable du régime général en 2010 (- 23,9 milliards d'euros). Cet écart de 1,5 milliard d'euros se justifie par la forte dégradation de la situation du FSV (- 4,5 milliards d'euros), qui n'est que partiellement corrigée par des crédits de compensation supérieurs au montant des exonérations (1,8 milliard d'euros) et par les incidences du décalage de l'enregistrement comptable de certaines dotations du régime général à des fonds (400 millions d'euros).

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

Le 3^o du présent article porte approbation du tableau d'équilibre du seul organisme qui a concouru en 2010 au financement des régimes obligatoires de base, à savoir le FSV.

Après un déficit de 2 milliards d'euros en 2005 et de 1,3 milliard d'euros en 2006, le solde du fonds est devenu positif en 2007 (151 millions d'euros) et en 2008 (813 millions d'euros). Sans précédent depuis 2000, cette amélioration a cependant été de courte durée, puisque le déficit du fonds a atteint 3,2 milliards d'euros en 2009 et 4,1 milliards d'euros en 2010.

Comme les comptes des régimes de base, ceux du FSV se révèlent légèrement moins défavorables aussi bien par rapport aux prévisions de l'article 30 de la loi de financement pour 2010 (- 4,5 milliards d'euros) qu'aux prévisions révisées par l'article 4 de la loi de financement pour 2011 (- 4,3 milliards d'euros).

Ses recettes, fortement dégradées en 2009 par l'affectation de 0,2 point de CSG à la CADES, ont de nouveau reculé en 2010 (- 2,1 %) : si le produit de la CSG, soit 95 % du total, a progressé de 2,1 % et celui de la contribution sur les avantages de retraite a quasiment triplé, la part de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) qui lui est affectée a chuté de 800 millions d'euros à 300 millions d'euros, en raison de l'augmentation du besoin de financement du RSI. La prise en charge par la branche famille des majorations pour enfants (3,6 milliards d'euros) permet toutefois aux produits bruts de progresser de 3,6 %.

Pour ce qui est des charges nettes, elles ont crû de 5,3 %, moins rapidement qu'en 2009 (+ 8,2 %) mais à un rythme supérieur à celui des recettes. Les prises en charge de cotisations au titre du chômage demeurent dominantes : après 430 000 chômeurs supplémentaires (en moyenne annuelle) en 2009, 190 000 chômeurs sont venus s'ajouter en 2010. Autre facteur important d'alourdissement des dépenses : la prise en charge des cotisations vieillesse au titre des périodes de maladie et d'accidents du travail pour les régimes alignés. De même, les prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse progressent de 3,9 % : malgré un effectif tendanciellement en baisse, c'est la revalorisation de la prestation qui explique cette tendance à la hausse.

• *L'objectif national de dépenses d'assurance maladie*

Le 4^o du présent article porte approbation du montant des dépenses constatées en 2010 entrant dans le champ de l'ONDAM. Ce montant s'élève à 161,8 milliards d'euros, pour un objectif fixé à 162,4 milliards d'euros par l'article 64 de la loi de financement pour 2010 et maintenu à ce montant par l'article 8 de la loi de financement pour 2011.

Cette exécution inférieure de 640 millions d'euros au montant initialement voté confirme la tendance des trois derniers exercices : dépassé de 2,1 % en 2007, 0,6 % en 2008 et de 0,3 % en 2009, l'ONDAM, pour la première fois depuis 1997, est donc respecté. L'augmentation globale s'établit à 2,3 % (contre 3,3 % en 2009, 3,5 % en 2008 et 4,2 % en 2007).

La ventilation de ces 650 millions d'euros est la suivante : 430 millions d'euros en soins de ville, notamment grâce à une épidémie de grippe de moindre ampleur que prévu, 150 millions d'euros en établissements, traduisant un ralentissement transitoire de la consommation de soins, et 100 millions d'euros au titre des dotations pour personnes âgées.

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

Le 5^o du présent article porte approbation du montant de la dotation au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) au titre de 2010, dernier exercice de son fonctionnement avant la mise en œuvre de la réforme sur les retraites, soit 2,3 milliards d'euros, contre 1,8 milliard d'euros en 2007 et en 2008 et 1,5 milliard d'euros en 2009. Le montant reste proche de celui révisé par l'article 5 de la loi de financement pour 2011 (2,4 milliards d'euros). En revanche, il se révèle très supérieur à celui initialement fixé par l'article 31 de la loi de financement pour 2010 (1,5 milliard d'euros).

En effet, le FRR a bénéficié d'un important versement (874 millions d'euros) au titre des licences de téléphonie mobile de la troisième génération (UMTS), auquel s'ajoute, de façon nettement plus marginale (10 millions d'euros), le produit de la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieure à 2 300 euros au plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO).

Par ailleurs, en l'absence de reversement d'excédents de la CNAV et du FSV, mais aussi de fraction du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), la recette principale du FRR demeure la part (65 %) réservée au fonds au titre du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital. En raison de la crise économique, cette recette, très dynamique au cours des précédents exercices (+ 21 % en 2006, + 15,3 % en 2007, + 1,7 % en 2008) avait fortement baissé en 2009 (- 21,8 %) et ne s'est pas redressée en 2010 (- 2 %).

Enfin, le résultat financier a poursuivi son redressement, passant de - 2,6 milliards d'euros en 2008 à - 78 millions d'euros en 2009 et à + 662 millions d'euros en 2010. L'arrivée à échéance de plusieurs mandats de gestion passés en 2006-2007 a entraîné pour des raisons techniques et d'opportunité la liquidation d'une partie des valeurs de ces portefeuilles. Après deux années déficitaires, ces cessions ont entraîné la réalisation de plus-values pour un montant net de 800 millions d'euros. Les revenus tirés en 2010 des valeurs mobilières (dividendes, coupons) se sont également montés à 800 millions d'euros. La valeur

des contrats qui permettent au FRR de couvrir systématiquement 90 % de son portefeuille libellé en devises contre le risque de dépréciation a connu quant à elle une baisse de 800 millions d'euros, en raison de la dépréciation de l'euro face aux devises étrangères. Cette perte est cependant contrebalancée par l'appréciation générale des actifs du FRR libellés en devises qui augmente les plus-values sur les cessions de valeurs mobilières. Enfin, les instruments financiers à terme, qui permettent au fonds de disposer de la souplesse nécessaire à la gestion de court terme de ses actifs au travers de l'ajustement rapide des parts respectives des grandes catégories d'actifs (actions, obligations), ont enregistré une perte de 100 millions d'euros.

La performance globale du fonds, qui était de + 8,8 % fin 2007 mais de + 0,3 % fin 2008, s'est quelque peu améliorée pour atteindre + 2,8 % fin 2009 et + 3,0 % fin 2010.

• *La dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale*

Le 6^o du présent article porte approbation du montant de la dette amortie par la CADES en 2010 : 5,1 milliards d'euros, contre 2,6 milliards d'euros en 2005, 2,8 milliards d'euros en 2006, 2,6 milliards d'euros en 2007, 2,9 milliards d'euros en 2008 et 5,3 milliards d'euros en 2009. Ce montant est très légèrement supérieur à celui fixé par l'article 31 de la loi de financement pour 2010 (5,0 milliards d'euros) mais identique à celui révisé par l'article 5 de la loi de financement pour 2011.

Il correspond au principal de la dette sociale remboursé par la CADES en 2010, lui-même égal au résultat brut d'exploitation.

En recettes, le produit annuel des contributions pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et de 0,2 point de CSG – respectivement plus de 5,9 milliards d'euros et 2,2 milliards d'euros, pour un total de près de 8,2 milliards d'euros – est quasiment resté stable. Déduction faite du produit net bancaire, c'est-à-dire de la charge nette des intérêts (3,1 milliards d'euros), c'est donc bien un montant de 5,1 milliards d'euros qui a pu être amorti en 2008.

Au 31 décembre 2010, le montant de la dette reprise par la CADES s'élevait à 134,6 milliards d'euros. La situation nette négative – c'est-à-dire le montant de la dette restant à amortir – est donc passée de 91,8 milliards d'euros fin 2009 à 86,7 milliards d'euros fin 2010.

Après une année 2009 marquée par le plus important programme de financement depuis la création de la CADES, l'année 2010 n'a pas comporté de reprise de dette.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes souligne que durant les cinq dernières années, le coût de financement de la CADES s'est révélé comparable à celui de l'État. Cela tient

notamment à ce qu'à la différence de l'Agence France Trésor, elle émet en différentes devises (30 % de la dette est ainsi émise en dollars américains), arbitre régulièrement entre taux fixe et taux révisable (la part à taux fixe s'élevant, fin 2010, à 76 %) et négocie des produits de taux.

L'écart sur les émissions de long terme en euros, qui s'est accru avec la crise financière, passant de 11,4 points de base en 2005 à 42,8 points de base en 2009, est compensé par les arbitrages que la CADES a pu effectuer sur son endettement à moyen terme en devises. Au total, *« le pilotage de la dette par la CADES aboutit sur 2005-2010 à un coût de financement similaire (à + 2 points de base près) à celui qu'aurait obtenu l'État, toutes choses égales par ailleurs »*, étant précisé que *« ce résultat est essentiellement lié aux choix relatifs à l'endettement à taux révisable et à l'arbitrage performance/risque qu'ils supposent »*.

La Cour observe par ailleurs que la CADES a bénéficié de taux d'intérêt extrêmement bas : si le taux de financement global s'établissait à 3,56 % fin 2010 contre 3,30 % fin 2009 (avec même un point bas à 3,11 % en cours d'année), c'est non pas en raison d'une hausse des taux, mais d'un refinancement à moyen et long termes des emprunts à court terme contractés pour assurer la première phase de la reprise de dette à opérer durant l'année 2009, alors même qu'arrivaient à échéance des emprunts contractés à des taux beaucoup plus élevés.

*

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

Article 2

Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2010

En vertu du 3^o du A du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale *« approuve le rapport mentionné au II de l'article L.O. 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre »*.

Le II de l'article L.O. 111-4 dispose, en effet, que *« le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos »*. Ce rapport présente les mesures relatives à l'affectation des excédents ou à la couverture des

déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er}, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010. Il convient de préciser qu'il ne porte que sur un seul exercice, et non sur les excédents ou déficits cumulés de plusieurs exercices.

L'article 2 de la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale en a étendu le champ, prévoyant qu'à compter de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, « *ce rapport présente également un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit.* »

Le rapport, qui constitue l'annexe A au présent projet de loi de financement, intègre pour la première fois cette innovation récente. Comme c'est le cas depuis 2005, il est divisé en deux parties, mais avec cette année une structuration différente, au demeurant inverse de l'ordre établi par les dispositions organiques et par la rédaction de l'article 2 du présent projet de loi de financement :

– une première partie consacrée à la « situation patrimoniale de la sécurité sociale » au 31 décembre 2010 ;

– une seconde partie regroupe les deux anciennes parties consacrées respectivement au régime général et aux organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale (à savoir désormais le seul FSV) et, pour la première fois depuis 2005, évoque également les résultats des autres régimes de base.

1. La présentation de la situation patrimoniale de la sécurité sociale

Le rapport reprend le tableau figurant au tome I du rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale le 22 septembre dernier, assorti d'importantes considérations de méthode (*cf.* encadré ci-après).

Selon les explications fournies par le rapport présenté à la Commission des comptes et reprises dans l'annexe 9 au présent projet de loi, le tableau « *correspond à une consolidation comptable des bilans* » des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit. « *Il fait ainsi apparaître le montant consolidé des déficits cumulés des régimes de base au 31 décembre, traduits dans les capitaux propres, et l'endettement financier net, déterminé par différence entre les passifs financiers, principalement portés par la CADES et l'ACOSS, et les actifs financiers constitués de titres de placements et de disponibilités, détenus essentiellement par le FRR.* » Il permet en outre une comparaison entre la situation au 31 décembre 2009 et celle au 31 décembre 2010.

Comme pour les tableaux d'équilibre du dernier exercice clos présentés à l'article 1^{er} (*cf. supra*), la Cour des comptes, en vertu du 2° du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, est chargée de produire un avis sur la cohérence de ce tableau. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2011, elle se prête pour la première fois à l'exercice.

La Cour relève tout d'abord que l'instauration de ce document lui a permis de lever la réserve relative au traitement de la CADES dans le bilan de l'État qu'elle avait exprimée dans le cadre de la certification des comptes de l'État. Elle précise ensuite sa méthode de travail, consistant à apprécier « *la présentation de la situation patrimoniale des entités relevant du domaine des lois de financement de la sécurité sociale donnée par le tableau patrimonial, la pertinence des règles établies pour établir ce document, par sondage l'intégration des données comptables de son périmètre et la correcte élimination des soldes réciproques entre ces entités ainsi que, de manière générale, la qualité de l'information procurée au Parlement* ».

Elle prend en outre en compte dans son appréciation « *les opinions exprimées par les auditeurs externes des comptes des régimes et organismes relevant du domaine des lois de financement de la sécurité sociale (Cour des comptes pour les établissements publics nationaux, les branches et l'activité de recouvrement du régime général et commissaires aux comptes pour les autres régimes et organismes nationaux)* ».

À l'issue de ces vérifications, elle estime que le tableau patrimonial « *fournit une image cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale* », moyennant trois réserves :

– la mention de leur seule valeur nette et le regroupement à une même rubrique des créances et des produits à recevoir des prélèvements sociaux affectent la qualité de l'information relative aux actifs ;

– la grande diversité des pratiques comptables des entités du périmètre du tableau et le manque d'informations disponibles sur certains éléments affectent l'exhaustivité de l'imputation des actifs et passifs circulants ainsi que la correcte et exhaustive élimination des soldes réciproques entre entités ;

– comme en matière de certification, la qualité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau et relevant d'auditeurs externes est perfectible, du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne.

Éclairages méthodologiques

L'élaboration du tableau patrimonial repose sur la consolidation des bilans des organismes compris dans son périmètre, après neutralisation des soldes réciproques au titre des relations financières entre ces organismes. Ces bilans sont établis en droits constatés, conformément au plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (1).

Pour des raisons techniques, les données utilisées pour l'établissement du tableau patrimonial ici présenté ne recouvrent pas l'exhaustivité des régimes obligatoires de base de sécurité sociale qui figurent dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour en application de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale. D'une part, cinq régimes n'ont pas de bilan, le principal étant le régime des agents de l'État qui ne donne pas lieu à l'établissement d'un bilan séparé de celui de l'État (2). D'autre part, ont été exclus les régimes dont le total du bilan est inférieur à 200 millions d'euros, à la condition qu'ils ne soient pas autorisés par la loi de financement à recourir à des ressources non permanentes. Cette dernière exclusion a un impact négligeable (0,1 % du total bilanciel). Par ailleurs, l'ACOSS est intégrée dans le périmètre du tableau patrimonial afin que ce dernier retrace l'endettement du régime général dont l'agence centrale assure la gestion.

Ces considérations de périmètre expliquent les écarts, d'un montant très limité (au maximum 0,1 milliard d'euros), constatés entre le solde du tableau d'équilibre des régimes de base du dernier exercice présenté en loi de financement et le résultat des régimes de base qui figure dans les capitaux propres du tableau patrimonial.

Par ailleurs, les retraitements de consolidation effectués pour neutraliser les soldes réciproques entre organismes portent à titre principal sur :

– les opérations effectuées dans le cadre de la mutualisation des trésoreries sociales (billets de trésorerie ACOSS souscrits par la CADES) et les comptes courants des branches du régime général ouverts dans les livres de l'ACOSS ;

– les créances et dettes de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale au titre des opérations de recouvrement de l'ACOSS (celles-ci figurant à la fois dans les comptes de l'ACOSS et dans ceux des organismes attributaires de ces recettes) ;

– les créances et dettes au titre des compensations inter-régimes et des mécanismes d'intégration ou d'adossement financiers ;

– les créances et dettes au titre des relations entre la CNAMTS et les régimes d'assurance maladie, entre le FSV et les régimes d'assurance vieillesse et entre la CNAF et les régimes délégataires de la gestion des prestations familiales.

Enfin, par rapport à la présentation habituelle des bilans calquée sur la nomenclature comptable, la présentation du tableau patrimonial a été adaptée pour en faciliter la lecture. Ainsi, l'ensemble des actifs financiers dont la réalisation pourrait permettre de réduire l'endettement des régimes ont été regroupés dans une rubrique unique placée en regard des passifs financiers, distincte des autres actifs financiers non liquides (prêts, avances à moyen ou long terme). Certaines rubriques de l'actif et du passif circulants ont en outre fait l'objet d'un regroupement ou d'une modification de leur intitulé.

(1) *Compte tenu de son activité, la CADES applique le plan comptable des établissements de crédit.*

(2) *Les autres régimes n'établissant pas de bilan, de petite taille, sont les suivants : régime de retraite des ministres des cultes d'Alsace-Moselle, ex-SEITA, régime d'assurance vieillesse du personnel du Port autonome de Bordeaux, régime d'assurance vieillesse du personnel du Port autonome de Strasbourg.*

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2011)

Enfin, elle « appelle l'attention du lecteur du tableau patrimonial » sur les trois points suivants :

– le tableau ne retrace pas l’impact des 130 milliards d’euros de transferts de déficits à la CADES en application de la loi de financement pour 2011 mais intègre les dettes contractées par l’ACOSS afin de financer les déficits des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV relatifs aux exercices 2009 et 2010 qui n’ont été transférés à la CADES qu’au cours de l’année 2011 ;

– les dettes comptabilisées par le FRR à l’égard de la CADES au titre du versement annuel de 2,1 milliards d’euros par le FRR à la CADES entre 2011 et 2024 également prévu par la loi de financement pour 2011 ont été neutralisées en raison de l’absence de comptabilisation par la CADES de créances sur le FRR ;

– le montant des valeurs mobilières de placement détenues par le FRR incorpore des plus-values latentes au regard de leur valeur d’acquisition, car le FRR valorise les actifs financiers qu’il détient à leur valeur de marché.

À l’appui de ce tableau patrimonial, l’annexe A, quant à elle, reprend mot pour mot la brève description donnée par le rapport à la Commission des comptes susmentionné et renvoie, pour le reste, à l’annexe 9 au présent projet de loi. Sans surprise, tant le « passif net » (87,1 milliards d’euros) que l’« endettement financier » (146,8 milliards d’euros) des régimes de base considérés a augmenté en 2010, sous l’effet des déficits enregistrés au titre de cet exercice. La Cour, pour sa part, préfère calculer un « passif financier net » correspondant à la différence entre le passif financier et l’actif financier : s’élevant au 31 décembre 2010 à 96,1 milliards d’euros, il s’est également accru de près de 20 milliards d’euros durant l’exercice.

2. La description des mesures prévues pour la couverture des déficits constatés

En 2010, le déficit du *régime général*, soit 23,9 milliards d’euros, n’a pas fait l’objet, de même que celui pour 2009 mais à la différence de celui pour 2008, d’une reprise par la CADES. Fort logiquement, l’argumentation est exactement la même que celle présentée dans l’annexe A à la loi de financement pour 2011 : *« pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il a été décidé dans le cadre exceptionnel de l’année 2010 de ne pas procéder sur cette année à des reprises de dette »*.

Le besoin de trésorerie a donc été porté par l’ACOSS, dans la limite des 65 milliards d’euros de plafond de recours aux ressources non permanentes fixé par l’article 33 de la loi de financement pour 2010. Le commentaire rappelle l’appui apporté à cette fin à l’ACOSS par l’Agence France Trésor et les dispositions prises par la loi organique de novembre 2011 et par la loi de financement pour 2011 pour organiser le transfert de ces déficits cumulés à la CADES, affectataire des ressources requises.

Fin 2010, le solde négatif du compte de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations a atteint 49,5 milliards d'euros, pour un point bas de 49,7 milliards d'euros le 15 décembre. Le point haut, au 8 février, a également été négatif, à hauteur de 14,6 milliards d'euros. La variation de trésorerie par rapport à fin 2009 a donc été de - 25,4 milliards d'euros, traduisant l'incidence des déficits du régime général et du FSV. Pendant l'année 2009, le montant moyen quotidien de recours à l'emprunt s'est élevé à 33,3 milliards d'euros, contre 12,2 milliards d'euros l'année précédente. Malgré le faible niveau des taux d'intérêt à court terme, le résultat financier de l'ACOSS s'est donc dégradé, passant de - 96 millions d'euros en 2009 à - 325 millions d'euros en 2010.

Pour faire face à ces besoins sans précédent, l'ACOSS a fait appel, comme de coutume, à la Caisse des dépôts et consignations, dont les concours ont couvert 60 % des besoins de trésorerie en 2010, par le biais d'un prêt de 15 milliards d'euros, dont l'échéance, initialement fixée au 5 janvier 2011, a finalement été reportée de quelques mois au fur et à mesure des reprises de dette par la CADES. Le coût moyen des avances conventionnelles de la Caisse des dépôts est resté stable, à Eonia ⁽¹⁾ + 16,7 points.

Mais l'ACOSS a par ailleurs fortement accru son encours moyen de billets de trésorerie, qui est passé de 3,8 milliards d'euros à 11 milliards d'euros, avec un maximum de 24 milliards d'euros fin 2010. En outre, l'ACOSS continué de placer des billets de trésorerie auprès d'acteurs publics, notamment l'Agence France Trésor (AFT), qui réalise des opérations ponctuelles d'achat pour faire face aux points les plus bas du profil de trésorerie. Le taux moyen 2010 pour les billets de trésorerie à taux fixe est demeuré très bas, à 0,465 % (soit Eonia + 6 points de base), tandis que le coût des billets à taux variable s'est élevé en moyenne à Eonia + 3,4 points de base.

Enfin, différents intervenants de la sphère sociale qui enregistrent des excédents de trésorerie durables ou ponctuels (CNSA, régimes complémentaires du RSI, compte d'emploi de la C3S) acquièrent eux aussi des billets de trésorerie de l'ACOSS dans le cadre des efforts de mutualisation des trésoreries sociales. La loi de financement pour 2009 a en outre ouvert la possibilité à certains d'entre eux de réaliser des dépôts de trésorerie auprès de l'ACOSS, contre rémunération. En 2010, ces « trésoreries sociales » ont atteint 8 % du volume total des financements de l'ACOSS, contre 4 % en 2009.

Pour ce qui est des *autres régimes de base*, l'annexe A indique que la plupart d'entre eux « *présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre* » : régimes intégrés au régime général, notamment les régimes agricoles (hormis la branche vieillesse des exploitants agricoles) ; régimes équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, mines, marins) ; régimes d'employeurs

(1) Le taux Eonia est la moyenne pondérée des taux effectivement traités sur le marché monétaire interbancaire de l'euro dans la journée par un large échantillon de grandes banques.

équilibrés par ces derniers, à commencer par l'État ; RSI (équilibré à due concurrence par une fraction du produit de la C3S).

La branche vieillesse du régime des exploitants agricoles a de nouveau été déficitaire en 2010 (- 1,3 milliard d'euros), mais le déficit cumulé, qui fait l'objet d'un financement bancaire, est resté dans la limite du plafond fixé en loi de financement pour 2010, soit 3,5 milliards d'euros. En revanche, le déficit de la CNRACL (près de 500 millions d'euros) a été « *pour l'essentiel autofinancé* », dans la mesure où les excédents des exercices antérieurs avaient permis à la caisse de constituer des réserves.

Les quelques régimes excédentaires mentionnés par l'annexe A – branche maladie du régime de la SNCF, Caisse nationale des industries électriques et gazières, Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales – ont traité ces excédents en report à nouveau.

Enfin, la *FSV*, comme en 2009, accuse un lourd déficit, soit 4,1 milliards d'euros, inscrit au bilan en fonds de roulement négatif. Son déficit cumulé avait été repris par la CADES courant 2009, mais comme il n'a pas le droit d'emprunter, les déficits survenus ensuite ont généré une dette de la CNAV au titre de la prise en charge des cotisations de chômage, qui a entraîné une augmentation des besoins de trésorerie de l'ACOSS. La loi de financement pour 2011 a cependant organisé le transfert à la CADES des déficits cumulés de 2009 et 2010.

*

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

Mme Marisol Touraine. Cet amendement vise à préciser le choix fait par le Gouvernement de laisser filer la dette sociale en autorisant un découvert important auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et en engageant un programme d'émission de billets de trésorerie par la Caisse des dépôts et consignations à hauteur de 61 milliards d'euros pour 2010. Cela dit, nous débattons des plafonds définis pour l'ACOSS en séance publique.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. La Caisse des dépôts et consignations n'a pas émis 61 milliards d'euros de billets de trésorerie en 2010.

La Commission rejette l'amendement AS 222.

Elle adopte l'article 2 sans modification, puis la première partie du projet de loi sans modification.

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2011

Section 1

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

Article 3

(art. L. 134-3 et L. 134-5 du code de la sécurité sociale)

Plafonnement de la compensation bilatérale maladie

Le présent article a pour objet de modifier les conditions dans lesquelles interviennent les compensations bilatérales entre régimes d'assurance maladie afin de rationaliser ces flux de transferts financiers.

1. Des mécanismes de solidarité financière

Depuis la fin des années 1950, plusieurs compensations, principalement avec le régime général, ont été instaurées afin de faire jouer une solidarité financière entre régimes. La loi du 2 décembre 1974 a tenté de les unifier et de les organiser, mais les compensations bilatérales ont été maintenues pour l'assurance maladie, tandis que la généralisation a seulement permis d'inclure le régime général dans l'ensemble et d'étendre le champ aux régimes de non-salariés.

Trois types de compensations proprement dites, auxquelles les intégrations financières de régimes dans les comptes de la CNAMTS peuvent en outre être assimilées, sont successivement apparus et doivent donc aujourd'hui être distingués.

Il s'agit d'abord des *compensations bilatérales* (articles L. 134-3 à L. 134-5-1 du code de la sécurité sociale) : portant sur les charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature, elles ont été établies depuis le début des années 1970 entre le régime général, d'une part, et des régimes spéciaux de salariés, d'autre part (SNCF, RATP, militaires, mines, gens de mer, Banque de France et clercs de notaire). Le calcul de la compensation s'effectue en appliquant à chacun des régimes concernés les règles du régime général en matière de cotisations et de prestations : si cette simulation fait apparaître un déficit, le régime général la compense ; dans le cas contraire, c'est le régime spécial qui effectue un versement au profit du régime général. Ce mécanisme correspond donc à une logique d'intégration financière partielle des régimes spéciaux concernés dans le régime général. Il ne vaut plus aujourd'hui que pour quatre régimes : le décret n° 2007-406 du 23 mars 2007 a supprimé la compensation avec la Banque de France, suite à l'affiliation au régime général des agents titulaires et pensionnés du régime pour les prestations en nature ; l'article 30 de la loi de

financement pour 2011 a supprimé la compensation avec le régime de la marine marchande, suite à l'intégration au régime général de la branche maladie de ce régime.

Il s'agit ensuite de la *compensation démographique généralisée* créée par la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires (articles L. 134-1 et L. 134-2 du code de la sécurité sociale), entre les régimes obligatoires de base comportant un effectif minimum (fixé par l'article D. 134-9 du même code à 20 000 actifs cotisants et retraités titulaires de droits propres âgés d'au moins 65 ans), pour les charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature et de l'assurance vieillesse au titre des droits propres. L'article 30 de la loi de financement pour 2011 a toutefois procédé à la suppression de cette compensation pour la branche maladie, celle du principal bénéficiaire, à savoir le régime des non-salariés agricoles, ayant fait l'objet d'une intégration financière au régime général.

Il s'agit enfin de la *surcompensation entre les régimes spéciaux*, au titre des pensions de vieillesse, créée par la loi de finances pour 1986 afin de faire porter les déséquilibres de certains régimes sur ceux bénéficiant d'une démographie plus favorable.

Ainsi que l'indique le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier, tous types de compensation confondus, les flux financiers au titre de l'exercice 2011 atteindraient 9,6 milliards d'euros : 1,7 milliard d'euros pour les compensations bilatérales, 7,5 milliards d'euros pour la compensation généralisée vieillesse et 400 millions d'euros pour la surcompensation. Si ces montants sont en baisse continue depuis 2008, leur part dans les recettes des deux branches concernées n'en demeure pas moins significative (2,6 %).

La diminution constatée tient à plusieurs facteurs :

– la dégradation de la conjoncture, qui exerce une incidence sur les principaux paramètres de la compensation (nombre de cotisants et masse salariale) ;

– la compensation démographique vieillesse enregistre les incidences de la participation du FSV au financement de la majoration du minimum contributif décidée par l'article 109 de la loi de financement pour 2011 : la pension de référence au titre de la compensation diminue, puisqu'en sont déduites les prestations prises en charge par le FSV ;

– la création du statut de l'auto-entrepreneur, réduisant les recettes de compensation du RSI, qui enregistre en effet par ce biais l'inscription de nouveaux ressortissants.

Le tableau ci-après retrace l'évolution de la compensation bilatérale maladie en 2009 et 2010 ainsi que les prévisions pour 2011 et 2012.

Compensation bilatérale maladie (2009-2012)

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012
Régime général	1 781,1	1 722,1	1 630,7	1 608,1
Mines	- 1 063,3	- 1 033,2	- 1 040,2	- 1 038,0
SNCF	- 695,0	- 675,9	- 676,5	- 670,3
RATP	36,1	39,5	45,5	58,4
Marine	- 106,0	- 94,4	-	-
Clercs de notaires	47,2	41,9	40,5	41,9
Flux totaux	1 864,3	1 803,5	1 716,7	1 708,3

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2011).

La diminution lente et régulière des flux de compensation bilatérale tient à plusieurs facteurs :

- la suppression de la compensation bénéficiant au régime de la marine marchande à compter de 2011 ;
- le ralentissement de la masse salariale de la SNCF, consécutif à de nouvelles modalités de calcul appliquées par le régime en question ;
- l'augmentation soutenue de la masse salariale de la RATP ;
- la révision du mode de calcul du taux de cotisation des retraités de moins de 60 ans à la caisse des clercs et employés de notaires.

2. Un fonctionnement critiquable

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2010, la Cour des comptes déplore que le calcul des transferts méconnaisse les règles applicables : *« pour leur détermination, en effet, ce n'est pas la CSG réellement perçue par les régimes qui est prise en compte dans les ressources, mais le montant de la cotisation salariale que les régimes auraient perçue si la CSG n'avait pas été instaurée. Cette façon de procéder, d'ailleurs non conforme aux dispositions réglementaires, conduit à minorer, pour le calcul du montant de compensation bilatérale, les ressources réelles des régimes et fait ainsi supporter à la CNAMTS une charge injustifiée dont le montant s'élève, pour l'année 2008, à 471 millions d'euros. »*

De façon plus générale, la Cour concluait que *« l'existence de ces nombreux transferts entre régimes d'assurance maladie, régis par des règles très diverses, est de nature à réduire la signification des comptes de chacun des régimes. Seul le résultat consolidé des différents régimes d'assurance maladie conserve en réalité un sens. »*

Les bénéficiaires du mécanisme de compensation bilatérale sont aujourd'hui le régime des mines et celui de la SNCF. Or, si la branche maladie, maternité, congé de paternité et décès du régime des mines, mis en extinction depuis le 1^{er} septembre 2010, enregistre des déficits croissants, la branche maladie, maternité et décès (prestations en nature) du régime spécial de la SNCF se révèle fortement excédentaire depuis 2010.

Régime des mines - Branche maladie (2009-2012)

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012
Prestations nettes	1 344,0	1 295,9	1 313,6	1 305,7
Autres charges	84,8	76,6	75,6	73,9
Total charges nettes	1 428,8	1 372,5	1 389,3	1 379,7
Cotisations et ITAF	258,2	265,4	265,7	267,0
Transferts nets	1 110,9	1 057,2	1 045,4	1 054,0
Autres produits	23,3	17,9	12,3	12,3
Total produits nets	1 392,4	1 340,5	1 323,4	1 333,3
Résultat net	- 36,4	- 32,0	- 65,9	- 46,4

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2011).

Pour ce qui est de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, les prestations sont tributaires de deux évolutions ayant des incidences contradictoires : la diminution tendancielle du nombre de ressortissants du régime, soit - 5,6 % en moyenne annuelle entre 2008 et 2012, d'une part, le vieillissement de la population, qui tend à accroître les dépenses de santé, d'autre part. L'évolution des charges est donc irrégulière, d'autant que le régime a bénéficié à partir de 2010 de la réévaluation à la hausse de sa part dans la répartition inter-régimes des dépenses hospitalières. Pour ce qui est des recettes, la part des cotisations et impôts et taxes affectés n'atteint qu'environ 20 % : les transferts reçus au titre de la compensation bilatérale sont donc essentiels.

Régime spécial de la SNCF - Branche maladie (2009-2012)

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012
Prestations nettes	1 822,5	1 827,4	1 839,6	1 852,3
Autres charges	51,6	60,4	65,1	64,6
Total charges nettes	1 874,1	1 888,1	1 904,7	1 916,9
Cotisations et ITAF	1 236,0	1 268,7	1 279,0	1 300,0
Transferts	646,1	766,3	675,0	689,5
Autres produits	6,8	26,4	25,0	31,7
Total produits nets	1 888,9	2 061,4	1 979,0	2 021,2
Résultat net	14,8	173,3	74,3	104,3

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2011).

Pour ce qui est de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF, l'évolution relativement modérée des prestations s'explique par la baisse tendancielle des effectifs bénéficiaires. En recettes, les cotisations et la CSG dépassent la moitié de l'ensemble des produits, contre un tiers pour la compensation bilatérale. Le solde positif a atteint un peu plus de 9 % de montant des charges nettes en 2010 ; ce ratio, en diminution en 2011, devait néanmoins encore s'élever à 5,4 % en 2012.

3. Un plafonnement de la compensation bilatérale

Il n'est pas normal que la compensation bilatérale assurée par des régimes déficitaires et garantissant un tiers des produits d'un régime spécial ait pour effet de rendre ledit régime excédentaire. Le présent article s'attache donc à introduire un mécanisme de plafonnement des transferts nets, permettant d'éviter qu'un régime déficitaire ne contribue plus que nécessaire à l'équilibre d'un autre régime.

Dans son évaluation préalable (annexe 10), le Gouvernement reconnaît que les observations susmentionnées de la Cour des comptes auraient pu être mises en œuvre au travers de la prise en compte de la CSG réellement perçue par les régimes plutôt que de la CSG recalculée par construction statistique. Ce choix, qui aurait en outre rapproché l'application actuelle du mécanisme de compensation de l'esprit d'un système d'intégration financière, a toutefois été écarté, car il aurait eu pour effet de mettre en cause de façon à la fois importante et immédiate les équilibres financiers existants, en augmentant de 565 millions d'euros le déficit des régimes spéciaux concernés.

C'est donc une autre solution qui a été retenue, comprenant un volet législatif et un volet réglementaire.

D'une part, le **b du 2°**, pour les régimes de la SNCF, des mines et de la RATP, et le **3°**, pour le régime des clercs et employés de notaires, introduisent dans le code de la sécurité sociale la règle selon laquelle lorsque la branche

maladie d'un régime débiteur est déficitaire, le solde dont elle est redevable au titre de la compensation bilatérale est plafonné à hauteur du déficit de la branche maladie du régime créancier.

En conséquence, les versements du régime général au titre de la compensation bilatérale devraient être écartés à due concurrence de l'excédent prévisionnel de la branche maladie du régime spécial de la SNCF, soit environ 75 millions d'euros en 2011 et 100 millions d'euros en 2012.

Le 1^o et le **a du 2^o** n'ont qu'une portée rédactionnelle, visant à tenir compte du changement de dénomination de la caisse gérant le régime de la SNCF. En effet, la dénomination « Caisse de prévoyance de la Société nationale des chemins de fer français » figurant aux articles L. 134-3 et L. 134-5 du code de la sécurité sociale ne sont pas alignés sur la dénomination pertinente depuis l'entrée en vigueur le décret n^o 2007-730 du 7 mai 2007, qui a substitué à la « caisse de prévoyance de la SNCF » la « caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF ». C'est une dénomination générique (« caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la SNCF »), stable quelle que soit par ailleurs la dénomination choisie pour la caisse de la SNCF, qui a été retenue.

D'autre part, selon les indications fournies par le Gouvernement dans son évaluation préalable, le dispositif *« sera ultérieurement complété par des dispositions réglementaires visant à réaffirmer la nécessité pour les régimes spéciaux parties au mécanisme de compensation bilatérale maladie de distinguer dans leurs comptes ce qui relève du régime de base d'assurance maladie et ce qui relève du régime spécifique, et ce afin de pouvoir à l'avenir encore davantage progresser sur la voie de la rationalisation des relations inter-régimes. Ce préalable comptable figure en effet parmi les conditions de réussite d'une réforme de fond des transferts visés et d'une plus grande lisibilité de ces derniers. Ces travaux seront de nature à clarifier le périmètre des ressources et prestations à prendre en compte dans le calcul des transferts de compensation, ainsi qu'à fiabiliser les données disponibles sur la base desquelles sont calculés ces transferts. »*

Inscrit en deuxième partie du projet de loi de financement, le dispositif s'appliquera donc dès 2011.

À terme, avec l'intégration du régime des mines à compter de 2013, c'est bien vers une intégration financière des différents régimes de base de la branche maladie que tendent les mesures adoptées ces dernières années : comme pour la branche famille, elle offrira une vision globale de la situation financière de la branche maladie et une clarification de son financement.

*

La Commission adopte l'article 3 sans modification.

Article 4

Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2011

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

En coordination avec le présent article, l'article 8 du projet de loi propose de rectifier les prévisions pour 2011 des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général : s'agissant de ces régimes, le commentaire de cet article (*cf. infra*) permettra de consacrer des développements spécifiques aux rectifications de dépenses pour 2011.

Les articles de la loi de financement pour 2011 sur lesquels portent les rectifications proposées par le présent article sont :

– l'article 33, fixant les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ;

– l'article 34, approuvant le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

– l'article 35, approuvant le tableau d'équilibre du régime général ;

– l'article 36, approuvant le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, en l'occurrence le seul FSV.

Mais, entre-temps, la loi de financement rectificative pour 2011 (n° 2011-894 du 28 juillet 2011) a d'ores et déjà procédé, dans ses articles 3 à 6, à la rectification des prévisions et tableaux d'équilibre fixés et approuvés par les articles 33 à 36 de la loi de financement initiale.

1. Les régimes obligatoires de base

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

Ces prévisions de recettes, telles que fixées par l'article 33 de la loi de financement pour 2011, et ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 34 de la même loi, sont mis en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications qui ont été opérées par les articles 3 et 4 de la loi de financement rectificative et celles que propose d'y apporter le présent article. Comme pour les données de 2010 (*cf. supra* article 1^{er}), les données initiales et rectifiées de la loi de financement pour 2011 et de la loi de financement rectificative pour 2011 ont été retraitées

selon les nouvelles méthodes d'agrégation des comptes, afin d'assurer une lecture homogène des différentes lignes.

Tableau d'équilibre 2011 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2011)			Prévisions révisées (LFRSS 2011)			Prévisions révisées (PLFSS 2012)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	170,8	182,1	- 11,3	171,7	181,9	- 10,2	171,7	181,3	- 9,6
Vieillesse	193,3	201,8	- 8,5	193,4	201,6	- 8,2	194,4	202,6	- 8,1
Famille	53,1	55,8	- 2,7	52,8	55,6	- 2,8	52,9	55,5	- 2,6
AT-MP	13,1	13,0	+ 0,1	13,0	12,9	+ 0,1	13,0	12,9	+ 0,1
Total (*)	420,1	442,5	- 22,4	420,7	441,8	- 21,0	421,8	442,1	- 20,2

(*) Hors transferts entre branches

Sources : LFSS 2011, LFRSS 2011 et PLFSS 2012.

Le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2012 éclaire le contexte macro-économique dans lequel s'inscrit l'exercice 2011. Le taux de prélèvements obligatoires des administrations de sécurité sociale, dont le champ, plus large que celui des lois de financement, inclut notamment l'assurance chômage, devrait progresser de 0,6 point en 2011, pour atteindre 23,8 % du PIB. Cette hausse s'explique principalement par l'effet des mesures de recettes associées la réforme des retraites et au financement de la dette sociale.

De fait, après un recul de 0,4 % en 2009 et une hausse de 2 % en 2010, les recettes des administrations de sécurité sociale progresseraient de 5,2 % en 2011 en raison de l'environnement économique plus favorable, avec une masse salariale en hausse de 3,7 %, d'une part, et des mesures de financement adoptées en 2010 et en 2011, d'autre part, pour un total de 8 milliards d'euros : réforme des retraites (3,4 milliards d'euros), reprise de la dette sociale (3,5 milliards d'euros) et mesures annoncées le 24 août dernier par le Premier ministre (1 milliard d'euros).

En 2010, la prévision de recettes de la loi de financement s'était révélée excessivement pessimiste, les encaissements étant en fin de compte supérieurs de 5,6 milliards d'euros aux montants prévus (+ 1,4 %). C'est également le cas en 2011, et pour la même raison : l'évolution de la masse salariale associée à la loi de financement pour 2011 n'était que de + 2,9 %, révisée à + 3,2 % en loi de financement rectificative pour 2011, serait finalement positive de + 3,7 %. 1 point de masse salariale équivalant à environ 2 milliards d'euros de recettes pour le seul régime général, les comptes de 2011 ont donc bénéficié de 1,6 milliard d'euros supplémentaires.

Comme en 2010, le solde est également en amélioration par rapport tant à la loi de financement initiale (+ 1,4 milliard d'euros) que par rapport à la loi de financement rectificative (800 millions d'euros supplémentaires), évolution principalement sensible pour la branche maladie (1,7 milliard d'euros).

La réduction du solde déficitaire, particulièrement de celui de la branche maladie, tient également aux mesures incluses dans les textes financiers de cet automne et ayant des incidences dès 2011 : hausse du taux des prélèvements sur les revenus du capital (190 millions d'euros) et sur les conventions d'assurance (90 millions d'euros), incidences de la hausse des prix du tabac (70 millions d'euros) et plafonnement des compensations bilatérales maladie (100 millions d'euros).

2. Le régime général

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

Ces prévisions de recettes, telles que fixées par l'article 33 de la loi de financement pour 2011, et ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 35 de la même loi, sont mis en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications qui ont été opérées par les articles 3 et 5 de la loi de financement rectificative et que propose d'y apporter le présent article.

Tableau d'équilibre 2011 du régime général

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2011)			Prévisions révisées (LFRSS 2011)			Prévisions révisées (PLFSS 2012)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	146,6	158,1	- 11,5	147,5	157,8	- 10,3	147,8	157,4	- 9,6
Vieillesse	100,0	106,8	- 6,8	100,2	106,6	- 6,4	100,6	106,6	- 6,0
Famille	52,6	55,3	- 2,7	52,3	55,1	- 2,8	52,4	55,1	- 2,6
AT-MP	11,7	11,6	+ 0,1	11,6	11,6	0,0	11,6	11,6	0,0
Total (*)	301,6	322,5	- 20,9	302,2	321,7	- 19,5	303,1	321,3	- 18,2

(*) Hors transferts entre branches

Sources : LFSS 2011, LFRSS 2011 et PLFSS 2012.

En 2009, la rectification des tableaux d'équilibre avait été marquée par une chute des recettes de 12,7 milliards d'euros par rapport aux prévisions initiales et un déficit accru de 13 milliards d'euros. En 2010, en revanche, l'amélioration des comptes en exécution avait été spectaculaire (+ 7,4 milliards d'euros). Elle l'est un peu moins en 2011 : par rapport au « tendancier » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2010, la loi de financement pour 2011 devait redresser les comptes à hauteur de 9,7 milliards d'euros et ramener le déficit à 20,9 milliards d'euros. Au regard de cet objectif initial, le déficit se révèle inférieur de 2,7 milliards d'euros, cette évolution étant imputable, pour les deux tiers, à des recettes plus élevées et, pour le tiers restant, à des dépenses moins dynamiques.

Le phénomène précédemment constaté pour l'ensemble des régimes vaut évidemment pour le seul régime général : l'évolution profite principalement à la branche maladie (+ 1,9 milliard d'euros) et, dans une moindre mesure, à la branche vieillesse (+ 800 millions d'euros). Même par rapport à la loi de financement rectificative de juillet dernier, l'amélioration se monte à 1,3 milliard d'euros pour l'ensemble des branches.

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale le 22 septembre dernier, 2011 confirmerait la stabilisation des charges (+ 3,2 % contre + 3,3 % en 2009 et + 3,3 % en 2009). Surtout, pour la première fois depuis 2006, l'écart entre progression des produits et progression des charges serait nettement positif, grâce à une progression de 5,3 % des produits. Les mesures de recettes associées à la réforme des retraites, la conservation des excédents de l'ancien « panier fiscal » qui finançait la réduction générale de cotisations patronales et le schéma de financement de la reprise de dette, complétées par une hausse du taux de cotisation à la branche AT-MP et par la majoration des prix du tabac, ont contribué, avec la reprise de la progression de la masse salariale, à soutenir fortement les recettes.

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

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

Ne portant désormais que sur le seul FSV, ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 36 de la loi de financement pour 2011, est mis en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications qui ont été opérées par l'article 6 de la loi de financement rectificative et que propose d'y apporter le présent article.

Tableau d'équilibre 2011 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2011)			Prévisions révisées (LFRSS 2011)			Prévisions révisées (PLFSS 2012)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
FSV	13,6	17,5	- 3,9	13,5	17,5	- 4,1	13,8	17,6	- 3,8

Sources : LFSS 2011, LFRSS 2011 et PLFSS 2012.

En 2010, le déficit du FSV s'était dégradé de 200 millions d'euros en cours d'exercice. En 2011, la différence avec les prévisions initiales est minime (+ 100 millions d'euros) et l'amélioration par rapport au résultat de 2010 demeure modeste (+ 300 millions d'euros).

Hors transfert de la prise en charge du minimum contributif, effective à partir de 2011 pour un montant de 3,5 milliards d'euros, les charges nettes du fonds augmentent en 2011 à un rythme un peu moins soutenu qu'en 2010 (+ 4,9 % contre + 5,3 %). Les prises en charge de cotisations au titre du chômage ralentissent (+ 0,9 % contre + 6,1 % en 2010), l'effectif pris en compte restant stable (3,4 millions de personnes). L'évolution de la prise en charge du minimum vieillesse (+ 4,0 %) se situerait à un niveau très voisin de celui de 2010 (+ 3,9 %). En revanche, les comptes traduisent le transfert progressif à la CNAF des majorations de pensions versées aux parents ayant élevé au moins trois enfants.

En baisse de 2,1 % en 2010, les produits nets du FSV retrouveraient un rythme de progression de 5,2 % en 2011 (en ne tenant pas compte du transfert de recettes destiné, dans le cadre de la réforme des retraites, à compenser la prise en charge du minimum contributif). Cette reprise s'explique par une progression soutenue de la CSG (+ 3,0 %) et de la contribution sur les avantages de retraite (+ 3,7 %) ainsi que par une meilleure allocation de C3S (près de 150 millions d'euros en plus) et par un versement de 70 millions d'euros au titre des licences UMTS.

Dans ces conditions, le déficit du fonds se maintiendrait à un niveau élevé, soit 28,5 % de ses recettes, contre 27,8 % en 2010.

4. Le solde d'ensemble 2011

Afin de disposer d'un aperçu de la situation financière prévisionnelle pour l'exercice 2011 de l'ensemble de la sécurité sociale au sens de la loi de financement, il faut consolider les chiffres rectifiés de l'ensemble des régimes obligatoires de base avec ceux des recettes et dépenses des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Si les dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale ne rendent pas obligatoire l'approbation de ces données dans la loi de financement de la sécurité sociale, pour une meilleure évaluation du déficit d'ensemble, il convient donc d'ajouter le solde du FSV (- 3,8 milliards d'euros), soit un total de 24 milliards d'euros, à comparer à 11,1 milliards d'euros en 2007, 11,2 milliards d'euros en 2008, 24,9 milliards d'euros en 2009 et 29,6 milliards d'euros en 2010. Mesurée selon les agrégats de la loi de financement, l'amélioration globale par rapport à 2010 s'élève donc à 5,6 milliards d'euros, dont 1,8 milliard d'euros imputables à la branche maladie, 3 milliards d'euros à la branche vieillesse (FSV compris), 100 millions d'euros à la branche famille et 800 millions d'euros à la branche AT-MP.

*

La Commission adopte l'article 4 sans modification.

Article 5

Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

Le 3° du B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *rectifie l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit* ». Il s'agit de l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), des prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), pour lesquels le présent article porte rectification de l'objectif et des prévisions qui avaient été fixés par l'article 37 de la loi de financement pour 2011 et confirmés par l'article 7 de la loi de financement rectificative pour 2011.

1. La CADES : 11,4 milliards d'euros de dette amortie

L'objectif 2011 d'amortissement de la CADES, soit 11,4 milliards d'euros (contre 5,1 milliards d'euros en 2010), a été respecté.

En 2011, les ressources de la CADES augmentent fortement sous l'effet des nouvelles recettes qui lui ont été affectées dans le cadre de la reprise de dette (fraction de CSG, fraction du prélèvement social sur les revenus du capital et versement du FRR) : plus de 15,1 milliards d'euros en 2011 contre 8,2 milliards d'euros en 2010.

En déduisant de ces recettes près de 3,8 milliards d'euros de frais financiers nets, ce sont bien 11,4 milliards d'euros qui seraient amortis en 2011. L'amortissement cumulé s'élèverait ainsi, fin 2011, à 59,3 milliards d'euros. L'ensemble des dettes sociales reprises par la CADES depuis sa création en 1996 se montant, à la même date, à 199,9 milliards d'euros, 140,6 milliards d'euros resteraient donc à amortir (contre 86,7 milliards d'euros fin 2010).

Ainsi que l'indique l'annexe 8, pour 2011, la CADES prévoit la réalisation de 30 à 35 milliards d'euros d'emprunts à moyen et long terme en 2011 et 2012 afin d'éviter de peser trop lourdement sur les conditions d'émission. Les programmes d'emprunt à court terme, à concurrence de 33 à 38 milliards d'euros d'encours, seront donc fortement sollicités fin 2011.

La stratégie consiste à accroître la part des émissions en devises, notamment en dollars américains. La CADES a ainsi annoncé le lancement de seulement trois emprunts de référence en euros, l'augmentation des souches existantes à hauteur de 5 à 6 milliards d'euros, et la poursuite de son programme d'emprunt indexé sur l'inflation à hauteur de 500 millions à 1 milliard d'euros. Au

total, environ la moitié du programme de financement à long terme (14,5 à 16 milliards d'euros) s'effectuera sur le marché de l'euro.

Dès lors, le marché du dollar américain constituera la deuxième source de financement (12 à 14 milliards d'euros). Présente sur ce marché depuis sa création, la CADES voit ses titres principalement souscrits par les grandes banques centrales. Les emprunts en autres devises (livre sterling, franc suisse, dollar australien, yen) contribueront à hauteur de 1 à 2 milliards d'euros.

Enfin, une large gamme d'autres emprunts, d'*Euro Medium Term Note* (EMTN) et de placements privés pourra compléter la diversification géographique des sources de financement, à hauteur de 2 à 3 milliards d'euros.

Le niveau extrêmement favorable des taux d'intérêt s'est maintenu en 2011, le taux de refinancement moyen annuel s'élevant, au 31 août, à 2,92 % au lieu de 3,56 % fin 2010. De même qu'en 2010, la légère progression des taux tenait pour l'essentiel au changement de nature des émissions de la CADES, dont la durée s'était en effet allongée au fur et à mesure de la reprise de dette, la diminution constatée en 2011 tient principalement à l'accroissement de la part de l'endettement à taux variable et révisable consécutivement à l'opération de reprise de dette.

Au 31 août 2011, les obligations en euros constituaient un peu moins de la moitié de l'encours de la dette (46 %), auxquelles il faut y ajouter les obligations en devises (17 %) et les obligations indexées sur l'inflation (11 %). Pour le reste, la part du « papier commercial » était de 22 % et celle des EMTN de 6 %.

2. Le Fonds de réserve pour les retraites : aucune recette affectée

Depuis 2011, aucune recette n'est affectée au fonds. La loi de financement pour 2011 a transféré ses ressources courantes à la CADES, pour l'essentiel (fraction du prélèvement social de 2 %), mais aussi au FSV, pour des montants plus marginaux (fraction du produit des redevances UMTS, contribution sur les abondements aux plans d'épargne retraite collectifs (PERCO), sommes non réclamées au titre de la participation, de l'intéressement et de l'assurance vie).

Le FRR devient ainsi un fonds fermé, dont la mission est de verser à la CADES, en avril de chaque année, 2,1 milliards d'euros (en nominal), de 2011 à 2024, soit un total (non actualisé) de 29,4 milliards d'euros. Dans ces conditions, et compte tenu de l'évolution des marchés financiers, le fonds a complètement réorienté ses principes d'action : son conseil de surveillance a adopté, le 13 décembre 2010, une nouvelle allocation stratégique dont la mise en œuvre, déjà envisagée lorsque le projet de réforme des retraites a été connu, s'est effectuée progressivement. Le fonds s'assigne ainsi un double objectif : sécuriser les versements à la CADES tout en recherchant un rendement supplémentaire à l'horizon 2024.

Fin 2009, la part des actifs de performance était encore de 52,4 %. En application de la nouvelle stratégie et dans la perspective de l'échéance de la mission du FRR, son portefeuille est actuellement placé pour environ 60 % en actifs obligataires (très performants en raison de la baisse des taux d'intérêt) et de trésorerie et, pour les 40 % restants, en actifs de performance, dont seulement la moitié en actions, où le secteur bancaire et financier est moins représenté que par le passé. S'agissant des pays, le FRR est peu engagé sur des actifs grecs, irlandais ou portugais et seulement à hauteur de 900 millions d'euros sur l'Espagne et l'Italie – ce qui se justifie parfaitement au regard du minimum de solidarité qui doit prévaloir dans la zone euro.

Fin septembre 2011, la valeur de marché du portefeuille du FRR (y compris la soule des industries électriques et gazières et déduction faite du versement de 2,1 milliards d'euros à la CADES) s'élevait à 34,9 milliards d'euros, contre 37 milliards d'euros fin 2010. Bien que les cours des actions aient baissé de près de 20 % depuis le début d'année 2011, en prenant comme référence le CAC 40, la performance du FRR n'a ainsi reculé que de 0,1 % pendant la même période, ce qui abaisse sa performance annualisée à moins de 2,8 %.

Le fonds surveille à tout moment un ratio de financement défini comme le rapport entre la valeur de marché de son actif net et la valeur actualisée de son passif (constitué du cumul des versements à la CADES restant à effectuer et de la soule des industries électriques et gazières) s'établissait à 132 % fin septembre contre 136 % fin 2010. Ainsi que le précise l'annexe 8 au présent projet de loi de financement, ce ratio permettrait de couvrir le passif du FRR si les actions subissaient une baisse des deux tiers de leur valeur, ce qui traduit une certaine prudence de gestion, dans la mesure où la chute des actions n'a pas dépassé 50 % au plus fort de la crise de 2008.

Si le ratio de financement passe en deçà de 120 % ou au-delà de 140 %, le comité stratégie investissement du fonds se réunit pour étudier les possibilités de rééquilibrage entre actifs, afin de sécuriser davantage le passif ou de mettre à profit les marges de manœuvre dégagées par l'augmentation de la valeur du portefeuille. Effectué le 26 avril, le premier versement de 2,1 milliards d'euros à la CADES s'est également attaché à conserver le ratio de couverture du passif dans la fourchette cible en opérant un prélèvement de 75 % sur les actifs de couverture et 25 % sur les actifs de performance.

Déficitaire de 78 millions d'euros en 2009 mais excédentaire de 662 millions d'euros en 2010, le résultat financier du fonds serait de nouveau positif en 2011 (+ 800 millions d'euros).

3. Le Fonds de solidarité vieillesse : 390 millions d'euros mis en réserve

Dans le cadre de la réforme des retraites, pour la première année, l'article 37 de la loi de financement pour 2011 a procédé à l'affectation de 350 millions d'euros de recettes fiscales au FSV, montant confirmé en juillet dernier par l'article 7 de la loi de financement rectificative.

La seconde section du fonds est en effet désormais dédiée à la mise en réserve des recettes affectées à compter de 2016 au financement du maintien à 65 ans du départ à la retraite pour les parents de trois enfants ou parents d'enfant handicapé sous certaines conditions. Les recettes affectées à cette section proviennent de deux origines : 0,77 point du forfait social, soit 161 millions d'euros en 2011, d'une part, et 0,2 point du prélèvement social sur les revenus du capital, soit 225 millions d'euros en 2011, d'autre part.

Le total des recettes s'élève donc bien à 386 millions d'euros, supérieur d'un peu plus d'un dixième à celui initialement prévu, en raison d'un meilleur rendement du forfait social : à la différence de la loi de financement rectificative qui avait institué la « prime de partage des profits », le présent projet de loi en intègre les effets attendus, au moment où le retour d'une conjoncture moins favorable devrait sans doute conduire à réviser à la baisse les effets de cette mesure.

*

La Commission adopte l'article 5 sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 8

Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche

Le 2° du B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *rectifie les objectifs de dépenses par branche* [des régimes obligatoires de base et du régime général] ». Le présent article porte donc rectification des objectifs de dépenses par branche pour 2011 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du régime général, qui avaient été fixés par les articles 34 et 35 (au titre des tableaux d'équilibre), ainsi que 89 (branche maladie), 91 (branche vieillesse), 102 (branche AT-MP) et 108 (branche famille) de la loi de financement pour

2011. Ces objectifs ont ensuite été modifiés en tant que de besoin par les articles 4, 5, 10, 12, 13 et 14 de la loi de financement rectificative pour 2011.

Le I du présent article fixe les prévisions rectifiées pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Le tableau ci-après permet de mesurer l'évolution des objectifs de dépenses, pour chaque branche, depuis le vote de la loi de financement initiale pour 2011. Les données initiales et rectifiées de la loi de financement pour 2011 et de la loi de financement rectificative pour 2011 ont été retraitées selon les nouvelles méthodes d'agrégation des comptes, afin d'assurer une lecture homogène des différentes lignes.

Objectifs de dépenses 2011 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2011)	Prévisions révisées (LFRSS 2011)	Prévisions révisées (PLFSS 2012)	Évolution PLFSS 2012/LFSS 2011	
				(en montant)	(en %)
Maladie	182,1	181,9	181,3	- 0,8	- 0,4
Viellissement	201,8	201,6	202,6	+ 0,8	+ 0,4
Famille	55,8	55,6	55,5	- 0,3	- 0,5
AT-MP	13,0	12,9	12,9	- 0,1	- 0,8
Total (*)	442,5	441,8	442,1	- 0,4	- 0,1

(*) Hors transferts entre branches

Sources : LFSS 2011, LFRSS 2011 et PLFSS 2012.

Comme en 2009 (- 0,2 %) et en 2010, le montant total des dépenses de l'ensemble des régimes est de nouveau révisé à la baisse en 2011 (- 0,1 %). Par rapport aux prévisions initiales, ce sont les dépenses de la branche maladie qui reculent le plus, traduisant le respect de l'ONDAM, et les dépenses de la branche vieillesse qui progressent le plus.

Le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2012 observe que la dynamique des prestations versées par les administrations de sécurité sociale serait contenue à un rythme de croissance légèrement inférieur à celui de 2010 (+ 3,6 %) et, plus encore, de 2009 (+ 5 % en 2009). En réalité, l'essentiel du ralentissement constaté en 2010 se situerait hors du champ des lois de financement, car il serait imputable à l'éclaircie sur le marché du travail, qui limite la progression des prestations chômage.

Les prestations vieillesse progresseraient en volume au même rythme qu'en 2010, mais accéléreraient en valeur (+ 4,5 %) en raison d'un surcroît de revalorisation des pensions. L'application, pour une demi-année, pour une seule génération des premières mesures d'âges de la réforme des retraites votée en 2010 n'aurait que des effets encore limités en 2011 sur le nombre de pensionnés. Si l'on considère l'évolution de l'ensemble des régimes, le montant des dépenses de la

branche vieillesse fixé dans le présent projet de loi est supérieur de 800 millions d'euros au montant fixé par la loi de financement rectificative, à la différence de celui du seul régime général : cette différence s'explique principalement par une révision des dépenses des régimes de la fonction publique d'État et de la CNRACL (notamment en raison d'une anticipation des départs en retraite liée aux modifications des règles de liquidation pour les parents de trois enfants) et, dans une moindre mesure, du RSI et des exploitants agricoles. Les prestations famille et logement décélèreraient également mais dans une moindre proportion (+1,9 %) : la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales serait en effet compensée par une réduction de la base des allocataires de prestations sous conditions de ressources.

Enfin, et surtout, l'ONDAM serait respecté, certaines dotations, pour un montant total de 530 millions d'euros, ayant été mises en réserve afin de pallier tout risque de dépassement.

Le II du présent article fixe les prévisions rectifiées pour le seul régime général, dont les principales tendances sont bien évidemment comparables à celles qui affectent l'ensemble des régimes. Le tableau ci-après permet de mesurer l'évolution des objectifs de dépenses, pour chaque branche, depuis le vote de la loi de financement pour 2011. Il est rappelé que les données initiales et rectifiées de la loi de financement pour 2011 et de la loi de financement rectificative pour 2011 ont été retraitées selon les nouvelles méthodes d'agrégation des comptes, afin d'assurer une lecture homogène des différentes lignes.

Objectifs de dépenses 2011 du régime général

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2011)	Prévisions révisées (LFRSS 2011)	Prévisions révisées (PLFSS 2012)	Évolution PLFSS 2012/LFSS 2011	
				(en montant)	(en %)
Maladie	158,1	157,8	157,4	- 0,7	- 0,4
Vieillesse	106,8	106,6	106,6	- 0,2	- 0,2
Famille	55,3	55,1	55,1	- 0,2	- 0,4
AT-MP	11,6	11,6	11,6	-	-
Total (*)	322,5	321,7	321,3	- 1,2	- 0,4

(*) Hors transferts entre branches

Sources : LFSS 2011, LFRSS 2011 et PLFSS 2012.

Les évolutions sont assez contrastées d'une branche à l'autre :

– la branche maladie bénéficie du respect de l'ONDAM, 640 millions d'euros en dessous de l'objectif voté ;

– la branche vieillesse enregistre une augmentation toujours soutenue des prestations (+ 4,9 %), les premières incidences de la réforme des retraites (environ

100 000 départs de moins que si la réforme n'avait pas été adoptée) étant compensées par une revalorisation des pensions plus importante en 2011 qu'en 2010 ;

– la revalorisation de la base mensuelle (+ 1,5 %) a conditionné la progression des prestations familiales.

*

La Commission adopte l'article 8 sans modification.

Puis elle adopte la deuxième partie modifiée du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

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

Avant l'article 10

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels avant l'article 10.

La Commission examine l'amendement AS 154 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement propose d'exonérer les contrats d'assurance maladie gérés par les mutuelles étudiantes de la hausse du taux de la taxe sur les conventions d'assurance adoptée dans le dernier collectif budgétaire.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 154.

Puis elle procède à l'examen de l'amendement AS 155 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à exonérer les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé de la hausse du taux de la taxe sur les conventions d'assurance.

Après que le rapporteur a donné un avis défavorable, la Commission rejette l'amendement AS 155.

Puis elle examine l'amendement AS 491 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Il convient de rétablir l'écart de sept points au titre de la taxe sur les contrats d'assurance entre les contrats solidaires et responsables, d'une part, et les autres contrats, d'autre part, en portant le taux de ces derniers à 14 %.

Mme Marisol Touraine. Notre groupe s'est opposé à l'augmentation de la taxe sur les contrats d'assurance lors de la discussion de la dernière loi de finances rectificative.

Je m'interroge sur la politique suivie par la majorité, le ministre de la santé ayant déclaré, la semaine dernière, que tous les contrats devaient être taxés de la même façon.

En outre, à force d'établir une différence à la hausse, les taxations finiront par devenir confiscatoires : le produit de la taxe abondera certes le budget de la sécurité sociale, mais les comptes des mutuelles seront déséquilibrés.

Pour ces deux raisons, nous voterons contre cet amendement.

M. Denis Jacquat. L'objectif est de taxer les réserves de certaines mutuelles ayant beaucoup d'argent, et non les adhérents. C'est la raison pour laquelle il me semble nécessaire de connaître la situation réelle des réserves des mutuelles, monsieur le rapporteur.

M. Jean-Pierre Door. Je suis également défavorable à cet amendement.

Pourquoi rétablir un différentiel de sept points entre les contrats responsables et solidaires – à l'origine détaxés, puis taxés à 3,5 %, et ensuite à 7 % – et les autres contrats, taxés à 9 % ? À mon sens, le taux de la taxe de ces derniers doit demeurer inchangé, d'autant que, comme l'a confirmé la Commission européenne, les mutuelles se verront bientôt dans l'obligation de payer l'impôt sur les sociétés.

M. Vincent Descoeur. Il me semble indispensable que nous disposions d'une information transparente sur le niveau de réserves des mutuelles.

M. le président Pierre Méhaignerie. Un amendement à venir nous permettra d'engager cette discussion.

M. Michel Issindou. Comme nous l'indiquent les mutuelles, leurs réserves prudentielles sont imposées par les normes européennes, et une augmentation de la taxe entraînerait une augmentation mécanique des cotisations des adhérents.

M. Yves Bur, rapporteur. Au départ, les contrats solidaires, essentiellement proposés par les mutuelles, étaient exonérés de taxe ; la taxe de 7 % appliquée sur les conventions d'assurance concernait principalement les assureurs privés. Ce dispositif a fonctionné correctement puisque ce différentiel de taxe a créé une incitation aux contrats solidaires. L'augmentation de la taxe sur l'ensemble des contrats responsables crée aujourd'hui un différentiel de seulement 2 points avec les contrats non solidaires.

Aujourd'hui, le risque est de voir les assurances privées se désengager des contrats solidaires pour revenir à des offres qui pourraient être un peu moins intéressantes pour les assurés et, ainsi, s'exonérer des règles de solidarité qu'imposent les contrats responsables.

Les contrats non responsables étaient pour l'essentiel, je le rappelle, le fait des assureurs privés et ils étaient en concurrence avec ceux offerts par la Mutualité. C'est à l'occasion de la transposition de la directive que nous avons commencé à introduire ces contrats dits « responsables et solidaires ».

Voilà pourquoi je propose, sans aucune arrière-pensée, de rétablir le différentiel de taxation, le but étant de rendre les contrats solidaires et responsables attractifs par rapport aux autres contrats qui pourraient, de nouveau, tenter les assureurs, notamment privés.

Cette disposition générerait une recette de l'ordre d'une cinquantaine de millions d'euros.

Je réponds maintenant à la question sur la situation des assurances complémentaires, notamment des mutuelles.

D'après les éléments obtenus lors d'une audition commune du Fonds CMU, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), le chiffre d'affaires hors taxes sur les conventions d'assurance du secteur a crû de 4,2 % en 2010, et devrait croître de 3 % à 3,3 % en 2011. Pour 2012, le Fonds CMU retient une hypothèse de croissance de l'ordre de 2,8 %, correspondant en fait à la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), sachant toutefois que l'expérience montre que les dépenses des organismes complémentaires d'assurance maladie progressent légèrement moins vite que celles des régimes obligatoires. L'augmentation nominale pour 2012 serait donc de 6,3 %, ce qui serait susceptible de se traduire par des résiliations ou d'inciter certains adhérents à réduire leurs garanties. Cela étant dit, le président de la Mutualité française a annoncé que les cotisations n'évolueraient en moyenne que de l'ordre de 4,7 %.

Les adhérents à des contrats collectifs seront sans doute moins touchés, car les organismes complémentaires sont contraints de consentir des efforts tarifaires

dans un marché hyperconcurrentiel. Il faut, en outre, avoir à l'esprit que la répartition du chiffre d'affaires entre le collectif et l'individuel varie très fortement selon les catégories d'organismes : s'agissant des institutions de prévoyance, il y a 90 % de contrats collectifs pour 10 % de contrats individuels ; pour les sociétés d'assurance, ces taux sont respectivement de 45 % et de 55 % ; pour les mutuelles, ils sont de 25 % contre 75 %. On le voit : pour certains, l'assurance complémentaire santé devient un argument concurrentiel pour vendre le « package » de la prévoyance.

Les frais de gestion s'élèvent à 18 % pour les institutions de prévoyance, à 28 % pour les assureurs, et à 21 % pour les mutuelles, sachant que dans le cas des compagnies d'assurance, il faut prendre en compte la rémunération des apporteurs, tels que les agents généraux. Pour l'ensemble des assureurs complémentaires, les frais de gestion sont selon moi excessifs, notamment par rapport à ceux pratiqués par l'assurance maladie, inférieurs à 4 %, alors que la Cour des comptes appelle à des efforts de gestion.

En 2010, l'activité des organismes complémentaires s'est avérée tout juste rentable, de l'ordre de 2 %, mais en recul de 4 points par rapport à 2007. En 2011, le taux sera vraisemblablement voisin de zéro, compte tenu de la baisse des produits de placement.

La situation des organismes complémentaires varie également fortement selon qu'ils se consacrent entièrement ou non à l'activité santé. Dans le second cas, en effet, ils peuvent se contenter de marges faibles pour en faire ainsi un produit d'appel.

Joue enfin un effet de taille au niveau de ces organismes. En effet, les marges de certaines petites mutuelles sont supérieures à celles de grands organismes dont les frais de gestion sont beaucoup plus élevés.

Dans ce contexte, il y a, certes, un déport vers les régimes obligatoires des dépenses d'affections de longue durée (ALD). Ainsi, un argument consiste à dire que, chaque année, le régime d'assurance maladie reprend à sa charge 700 000 à 900 000 personnes en ALD, ce qui constitue une économie pour les organismes complémentaires. Or, ce raisonnement omet de tenir compte du fait qu'avant d'être en ALD, les malades ont une consommation normale de soins de santé et qu'ils ne pèsent ni sur le régime de base, ni sur leur assurance complémentaire. Dès lors, le montant de 600 millions d'euros parfois avancé pour évaluer ce transfert de charges vers le régime obligatoire, est sans doute discutable et mériterait d'être étudié de plus près.

En tout état de cause, les malades en ALD supportent, comme l'a confirmé le directeur du Fonds CMU, un reste à charge significativement plus élevé que ceux des personnes non atteintes d'une maladie chronique.

J'en viens à la question des réserves.

J'ai été le premier, il y a quelques années, à soulever la question des réserves des assurances complémentaires : d'une manière générale, toutes avaient des fonds propres assez substantiels, mais un grand nombre évoquait déjà la possibilité de devoir présenter des garanties supplémentaires. C'est le cas aujourd'hui avec les obligations prudentielles de « Solvabilité I », consistant en des règles prudentielles de caractère statique et absolu, simples à apprécier, c'est-à-dire des engagements à couvrir – deux mois de chiffre d'affaires, trois mois de prestations, par exemple.

Les règles résultant de « Solvabilité II » présentent un caractère plus relatif et évolutif, car fondé sur la valeur de marché qui serait calculée si le transfert des prestations devait être effectué. Toutefois, sur les 681 organismes cotisant au Fonds CMU, 60 % environ ont une taille qui leur permet d'échapper aux règles de « Solvabilité II ». Ces dernières posent néanmoins un réel problème, et nous avons beaucoup de difficultés à obtenir de l'Autorité de contrôle prudentiel des informations précises quant aux contraintes réglementaires réelles.

Elle évalue à 3 milliards d'euros les actifs des mutuelles excédant les 300 % d'engagements réglementés. Mais, elle estime qu'il ne serait pas souhaitable de les réduire, dans la mesure où ils pourraient être mobilisés pour faire jouer une solidarité en forme de « garantie de place » si un organisme mutualiste venait à rencontrer des difficultés. Cela a été le cas récemment avec une mutuelle des Landes, d'autres organismes s'étant substitués à cette mutuelle défaillante.

Pour ce qui est de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) que l'on évoque d'abord lorsque l'on aborde la question des réserves, son activité a été déficitaire en 2010, mais elle a majoré de 9,4 % ses tarifs au début de l'année 2011. Le chiffre de 1,4 milliard d'euros de réserves ne laisse en réalité que 400 millions d'euros de réserves libres de tout engagement prudentiel, compte tenu de l'exigence de provisionner le montant des engagements, et de la « règle non écrite » – non confirmée par l'Autorité de contrôle – consistant à exiger un montant de provisions égal à 200 % des engagements.

Ainsi, les réserves ont beaucoup évolué ces trois dernières années. Au départ, les règles prudentielles n'étaient pas aussi exigeantes ; elles le sont désormais. Aujourd'hui, les réserves doivent être garanties et l'Autorité de contrôle est très vigilante sur ce point. S'il reste des réserves de l'ordre de 3 milliards pour ce qui concerne la Mutualité, la situation est plus complexe pour les autres secteurs. En outre, nous devons attirer l'attention des adhérents des différentes mutuelles sur leurs responsabilités : il leur appartient en effet de se pencher sur les frais de gestion qui sont trop élevés, mais aussi de décider en toute transparence de l'utilisation des réserves libres de tout engagement prudentiel :

c'est à eux de savoir si ces réserves doivent être capitalisées ou si elles doivent leur être rendues à travers un lissage des cotisations.

En tout état de cause, le débat est lancé, et j'espère que les adhérents joueront pleinement leur rôle de vigilance vis-à-vis de la gestion de leur mutuelle.

M. le président Pierre Méhaignerie. Puisque nous avons abordé prématurément la question des réserves, il est bon que l'amendement AS 139 de Valérie Rosso-Debord soit présenté.

M. Philippe Vitel. L'amendement AS 139 vise à inciter les mutuelles à restituer à leurs sociétaires les montants qu'elles ont accumulés au titre des assurances complémentaires santé. Cela ne pourra qu'inciter la Cour des comptes à procéder à une évaluation précise des « bas de laine » que les mutuelles accumulent et ne redistribuent pas à leurs sociétaires.

M. Jean Mallot. Depuis plusieurs années, votre politique déporte la prise en charge des frais d'assurance maladie du régime obligatoire vers les régimes complémentaires. Or, aujourd'hui, on entend dire que les frais de gestion du régime complémentaire seraient beaucoup plus élevés que ceux du régime obligatoire et que les augmentations de cotisations des mutuelles risquent de conduire les adhérents à résilier leur contrat.

Par ailleurs, le ministre de la santé nous a déclaré qu'il n'y a pas lieu de faire une différence entre les contrats solidaires et responsables, d'une part, et les autres contrats, d'autre part, au regard de la taxe sur les contrats d'assurance. Mais, aujourd'hui, vous nous dites qu'il faudrait opérer cette distinction, alors que la vertu des contrats solidaires et responsables était d'encourager le respect du parcours de soins et d'interdire la sélection des patients.

Enfin, alors que le ministère de l'économie et des finances demande aux mutuelles de constituer davantage de réserves prudentielles, vous voulez taxer ces réserves !

Ainsi, en plus d'être incohérent, votre discours est totalement illisible ! Malheureusement, la politique que vous voulez mettre en place s'exercera au détriment des plus faibles et des plus démunis de notre société, qui paieront toujours plus cher, seront de moins en moins bien soignés et se désengageront des couvertures complémentaires.

Mme Marisol Touraine. Pour ce qui est de l'amendement d'Yves Bur, je comprends la volonté de marquer une différence entre les contrats solidaires et responsables, et les autres contrats. Mais la méthode retenue de l'échelle de perroquet ne me paraît pas la bonne. Après avoir augmenté une taxe, on en augmente une autre pour conserver la différence qui existait préalablement entre les deux ! Avec pour résultat toujours plus de taxes et des prélèvements en augmentation, contrairement à ce que disent officiellement la majorité et le Gouvernement ! Nous ne pouvons qu'être opposés à cette taxation des contrats responsables.

J'en viens à l'amendement de Philippe Vitel. Disposer d'informations sur le montant des réserves des mutuelles, notamment pour apprécier leur niveau par rapport aux exigences prudentielles posées au niveau européen, soit. Ce serait même une bonne chose. Mais il s'agit ici de les taxer ! Or, le législateur ne saurait imposer aux mutuelles la manière dont elles doivent gérer leurs fonds. Un bras de fer politique semble s'être engagé entre le Gouvernement et ces dernières – pour des raisons que je ne veux même pas essayer de comprendre. Chaque jour, de nouvelles dispositions rendent plus difficile leur travail, à un moment pourtant où, sans couverture complémentaire, les assurés ne peuvent plus dans notre pays faire face à leurs dépenses de santé.

M. Jean-Luc Prél. 95 % de nos concitoyens disposent aujourd'hui d'une complémentaire santé et ces assurances complémentaires jouent un rôle de plus en plus important dans la couverture santé, notamment en ambulatoire. Le plus sage aurait sans doute été de ne pas taxer les contrats solidaires et responsables, mis en place, rappelons-le, pour inciter au parcours de soins. Il aurait été préférable de trouver ailleurs les 1,1 milliard d'euros en jeu, peut-être par le biais de la CSG, ce qui aurait marqué la contribution de l'ensemble de nos concitoyens à l'effort national. On peut comprendre le souci de conserver une différence de niveau de taxation entre les contrats responsables et les autres. Il n'en reste pas moins que cela revient à taxer davantage les contrats.

Quant à l'amendement visant à taxer les réserves des mutuelles, je le juge déraisonnable, notamment au vu des exigences de solvabilité imposées à ces organismes. Pour moi, c'est aux adhérents des mutuelles qu'il appartient de veiller à ce que le produit de leurs cotisations soit bien employé, entre réserves et remboursements.

M. Guy Lefrand. Ce projet de loi prévoit 700 millions d'euros de prélèvements sur l'industrie pharmaceutique et 700 millions d'euros de prélèvements sur les professionnels de santé, preuve qu'un effort est bien demandé à tous. En revanche, il ne serait pas raisonnable d'instaurer une taxation supplémentaire sur les réserves des mutuelles. Il faudra plutôt à moyen terme revoir l'organisation générale de notre système de santé et donner un rôle accru à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), les complémentaires étant devenues un cofinancier de notre système de santé. En tout état de cause, j'appelle nos collègues à ne pas voter l'amendement de Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Tous les prestataires d'assurances complémentaires santé ne sont pas aujourd'hui traités de manière équitable sur le plan fiscal. Mon amendement concerne spécifiquement les mutuelles, qui jusqu'à présent étaient exonérées d'impôt sur les sociétés, ce que d'ailleurs bientôt la réglementation européenne n'autorisera plus. C'est ainsi qu'elles ont pu constituer d'importantes réserves. Il leur en faut certes, nul ne le nie, mais le bon niveau reste à définir. Avec mon amendement, il ne s'agirait de rien d'autre que de rendre aux

sociétaires ce qui leur appartient, la fiscalisation ne s'opérant que si la redistribution à leur profit n'est pas effectuée. Ce me semblerait une démarche vertueuse.

M. Jean-Pierre Door. Initialement, les contrats responsables et solidaires n'étaient pas taxés. Un premier pas a été franchi il y a deux ans avec une taxe de 3,5 %. Le Gouvernement vient de la porter à 7 %. Je crois raisonnable d'en rester là et appelle à rejeter les deux amendements.

M. Simon Renucci. Nous sommes tous d'accord sur la nécessité de veiller à l'équité de l'effort de redressement. Mais, d'un côté, le Gouvernement augmente la taxe sur les complémentaires santé, lesquelles aujourd'hui cofinancent la médecine ambulatoire, tandis que, d'un autre, certains préconisent de surcroît de taxer les réserves des mutuelles. Au moment où ces organismes jouent un rôle de plus en plus grand, tout cela est illisible.

M. le président Pierre Méhaignerie. Lorsque, dans un esprit de conciliation, j'ai rencontré le président de la Mutualité française, M. Caniard, j'ai insisté auprès de lui sur le fait que la France est aujourd'hui l'un des seuls pays en Europe à continuer d'accroître ses dépenses sociales au rythme de 2,8 %. Nul ne peut contester que si la France s'est mieux sortie de la crise en matière de pouvoir d'achat des salariés que la moyenne des pays européens, c'est qu'elle a accru de manière importante ces dépenses-là.

Dans notre pays, le *deal* n'est pas équilibré entre le secteur industriel, qui doit consentir des efforts de compétitivité considérables dans un marché mondialisé, et certains services comme les banques et les assurances qui ne sont pas soumis aux mêmes contraintes. Je suis convaincu que la majorité des mutuelles limiteront la hausse des cotisations de leurs adhérents. Elles le peuvent, quand on voit les coûteuses pages de publicité qu'elles se sont offertes dans la presse. Et elles le doivent parce que le Gouvernement a fait un effort de croissance, inégalé en Europe.

Je ne suis pas favorable à cette taxe sur les réserves, mais je souhaite que, dans le contexte difficile actuel, les mutuelles consentent elles-mêmes un effort de maîtrise de leurs cotisations et ne répercutent pas la totalité de l'augmentation de la taxe sur leurs adhérents.

M. Yves Bur, rapporteur. Pour être tout à fait exact, il conviendrait de parler non pas des mutuelles mais des assureurs complémentaires en santé, lesquels comprennent, outre les mutuelles au sens du code de la mutualité, les institutions de prévoyance et les assureurs privés. Ce n'est spécifiquement des premières qu'il s'agit. Les assurances privées disposent elles aussi d'importantes réserves mais comme elles sont obligées de rémunérer très rapidement leurs actionnaires, il n'y a pas grand-chose à prélever de leur côté.

De même, pour être parfaitement exact, je fais observer à Guy Lefrand qu'un effort de 140 millions sera bien exigé des radiologues et des biologistes, lesquels peuvent encore, semble-t-il, gagner en productivité, mais que les 550 millions restants résulteront d'un effort de maîtrise médicalisée. Il serait donc erroné de parler de taxation des professionnels de santé à hauteur de 700 millions d'euros.

M. Guy Lefrand. J'en conviens.

M. Yves Bur, rapporteur. Je peux comprendre qu'on refuse de porter à 14 % la taxe sur les contrats qui ne sont pas responsables et solidaires. Ma proposition visait seulement à éviter que ceux-ci n'étant guère plus taxés, ne se développent au détriment des contrats responsables et solidaires. Je vais retirer mon amendement et donne un avis défavorable à celui de Philippe Vitel.

M. Georges Colombier. Je souscris totalement aux propos très équilibrés tenus tout à l'heure par le président.

L'amendement AS 491 est retiré.

La Commission rejette l'amendement AS 139.

Article 10

(art. L. 137-16 du code de la sécurité sociale)

Augmentation du forfait social

Le présent article a pour objet de porter de 6 % à 8 % le taux de la contribution sur les rémunérations ou gains assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG) mais exclus de l'assiette des cotisations sociales (« forfait social »). Le Gouvernement entend ainsi renforcer la contribution au financement du système de protection sociale des éléments de rémunération actuellement soumis à ce forfait.

1. Le régime du forfait social

L'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué une nouvelle contribution, dite « forfait social », à la charge de l'employeur, sur certains des rémunérations ou gains assujettis à la CSG mais exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale (articles L. 137-15 à L. 137-17 du code de la sécurité sociale).

• *Le forfait social, un dispositif contribuant à l'effort de réduction de l'impact des « niches sociales »*

À la suite des travaux de la mission d'information commune aux commission des affaires sociales et des finances de l'Assemblée nationale sur les

exonérations de cotisations sociales, l'instauration du forfait social visait à apporter une réponse à l'un des problèmes posés par la multiplication des « niches sociales » : l'absence de participation de ces sommes au financement de la sécurité sociale, créant corrélativement un risque de substitution de ces éléments de rémunération aux salaires, assujettis quant à eux à l'intégralité des cotisations et contributions sociales – risque attesté par une progression significativement plus rapide de l'assiette des premiers par rapport à celle des seconds.

À cet égard, le forfait social introduit par la loi de financement pour 2009 a pour visée première de réduire l'impact des « niches sociales », dont l'ampleur – indépendamment des objectifs attachés à leur existence – exerce une menace sur les recettes de la sécurité sociale : il consiste en une taxation de certaines de ces exemptions d'assiette.

Compte tenu de la dynamique du développement des dispositifs accessoires de rémunération servis aux salariés, le forfait social vise également à introduire une nouvelle forme d'équité face au prélèvement social patronal, en évitant qu'il se concentre exclusivement sur les salaires.

• *Le principe de l'assujettissement au forfait social de l'ensemble des éléments de rémunération soumis à la CSG*

Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009, l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale pose le principe selon lequel l'ensemble des éléments de rémunération qui sont soumis à la CSG (article L. 136-1 du code de la sécurité sociale) et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale (articles L. 242-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime) sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur. Autrement dit, le principe devient l'assujettissement, toute nouvelle exonération d'un élément de rémunération répondant à ces mêmes critères entrant dans l'assiette du forfait social, sans qu'il soit besoin de le prévoir expressément. Dès lors, ce n'est que si l'on souhaite exclure cet élément du forfait social qu'une disposition législative *ad hoc* devra venir modifier l'article L. 137-15. On rappellera toutefois qu'en retenant les rémunérations et gains assujettis à la CSG, le forfait social exclut *ipso facto* de son champ les divers titres de paiement (titre-restaurant, chèque emploi-service universel préfinancé et, pour les entreprises de plus de cinquante salariés, chèque-vacances).

L'article L. 137-15 prévoit en outre quatre exceptions limitativement énumérées, excluant ainsi de l'assiette :

– les avantages résultant de l'attribution de *stock-options* ou d'actions gratuites, déjà assujetties à des contributions patronale et salariale respectivement de 14 % et de 8 % (articles L. 137-13 et L. 137-14 du code de la sécurité sociale) ;

– les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de prévoyance complémentaire (2° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 2° de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime), déjà assujetties à une contribution spécifique (article L. 137-11 du code de la sécurité sociale) ;

– les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail (douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural) ;

– la participation de l'employeur au financement des chèques-vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés (article L. 411-9 du code du tourisme), par souci de cohérence et d'équité avec l'exonération dont bénéficient les chèques-vacances dans les entreprises de plus de cinquante salariés du fait de leur non-assujettissement à la CSG.

La contribution est donc due sur les éléments de rémunération suivants :

– les contributions des employeurs destinées à financer des prestations de retraite supplémentaire, à l'exclusion de celles régies par l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (régimes à prestations définies avec condition d'achèvement de la carrière dans l'entreprise, c'est-à-dire les retraites « chapeau » déjà assujetties par ailleurs à une cotisation spécifique) ;

– les sommes versées au titre de la participation et du supplément de réserve spéciale de participation ;

– les sommes versées au titre de l'intéressement, du supplément d'intéressement et de l'intéressement de projet ;

– l'abondement de l'employeur aux plans d'épargne d'entreprise (PEE) et plans d'épargne retraite collectifs (PERCO) ; s'agissant des PERCO, le forfait social se cumule avec la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement excédant 2 300 euros destinées au Fonds de réserve pour les retraites (article L. 137-5 du code de la sécurité sociale) ;

– la part de rémunération correspondant à la commercialisation de l'image collective de l'équipe, versée aux sportifs ;

– depuis l'entrée en vigueur de l'article 16 de la loi de financement pour 2010, qui complète l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale, les rémunérations liées à l'intéressement, à la participation et à l'épargne salariale dont bénéficient, sous certaines conditions, les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.

- *Les aménagements successifs du forfait social*

Le taux de cette contribution, fixé à 2 % par la loi de financement pour 2009, a depuis lors été porté à 4 % pour 2010, puis à 6 % pour 2011 (article L. 137-16 du code de la sécurité sociale). Son produit, initialement affecté de manière intégrale à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), fait l'objet depuis 2011 d'une clef de répartition : l'assurance maladie n'est plus attributaire que de la part correspondant à un taux de 1,65 %. Le reste, soit 4,35 %, bénéficie au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), et notamment à une section comptable spécifique de ce fonds pour une part correspondant à un taux de 0,77 % (article L. 135-3-1) ; cette affectation au FSV d'une part du forfait social s'inscrit dans le schéma global de financement des régimes de retraite résultant de la réforme de 2010.

Le produit du forfait social s'est élevé à 315 millions d'euros pour le seul régime général en 2009 et a atteint 656 millions d'euros en 2010. En 2011, ce produit est estimé à 1,254 milliard d'euros.

2. La majoration du taux du forfait social

Le 1^o du présent article porte de 6 % à 8 % le taux de la contribution. En l'absence d'autre précision, la mesure entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2012, comme toutes les dispositions de la troisième partie de la loi de financement. Cette augmentation du taux du forfait social est notamment motivée par le constat d'une forte dégradation du solde des organismes de sécurité sociale.

- *Une mesure destinée à sécuriser les recettes de la branche maladie*

La majoration du taux du forfait social à hauteur de deux points fait partie de l'une des mesures constitutives du « plan de réduction des déficits », présentées par le Premier ministre le 24 août 2011, et soumises au Parlement dans le cadre du projet de loi de finances rectificative 2011, du projet de loi de finances 2012 et du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le 2^o de l'article 10 affecte intégralement le produit de ces deux points d'augmentation du taux du forfait social à la CNAMTS : la part de la contribution lui étant attribuée passera donc de 1,65 % à 3,65 %. En conséquence, la part affectée au FSV demeurera inchangée.

Par rapport à un produit que l'évolution tendancielle devait porter à 1,350 milliard d'euros en 2012, la recette supplémentaire est évaluée à 410 millions d'euros au bénéfice de la CNAMTS en 2012, portant ainsi le produit total du forfait social à 1,759 milliard d'euros. Elle contribue de façon significative à la réduction de plus de 6 milliards d'euros du déficit 2012 de l'assurance maladie, ramené de 12 milliards d'euros en « tendanciel » à 5,9 milliards d'euros.

Selon les estimations communiquées à votre rapporteur, la décomposition du produit de la contribution évoluerait entre 2009 et 2012 comme récapitulé dans le tableau ci-après :

Produit du forfait social

(en millions d'euros)

Assiette	2009	2010	2011	2012
	2 %	4 %	6 %	8 %
Participation	120	218	375	546
Intéressement	100	208	365	527
PEE	20	49	79	109
Retraite supplémentaire	70	168	247	318
PERCO	3	10	20	30
Prime de partage des profits	–	–	168	230
Droit à l'image des sportifs	2	3	–	–
Total	315	656	1 254	1 759

Source : Gouvernement - DSS d'après données ACOSS, DARES et DREES.

Dans sa réponse au questionnaire écrit de votre rapporteur, le Gouvernement évalue quel serait le produit du forfait social s'il s'était appliqué aux assiettes qui en sont explicitement exonérées.

Produit du forfait social sur les rémunérations qui en sont explicitement exclues

(en millions d'euros)

Assiette	2011	2012
	6 %	8 %
Stock-options et actions gratuites	140	190
Prestations complémentaires de prévoyance (contribution patronale)	727	1 000
Indemnités de rupture	216	304
Indemnités de mise à la retraite	15	–
Indemnité de rupture conventionnelle	52	74
Titres-restaurant	177	256
Chèques-vacances	50	70
Avantages accordés par les comités d'entreprise dans le cadre de leur activité sociale et culturelle	178	238
Total	1 555	2 132

Source : Gouvernement.

La stricte application du principe énoncé par l'article L. 137-14 du code de la sécurité sociale, à savoir l'assujettissement au forfait social de l'ensemble des

éléments de rémunération soumis à la CSG et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, le produit de cette contribution se serait élevé à 2,809 milliards d'euros en 2011. Il serait même de 3,891 milliards d'euros en 2012 avec un taux fixé à 8 %.

• *Une majoration justifiée par le caractère efficace de la contribution patronale*

La majoration du taux du forfait social permet d'accroître les recettes de l'assurance maladie et de renforcer la contribution des « niches sociales » au financement du système de protection sociale.

Même augmenté de deux points, ce taux reste modéré si on le compare au total des cotisations de sécurité sociale patronales pesant sur les rémunérations salariales ordinaires. A cet égard, la Cour des comptes considère dans son rapport sur l'application des lois de financement de sécurité sociale de septembre 2010 qu'il serait possible d'« envisager de porter ce forfait au niveau des taux cumulés des cotisations maladie et famille (soit 19 % environ), c'est-à-dire celles des branches qui versent des prestations non liées aux revenus professionnels, pour lesquelles donc une contribution de l'ensemble des revenus paraît logique ».

Votre rapporteur estime que même si ce taux de 19 % demeure inférieur à celui des cotisations sociales patronales de droit commun, il n'en est pas moins en contradiction avec l'esprit du forfait social tel que proposé par la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales : une *flat tax* sur une assiette large comprenant tous les gains assimilables aux revenus du travail, mais à taux faible, qui n'est pas de nature à remettre en question les incitations au développement de dispositifs d'épargne salariale, ni à entraver leur dynamisme.

La majoration du taux du forfait social instaurée par le présent article conduit à porter cette contribution patronale à 8 %, soit trois points au-dessus du taux proposé par la mission d'information.

Pour votre rapporteur, cette nouvelle évolution de la contribution patronale peut certes se justifier par la dégradation inquiétante du solde des organismes de sécurité sociale, à laquelle il est évidemment important de remédier. Pour autant, la majoration engagée cette année ne paraît pas devoir être poursuivie : elle contribue à éloigner le forfait social du schéma de la *flat tax* qui l'a inspiré et qui semble être le plus efficace du point de vue des recettes tirées, et le plus indolore du point de vue de son impact sur l'activité économique.

De ce point de vue, un forfait social à 5 % sur une assiette élargie rapporterait au total 2,4 milliards d'euros en 2012 : malgré un taux plus faible, le produit serait supérieur à celui attendu moyennant un taux de 8 % (moins de 1,8 milliard d'euros).

La Commission est tout d'abord saisie de deux amendements de suppression de l'article, AS 12 de M. Jean-Marie Rolland et AS 71 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Marie Rolland. Je demande la suppression de cet article qui, d'une part, consacrerait une augmentation continue du forfait social et, d'autre part, renchérirait encore le coût du travail, allant ainsi à l'encontre de l'objectif de développer la participation financière dans les PME et de répartir plus équitablement la valeur ajoutée.

M. Dominique Tian. Je demande moi aussi la suppression de cet article qui diminuerait le pouvoir d'achat des salariés. Lorsque le forfait social a été institué, il était de 2 %. J'avais à l'époque exprimé la crainte qu'il n'atteigne rapidement 8 %. Nous y sommes et il n'y a pas de raison que cela s'arrête ! Et si d'aventure les socialistes revenaient au pouvoir, nul doute qu'il doublerait ou triplerait...

Mme Catherine Lemorton. Je ne comprends pas ces amendements. Dès lors que le Gouvernement et sa majorité ne font plus du salaire l'axe essentiel d'augmentation du pouvoir d'achat, si on ne rétablit pas un certain équilibre, le risque est d'accroître les inégalités entre les salariés qui peuvent bénéficier de ces éléments annexes de rémunération et ceux qui n'auront jamais que leur salaire. Cet article va dans le sens de l'égalité.

M. Michel Issindou. Vous avez peur, monsieur Tian, que les socialistes reviennent au pouvoir. Vous avez raison car nous irions beaucoup plus loin ! Nous avons toujours dit que tous ces dispositifs de participation financière constituaient un salaire déguisé et que pour trouver de l'argent pour financer la protection sociale, ils devraient être taxés à même hauteur que les salaires. Qu'ils le soient moins crée un manque à gagner pour la sécurité sociale.

M. Guy Lefrand. Le forfait social est une contribution qui permet aux prélèvements sociaux patronaux de ne pas porter exclusivement sur les salaires. On ne peut ignorer que, dans certains cas, les éléments accessoires de rémunération ont pris une part très importante ni que leur développement correspond aussi à une certaine pratique managériale. Je suis défavorable aux amendements et propose qu'on en reste au texte initial du projet de loi.

M. Yves Bur, rapporteur. Je suis moi aussi défavorable à ces amendements. Le rapport de la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales avait jugé nécessaire d'instaurer une *flat tax* de 5 % sur l'ensemble des éléments de rémunération faisant l'objet de niches sociales. Cela aurait rapporté quelque 2 milliards d'euros. Un autre choix a été fait, plus limité. Une taxe sur l'intéressement et la participation, fût-elle de 8 %, demeure modérée par rapport aux cotisations patronales qui pèsent sur les salaires, de l'ordre de 27 %. Ces éléments de rémunération demeureront donc attractifs.

Le problème majeur en France aujourd'hui est la compétitivité de nos entreprises. Pendant que, dans notre pays, on passait aux 35 heures et qu'on relevait successivement les différents SMIC pour les unifier, en Allemagne, alors que le pays était dirigé par le SPD du Chancelier Schröder, on allégeait le coût du travail. C'est ainsi que nous avons perdu notre avantage concurrentiel. Aujourd'hui, l'Allemagne a des entreprises dynamiques tandis que nous sommes à la traîne. Cela étant dit, je reste défavorable à ces amendements.

M. Jean Mallot. Il est incontestable que la durée réelle hebdomadaire du travail est plus faible en Allemagne qu'en France. Qu'il me soit enfin permis de rappeler aux gaullistes, s'il en reste dans cette salle, que les pères de la participation, qui l'ont conçue au début des années 1960, tenaient à ce qu'elle ne fasse l'objet d'aucun traitement social ou fiscal privilégié, comme notre collègue Daniel Garrigue nous l'a rappelé récemment. Pour eux, cette rémunération différée devait être soumise aux mêmes prélèvements que les salaires.

M. le président Pierre Méhaignerie. Les 35 heures ont causé un profond traumatisme à notre économie. Lisez le document sur l'approche de la compétitivité, signé par des organisations syndicales d'employeurs et de salariés, signé par la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC : il y est dit que le seul véritable critère est le nombre d'heures travaillées par habitant. Or, on est à 610 heures par habitant en France, soit la durée la plus faible de tous les pays européens, à 690 heures en Allemagne et 772 heures dans les pays scandinaves, où la population bénéficie à la fois d'une haute protection sociale et d'un pouvoir d'achat en hausse. Vous ne m'empêchez pas de dire que les 35 heures ont constitué une rupture extrêmement dangereuse pour l'économie française. Dans le bassin industriel dont je suis l'élu, nous n'en pouvons plus des conséquences des licenciements consécutifs aux 35 heures.

Mme Marisol Touraine. Vous vous appuyez sur le nombre d'heures travaillées par habitant. Mais avec cet indicateur, il faut tenir compte de la démographie. En Allemagne, où la natalité est beaucoup plus faible qu'en France, le nombre d'heures travaillées par habitant sera mécaniquement plus élevé – sans que cela ne change rien au nombre d'heures travaillées pour chaque salarié. Il faut de même prendre en compte le nombre de chômeurs, car le ratio en est considérablement modifié. Et sur ce point, nous tomberons d'accord : il faudrait créer plus d'emplois dans notre pays. Nous ne cessons de plaider pour une croissance riche en emplois, de façon que le taux de chômage soit aussi bas en France qu'il l'est en Allemagne. Le ratio que vous invoquez n'a aucune pertinence pour apprécier la compétitivité de notre économie.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ce sont les syndicats qui en font état.

Mme Marisol Touraine. Déplorant le chômage, ils souhaitent montrer qu'il n'y a pas assez d'emplois créés. La véritable question est de savoir si un

salarié français travaille plus ou moins qu'un salarié allemand. Si on suivait votre raisonnement, lorsque le chômage augmenterait dans un pays, il faudrait y relever le temps de travail des autres afin de compenser les heures travaillées perdues du fait du chômage... ou bien faire moins d'enfants. Pour ma part, j'aimerais que le taux de chômage soit aussi faible en France qu'il l'est en Allemagne et que les plus de 55 ans parviennent chez nous à trouver du travail. Les ratios s'amélioreraient immédiatement.

La Commission rejette les amendements AS 12 et AS 71.

Elle en vient à l'amendement AS 452 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Bien qu'elles répondent à la définition des sommes entrant dans le champ du forfait social, les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire en étaient jusqu'à présent exclues, étant soumises à une contribution spécifique de 8 %. Mon amendement vise simplement à les faire basculer dans le champ du forfait social, puisque les taux sont désormais les mêmes.

La Commission adopte l'amendement AS 452.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 209 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Le Gouvernement a fait savoir que le mode de calcul des indemnités journalières d'arrêt maladie serait modifié par décret en passant d'un pourcentage du salaire brut à un pourcentage du salaire net. Cette mesure, dont il attend qu'elle rapporte 200 millions d'euros, aboutit à diminuer le montant de ces indemnités de près de 6 %. Or, on dénombre plus de sept millions d'arrêts de travail chaque année et environ 30 % de salariés, essentiellement les plus fragiles et les plus précaires d'entre eux, n'ont aucune couverture complémentaire en ce domaine. Il ne nous paraît ni juste ni raisonnable de pénaliser ainsi les malades. Nous souhaiterions que les indemnités continuent d'être calculées sur le salaire brut et pour compenser les 200 millions escomptés par le Gouvernement, nous proposons de relever le forfait social de 6 % à 9 %, au lieu des 8 % prévus.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable.

M. Jean-Luc Prével. Pourquoi ? J'avais cru comprendre que vous n'étiez pas favorable à la diminution des indemnités journalières.

M. Yves Bur, rapporteur. L'abaissement de leur niveau ne figure pas dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. J'ai pris position sur le sujet. J'ai suggéré au Gouvernement non pas l'augmentation de quelque prélèvement mais d'autres pistes d'économies pour réduire les dépenses de santé.

La Commission rejette l'amendement AS 209.

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS 72 de M. Dominique Tian ainsi que les amendements identiques AS 56 de Mme Anny Poursinoff et AS 227 de Mme Marisol Touraine.

M. Dominique Tian. Mon amendement propose de ne relever que de 6 % à 7 % le taux du forfait social, et non 8 % comme proposé.

Mme Anny Poursinoff. Nous proposons, nous, de le porter à 20 %, soit encore très en dessous du taux de 27 % des cotisations patronales qui s'appliquent sur les salaires.

Mme Marisol Touraine. Pour nous, tous les revenus, quelle que soit leur origine, doivent être mis à contribution de la même façon. Au taux de 20 %, le forfait social resterait inférieur au taux des cotisations sociales de droit commun. Un signal serait toutefois donné selon lequel tous les revenus doivent contribuer au financement de la protection sociale et qu'il ne doit plus y avoir de niches sociales.

M. Yves Bur, rapporteur. Je suis défavorable aux trois amendements. Avec une augmentation des prélèvements sociaux comme celle que proposent Anny Poursinoff et Marisol Touraine sur des éléments annexes de rémunération, serait-il encore possible aux entreprises d'augmenter les salaires ? Cela pèserait à la fois sur le pouvoir d'achat des salariés et la compétitivité des entreprises.

Mme Marisol Touraine. Il y a trois ans, lorsque nous présentions des amendements de ce type, on nous répondait que pas la moindre augmentation n'était envisageable. Or, année après année, le forfait social n'a cessé d'augmenter. Il faut être cohérent. Soit ces éléments annexes de rémunération n'ont pas à être taxés, soit ils doivent l'être comme les salaires.

Mme Anny Poursinoff. Un revenu est un revenu. Tous doivent être taxés d'égale façon.

M. Yves Bur, rapporteur. Nous ne pouvons prendre le risque ni d'amoindrir le pouvoir d'achat, ni d'obérer la compétitivité des entreprises.

M. Dominique Tian. À chaque fois, on parle d'augmentation « exceptionnelle ». Mais sur cette pente, on en sera vite à 10 %, 12 %, voire davantage ! Votre position, monsieur le rapporteur, me paraît de plus en plus difficile à tenir.

M. Jean Mallot. Selon l'évaluation préalable des dispositions de l'article 10 elle-même, « *l'augmentation du forfait social n'est pas de nature à porter atteinte au dynamisme des avantages consentis aux salariés* ». L'atteinte au pouvoir d'achat n'est donc pas démontrée.

*La Commission **rejette** successivement l'amendement AS 72 et les deux amendements identiques AS 56 et AS 227.*

L'amendement AS 310 de Mme Jacqueline Fraysse n'est pas défendu.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement AS 73 de M. Dominique Tian.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 10 **modifié**.*

Après l'article 10

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 10.

Les amendements AS 295 à AS 299, AS 301 à AS 303, AS 307, AS 308, AS 311, AS 312 et AS 339 de Mme Jacqueline Fraysse ne sont pas défendus.

Elle examine d'abord l'amendement AS 232 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. Cet amendement tend à supprimer l'exonération de CSG et de cotisations sociales prévue pour les contributions des employeurs au financement des régimes de retraite dits « chapeau ».

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Le sujet a été traité il y a deux ans, lorsque j'ai proposé d'instituer une taxe sur les retraites « chapeau », et l'année dernière, lorsque nous avons augmenté le montant du prélèvement.

M. Denis Jacquat. Je rappelle qu'il existe deux types de retraites « chapeau » : celles qui concernent les dirigeants du CAC 40, et les autres, qui bénéficient à 25 % des ouvriers et des cadres. Pour certains, cette forme de retraite supplémentaire représente une partie importante du montant de la pension. À l'occasion d'une nouvelle réforme des retraites, il conviendra donc de s'intéresser à ces personnes qui ont cotisé, pour lesquelles des entreprises ont cotisé, mais dont les droits sont aujourd'hui remis en cause.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 232.*

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 230 de Mme Marisol Touraine.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet amendement propose de porter à 20 % la contribution patronale sur les *stock-options* et sur les attributions d'actions gratuites. En effet, l'exigence de justice sociale et l'impératif de responsabilité financière imposent de rechercher de nouvelles sources de financement. Toutes les formes de revenu doivent participer à l'effort de solidarité nationale.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Le sujet a été abordé trois années de suite, lors des deux derniers projets de loi de financement et au moment de la réforme des retraites. Nous avons instauré une contribution sur les *stock-options*, dont le niveau me semble satisfaisant.

La Commission rejette l'amendement AS 230.

Puis, elle est saisie de l'amendement AS 231 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean Mallot. Bien que le taux de la contribution salariale sur les *stock-options* et sur les attributions d'actions gratuites ait été porté à 8 % par la dernière loi de financement, elle est encore loin d'égaliser le montant des contributions portant sur les salaires. Nous proposons donc de fixer ce taux à 10 %. Une augmentation aussi modérée n'est pas, non plus, « *de nature à porter atteinte au dynamisme des avantages consentis* » comme l'indique l'étude d'impact.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 231.

Elle examine ensuite l'amendement AS 228 de Mme Marisol Touraine.

Mme Gisèle Biémouret. Au nom de la justice sociale, il convient d'inclure les attributions de *stock-options* et d'actions gratuites dans l'assiette du forfait social, dont le taux serait porté à 20 %.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 228.

Puis elle procède à l'examen de l'amendement AS 229 de Mme Marisol Touraine.

Mme Martine Pinville. Toujours dans un souci de justice sociale, le présent amendement vise à soumettre les revenus tirés des parachutes dorés au forfait social, dont le taux serait porté à 20 %.

M. Yves Bur, rapporteur. L'année dernière, nous avons décidé d'augmenter la contribution sur les indemnités de rupture au-delà de trois plafonds en les soumettant au taux normal de cotisations et contributions sociales. Cet amendement aurait pour effet de réduire leur taxation. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 229.

Article additionnel après l'article 10

Exonération de la rémunération des techniciennes de l'intervention sociale et familiale

Puis, elle est saisie, en discussion commune, des amendements AS 490 de Mme Bérengère Poletti et AS 220 de M. Jean-Luc Prével.

Mme Bérengère Poletti. L'année dernière, le Parlement a supprimé l'exonération des cotisations sociales sur la rémunération des aides à domicile à destination des publics « non fragiles ». Or, cette mesure a conduit les associations employant des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, qui interviennent auprès des familles en difficulté, à en licencier un grand nombre. L'amendement a pour but d'inclure ces familles dans la catégorie des publics fragiles.

M. Yves Bur, rapporteur. Nous devons avoir ce débat en séance publique. Avis favorable.

M. Jean-Luc Prével. Mon amendement vise le même article de la loi de finances pour 2011.

Mme Bérengère Poletti. Mais il porte sur la garde d'enfant. Le champ de cette activité est trop large : cela ne concerne pas uniquement les familles en difficulté.

M. Jean-Luc Prével. Au contraire, l'objectif est d'appliquer l'exonération de cotisations aux activités de soutien aux personnes ou familles en difficulté.

La Commission adopte l'amendement AS 490.

En conséquence, l'amendement AS 220 tombe.

Mme Marisol Touraine. Nous avons déposé un amendement similaire à un autre endroit du texte.

M. le président Pierre Méhaignerie. N'étant pas gagé, il a été déclaré irrecevable.

Après l'article 10

La Commission examine ensuite l'amendement AS 225 de Mme Marisol Touraine.

M. Simon Renucci. En période de faible activité, le dispositif de défiscalisation relatif aux heures supplémentaires freine l'embauche. En période de récession, il devient une machine à créer des chômeurs.

Inefficace en termes d'emploi, ce système a en outre un coût considérable pour les finances publiques : 4,5 milliards d'euros par an. Il convient donc de le supprimer.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président Pierre Méhaignerie. De nombreuses entreprises industrielles parviennent à obtenir des marchés pour un mois et demi ou deux mois. Or il est très difficile de trouver des salariés compétents pour des périodes aussi courtes.

Les salariés sont prêts à faire des heures supplémentaires, mais le risque de perdre certaines prestations sociales les en dissuade : la hausse de salaire doit être mise en balance avec la perte du droit à l'allocation personnalisée au logement ou à des bourses universitaires pour les enfants, par exemple. La défiscalisation des heures supplémentaires permet non seulement un gain de pouvoir d'achat pour les salariés, mais aussi une flexibilité accrue dans les bassins industriels.

En revanche, s'agissant des cotisations patronales, je suis d'accord avec vous : l'exonération est moins justifiée.

M. Simon Renucci. Je comprends votre raisonnement pour ce qui concerne les bassins industriels, mais sur l'ensemble du territoire, ce système est un frein à l'emploi. Or, les parents des six millions d'enfants pauvres de France sont des chômeurs ou des salariés cumulant des contrats à durée déterminée : ils n'ont aucune perspective d'avenir.

En période de crise, c'est en aidant son voisin que l'on s'aide soi-même. Avec les 4,5 milliards d'euros que coûte la défiscalisation des heures supplémentaires, on pourrait créer de véritables emplois dans l'économie sociale et solidaire.

Mme Marisol Touraine. Vous n'êtes donc pas hostile, monsieur le président, à l'idée qu'il faudrait mettre fin au dispositif en ce qui concerne les cotisations versées par les employeurs. C'est en effet le sujet essentiel, car personne ne conteste l'intérêt des heures supplémentaires, du point de vue des salariés, en termes de pouvoir d'achat. Cela étant, elles amènent à s'interroger sur le niveau des rémunérations.

Par ailleurs, si les heures supplémentaires tendent à faire perdre le bénéfice des aides sociales, cela devrait inciter le Gouvernement à remettre à plat l'ensemble des dispositifs. En effet, cela signifie soit que les plafonds sont trop bas, soit qu'un certain nombre d'aides représentent autant d'éléments permanents de revenu qui permettent aux entreprises de maintenir des salaires plus bas.

Je ne néglige pas le problème que vous soulevez : on sait que les Français appartenant aux classes populaires sans être considérés comme pauvres ont le sentiment de ne pas pouvoir accéder au système d'aide sociale. Mais on ne peut pas multiplier les exonérations sous prétexte de maintenir un système que l'on juge par ailleurs insatisfaisant.

M. le président Pierre Méhaignerie. Vous seriez pourtant les premiers à critiquer une réduction des prestations sociales. Comme l'a très justement dit M. Jacques Delors, l'effort de productivité des Français a été absorbé par la montée des dépenses sociales et par les dépenses des collectivités locales. Je rappelle que, pour un salaire de 100, l'employeur paye 190.

Un article récent montrait que les salaires des enseignants étaient plus faibles en France. Mais le salaire indirect est, dans notre pays, supérieur de 30 % par rapport aux pays voisins ! Il y a donc un vrai débat sur la répartition entre salaire direct et indirect : il faudrait donner la priorité au premier, qui responsabilise, et maîtriser les dépenses sociales.

M. Jean Mallot. Comme l'a montré le rapport rédigé sur ce sujet par Jean-Pierre Gorges et moi-même au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, la mesure de défiscalisation et d'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires est inefficace : elle coûte plus au budget de l'État qu'elle ne rapporte en richesse nationale produite, et est en outre défavorable à l'emploi. Certes, sa suppression mécontenterait ceux qui en bénéficient aujourd'hui, mais si l'on privilégie l'intérêt général, il faut admettre que cette disposition n'est pas fondée.

Quant à l'exonération de cotisations patronales, elle est encore moins justifiée, ce que vous semblez admettre, monsieur le président. Nous avons justement déposé un amendement tendant à la supprimer : je suppose que vous le voterez.

La Commission rejette l'amendement AS 225.

Elle en vient à l'amendement AS 234 de M. Christophe Sirugue.

Mme Catherine Lemorton. Une des raisons principales de l'inégalité salariale entre hommes et femmes est la pratique du temps partiel imposé, car plus de 80 % de salariés concernés sont des femmes. L'amendement vise donc à majorer de 10 % les cotisations patronales dans les entreprises de plus de vingt salariés ayant un recours abusif au temps partiel.

Dans le secteur de la grande distribution, il est fréquent d'imposer aux salariées des horaires de travail répartis sur la journée entière, soirée comprise, avec une coupure dans l'après-midi. La complexité des horaires est telle qu'elles ne peuvent pas compléter leur salaire avec un autre travail, alors qu'elles ne gagnent que 590 euros par mois en travaillant 25 heures par semaine.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Je doute qu'une taxe supplémentaire ait pour effet de changer radicalement ces pratiques. En revanche, elle conduirait à renchérir le coût de travail. Dans la grande distribution, cela pourrait se traduire par un développement des caisses automatiques, qui ne sont guère favorables à l'emploi.

Mme Bérengère Poletti. En outre, un tel amendement conduirait à mettre en difficulté le secteur des services à domicile, qui n'en a vraiment pas besoin.

Mme Anny Poursinoff. Qu'il s'agisse des aides à domicile ou de la grande distribution, les conditions de travail des femmes travaillant à temps partiel sont terribles. Elles ne peuvent pas s'occuper de leurs enfants lorsque ces derniers sont à la maison, et souvent, n'ont même pas le temps de rentrer chez elles pendant leur temps de repos. Et on s'étonne de ne pas trouver de personnel ! Les femmes qui assistent les personnes âgées ou en difficulté sont elles-mêmes très vulnérables, en raison de leurs conditions de travail et de leurs faibles revenus. Une telle situation finit par nuire aux personnes aidées elles-mêmes.

La Commission rejette l'amendement AS 234.

Article additionnel après l'article 10

Abaissement du plafond d'exonération des indemnités de rupture

Elle examine ensuite l'amendement AS 492 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Afin de prolonger le mouvement engagé par les lois de financement précédentes en faveur d'un assujettissement des indemnités de rupture à l'ensemble des cotisations et contributions sociales, il est proposé d'abaisser le seuil d'exonération de trois à deux plafonds annuels de la sécurité sociale, soit 72 744 euros pour 2012. Un peu plus de 7 000 personnes sont concernées.

La Commission adopte l'amendement AS 492.

Article additionnel après l'article 10

Aménagement de la contribution sur les rémunérations versées à des tiers

Puis elle est saisie de l'amendement AS 493 du même auteur et de l'amendement AS 74 de M. Dominique Tian.

M. Yves Bur, rapporteur. Les services ministériels ont des difficultés à appliquer le dispositif d'assujettissement des rémunérations versées à des tiers introduit par la précédente loi de financement de la sécurité sociale. Cependant, ces rémunérations annexes méritent d'être mises à contribution. Il convient donc de simplifier le dispositif afin d'en faciliter la bonne exécution.

M. Dominique Tian. Il a le même objectif que le précédent. Je le retire et me rallie à celui du rapporteur.

La Commission adopte l'amendement AS 493.

Après l'article 10

Puis elle examine l'amendement AS 233 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. Les stagiaires représentent trop souvent une source de main-d'œuvre à bon marché pour les entreprises. Or leur rémunération ne donne pas lieu au versement de cotisations. Nous proposons qu'à partir du deuxième mois de stage, la gratification perçue par un stagiaire soit assimilée à un salaire et incluse dans l'assiette des cotisations sociales. Une telle disposition serait de nature à limiter les abus.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Nous avons déjà beaucoup progressé dans le sens d'une clarification des modalités de recours aux stages. Libre à vous de vouloir en limiter l'usage, mais dans certaines filières de formation, il est important – et intéressant – pour les étudiants de pouvoir effectuer un stage pratique en entreprise d'une durée suffisante.

L'adoption de cet amendement ne permettrait pas de résoudre le problème des abus. En revanche, elle risquerait de réduire l'offre, à un moment où les jeunes ont déjà du mal à accéder à des stages.

Mme Marisol Touraine. Le sujet est compliqué, c'est vrai. Quel que soit le type de formation, il est de plus en plus fréquent que le suivi d'un stage soit exigé pour la validation d'un cursus. Dans le même temps, on voit des entreprises banaliser le recours au stage comme moyen de réduire le coût de la main-d'œuvre : la durée des stages finit par atteindre six ou huit mois, alors qu'ils ne donnent aucune couverture sociale...

M. Yves Bur, rapporteur. La plupart des jeunes concernés sont étudiants.

Mme Marisol Touraine. Sans doute, mais qu'en est-il des droits à la retraite pour les étudiants qui cumulent les stages de longue durée ?

M. Dominique Tian. C'est un vrai problème, mais les chefs d'entreprise ne sont pas à blâmer : eux sont inondés de demandes de stages. Ce sont les écoles de commerce, en particulier, qui banalisent cette pratique en mettant une pression énorme sur les étudiants. Une telle dérive est dangereuse.

M. Denis Jacquat. En matière de stage, les droits à la retraite posent un réel problème. Par ailleurs, il est vrai que les écoles exigent de plus en plus que leurs étudiants effectuent des stages de longue durée. Or, dans le même temps, ces derniers payent – parfois très cher – pour l'enseignement qu'ils sont supposés recevoir.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cette question trouve un écho particulier dans le secteur social et médico-social. Alors que la formation de travailleur social prévoit une obligation d'effectuer un stage dont la durée peut

dépasser neuf mois, le budget des établissements médico-sociaux ne permet pas de rémunérer les stagiaires. On ne peut qu'être favorable à l'idée d'offrir un vrai salaire à ces derniers, mais cela signifie trouver les financements nécessaires.

M. Denis Jacquat. En tant que président d'un institut régional de travail social, j'ai souvent eu l'occasion d'avertir des étudiants qu'ils ne pourraient pas bénéficier d'une rémunération s'ils effectuaient un stage dans un établissement soumis à un prix de journée.

M. Yves Bur, rapporteur. Il convient sans doute de limiter le nombre de places en stage au sein d'une même entreprise : certaines fonctionnent avec 30 % de stagiaires dans leurs effectifs. Il s'agit alors d'un véritable détournement du droit du travail. Le sujet est donc important, même s'il ne relève pas d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La Commission rejette l'amendement AS 233.

Puis elle examine l'amendement AS 235 de Mme Marisol Touraine.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet amendement propose de conditionner la réduction des cotisations de sécurité sociale à l'existence d'un accord salarial d'entreprise ou, à défaut, d'un accord salarial de branche de moins de deux ans. En cas d'absence d'accord salarial de moins de deux ans, l'allègement des cotisations sociales serait diminué de 25 %.

Un tel dispositif peut inciter à ouvrir des négociations et permettre la conclusion d'un accord sur la revalorisation des salaires, notamment les plus bas.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. On peut conditionner la réduction des cotisations à l'ouverture de négociations, mais pas à l'aboutissement d'un accord : ce serait une redoutable arme de chantage sur l'employeur.

La Commission rejette l'amendement AS 235.

Article 11

(art. L. 131-8, L. 241-2, L. 241-6 et L. 241-13 du code de la sécurité sociale, L. 731-2 et L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime, 61 de la loi n° 2004-1484 de finances pour 2005 et 53 de la loi n° 2007-1822 de finances pour 2008)

Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale de cotisations sociales patronales

Le présent article a pour objet de réintégrer les heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale de cotisations sociales patronales.

1. La loi du 21 août 2007 a neutralisé les heures supplémentaires pour le calcul de la réduction générale de cotisations patronales

L'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (« TEPA ») a mis en place un dispositif d'incitation aux heures supplémentaires (pour les salariés à temps complet) et complémentaires (pour les salariés à temps partiel) comprenant, outre un volet fiscal (exonération d'impôt sur le revenu), deux volets sociaux :

– une réduction de cotisations salariales d'un taux maximum de 21,50 %, cette réduction s'applique dans la limite des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ;

– une déduction forfaitaire des cotisations patronales égale à 0,50 euro et, dans les entreprises employant au plus vingt salariés, à 1,50 euro.

La réduction des cotisations salariales est cumulable avec l'application de taux réduits de cotisations. Elle est alors calculée en tenant compte des taux minorés applicables au salarié. La déduction forfaitaire des cotisations patronales est cumulable avec des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale dans la limite des cotisations patronales de sécurité sociale, ainsi que des cotisations patronales recouvrées suivant les mêmes règles restant dues par l'employeur au titre de l'ensemble de la rémunération du salarié concerné.

Le coût du dispositif pour 2012 est évalué à 3 462 millions d'euros, en hausse de 3 % par rapport à 2011.

L'exposé des motifs du projet de loi de 2007 indiquait que *« les heures supplémentaires n'entraîneront plus une diminution du taux d'exonération de l'allègement général sur les bas salaires. En effet, les salariés les moins rémunérés sont les plus nombreux à effectuer des heures supplémentaires. Or, l'effet dissuasif lié au surcoût qu'elles occasionnent pour l'employeur est plus important lorsque le salaire est peu élevé, et serait encore aggravé si l'augmentation du nombre d'heures effectuées avait pour effet de réduire les allègements de charges consentis à l'employeur. »*

Dès lors, bien que les dispositifs d'allègement dégressif, afin de neutraliser les heures supplémentaires ou le temps partiel, proratisent généralement le revenu mensuel selon le nombre d'heures de travail, la loi « TEPA » a modifié le calcul de la réduction générale de cotisations patronales en excluant la rémunération des heures supplémentaires, dans la limite des majorations salariales prévues par la loi (25 % pour les huit premières heures supplémentaires, 50 % pour les suivantes).

Le coefficient d'exonération ne tient donc compte que de la rémunération hors heures supplémentaires, ce qui revient à une franchise supplémentaire de cotisations par heure supplémentaire dont le montant dépend du niveau du SMIC. La neutralisation des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction

« Fillon » sur les bas salaires à la suite de la loi « TEPA » a ainsi pour effet de cumuler les avantages liés aux deux dispositifs.

Dans son rapport « Entreprises et "niches" fiscales ou sociales » (octobre 2010), le Conseil des prélèvements obligatoires relève que l'exclusion des heures supplémentaires du calcul de l'allègement Fillon accroît « *le caractère attractif du régime des heures supplémentaires, et donc les risques d'optimisation résidant dans la substitution nominale des heures supplémentaires au salaire correspondant au temps de travail normal* ».

L'étude d'impact reconnaît que « *ce dispositif conduit ainsi à aider doublement l'employeur qui recourt à des heures supplémentaires par rapport à un employeur qui rémunère globalement au même niveau un salarié sur l'année mais sans accomplir d'heures supplémentaires (donc sur la base d'un salaire horaire plus élevé). Dans le second cas, l'employeur n'a en effet pas droit aux exonérations spécifiques heures supplémentaires et par ailleurs, bien qu'ayant versé une même rémunération brute annuelle que dans le premier cas, son taux d'exonération générale est inférieur (en raison de la dégressivité du barème).* »

2. L'article 11 s'inscrit dans un processus de rationalisation de la réduction générale de cotisations sociales patronales

Pour supprimer le double avantage associé à l'exonération des heures supplémentaires, plutôt que d'appliquer le coefficient d'exonération à la seule rémunération hors heures supplémentaires et de nuire ainsi à l'objectif principal du dispositif, à savoir sa concentration sur les bas salaires, le présent article propose de réintégrer les heures supplémentaires et complémentaires dans la base servant au calcul de la réduction générale de cotisations sociales patronales. En effet, la réduction consécutive du montant des exonérations ne dépendra dès lors que du volume d'heures supplémentaires réalisées, et non du niveau de salaire.

On rappellera que le calcul du montant de la réduction générale résulte du produit de la rémunération par un coefficient, celui-ci rapportant la rémunération au salaire minimum sur la base de la durée légale du travail (cf. annexe 5 du présent projet de loi, page 30).

Au III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, le **1° du I** supprime donc dans le numérateur de ce coefficient l'exclusion de la rémunération retenue pour le calcul de la réduction générale la rémunération des heures complémentaires ou supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, des taux de 25 % ou 50 %. Ne demeure donc plus exclue de la rémunération retenue pour le calcul de la réduction générale que la rémunération des temps de pause, d'habillage et de déshabillage, exclusion introduite par la loi de financement pour 2008.

Corrélativement, le 2^o du I intègre dans le dénominateur du coefficient le nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu.

Les nouvelles modalités de calcul s'appliqueront à compter des rémunérations servies au titre du mois de janvier 2012.

Bien qu'ayant formulé lui-même cette proposition dans son rapport susmentionné et l'ayant qualifiée d'« *ajustement le plus modéré du dispositif "TEPA"* », le Conseil des prélèvements obligatoires relevait cependant qu'elle pourrait « *pénaliser le recours aux heures supplémentaires pour les niveaux de salaires inférieurs à 1,6 SMIC* ». L'étude d'impact estime toutefois que « *le coût de l'heure supplémentaire restera inférieur à ce qu'il était en 2007* », dans la mesure où les heures supplémentaires étaient jusqu'alors incluses dans l'assiette de la réduction générale et où l'exonération spécifique mise en place en 2007 continue de s'appliquer.

Compte tenu du consensus existant quant à l'effet positif sur l'emploi de la réduction générale de cotisations sociales patronales, confirmé par les travaux du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, qui lui a attribué le score maximal de 3, la mission d'information commune aux commissions des affaires sociales et des finances avait plaidé dès 2008 pour que les avancées dans la révision de ce dispositif ne se fassent que très progressivement. Depuis lors, la prudence a paru d'autant plus nécessaire que la situation économique est devenue moins favorable. L'article 12 de la loi de financement pour 2011 a ainsi tiré parti de l'embellie du second semestre de 2010 et du premier semestre de 2011 pour prendre une mesure à la fois juste et économiquement justifiée, l'annualisation du mode de calcul de la réduction, pour une économie de 2 milliards d'euros en année pleine.

La réintégration des heures supplémentaires constitue donc une nouvelle étape, aux incidences financières moindres que celles de l'annualisation, dans la révision de la réduction générale de cotisations sociales patronales. Votre rapporteur souhaite que ce processus soit poursuivi dès que la conjoncture le permettra. Les pistes ne manquent pas, mais plutôt qu'une action sur le seuil d'entrée, figer en valeur la référence pour le calcul du montant de la réduction présenterait un double avantage du point de vue des entreprises : une perspective claire à moyen terme et un effet progressif.

3. L'économie de recettes s'élève à 600 millions d'euros

Dans son rapport susmentionné, le Conseil des prélèvements obligatoires avait estimé, sur la base du surcoût induit en 2007–2008 par l'exclusion des heures supplémentaires, qu'une réintégration et une proratisation des heures supplémentaires au salaire retenu pour le calcul de la réduction générale « *permettraient de générer une économie de 640 millions d'euros* ».

Le Gouvernement retient pour sa part une économie de 600 millions d'euros pour 2012. En l'absence d'autre précision, la totalité de cette somme aurait

intégralement et directement bénéficié aux différents régimes et branches, mais le choix a été fait d'en affecter la moitié au « panier fiscal » qui assure la compensation aux organismes et régimes de sécurité sociale de l'exonération heures supplémentaires.

La composition de ce « panier » et son produit sont rappelés dans le tableau ci-après, étant précisé qu'il n'est affectataire, à ce jour, que de 1,3 % du produit du droit de consommation sur les tabacs :

« Panier fiscal » affecté à l'exonération des heures supplémentaires (2008-2012)

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés	943	553	823	850	1 041
TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées	2 122	2 069	1 970	1 970	1 970
Droit de consommation sur les tabacs	–	396	326	144	450
Total	3 065	3 018	3 120	2 965	3 462

Sources : PLFSS 2010, PLFSS 2011 et PLFSS 2012.

L'affectation de 300 millions d'euros à ce panier de recettes est effectuée par le biais d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs. Jusqu'alors fixée par l'article 61 de la loi de finances pour 2005, modifié en dernier lieu par la loi de finances pour 2011, la répartition de ce produit sera désormais inscrite à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, où figurent déjà l'affectation et la répartition du produit des impôts et taxes dédié jusqu'en 2010 à la compensation de la réduction générale de cotisations sociales patronales.

C'est l'objet du **3° du II**, le **1° du II** et le **VIII** procédant respectivement à la coordination rendue nécessaire par l'inclusion du Fonds de solidarité vieillesse à l'article L. 131-8 et à l'abrogation de l'article 61 de la loi de finances pour 2005.

À l'issue de ces différents aménagements, la clef de répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs est désormais la suivante :

Clef de répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs (2011, 2012 et 2013)

(en %)

	2011	2012	2013
Branche maladie du régime général	53,52	52,33	58,10
Branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général	1,58	1,58	–
Branche famille du régime général	12,57	11,17	7,86
Branches prestations familiales et assurances sociales du régime des salariés agricoles	10,00	10,00	9,18
Branche maladie du régime des exploitants agricoles	15,44	15,44	15,44
Assurance vieillesse complémentaire obligatoire du régime des exploitants agricoles	1,89	1,89	1,89
Différents régimes spéciaux de sécurité sociale	0,66	0,66	0,60
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	1,25	1,25	1,25
Compensation de l'exonération des heures supplémentaires	1,30	3,89	3,89
Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)	0,31	0,31	0,31
Fonds national d'aide au logement (FNAL)	1,48	1,48	1,48
Total	100	100	100

L'accroissement de 2,59 points de la fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs affecté à la compensation de l'exonération des heures supplémentaires permet de lui transférer l'équivalent de 300 millions d'euros affectés jusqu'alors à la branche maladie, à hauteur de 1,19 point, et à la branche famille, à hauteur de 1,40 point. La répartition des 2,59 points est opérée au prorata du surcroît de cotisations dont chaque branche bénéficie : elle suit donc celle de la réduction générale de cotisations telle que fixée par un arrêté du 22 décembre 2010 : 46 % à la branche maladie, 34,5 % à la branche vieillesse et 19,5 % à la branche famille.

Pour ce qui est de la branche maladie, la fraction de droits prélevée à la CNAM (soit 1,19 %) et réaffectée au panier des heures supplémentaires correspond ainsi exactement à la moitié des recettes de cotisations supplémentaires découlant de la mesure d'intégration des heures supplémentaires dans le calcul de l'allègement général. Pour ce qui est de la branche vieillesse, qui n'est pas affectataire de droits sur les tabacs, l'opération transite par la CNAF : une fraction de 0,87 point de taxe sur les salaires est transférée de la CNAV à la CNAF, laquelle « rend » au panier des heures supplémentaires 1,40 point de produit du droit sur les tabacs, englobant sa propre contribution (0,51 %) ainsi que celle de la branche vieillesse (0,89 %).

En conséquence, le 2^o du II modifie la clef de répartition du produit de la taxe sur les salaires entre les branches vieillesse et famille du régime général : 0,87 % de son produit, soit 86 millions d'euros en 2012, est transféré de la première vers la seconde. La part allouée au Fonds de solidarité vieillesse demeurant inchangée, la clef de répartition sera donc désormais la suivante :

Clef de répartition du produit de la taxe sur les salaires (2011-2012)

(en %)

	2011	2012
Caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV)	59,9	59,03
Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)	23,4	24,27
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	16,7	16,7
Total	100	100

Enfin, le **III** prévoit une clef partiellement dérogatoire pour la répartition du produit du droit sur les tabacs afin de tenir compte des dispositions adoptées à l'automne dernier et visant à garantir les ressources de la branche famille. En effet, l'affectation à titre définitif à la sécurité sociale des recettes fiscales jusque là dédiées à la compensation de la réduction générale a eu pour effet de conserver de droit à la sécurité sociale l'excédent prévisionnel du panier fiscal : pour l'affectation de cet excédent, le choix a été fait de privilégier la branche des accidents du travail en 2011 et 2012. Non seulement elle va ensuite bénéficier de la hausse du taux de la cotisation mise en œuvre en 2011 mais à compter de 2013, c'est la branche famille qui aura besoin de ressources supplémentaires afin de compenser la perte de rendement des recettes qui lui ont été affectées dans le cadre de la reprise de dette par la CADES.

Les autres dispositions du présent article procèdent aux aménagements rendus nécessaires par les modifications précédemment décrites :

– le **1° du II** procède à une coordination consécutive à l'inclusion du Fonds de solidarité vieillesse, du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et du Fonds national d'aide au logement à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale ;

– le **1° du IV** adapte l'énumération des ressources de la branche maladie du régime général compte tenu de la nouvelle rédaction de l'article L. 131-8 et le **2° du IV** y fait figurer la part du produit de la taxe sur les salaires qui lui est affectée (article L. 241-2 du code de la sécurité sociale) ;

– le **V** adapte l'énumération des ressources de la branche famille du régime général compte tenu de la nouvelle rédaction de l'article L. 131-8 (article L. 241-6 du code de la sécurité sociale) ;

– le **VI** adapte l'énumération des ressources de la branche maladie du régime des exploitants agricoles compte tenu de la nouvelle rédaction de l'article L. 131-8 (article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime) ;

– le **VII** adapte l'énumération des ressources des assurances sociales (branches maladie et vieillesse) du régime des salariés agricoles compte

tenu de la nouvelle rédaction de l'article L. 131-8 (article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime) ;

– le **IX** adapte l'article 53 de la loi de finances pour 2008, qui définit les modalités de la compensation de l'exonération des heures supplémentaires, compte tenu de la nouvelle rédaction de l'article L. 131-8 ;

– le **VIII** abroge l'article 61 de la loi de finances pour 2005 susmentionné.

*

La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS 13 de M. Jean-Marie Rolland.

M. Jean-Marie Rolland. L'intégration des heures supplémentaires dans la base de calcul du dispositif général d'allègement des cotisations patronales de sécurité sociale remet en cause le principe même qui prévalait lors de l'adoption de la loi « TEPA » : inciter fortement à augmenter le volume d'heures travaillées. Ainsi, au deuxième trimestre 2011, les heures supplémentaires ayant donné lieu à exonération dans les entreprises de moins de 50 salariés représentaient environ 115 millions sur un total de 186 millions d'heures, soit 62 %. L'article 11 va à l'encontre de ce principe et conduit à renchérir le coût du travail. Il convient donc de le supprimer.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable, malgré notre intérêt commun pour la compétitivité des entreprises.

La Commission rejette l'amendement AS 13.

Elle adopte ensuite l'article 11 sans modification.

Après l'article 11

La Commission est saisie d'une série d'amendements portant articles additionnels après l'article 11.

Les amendements AS 304 à AS 306, AS 309 et AS 313 de Mme Jacqueline Fraysse ne sont pas défendus.

Elle examine d'abord l'amendement AS 148 de M. Jean-Luc Prétel.

M. Jean-Luc Prétel. Je propose de limiter le bénéfice des allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires aux entreprises embauchant des jeunes ou des seniors, ainsi qu'aux très petites entreprises et aux PME.

M. Yves Bur, rapporteur. Ce dispositif visait à rendre économiquement acceptable pour les entreprises l'embauche de salariés peu qualifiés. Aujourd'hui, la priorité est plutôt d'éviter toute extension des exonérations de charges. Néanmoins, l'annualisation du calcul des allègements généraux a permis l'an dernier d'économiser 2 milliards d'euros : vu la période de crise que nous traversons, il ne serait pas opportun d'aller plus loin, au risque d'affaiblir les entreprises. Avis défavorable, donc.

La Commission rejette l'amendement AS 148.

Elle examine ensuite l'amendement AS 226 de M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. Comme l'a montré l'évaluation que Jean-Pierre Gorges et moi-même avons faite du « Travailler plus pour gagner plus », au titre du Comité d'évaluation et de contrôle, l'allègement des cotisations patronales sur les heures supplémentaires n'a pas de justification économique ou sociale ; il ne produit qu'un effet d'aubaine, puisqu'il revient à subventionner l'heure de travail qui, par nature, rapporte le plus à l'entreprise.

Le présent amendement tend à supprimer cette mesure aussi inopportune qu'inefficace. Cela rapportera quelque 700 millions d'euros aux finances publiques.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il faudra que nous ayons un débat là-dessus en séance publique. Dans son rapport, Jean-Pierre Gorges propose de reporter l'allègement sur les premières heures de travail. Pour ma part, je pense qu'une concertation doit être engagée avec les entreprises. Le leitmotiv qui revenait lors des auditions menées par la mission d'information sur la compétitivité de l'économie française, outre le coût salarial, c'était la multiplication des réglementations et l'impossibilité pour les entreprises de s'y adapter – ce qui a d'ailleurs été confirmé dans une publication récente par le président de Bosch.

M. Jean Mallot. Nous sommes d'accord, Jean-Pierre Gorges et moi, sur le diagnostic, même si nous divergeons sur certaines préconisations ; nous proposons tous deux d'aider les entreprises pour la première heure de travail, plutôt que pour l'heure supplémentaire.

Quant à l'argument de la concertation, il faut le relativiser : lorsqu'on a accordé 700 millions d'euros d'allègements de charges aux entreprises, en 2007, on ne leur a pas demandé leur avis ! On doit pouvoir revenir sur cette mesure sans avoir à négocier durant des années.

Par ailleurs, les conclusions des travaux de la mission d'information sur la compétitivité tardent à être diffusées. Cela signifierait-il qu'elles ne plaisent pas à

tout le monde ? Pour ce que j'en sais, elles tendraient à démontrer que nos entreprises ne sont pas dans une situation si défavorable...

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous aurons un débat sur le sujet au sein de la mission. Voilà trente-cinq ans que je me bats pour l'emploi ; on ne pourra pas vaincre le chômage sans améliorer la compétitivité de nos entreprises. Si nous arrivions à nous accorder sur la défiscalisation totale des heures supplémentaires pour les salariés, il y aura peut-être matière à discussion !

La Commission rejette l'amendement AS 226.

Puis, elle examine l'amendement AS 375 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Alors que les prestations de la branche maladie du Régime social des indépendants (RSI) sont désormais identiques à celles de la branche maladie du régime général, les contributions restent inférieures. Le présent amendement prévoit un alignement progressif de celles-ci sur le régime général, comme cela s'est fait pour la cotisation vieillesse des fonctionnaires et dans les régimes spéciaux dans le cadre de la réforme des retraites de l'année dernière.

M. Jean-Pierre Door. Tous les artisans se plaignent du mauvais fonctionnement du RSI. Avec un employé et un bénéfice annuel de 15 000 euros, certains se voient réclamer une cotisation supérieure à 7 000 euros : que faire dans ce cas, sinon mettre la clé sous la porte ? Vous évoquez la compétitivité des entreprises, mais il ne faudrait pas oublier celle des artisans ! Je ne voterai pas cet amendement.

M. Dominique Tian. J'ai également eu de très mauvais retours sur le RSI : les prélèvements sont automatiques et, quand il y a des erreurs, les remboursements ont lieu avec beaucoup de retard. Je ne voterai pas cet amendement, qui prévoit une augmentation de 0,7 % des cotisations, alors que les artisans sont déjà beaucoup ponctionnés.

M. Guy Lefrand. Manifestement, nous avons tous les mêmes remontées du terrain ! En outre, les prestations de la branche maladie du RSI sont-elles vraiment identiques à celles de la branche maladie du régime général ? Demandez aux femmes enceintes ce qu'elles en pensent ! La mesure que vous proposez mériterait, à tout le moins, une étude d'impact.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. J'abonde dans le même sens : dans toutes les circonscriptions, les artisans dénoncent un système compliqué et des difficultés liées aux cotisations. Le problème n'est pas nouveau. Avant de faire des propositions, il faudrait connaître la situation exacte !

M. Yves Bur, rapporteur. Je crois qu'il faut distinguer deux choses. D'une part, il y a là, incontestablement, une niche sociale ; j'essaie d'y mettre bon

ordre, en proposant un alignement complet sur le régime général. D'autre part, le RSI rencontre des difficultés depuis la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU). On a engagé, avec les meilleures intentions du monde, mais en dépit du bon sens, une collaboration entre l'URSSAF et le RSI, sans se préoccuper de la compatibilité des systèmes informatiques. Résultat : depuis bientôt quatre ans, les difficultés de gestion pourrissent la vie des travailleurs indépendants et de l'URSSAF. Conscient de cette situation, le Gouvernement est intervenu, d'abord pour exiger une remise en ordre de la gestion interne du régime, ensuite pour dégager les moyens nécessaires à une remise à niveau du système informatique.

Il est vrai que ma proposition se heurte à cette réalité. Il reste que je souhaite poser la question en séance publique, afin de demander au Gouvernement une clarification et une amélioration du RSI. C'est pourquoi, si j'accepte de retirer cet amendement aujourd'hui, je compte le redéposer au titre de l'article 88.

M. Jean-Pierre Door. Cette décision est sage. Hier, lors d'une rencontre avec les chambres de commerce et de métiers, nous avons été alertés sur le sujet. Il faut interpellier le Gouvernement pour qu'il apporte une solution au problème.

L'amendement AS 375 est retiré.

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

Le présent article vise à modifier les règles d'abattement pour frais professionnels sur les revenus supportant la CSG et la CRDS :

- en abaissant son taux de 3 % à 2 % ;
- en le supprimant sur les revenus autres que les salaires et les allocations de chômage.

1. La baisse du taux de l'abattement

Aujourd'hui, la CSG et la CRDS sont calculées sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires ainsi que des allocations de chômage, après application d'une déduction forfaitaire représentative des frais professionnels. Cette déduction s'opère sur la totalité des sommes incluses dans l'assiette des contributions. Outre les salaires et les avantages en nature, elle s'applique aux sommes liées à l'intéressement, à la participation ou à l'actionnariat.

Cette réduction a été instituée à l'origine afin d'assurer l'égalité devant les charges publiques en ce qui concerne l'assujettissement à la CSG, entre salariés et

non-salariés, compte tenu du fait que les indépendants ont, par rapport aux salariés, de possibilités plus larges de déduction de leurs frais professionnels de l'assiette sociale. Pour les non-salariés, c'est le revenu net des charges, celles-ci comprenant les frais professionnels, qui est retenu pour déterminer l'assiette de la CSG comme celle des cotisations.

Lorsque la CSG a été instaurée, le taux d'abattement pour frais professionnels avait été fixé à 5 %. Il a ensuite été ramené à 3 % par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Dans sa décision n° 2004-504 du 12 août 2004, le Conseil constitutionnel a déclaré cette disposition conforme à la Constitution, compte tenu des progrès intervenus à la fois dans la connaissance des revenus des indépendants et dans les possibilités accrues de prise en compte des frais professionnels pour les salariés.

L'assiette de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité (salariés) et sur les allocations chômage est donc aujourd'hui égale à 97 % de ces revenus.

Cette déduction est-elle aujourd'hui encore justifiée ? Son caractère proportionnel et l'absence de plafonnement étaient difficilement justifiables, alors qu'un plafonnement est prévu dans le domaine fiscal. C'est pourquoi l'article 20 de la loi de financement pour 2010 a plafonné le bénéfice de la déduction à un montant brut inférieur à quatre fois la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale : la CSG et la CRDS s'appliquent donc à la totalité de la fraction des revenus dépassant 141 408 euros par an.

Votre rapporteur avait salué en son temps cette mesure qui permettait de rapprocher cette exonération de la réalité des frais professionnels effectivement supportés par le salarié, tout en indiquant qu'il lui paraissait « *possible d'aller plus loin dans la limitation des effets négatifs liés à la déduction forfaitaire pour frais professionnels* ». C'est pourquoi il approuve le dispositif proposé par le **2° du I** du présent article, modifiant le I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale afin d'abaisser de 3 % à 2 % le taux de l'abattement, mesure à l'appui de laquelle l'étude d'impact apporte en outre plusieurs justifications :

– le caractère mixte, c'est-à-dire à la fois d'ordre professionnel et d'ordre privé, de certaines dépenses ayant la nature de frais professionnels ;

– le développement récent de la prise en charge de certains frais (transports, titres-restaurant, téléphonie) ;

– la poursuite de la montée en charge du rôle des associations de gestion agréées, qui offrent des garanties en matière de contrôle des frais professionnels des non-salariés.

2. La suppression de l'abattement pour les revenus autres que les salaires et les allocations de chômage

L'existence d'un abattement sur des éléments de revenu d'activité ne constituant pas du salaire ne se justifie pas, car ceux-ci sont étrangers à la notion de frais professionnels, en particulier lorsqu'ils revêtent un caractère aléatoire.

Le **3° du I** du présent article complète donc le I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale afin de préciser que cet abattement est supprimé pour les rémunérations suivantes :

- épargne salariale ;
- intéressement et participation ;
- financement employeur de la protection sociale complémentaire en entreprise ;
- indemnités versées lors de la rupture du contrat de travail (hors rappels de salaires) ;
- indemnités perçues par les élus ;
- contribution de l'employeur à l'acquisition des chèques-vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés.

S'agissant des indemnités perçues par les parlementaires, votre rapporteur souligne donc qu'elles seront intégralement soumises à cette suppression de l'abattement. En effet, l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale prévoit explicitement l'assujettissement à la CSG (et à la CRDS), de l'indemnité parlementaire, de l'indemnité de fonction, de l'indemnité représentative de frais de mandat et des indemnités de fonction complémentaires. Toutefois, à la différence de l'article 81 *undecies* du code général des impôts à l'égard de l'impôt sur le revenu, il ne fait pas mention de l'indemnité de résidence. Bien entendu, l'assujettissement de cette indemnité ne doit pas pouvoir soulever de doute et votre rapporteur veillera donc avec son homologue de la commission des finances à ce que la discussion en séance publique permette de s'en assurer formellement, par la voie soit de l'adoption d'un amendement explicite, soit d'une déclaration du Gouvernement en séance.

Le **II** exclut également cet abattement pour le « bonus exceptionnel » d'un montant maximal de 1 500 euros par salarié et par an applicable outre-mer (article 3 de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer). On rappellera que cette prime peut être versée à partir de 2009 pour une durée de trois ans maximum. Elle présente donc un caractère temporaire et n'a fait l'objet d'aucune codification, de telle sorte que la suppression de l'abattement n'est pas non plus codifiée.

Enfin, le **III** procède à un toilettage d'un dispositif d'exonération caduc, introduit par l'article 15 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la famille et consistant en une exonération de cotisations sociales temporaire (jusqu'en 1999) pour les allocations versées pendant le congé parental d'éducation. Le texte était muet sur la CSG, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 ayant ensuite précisé que cette exonération ne s'appliquait pas à la CSG. Mais au lieu de le prévoir par disposition non codifiée, ce qui aurait été logique au vu de la durée de vie de l'allocation, elle procéda par codification de la mesure, laquelle est demeurée depuis lors, alors qu'il s'agit d'un dispositif obsolète d'exonération.

3. Une recette supplémentaire de 600 millions d'euros pour les régimes et organismes sociaux

L'étude d'impact évalue les conséquences du présent article à 1 euro par mois pour un salarié au SMIC.

Les recettes supplémentaires qu'il procure aux régimes et organismes sociaux n'ont été évaluées que pour 2012, pour un total de 595 millions d'euros : 70 millions d'euros au titre de l'exclusion de certains dispositifs du champ de l'abattement pour frais professionnels et 525 millions d'euros au titre de l'abaissement de 3 % à 2 % de l'abattement pour frais professionnels sur les autres éléments de rémunération. La répartition de l'ensemble s'établit à hauteur de 558 millions d'euros pour la CSG – bénéficiant au prorata des taux de cette contribution aux branches maladie et famille ainsi qu'au FSV, à la CNSA et à la CADES – et 37 millions d'euros pour la CRDS – bénéficiant à la seule CADES.

*

La Commission adopte l'article 12 sans modification.

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

Le présent article assujettit à la CSG deux prestations complémentaires de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) : le complément de libre choix d'activité (CLCA) et le complément de libre choix d'activité optionnel (COLCA).

1. Les prestations concernées

a) *Le complément de libre choix d'activité*

Dans le cadre de la mise en place de la PAJE, le CLCA a remplacé l'allocation parentale d'éducation. Lorsqu'un parent choisit de ne plus travailler ou d'exercer une activité à temps partiel pour s'occuper de son enfant âgé de moins de trois ans (ou bien adopté ou recueilli il y a moins de six ans au sein du foyer), il peut bénéficier d'une aide complémentaire.

Une condition de durée de cotisation à l'assurance vieillesse est par ailleurs fixée : huit trimestres validés au titre d'une activité professionnelle dans les deux années qui précèdent la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant pour le premier enfant et dans les quatre années qui précèdent pour le deuxième enfant et dans les cinq années qui précèdent pour le troisième enfant et au-delà.

Le CLCA ne peut être servi à un bénéficiaire du COLCA, d'une pension d'invalidité ou de retraite, d'indemnités journalières maladie, maternité, paternité ou d'accident du travail, d'une allocation de chômage (sous réserve de sa suspension) ou de congés payés. Sous certaines conditions, il est cumulable avec le complément de libre choix du mode de garde

Le montant de la prestation varie selon le tableau ci-dessous, en fonction de la perception ou non de l'allocation de base de la PAJE (180,62 euros par mois) et du taux d'activité du parent :

Montant mensuel du complément de libre choix d'activité (au 1^{er} janvier 2011)
(en euros)

En cas de non-perception de l'allocation de base	
Taux plein	560,40
Taux partiel inférieur à 50 %	426,12
Taux partiel entre 50 % et 80 %	322,24
En cas de perception de l'allocation de base	
Taux plein	379,79
Taux partiel inférieur à 50 %	245,51
Taux partiel entre 50 % et 80 %	141,62

Pour un enfant à charge, la prestation est versée durant six mois à compter du mois de la naissance ou de l'accueil de l'enfant ; pour plusieurs enfants à charge, elle est versée jusqu'au mois précédant le troisième anniversaire de l'enfant.

En 2009, le nombre de bénéficiaires du CLCA était supérieur à 570 000.

b) Le complément de libre choix d'activité optionnel

Le COLCA est attribué au parent ayant la charge effective et permanente d'au moins trois enfants et interrompant intégralement son activité professionnelle pendant une durée maximale d'un an après la naissance ou l'arrivée de l'enfant.

Le parent peut bénéficier de cette prestation s'il justifie d'au moins huit trimestres de cotisation vieillesse validés au titre d'une activité professionnelle dans les cinq ans qui précèdent la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant. Le parent qui demande le bénéfice du COLCA pour un enfant est considéré renoncer au bénéfice du CLCA : ce choix au titre d'un enfant est définitif ; en cas de nouvelle naissance ou adoption durant la période de perception du COLCA, celui-ci est maintenu jusqu'à son terme.

Le montant mensuel de la prestation est de 620,78 euros en cas de perception de l'allocation de base de la PAJE et de 801,39 euros en cas de non-perception de cette allocation.

Le COLCA est versé au plus tôt à compter du mois de la naissance, de l'accueil ou de l'adoption de l'enfant, et ce pour une période maximale de douze mois. En cas de reprise d'activité professionnelle de l'allocataire avant cette période maximale, le versement de la prestation est interrompu.

Il ne peut être cumulé avec les indemnités des congés maternité, paternité et d'adoption, de congés payés et des congés maladie ou d'accident du travail.

En 2009, le nombre de bénéficiaires du COLCA était de 2 300.

2. Une exemption d'assiette injustifiée

Faisant partie de la liste des prestations familiales données par le code de l'action sociale et des familles, le CLCA et le COLCA sont assujettis à la CRDS, mais ne sont pas imposables au titre de l'impôt sur le revenu et ne sont pas assujettis à la CSG.

La « revue des dépenses fiscales et sociales relatives à l'inactivité » annexée au rapport de juin dernier du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales attribue à cette exemption d'assiette le score minimal de zéro. En effet, la fiche analysant cette niche sociale estime que ces deux prestations ne contribuaient que faiblement, voire pas du tout, aux trois objectifs assignés à la politique familiale : compensation financière des charges de famille, lutte contre la pauvreté et conciliation de la vie familiale et professionnelle

En outre, elle remarque que ces deux compléments présentent les caractéristiques d'un revenu de remplacement :

« – ils sont subordonnés à la cessation ou à la réduction d'activité et ils visent à compenser la perte de revenu qui en découle ;

– ils ne sont pas soumis à des conditions de revenu ;

– ils permettent l'acquisition de droits à la retraite (assurance vieillesse des parents au foyer). »

Le **2° du I** du présent article exclut donc expressément ces deux prestations de la liste des revenus qui ne sont pas inclus dans l'assiette de la CSG. Ce faisant, il procède également à un réaménagement des dispositions législatives applicables (III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale) : ce n'est plus par référence à l'article 81 du code général des impôts que les prestations familiales, l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation personnalisée d'autonomie, l'aide personnalisée au logement et l'allocation de logement social seront exclues de l'assiette, mais par mention explicite et référence aux codes qui les régissent (sécurité sociale, action sociale et familles, construction et habitation), moyennant une coordination opérée par le **1° du I**.

Le **II** modifie le III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale afin de fixer les modalités de recouvrement de la CSG sur le CLCA et le COLCA : comme pour les pensions d'invalidité et les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit, la CSG sera précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations, c'est-à-dire les caisses d'allocations familiales ou les caisses locales de la MSA, et versée à l'ACOSS.

3. Une suppression de niche sociale bénéficiant intégralement à la branche famille

Le comité d'évaluation, qui considère de façon plus générale que les taux réduits de CSG sur les revenus de remplacement sont dérogatoires, concluait donc à l'assujettissement du CLCA et du COLCA au taux plein de la CSG, soit 7,5 %. Ce serait cependant les tenir pour des revenus d'activité, ce qui n'est pas le cas. Le **1° du III** du présent article modifie donc le II de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale afin de les assujettir au taux de 6,2 %, comme les allocations de chômage ainsi que les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.

Une équité est ainsi établie avec les autres bénéficiaires de revenus de remplacement (pensions de retraite, indemnités journalières, allocations de chômage) qui acquittent, sauf pour les plus modestes d'entre eux, des taux réduits de CSG allant jusqu'à 6,6 %, mais aussi avec les salariés à revenus modestes ou travaillant à temps partiel qui acquittent la CSG au taux plein.

La branche famille supporte actuellement une part de l'exemption d'assiette dont bénéficient le CLCA et le COLCA, puisque cette exemption la prive du produit de la fraction de CSG qu'elle devrait percevoir sur ces sommes. Mais le 2^o du III du présent article va plus loin, en modifiant le IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale afin que ces recettes supplémentaires soient, de façon totalement dérogatoire, intégralement et exclusivement affectées à la branche famille.

Sur la base d'un assujettissement au taux plein de la CSG, le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales estimait le coût de cette exemption d'assiette à 169 millions d'euros. Avec un taux de 6,2 %, les recettes supplémentaires devraient donc s'élever à 140 millions d'euros.

Selon l'étude d'impact, l'assujettissement minorerait le montant du CLCA de 20 euros par mois, sur la base d'un montant moyen perçu de 330 euros. Mais les familles les plus aisées, c'est-à-dire celles qui ne perçoivent pas l'allocation de base, perdront plus que les autres familles : de 20 à 50 euros par mois contre 9 à 39 euros. 25 % des bénéficiaires, à savoir ceux qui perçoivent le CLCA à taux partiel pour une durée supérieure à 50 %, perdront 9 euros par mois.

Il ne s'agit évidemment en rien d'une remise en cause ou même d'une simple rationalisation des conditions d'attribution de la PAJE. En outre, les deux prestations demeurent exonérées d'impôt sur le revenu, ce qui évitera en outre la prise en compte dans le calcul d'autres prestations familiales et dans celui des aides personnelles au logement. De même, elles ne seront pas incluses dans le revenu fiscal de référence : l'attribution de certains avantages fiscaux sera donc inchangée, notamment en matière de fiscalité locale ou à l'égard de la prime pour l'emploi.

*

L'amendement AS 317 de Mme Jacqueline Fraysse n'est pas défendu.

La Commission est saisie des amendements de suppression AS 140 de M. Bernard Perrut et AS 238 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean-Marie Rolland. Les parents étant les premiers éducateurs des enfants, il paraît dangereux de pénaliser financièrement ceux qui font le choix de s'en occuper. De surcroît, de nombreuses études montrent qu'en période de crise

économique et sociale, la famille est un élément protecteur, qui apporte à nos concitoyens une stabilité économique et sociale. Cet article va à contresens.

M. Michel Heinrich. Ce serait envoyer un signal d'autant plus négatif que le montant du complément de libre choix d'activité (CLCA) ne dépasse pas 350 à 550 euros. Un assujettissement à la CSG ne serait envisageable que si cette prestation était fortement revalorisée.

M. Dominique Tian. Le Gouvernement espérait dégager 140 millions d'euros d'économie pour la branche famille grâce à cette mesure, que nous sommes nombreux à trouver injuste et malvenue. Pour compenser cette perte, il suffirait de lutter contre les versements abusifs du revenu social d'activité (RSA) majoré, comme le proposent certains amendements à venir, inspirés par les conclusions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). À titre d'information, les caisses d'allocations familiales estiment à 800 millions l'ampleur de la fraude.

Mme Martine Pinville. Certains parents demandent à bénéficier du complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) ou du CLCA parce que, faute de solution de garde, ils sont contraints de demander un congé parental. Il s'agit donc d'une prestation familiale et non, comme le prétend Mme la ministre, d'un revenu de remplacement.

Par ailleurs, contrairement à l'engagement du Président de la République, la réforme du congé parental n'a pas eu lieu.

M. Guy Lefrand. Certes, 140 millions d'euros sont en jeu. Mais on pourra trouver d'autres solutions. Au nom de mon groupe, j'appelle à voter ces amendements.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Le dossier de presse distribué lors de la présentation du projet de loi prétendait que la politique familiale constituait plus que jamais une priorité du Gouvernement. À voir les mesures qui nous sont proposées, on peut en douter ! On nous propose de retirer jusqu'à 400 euros à des familles, dont certaines se trouvent dans des situations difficiles. Si l'engagement pris en début de mandat par le Président de la République d'instaurer un congé parental plus court et mieux rémunéré avait été tenu, cela aurait pu justifier une telle mesure – mais ce n'est pas le cas.

Mme Bérengère Poletti. Je ne peux laisser dire cela : la France affecte plus de 5 % de son PIB aux politiques familiales, lorsque les autres pays européens y consacrent moins de 2,5 %. Cet amendement – que je soutiens – ne doit pas être un prétexte pour attaquer la politique familiale du Gouvernement !

M. Yves Bur, rapporteur. Effectivement, la politique française de soutien à la famille ne s'est pas démentie malgré la crise. L'Europe entière nous l'envie.

Cela étant, nous sommes en présence d'une niche sociale. Ces prestations bénéficient à 558 000 familles, pour un coût total de 2,2 milliards d'euros. Un assujettissement du CLCA et du COLCA à la CSG ne remet pas en cause les conditions d'attribution de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Même si le Gouvernement a choisi de ne pas assujettir à l'impôt sur le revenu ces deux prestations, il n'en reste pas moins qu'il s'agit de revenus de remplacement et qu'à ce titre, il serait normal que, comme les pensions de retraite, les indemnités journalières et l'allocation chômage, elles soient assujetties à la CSG.

Cela étant, je constate que cette mesure est unanimement rejetée. Nous avons déjà connu un psychodrame de ce type l'an dernier, sur un autre sujet touchant à la branche famille. J'émettrai, à titre personnel, un avis défavorable sur ces amendements, parce que j'estime que le rapporteur a pour mission de défendre l'équilibre du projet de loi. Néanmoins, je note que le manque à gagner consécutif à l'éventuelle suppression de cet article se trouvera largement compensé par l'assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de rupture de contrat au-delà d'un certain plafond, que nous venons d'adopter.

M. Jean Mallot. Ainsi que par la suppression de l'allègement des cotisations patronales sur les heures supplémentaires, qui – je n'en doute pas – sera adoptée en séance publique !

La Commission adopte les amendements identiques AS 140 et AS 238.

En conséquence, l'article 13 est supprimé.

Article additionnel après l'article 13

Clarification de certaines dispositions en matière de territorialité des contributions sociales

La Commission est saisie d'une série d'amendements portant articles additionnels après l'article 13.

Les amendements AS 300, AS 340 et AS 341 de Mme Jacqueline Fraysse ne sont pas défendus.

Elle examine d'abord l'amendement AS 446 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Le présent amendement tend à clarifier certaines dispositions en matière de territorialité des contributions sociales. En effet, la pratique a mis en lumière un certain nombre d'incohérences et de limites qu'il convient de corriger à fin de lisibilité, de simplification et de sécurisation de la recette pour les organismes de sécurité sociales – notamment concernant les revenus de remplacement de source étrangère qui, jusqu'à présent, n'étaient pas assujettis à la CSG.

La Commission adopte l'amendement AS 446.

Après l'article 13

Elle examine ensuite l'amendement AS 237 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. Nous proposons d'appliquer la CSG aux revenus fonciers issus de l'investissement locatif, actuellement exonérés. La compétitivité de l'économie française n'en sera pas atteinte ! En revanche, il est injuste que des personnes disposant *a priori* de revenus confortables bénéficient d'exonérations fiscales au titre de la CSG et de l'impôt sur le revenu.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable : les revenus fonciers sont déjà soumis à l'impôt sur le revenu et à la CSG.

La Commission rejette l'amendement AS 237.

Elle examine l'amendement AS 157 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. On se souvient dans quelles conditions il a été procédé, l'année dernière, à l'allongement de la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et au transfert à celle-ci des déficits antérieurs, du déficit prévisionnel de 2011 et des déficits prévisionnels de la branche vieillesse de 2011 à 2018. Il reste à financer les déficits des branches maladie et famille, soit environ 8,2 milliards. Afficher un déficit non financé ne me paraît pas raisonnable, alors que les agences de notation surveillent l'état de nos finances. Pour éviter de transférer à nos enfants le déficit de notre protection sociale, je souhaite que, comme l'a suggéré le Premier président de la Cour des comptes, les lois de financement soient dorénavant votées en équilibre.

Pour trouver la recette complémentaire, je vous propose le choix entre deux options : soit, par l'amendement AS 157, une augmentation de 0,69 point de la CSG ; soit, et c'est l'amendement AS 156, transférer le déficit de 2012 à la CADES en augmentant la CRDS de 0,1 point. Le Nouveau Centre est, en effet, très attaché à la règle d'or sociale.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable : la règle d'or sociale n'implique pas forcément l'équilibre annuel. Un jour viendra où il faudra solder les comptes et ouvrir le débat, mais, pour l'heure, nous traversons une période difficile ; dans ces conditions, il ne semble pas opportun d'accroître les charges qui pèsent sur nos concitoyens, qu'il s'agisse de la CSG ou de la CRDS.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je rappelle que le moteur de la croissance française est la consommation, et non l'exportation, comme chez certains de nos voisins. Toute atteinte à la consommation aurait donc des répercussions négatives sur la croissance et l'emploi. C'est pourquoi, malgré les crises successives, le Gouvernement a fait en sorte que le pouvoir d'achat des ménages français ne baisse pas. On pourra présenter de telles mesures lorsque la croissance sera revenue.

M. Philippe Vitel. En tant qu'administrateur de la CADES, il ne me semble pas opportun de rouvrir ce débat aujourd'hui. Des transferts ont été effectués l'année dernière et le fonctionnement de la caisse est assuré pour les exercices à venir – à condition que la France continue à être notée AAA et que les taux d'intérêt de nos emprunts demeurent les mêmes, bien sûr. Restons-en à l'équilibre que nous avons eu du mal à trouver il y a un an.

M. Jean-Luc Prél. Le financement que je propose correspond au déficit transféré. Cela ne posera donc aucun problème à la CADES. Quant à l'argument concernant le maintien du pouvoir d'achat, je note que d'autres taxes ou impôts sont augmentés par ailleurs. Voter des lois de financement en équilibre, cela montrerait aux agences de notation que nous sommes prêts à faire des efforts et que nos déficits seront réduits en 2012.

M. Yves Bur, rapporteur. Il n'est pas facile de trouver le moment opportun pour intervenir, car nous ne pouvons prendre le risque d'affaiblir la croissance. Le financement de la protection sociale doit faire l'objet d'une réflexion collective, et il sera certainement traité dans le cadre de la campagne présidentielle. Je sais que certains considèrent que les déficits devraient être interdits. L'équilibre des comptes doit-il être assuré seulement par la CSG ? Doit-on y ajouter le produit de taxes diverses et variées ? En tout cas, les 6,5 milliards supplémentaires affectés à la protection sociale montrent clairement notre volonté de conforter la solidarité.

La Commission rejette les amendements AS 157 et AS 156.

Puis elle en vient à l'amendement AS 288 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean Mallot. Le système de tarification de la branche accidents du travail-maladies professionnelles actuel n'incite pas à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cet amendement vise à engager une vraie réforme et à mettre en œuvre une logique de bonus-malus.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 288.

Article 14

(art. L. 651-5 du code de la sécurité sociale)

Harmonisation de l'assiette et plafonnement du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés sur les établissements de crédit

Le présent article vise à apporter deux aménagements au régime de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) applicable aux établissements de crédit : une définition harmonisée de l'assiette de cette contribution et un plafonnement de son produit.

1. La contribution sociale de solidarité sur les sociétés

La C3S, régie par les articles L. 651-1 à L. 651-9 du code de la sécurité sociale, a été instituée par la loi n° 70-13 du 3 janvier 1970 portant création d'une contribution sociale de solidarité au profit de certains régimes de protection sociale des travailleurs non salariés.

Son rôle est de compenser les pertes de ressources des régimes de protection sociale des professions des non-salariés non-agricoles consécutives à la dégradation du rapport démographique de ces régimes et au développement de l'emploi salarié. Son taux est fixé par décret dans la limite de 0,13 % du chiffre d'affaires des sociétés dont le chiffre d'affaires est supérieur à 760 000 euros, soit environ 300 000 redevables.

La contribution additionnelle, prévue par l'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale, a été instaurée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et prélevée pour la première fois en complément de la C3S en 2005. Son taux est fixé à 0,03 % du chiffre d'affaires des sociétés.

Le produit de la C3S est attribué tous les ans à la Caisse nationale du régime social des indépendants (RSI) (et, marginalement, le régime complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics), au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches. Ce mode d'affectation implique que le rendement des taxes doit être suffisant pour couvrir les besoins de financement du RSI jusqu'au recouvrement des deux contributions.

Le cas échéant, le solde du produit de la C3S est versé soit au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit au Fonds de réserve pour les retraites (FRR). En outre, depuis la loi de financement pour 2011, la branche maladie du régime des exploitants agricoles, suite à la suppression de la compensation généralisée maladie, favorable au RSI, est affectataire d'une quote-part de 30,89 % du produit de la C3S.

La recette collectée durant un exercice étant assise sur le chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, l'effet de la crise s'est fait sentir sur les montants enregistrés en 2010 : malgré la progression des encaissements dans les secteurs de l'assurance et de l'énergie, la baisse dans la grande distribution, les banques et l'automobile a entraîné une diminution globale du produit d'environ 300 millions d'euros (- 6,8 %), qui s'est établi à 4,1 milliards d'euros.

En outre, un solde de 178 millions d'euros n'a pas été affecté, compte tenu de ce que le RSI est soumis à de très fortes tensions sur sa trésorerie, à la fois en raison des difficultés de recouvrement apparues depuis la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) et de l'impact de la crise économique sur les revenus des travailleurs indépendants. Dès lors, il a été décidé de conserver en 2010 une « réserve de précaution » pouvant être mobilisée pour soutenir la

trésorerie du RSI en cas de besoin. Ainsi que l'indique le Gouvernement dans ses réponses à votre rapporteur, cette réserve « *n'a pas vocation à être augmentée et elle devra à terme, c'est-à-dire une fois les difficultés liées à l'ISU, en voie de résorption, et les effets de la crise surmontés, revenir au FSV qui est l'attributaire final des "excédents" de C3S* ».

En 2011 et 2012, le produit devrait en revanche repartir à la hausse pour s'élever à 4,3 milliards d'euros puis à 4,4 milliards d'euros.

Initialement affecté à la branche maladie du régime général, le produit de la C3S additionnelle a été transféré au FSV par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Son évolution est bien évidemment parallèle à celle de la C3S : le FSV recevra à ce titre 982 millions d'euros en 2011 et 1 015 millions d'euros en 2012.

En 2011, malgré l'affectation d'une part de C3S au régime agricole, la baisse des besoins du RSI a bénéficié au FSV, à la différence de 2012, où la dégradation du solde des différentes branches du RSI entraînera une quasi-disparition des affectations au profit du fonds, hormis au titre de la C3S additionnelle.

Affectation du produit de la C3S et de la C3S additionnelle (2010-2012)

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012
C3S (y compris produits financiers)	4 145	4 272	4 415
Régimes de non-salariés	3 667	2 507	3 023
Branche maladie du régime des exploitants agricoles	—	1 320	1 364
Fonds de solidarité vieillesse	300	445	1 041
Mise en réserve	178	—	—
C3S additionnelle	953	982	1 015
Branche maladie du régime général	953	—	—
Fonds de solidarité vieillesse	—	982	1 015
Total	5 098	5 254	5 430

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2011).

2. Une définition claire et harmonisée de l'assiette de la contribution sur les établissements de crédit

L'article 44 de la loi de financement pour 2011, majorant le montant des sommes dues en l'absence de communication des renseignements exigés ainsi que le supplément de contribution en cas de redressement, s'est traduit par un renforcement de l'efficacité du contrôle sur pièces du recouvrement de la C3S. Il est apparu que les pratiques variaient fortement d'un établissement de crédit à l'autre dans la détermination de l'assiette de la contribution, c'est-à-dire des « produits d'exploitation » constitutifs du chiffre d'affaires au sens de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale. Comme le relève l'étude impact

non sans un certain humour, « *certains établissements se livrent en effet à une interprétation très favorable des textes alors que d'autres adoptent un comportement plus conforme à celui sans doute attendu par le législateur de 1970* ».

Afin d'assurer l'équité de la C3S et d'en améliorer les recettes, le présent article entend donc mettre fin à cette hétérogénéité de situations. Le **2° du I** introduit à l'article L. 651-6 du code de la sécurité sociale, pour les établissements de crédit, une définition autonome et harmonisée de l'assiette, inspirée de celle retenue dans le domaine fiscal pour la détermination de la cotisation sur la valeur ajoutée de ces établissements. Pour les établissements de crédit et les entreprises d'investissement agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, le chiffre d'affaires sera donc désormais celui défini au 1 du III de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts, à savoir l'ensemble des produits d'exploitation bancaires et des produits divers d'exploitation autres que les produits suivants, ne se rapportant pas à l'exploitation proprement dite ou relevant d'une logique patrimoniale :

– 95 % des dividendes sur titres de participation et parts dans les entreprises liées ;

– plus-values de cession sur immobilisations figurant dans les produits divers d'exploitation autres que celles portant sur les autres titres détenus à long terme ;

– reprises de provisions spéciales et de provisions sur immobilisations ;

– quotes-parts de subventions d'investissement ;

– quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun.

Il est par ailleurs précisé que le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories. Ainsi que l'explique l'étude d'impact, il s'agit « *de concilier l'intention originelle du législateur et la réalité des métiers du secteur* » à l'égard de certaines opérations à dominante financière (opérations sur instruments à terme et sur devises), en les retenant dans le chiffre d'affaires pour leur montant net (différence positive entre les flux financiers reçus et les flux financiers versés). Autrement dit, « *lorsqu'un contrat dégage un flux net négatif, il ne sera pas retenu pour la détermination du chiffre d'affaires. Par conséquent, les charges concernant les instruments financiers à terme et les opérations sur devise ne seront admises en déduction qu'à concurrence des produits sur instruments financiers à terme pour ne retenir dans l'assiette de la contribution que les flux nets positifs.* »

Enfin, le **1° du I** procède à une coordination tirant les conséquences du traitement spécifique désormais réservé à l'assiette des « sociétés et entreprises se livrant au commerce des valeurs et de l'argent ».

3. Un plafonnement du produit de la contribution sur les établissements de crédit

Afin de « *tenir compte de la spécificité de l'activité de certains établissements* », notamment les banques d'investissement, et, comme le précise l'étude d'impact, « *sur le modèle de ce qui existe en matière de commerce international ou de commerce de gros de produits pétroliers* », le **2° du I** met en place à l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale un dispositif de plafonnement pour les établissements de crédit et entreprises d'investissement concernés dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires : le montant cumulé de la C3S et de la contribution additionnelle ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement à votre rapporteur, le nombre d'établissements potentiellement concernés par le plafonnement est très réduit (de l'ordre d'une demi-douzaine) : il s'agit des établissements qui ont conservé leur activité de banque d'investissement sur le territoire. Toutefois, compte tenu de la variabilité des paramètres intervenant dans la règle de plafonnement, il ne trouvera probablement pas à s'appliquer chaque année pour ces établissements. La perte de recettes à ce titre pourrait s'élever à environ 25 millions d'euros par an.

*

Le **II** précise que le nouveau dispositif est applicable à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2012. Autrement dit, la nouvelle définition de l'assiette s'appliquera à la contribution due en 2012 sur les opérations de 2011. Son rendement global, tant au titre de la C3S que de la C3S additionnelle, est évalué à 150 millions d'euros dès 2012, dont 112 millions d'euros au profit du FSV et 38 millions d'euros de la branche maladie du régime des exploitants agricoles.

L'étude d'impact et l'exposé des motifs indiquent que la clarification et la modernisation de l'assiette seront poursuivies « à court terme » dans le secteur des assurances.

*

La Commission examine l'amendement AS 376 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. L'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés pour les entreprises d'assurance doit être clarifiée et modifiée comme cela a été fait pour les banques. Je souhaite que nous ayons ce débat en séance publique.

M. Guy Lefrand. Nous avons en effet besoin de plus d'informations.

M. Yves Bur, rapporteur. Je présenterai à nouveau cet amendement au titre de l'article 88.

L'amendement AS 376 est retiré.

La Commission adopte l'article 14 sans modification.

Article 15

(art. 1010 et 1010 A du code général des impôts)

Révision du barème de la taxe sur les véhicules de société

Le présent article vise à assurer un meilleur rendement à la taxe sur les véhicules de société par une révision de son barème et par la remise en cause de certaines exonérations.

1. La taxe sur les véhicules de société

Régie par les articles 1010 et suivants du code général des impôts, la taxe sur les véhicules de société s'applique annuellement aux sociétés à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'État dans lequel ils sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France.

Depuis 2006, afin d'inciter les sociétés à acquérir des véhicules moins polluants, son tarif est fonction du taux d'émission en dioxyde de carbone pour les véhicules qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1^{er} janvier 2006. Pour les autres véhicules, il est fonction de la puissance fiscale.

La taxe n'est pas applicable aux véhicules destinés exclusivement soit à la vente, soit à la location de courte durée, soit à l'exécution d'un service de transport à la disposition du public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société propriétaire.

En outre, l'article 1010 A du code général des impôts exonère, pendant une période de huit trimestres décomptée à partir du premier jour du trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule, les véhicules fonctionnant exclusivement ou non au moyen de l'énergie électrique, du gaz naturel, du gaz de pétrole liquéfié ou du superéthanol E85 et, à hauteur de la

moitié du montant de la taxe, les véhicules fonctionnant alternativement au moyen de supercarburants et de gaz de pétrole liquéfié.

Depuis 2009, son produit est intégralement affecté à la branche maladie du régime des exploitants agricoles. Son orientation à la baisse s'est confirmée durant les dernières années : 1,1 milliard d'euros (2009), 993 millions d'euros (2010) et 930 millions d'euros (2011). Les prévisions pour 2012 se situent à un niveau encore inférieur (898 millions d'euros).

2. La révision du barème de la taxe

La baisse du produit de la taxe s'explique par le fait que son barème est inchangé depuis 2006 et que l'incitation alors décidée en faveur du renouvellement du parc automobile a produit une grande partie de ses effets.

Le **1° du I** modifie donc ce barème de la façon suivante pour les véhicules dont la mise en circulation est postérieure à 2006 :

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètre)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)	
	Tarif en vigueur	Tarif révisé
Inférieur ou égal à 50	2	0
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	2	1
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	10	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	15	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	17	21,5
Supérieur à 250	19	27

Le tarif est donc allégé sur les véhicules dont le taux d'émission de dioxyde de carbone est inférieur ou égal à 100 grammes par kilomètre, maintenu pour ceux dont le taux se situe entre 100 et 120 grammes par kilomètre et accru, avec un effet de progressivité, pour ceux dont le taux est supérieur à 120 grammes par kilomètre.

Le **2° du I** modifie également le barème pour les véhicules dont la mise en circulation est antérieure à 2006 :

Puissance fiscale (en chevaux-vapeur)	Tarif applicable (en euros)	
	Tarif en vigueur	Tarif révisé
Inférieure ou égale à 3	750	750
4	750	1 400
5 et 6	1 400	1 400
7	1 400	3 000
De 8 à 10	3 000	3 000
11	3 000	3 600
De 12 à 15	3 600	3 600
15	3 600	4 500
Supérieure à 15	4 500	4 500

L'effet du nouveau barème est particulièrement sensible pour les véhicules de 4 CV et de 7 CV, dont le tarif double, et, à un moindre degré, pour les véhicules de 11 CV et 15 CV.

La révision du barème s'inscrit donc dans la continuité de la mesure adoptée l'an passé en loi de finances, qui avait renforcé le caractère « comportemental » de cette taxe en réintégrant dans son périmètre des véhicules fortement émetteurs de dioxyde de carbone. C'est une logique identique qui conduit à moderniser désormais le barème afin de conserver son caractère incitatif en l'adaptant aux évolutions récentes du parc automobile.

3. La suppression d'exonérations injustifiées

L'assiette de la taxe est minorée par l'existence d'exonérations qui n'apparaissent pas cohérentes avec l'objectif de modification générale des comportements dans le domaine de l'automobile. Il est donc souhaitable de remettre en cause les exonérations qui ne seraient pas justifiées par des impératifs économiques et environnementaux dans une optique d'incitation écologique.

C'est pourquoi le **II** du présent article abroge l'article 1010 A du code général des impôts (*cf. supra*). Cette abrogation s'inscrit également dans la politique de rationalisation des niches fiscales : les catégories de véhicules concernés bénéficient déjà d'aides fiscales à la fois du côté de l'offre (producteurs) et de la demande (consommateurs) sous la forme respectivement du crédit impôt recherche et du bonus/malus. Il n'est pas rationnel de multiplier les instruments pour poursuivre un même objectif et c'est pourquoi l'exonération de taxe pour ces véhicules est supprimée. Par ailleurs, la nature progressive du barème garantit un taux de taxe plus faible si ces véhicules conduisent effectivement à rejeter moins de dioxyde de carbone leur conservant un avantage supplémentaire par rapport à des véhicules plus polluants.

*

Le **III** précise que les deux volets du dispositif s'appliquent à compter de la période d'imposition s'ouvrant le 1^{er} octobre 2011.

Globalement, la recette supplémentaire qu'ils induisent pour le régime des exploitants agricoles est évaluée à 100 millions d'euros. Dans ses réponses à votre rapporteur, le Gouvernement ne dissimule pas qu'il « *n'apparaît pas possible de quantifier précisément le coût des exonérations actuelles, compte tenu de l'absence de données sur la composition du parc automobile soumis à la taxe sur les véhicules de société après 2008. L'évaluation financière de la mesure, réalisée sur ces données un peu anciennes, repose pour partie sur l'hypothèse conventionnelle que la suppression des exonérations compense globalement le rajeunissement du parc depuis 2008 (sans toutefois que ce montant soit connu).* »

*

La Commission examine d'abord les amendements identiques AS 377 du rapporteur, AS 145 de M. Arnaud Robinet et AS 149 de M. Jean-Luc Prével.

M. Yves Bur, rapporteur. Par souci de cohérence, il s'agit d'appliquer aux voitures « flexfuel » le même système d'abattement du taux d'émission de dioxyde de carbone que celui prévu pour le calcul du malus.

*Les amendements AS 377, AS 145 et AS 149 sont **adoptés**.*

La Commission examine ensuite l'amendement AS 75 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il est nécessaire que les assujettis aient un minimum de temps pour se préparer à la révision du barème de la taxe sur les véhicules de société.

M. Yves Bur, rapporteur. Défavorable.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 75.*

*Puis elle **adopte** l'article 15 **modifié**.*

Article 16

(art. 317, 402 bis, 403, 438 et 520 A du code général des impôts ;
art. L. 245-8 et L. 245-9 du code de la sécurité sociale)

Hausse de la fiscalité sur les alcools

Dans une perspective de santé publique, le présent article procède à divers aménagements de l'assiette et du tarif des différents droits de consommation et de la cotisation sur les alcools.

1. La fiscalité sur les alcools

Régie par le code général des impôts mais aussi par le code de la sécurité sociale, la fiscalité sur les alcools varie selon les produits assujettis.

Le tarif du droit de consommation sur les vins doux naturels, vins de liqueur et autres produits intermédiaires, tels que définis respectivement aux articles 417, 417 *bis* et 401 du code général des impôts (article 402 *bis* du code général des impôts), est actuellement fixé, par hectolitre, à 56,40 euros pour les vins doux naturels et vins de liqueur et à 223,51 euros pour les autres produits.

Le droit de consommation sur le rhum et autres alcools, tels que définis respectivement par le règlement (CE) n° 1576-89 du Conseil et à l'article 401 du code général des impôts (article 403 du code général des impôts), est assorti d'une allocation en franchise ou d'une réduction d'impôt à hauteur de 10 litres. Son tarif est actuellement fixé, par hectolitre d'alcool pur, à 859,24 euros dans la limite du contingent défini par l'article 362 du code général des impôts pour le rhum produit dans les départements d'outre-mer (108 000 hectolitres par an) et à 1 514,47 euros pour les autres produits.

Le tarif du droit de circulation sur les vins et cidres, tels que définis aux articles 434 et 435 du code général des impôts, est actuellement fixé, par hectolitre, à 8,78 euros pour les vins mousseux, à 3,55 euros pour les autres vins et à 1,25 euro pour les cidres, poirés, hydromels et les jus de raisin légèrement fermentés dénommés « pétillants de raisin » (article 438 du code général des impôts). Ces montants sont inchangés depuis le 1^{er} février 1982.

Le tarif du droit spécifique sur les bières et boissons non alcoolisées, telles que définies par référence à la nomenclature du tarif des douanes, est actuellement fixé, par hectolitre, à 1,36 euro par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique est compris entre 0,5 et 2,8 % en volume et à 2,71 euros au-delà (article 520 A du code général des impôts), et à 0,54 euro pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % en volume d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits. Trois tarifs dérogatoires sont prévus pour les bières de plus de 2,8 % en volume produites par les petites brasseries indépendantes, croissant en fonction de l'importance de leur production : 1,36 euro par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 hectolitres ; 1,62 euro par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 10 000 hectolitres et inférieure ou égale à 50 000 hectolitres ; 2,04 euro par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 50 000 hectolitres et inférieure ou égale à 200 000 hectolitres.

Par ailleurs, les boissons dites « premix » font l'objet d'une taxe perçue au profit de la CNAMTS dès lors qu'elles présentent un titre alcoométrique acquis de plus de 1,2 % en volume et inférieur à 12 % en volume (article 1613 *bis* du code général des impôts). Le tarif est fixé à 11 euros par décilitre d'alcool pur. Ce montant est inchangé depuis 2005, étant précisé que la finalité première de cette taxe est purement de santé publique et, par conséquent, que son objectif principal n'est donc pas de procurer des recettes.

Enfin, une cotisation est perçue sur les boissons alcooliques de plus de 25 % en volume (articles L. 245-7 et suivants du code de la sécurité sociale). Son tarif est actuellement fixé à 0,16 euro par décilitre ou fraction de décilitre.

Depuis la loi de financement pour 2009, le produit de la fiscalité sur les alcools a été intégralement attribué, à l'initiative de votre rapporteur, au régime des exploitants agricoles : le produit du droit sur les alcools proprement dit (article 403 du code général des impôts) et 34,4 % du produit du droit sur les vins et cidres (article 438 du code général des impôts) à la branche vieillesse, le produit de la fraction restante et des autres droits ainsi que celui de la cotisation sur les alcools forts étant affecté à la branche maladie.

La loi de financement pour 2009 prévoit en outre que le tarif des droits de consommation sur les alcools (à l'exception de la taxe spécifique sur les « premix »), qui n'avait pas été modifié, selon les droits considérés, depuis treize à vingt-cinq ans, est relevé chaque année au 1^{er} janvier dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. La dernière réévaluation a été effectuée par la voie d'un arrêté en date du 12 novembre 2010. Compte tenu de ce qu'en application des règles d'arrondis, il faudrait une inflation supérieure à 3 % pour que le taux de la cotisation de l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale soit relevé, celui-ci, à la différence du tarif des droits du code général des impôts, n'a pas évolué depuis 2009.

Le produit de la fiscalité sur les alcools a évolué comme suit depuis 1983 :

Produit de la fiscalité sur les alcools (1983-2012)

(en millions d'euros)

	1983	2003	2008	2009	2010	2011	2012 (*)
Produits intermédiaires	–	142	107	105	98	96	93
Alcools	1 398	1 883	2 005	2 031	2 111	2 141	2 194
Vins, poirés, cidres et hydromels	151	123	114	117	119	119	121
Bières	n.d.	375	375	376	375	380	385
Alcools > 25 % en volume	–	379	416	493	525	532	537
Total en valeur	1 549	2 902	3 017	3 122	3 228	3 280	3 330
Total (1983 = base 100)	100	123	195	201	208	212	215
Prix (1983 = base 100)	100	166	183	183	186	190	193

(*) Avant mesures du présent article.

Source : projets de loi de finances pour 2010, 2011 et 2012, « Évaluation des voies et moyens » (tome I).

2. L'augmentation de la fiscalité sur les alcools

Alors même que les articles 5 *octies* et 5 *nonies* du projet de loi de finances pour 2012 prévoient la création de contributions respectivement sur les boissons contenant des sucres ajoutés et sur les boissons contenant des édulcorants de synthèse, il ne serait pas compréhensible que l'outil fiscal ne soit pas également employé à des fins de santé publique à l'égard des alcools. Or, le niveau de prix des boissons alcoolisées dans notre pays se caractérise par sa relative faiblesse, par comparaison tant avec les prix observés il y a un demi-siècle ou il y a un quart de siècle, d'une part, qu'avec les prix pratiqués dans les autres États de l'Union européenne, d'autre part.

Comme en matière de lutte contre le tabac, l'action sur les prix, ici par l'intermédiaire de la fiscalité, constitue l'un des vecteurs privilégiés d'action sur les comportements. Le présent article comporte plusieurs mesures contribuant à cet objectif, soit par aménagement de l'assiette de ces taxes, soit par aménagement de leur tarif.

a) L'aménagement des assiettes

Le **1° du II** étend l'assiette de la cotisation sur les alcools (articles L. 245-7 et suivants du code de la sécurité sociale) aux boissons d'une teneur en alcool supérieure à plus de 18 % (au lieu de 25 % actuellement).

Pour cette même cotisation, le **a du 2° du II** substitue au calcul par unité de volume un calcul par degré d'alcool pur. Son montant sera fixé à :

– 533 euros par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au **b** de l'article 401 du code général des impôts, c'est-à-dire les « produits qui relèvent des codes NC 2207 et 2208 du tarif des douanes et qui ont un titre alcoométrique

acquis supérieur à 1,2 % vol., même lorsque ces produits font partie d'un produit relevant d'un chapitre autre que le chapitre 22 du tarif des douanes », ainsi que les produits intermédiaires qui ont « *un titre alcoométrique acquis supérieur à 22 % vol. et les eaux-de-vie contenant des produits en solution ou non* » ;

– 45 euros par hectolitre pour les autres boissons.

b) L'aménagement des tarifs

Le **1° du I** précise à l'article 317 du code général des impôts les règles d'arrondis applicables à la réduction de 50 % du droit ouverte aux bouilleurs de cru non titulaires de l'allocation en franchise, dans la limite d'une production de 10 litres d'alcool pur par campagne, non commercialisables, au titre du droit de consommation sur les alcools (article 403 du code général des impôts).

Le **a du 3° du I** majore de 9,6 % le tarif du droit sur les alcools (article 403 du code général des impôts) pour les produits autres que le rhum provenant des départements d'outre-mer.

En contrepartie de l'élargissement de l'assiette de la cotisation sur les alcools, les **a et b du 2° du I** diminuent de plus de 20 % le tarif du droit de consommation sur les vins doux naturels, vins de liqueur et autres produits intermédiaires (article 402 *bis* du code général des impôts).

Enfin, le **c du 1°**, le **b du 3°**, le **4°** et le **5° du I** ainsi que le **b du 2° du II** plafonnent à 1,75 % le relèvement annuel des tarifs en fonction de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année introduit par la loi de financement pour 2009. L'objectif du plafonnement de l'indexation est de limiter la volatilité du tarif des droits et cotisations applicables aux boissons alcooliques, et en particulier une brutale accélération, qui naîtrait d'une répercussion directe, pleine et entière de l'inflation. Compte tenu de l'évolution générale des prix sur les années récentes, l'indexation a en effet été de + 2,8% en 2010 puis + 0,1% en 2011 et elle sera de + 1,5% au 1^{er} janvier prochain. Ainsi, la règle de plafonnement ne trouvera-t-elle pas à s'appliquer en 2012.

L'ensemble de ces mesures rapportera 340 millions d'euros en 2012 par rapport aux recettes tendanciennes (et 390 millions d'euros par rapport aux recettes attendues pour 2011), au profit du régime des exploitants agricoles. Toutefois, compte tenu des clefs de répartition de ces droits, dont l'une est modifiée par ailleurs (*cf.* article 20 du présent projet de loi), la branche vieillesse bénéficie de 400 millions d'euros de recettes supplémentaires, tandis que la branche maladie en perd 60 millions d'euros (lesquels constitueront toutefois *in fine* une charge de la branche maladie du régime général à laquelle elle est intégrée et qui assure donc son équilibre en dernier ressort).

Incidences de la révision de la fiscalité sur les alcools (2011-2012)

(en millions d'euros)

	2011	2012 avant article 16	Impact article 16	2012 après article 16
Produits intermédiaires	96	93	- 40	53
Alcools	2 141	2 194	+ 170	2 364
Vins, poirés, cidres et hydromels	119	121	-	121
Bières	380	385	-	385
Alcools > 25 % en volume	532	537	+ 210	747
Total	3 280	3 330	+ 340	3 670

Source : Gouvernement.

Pour ce qui est de l'incidence sur les prix, l'étude d'impact évaluée à 70 centimes le surcroît de charge fiscale hors TVA pour une bouteille d'alcool de 70 centilitres titrant 40°.

Le présent article va évidemment dans la bonne direction, mais votre rapporteur souhaite que le débat parlementaire permette d'aller plus loin, toujours dans une logique de santé publique.

*

La Commission examine d'abord l'amendement AS 147 de M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Il s'agit d'un amendement de clarification qui, au surplus, conforte l'assouplissement des contrôles exercés par les douanes sur la vente d'alcool pur par les pharmaciens. L'article 302 D *bis* du code général des impôts prévoit les cas dans lesquels la vente d'alcool peut être exonérée de droits. Il en est ainsi de l'alcool utilisé, à des fins médicales ou pharmaceutiques, dans les pharmacies. Or, l'interprétation du texte n'est pas claire et a souffert d'un déficit de communication de la part de l'administration, ainsi que l'ont reconnu les douanes le 12 mai 2011. Il est donc souhaitable de préciser les choses.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable pour l'instant. Nous avons besoin d'expertiser cette proposition.

La Commission rejette l'amendement AS 147.

Les amendements AS 137 de Mme Valérie Boyer et AS 146 de M. Arnaud Robinet ne sont pas défendus.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS 143 de M. Guy Lefrand et AS 378 du rapporteur.

M. Guy Lefrand. L'amendement AS 143 est retiré.

M. Yves Bur, rapporteur. Avec l'amendement AS 378, il s'agit de pousser jusqu'à son terme la logique de santé publique invoquée par le Gouvernement pour augmenter les taxes sur les alcools forts ou les sodas. On ne comprendrait pas que les droits sur les bières, les vins ou le rhum ne soient pas eux aussi soumis à une augmentation. Cela procurerait une recette supplémentaire d'environ 50 millions d'euros à la sécurité sociale. N'oublions pas que les problèmes liés à l'alcoolisme entraînent chaque année 45 000 morts. J'ai donc souhaité ouvrir le débat sur ce point. Mais je vois que nombre d'amendements tendent à exonérer de cette augmentation telle ou telle production locale !

M. Denis Jacquat. Il faudrait qu'un jour, nous ayons enfin un vrai débat sur la politique de santé publique. Cela permettrait ensuite d'élaborer une politique de prévention cohérente.

M. Guy Lefrand. J'ai retiré mon amendement car il relève davantage d'un texte relatif à la santé publique que d'un projet de loi de financement. Je proposerai tout à l'heure, par l'amendement AS 144, un rapport sur les moyens mis en œuvre pour lutter contre la consommation excessive d'alcools et les adaptations pouvant être envisagées en matière de fiscalité sur les boissons alcoolisées. Cela permettrait d'avoir un débat sérieux sur le sujet.

M. Philippe Vitel. Les problèmes de santé publique doivent être traités dans le cadre d'une loi de santé publique. Tous ces amendements n'ont pas leur place dans un projet de loi de financement.

Mme Catherine Lemorton. Il me satisfait, quant à moi. Dans le cadre de la loi dite « HPST », les élus des régions viticoles, gauche et droite confondues, ont introduit une disposition autorisant la publicité sur Internet des produits alcoolisés, alors que nous avons souhaité l'interdire à quelques exceptions près. C'est le lobby viticole qui l'a emporté ce jour-là ! Nous pourrions nous rattraper aujourd'hui en votant cet amendement. La santé publique relève bien de la Commission des affaires sociales.

Mme Marisol Touraine. Cette discussion montre l'incohérence du financement de la politique de santé du Gouvernement. Cherchant désespérément des ressources, il taxe tout ce qu'il peut, avançant parfois des logiques de santé publique alors qu'il n'y en a aucune. L'exemple des sodas est extrêmement intéressant : l'augmentation, présentée dans un premier temps comme un moyen de lutter contre l'obésité, sera finalement affectée aux revenus des agriculteurs !

Pourquoi ne devrait-on taxer que certains alcools ? Il faut remettre à plat toute la politique en la matière et fixer un taux une fois pour toutes. Définissons des objectifs de santé publique et cessons d'instituer de nouvelles taxes sans rapport avec la santé.

M. Denis Jacquat. Ce propos me convient.

M. Dominique Tian. Il faut sortir de l'hypocrisie : les taxes atteignent 82 % du prix d'une bouteille de pastis ; un tiers de l'alcool consommé en France est acheté à l'étranger ! Les groupes français de spiritueux réalisent de belles performances à l'exportation et sont créateurs d'emplois. Ne faisons pas n'importe quoi.

Mme Anny Poursinoff. Je suis partagée : pourquoi n'adopterions-nous pas cet amendement s'il permet à la fois de trouver de nouvelles ressources et de prendre des mesures de santé publique ? Mais il est vrai qu'il vaudrait mieux définir d'abord un projet de santé publique pour élaborer les dispositions les plus efficaces en vue de lutter contre l'alcoolisme.

M. Fernand Siré. Il n'y a pas unanimité sur les effets néfastes de l'alcool lorsque la quantité absorbée est bien gérée. Les alcools très forts sont plus toxiques. Or, vous proposez de taxer de façon uniforme, sans étude préalable. Tandis que les petites gens achètent des bouteilles à 3 ou 4 euros, les prix des grands crus sont sans commune mesure. Et quelles seront les conséquences de la mesure sur l'économie des régions viticoles ? Sur les exportations ? Alors que nous étions le premier pays exportateur de vins, nous subissons aujourd'hui la concurrence des autres pays producteurs. En France même, la consommation de vin ne cesse de baisser au profit d'alcools très forts.

M. Jean-Pierre Door. Le rapporteur nous dit qu'il faut pousser la logique de santé publique jusqu'à son terme. Mais nous ne sommes pas dans le cadre d'un projet de loi de santé publique. Restons sur la ligne raisonnable fixée par le Gouvernement.

Mme Bérengère Poletti. Je soutiens l'amendement du rapporteur. Nous n'avons jamais d'état d'âme lorsqu'il s'agit d'augmenter les taxes sur les tabacs, pourquoi en aurions-nous en matière d'alcool ?

M. Élie Aboud. Nous avons eu un débat en matière de santé publique sans être soumis à la pression des lobbies et il y a eu des avancées. Nous ne pouvons pas aujourd'hui désorganiser toute une filière au détour de quelques amendements.

M. le président Pierre Méhaignerie. La mesure proposée par le Gouvernement est une première étape, aller plus loin risque de poser des problèmes. Le débat devra être mené, mais dans une perspective globale.

M. Yves Bur, rapporteur. La taxe sur les alcools ne concerne pas les exportations. Mon amendement ne remettra donc pas en cause la compétitivité des entreprises concernées. Je regrette de constater une fois de plus que ce n'est jamais le moment d'aborder ce problème. Je maintiens mon amendement, car je ne suis pas sûr que le rhum ne fasse pas autant de dégâts que les yaourts sucrés...

La Commission rejette l'amendement AS 378.

Puis, elle examine l'amendement AS 76 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je propose de lisser les effets de la mesure contenue dans l'article 16.

M. Yves Bur, rapporteur. Défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 76.

Puis, elle examine l'amendement AS 379 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Je propose de remonter les taxes sur le vin et la bière. Vous voyez, je ne cherche pas à défendre les brasseurs alsaciens : si l'on parle de santé publique, toutes les boissons alcoolisées doivent être visées.

La Commission rejette l'amendement AS 379.

Puis elle examine l'amendement AS 8 de M. Rémi Delatte.

M. Rémi Delatte. Il s'agit d'éviter l'augmentation de 45 % des taxes sur les liqueurs et les crèmes de fruit qui sont pour la plupart des produits régionaux fabriqués principalement par des PME. Le Premier ministre avait d'ailleurs assuré que ces productions ne seraient pas touchées.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable, puisque l'on souhaite s'en tenir au dispositif proposé par le Gouvernement.

La Commission rejette l'amendement AS 8.

L'amendement AS 153 de M. Claude Leteurtre n'est pas défendu.

Puis elle adopte l'article 16 sans modification.

Après l'article 16

La Commission examine, en discussion commune, les amendements identiques AS 11 de M. Rémi Delatte et AS 144 de M. Guy Lefrand, et l'amendement AS 77 de M. Dominique Tian.

M. Rémi Delatte. Il s'agit de demander au Gouvernement de remettre un rapport au Parlement afin de procéder à une refonte globale de la fiscalité sur les boissons alcoolisées.

M. Guy Lefrand. Il faut préciser le lien entre taxation des boissons alcoolisées et politique de santé publique. Nous devrions tous être d'accord pour demander au Gouvernement un rapport qui permettrait de faire le point avant de discuter, après juin 2012, de la future loi de santé publique.

M. Dominique Tian. Je note qu'il est écrit dans l'exposé des motifs de l'amendement de Guy Lefrand qu'une hausse de la taxation des seuls spiritueux pour des raisons de santé publique n'a aucune légitimité au regard des informations scientifiques d'équivalence entre les boissons alcoolisées. C'est exactement ce que j'ai dit il y a quelques instants.

M. Denis Jacquat. D'accord pour le rapport. Mais je souhaite surtout qu'on examine vraiment une loi de santé publique pour aborder les problèmes de l'alcoolisme – notamment celui qui frappe les jeunes le samedi soir – et de l'obésité. Quant aux lobbies, nous les connaissons : dès le premier projet de loi de financement, nous avons été confrontés à ceux du cognac et de l'armagnac.

M. Yves Bur, rapporteur. Je comprends qu'en période pré-électorale, chacun souhaite préserver son territoire et défendre ses productions locales. Mais avons-nous besoin d'un rapport supplémentaire pour appréhender les problèmes qu'engendre la consommation excessive d'alcool ? Nous reviendrons sur tous ces points dans le cadre du futur débat sur la politique de santé publique. Peut-être, monsieur le président, pourrions-nous envisager de constituer une mission d'information sur ce thème pour éclairer nos discussions à venir ? Avis défavorable en tout cas sur ces trois demandes de rapports.

La Commission rejette les amendements AS 11, AS 144 et AS 77.

Article additionnel après l'article 16

Taxe de solidarité sur le produit brut des jeux

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels et, en premier lieu, de deux amendements identiques, l'amendement AS 14 de M. Jean-Marie Rolland et l'amendement AS 117 de Mme Valérie Boyer.

M. Jean-Marie Rolland. La taxe proposée dans cet amendement est une taxe de solidarité visant à financer l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle serait assise sur le produit brut des jeux de casino, des cercles et des jeux en ligne. Elle est susceptible de rapporter 150 millions d'euros par an, et son assiette pourrait à l'avenir être étendue au produit des jeux les plus populaires, paris sportifs, loto ou Euromillions. Il s'agit, d'une certaine façon, d'appeler les bandits manchots au secours du handicap !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. À titre personnel, je donne un avis favorable à cette proposition, qui ne manque pas d'intérêt au regard des causes que nous défendons ici.

Mme Catherine Lemorton. Je ne suis pas opposée par principe à cette taxe, mais il conviendrait de s'attaquer, en amont, à l'addiction aux jeux, qui prend une ampleur catastrophique depuis que les jeux en ligne ont été libéralisés. Au lieu de confier le traitement de ce problème aux sociétés de jeux elles-mêmes,

il vaudrait mieux taxer celles-ci et affecter le produit de cette taxe à la lutte contre cette forme d'addiction.

M. Jean-Pierre Door. Est-il possible de consacrer cette recette à une action sociale alors que la fiscalité des jeux relève du ministère en charge du budget ? Et si oui, pourra-t-on la destiner exclusivement à l'accompagnement des personnes âgées et handicapées, ou ne faudra-t-il pas l'affecter au financement de la sécurité sociale en général ?

M. Michel Issindou. Je vous rappelle que les jeux sont déjà taxés, au profit du budget général. En outre, je suis opposé à ce genre d'« accouplement » insolite : je ne vois pas le rapport entre les jeux et les personnes âgées ou handicapées.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Je suis moi aussi opposée à ce qu'on finance l'accompagnement des personnes âgées et des handicapés *via* une taxe sur les jeux. Certes, nous sommes là pour trouver des solutions de financement dans une situation difficile, mais pas n'importe comment. Ce type de financement ne donne pas une vision correcte de ce que doit être la solidarité nationale.

Mme Bérengère Poletti. Je ne vois rien de choquant dans cette taxe, qui est d'ailleurs une proposition de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP). On taxe bien les entreprises, alors qu'elles créent des emplois ! Il n'est pas si facile de trouver de l'argent en ce moment !

M. Guy Lefrand. Personnellement, cela ne me choque pas de taxer une activité aussi superflue, si cela nous permet de ne pas taxer les personnes en difficulté.

M. Philippe Vitel. D'accord, pourvu que nous puissions être certains de l'affectation de ce prélèvement.

M. Michel Liebgott. Je trouverais malvenu qu'on veuille ainsi ponctionner les plus défavorisés car, pour l'essentiel, ce sont eux qui jouent : voyez qui fréquente les débits de tabac et les casinos ! Il vaudrait mieux que la FEHAP gère correctement ses établissements. S'il faut aller pomper dans les caisses des casinos pour rétablir le budget des établissements médico-sociaux, on est très loin de l'esprit de la sécurité sociale de 1945 !

M. Jean-Marie Rolland. L'amendement précise bien que le produit de cette taxe sera affecté à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Dès lors, et même si cette taxe s'inspire bien d'une proposition de la FEHAP, ces fonds financeront l'accompagnement de toutes les personnes âgées ou handicapées, qu'elles soient à domicile ou en établissement.

M. Yves Bur, rapporteur. La solidarité a trop besoin de recettes pour que nous fassions la fine bouche. Tant que nous n'aurons pas eu un grand débat de fond sur un financement pérenne et dynamique de la solidarité, nous serons bien obligés de recourir à des ressources diverses et variées.

La Commission adopte les deux amendements AS 14 et AS 117.

Article additionnel après l'article 16

Contribution sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac

Elle examine ensuite l'amendement AS 380 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Vous connaissez mon engagement dans la lutte contre le tabagisme, mais on ne peut que s'interroger sur l'efficacité d'une politique qui se résume à augmenter les prix du tabac. Si elle apporte des recettes au budget de la sécurité sociale, cette politique a également permis aux fabricants d'accroître leurs bénéfices et aux buralistes d'améliorer leurs marges : quel secteur d'activité peut se vanter d'avoir accru son chiffre d'affaires de plus de 26 % en quatre ans ? En revanche, le nombre de cigarettes vendues n'a pas diminué, au contraire, puisqu'il a augmenté de 2,2 % entre août 2010 et août 2011.

C'est pourquoi je propose de compenser l'absence d'une véritable politique de santé publique par un prélèvement assis sur le chiffre d'affaires des industriels du tabac, un peu selon la même logique que le taux K pour les laboratoires pharmaceutiques. Son produit, qui devrait s'élever à environ 40 millions d'euros, permettra d'accroître les moyens affectés à la prévention du tabagisme, qui ne mobilise aujourd'hui que cinq agents de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Une telle taxe n'a rien d'exceptionnel, d'autres secteurs industriels finançant la prévention des dégâts qu'ils pourraient causer. Je vous rappelle que l'industrie du tabac fait 60 000 morts par an.

M. Jean-Pierre Door. Le tabagisme provoque en effet plus de morts que les accidents de la route. Je soutiens donc cet amendement qui a le mérite de responsabiliser les industriels du tabac, pourvu que ce soit bien eux qui supportent la contribution en cause.

M. Yves Bur, rapporteur. Ce sont bien les industriels du tabac qui seraient mis à contribution, sans que l'État ait à augmenter le prix des cigarettes. Cette taxe frapperait le chiffre d'affaires qu'ils réalisent en France, alors que les augmentations de ces dernières années ont été octroyées par l'État à l'industrie. Quant aux buralistes, ils ne seront pas affectés.

M. le président Pierre Méhaignerie. Est-ce si sûr ?

M. Yves Bur, rapporteur. La taxe sera sans effet sur le prix des cigarettes.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Je suis d'accord sur le fond de l'amendement, mais la formule « *vendeurs de mort* » employée dans l'exposé des motifs me semble quelque peu choquante. D'autre part, les cigarettiers risquent de répercuter cette taxe sur le prix du tabac.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cette expression me paraît en effet inutilement agressive.

M. Yves Bur, rapporteur. Ce sont les cigarettiers que je vise, et non les buralistes ou les planteurs de tabac !

Mme Catherine Lemorton. Bien que je trouve hasardeux le parallèle établi entre entreprises pharmaceutiques et cigarettiers dans l'exposé des motifs, je suis d'accord sur le principe de l'amendement : d'ailleurs, ne devrait-on pas appliquer la même logique à la taxation des sodas, et taxer les industriels plutôt que de pénaliser les consommateurs ?

Mme Bérengère Poletti. Je ne suis pas opposée à l'amendement, mais il me semble que l'augmentation du prix du tabac aurait eu un impact plus important sur le tabagisme si elle avait été décidée au niveau européen. Son effet sur la consommation est quasi nul dans ma région des Ardennes, où il est facile de se fournir au Luxembourg ou en Belgique. Il faudrait par ailleurs accroître les moyens affectés à la lutte contre le trafic, d'autant que la toxicité des cigarettes de contrebande est bien supérieure à celle des cigarettes vendues par les débitants.

M. Yves Bur, rapporteur. Le Gouvernement m'a confié une mission sur le tabac, je prône une politique volontariste et durable de lutte contre le tabagisme. Dans le cadre de cette mission, nous avons soulevé la question des moyens à mobiliser pour la prévention du tabagisme. Le baromètre publié l'an dernier a montré que le nombre de fumeurs ne baissait pas et, selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, celui des cigarettes vendues en France a crû de 2,2 % en un an. Avec 30 % de fumeurs, la France est très en retard sur la Finlande, mais aussi sur la Grande-Bretagne et la Californie, où la proportion est respectivement de 20 % et de 15 %.

Quant à la formule « *vendeurs de mort* », que j'utilise depuis 2004, elle s'inscrit dans la ligne de la campagne de la Ligue contre le cancer intitulée « *Tueurs payeurs* ». Enfin, ma mission s'attachera à réfléchir aux modalités d'une lutte efficace contre les trafics, qui devra nécessairement avoir une dimension européenne. De ce point de vue, je compte bien apporter ma contribution au livre blanc en cours de rédaction, en vue de l'élaboration d'une directive.

M. Simon Renucci. L'amendement pourrait préciser qu'une partie du produit de la taxe serait affectée à une politique de prévention nationale.

M. Yves Bur, rapporteur. Il encourrait alors l'irrecevabilité.

La Commission adopte cet amendement AS 380.

Après l'article 16

Elle examine ensuite l'amendement AS 381 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. On sait depuis longtemps que les acides gras trans d'origine industrielle, non seulement n'ont aucune valeur nutritionnelle, mais sont même dangereux au-delà d'un certain seuil de consommation, au détriment en outre des plus démunis étant donné leur faible coût. En instituant cette contribution, l'objectif serait moins de grossir les ressources de l'assurance maladie que de signifier aux industriels que ces acides gras ne doivent plus avoir aucune place dans l'alimentation – ils sont d'ailleurs interdits dans d'autres pays.

M. Guy Lefrand. Si le but de cet amendement est de sensibiliser à un problème de santé publique, il n'a pas sa place dans une loi de financement. Il faut renvoyer à une loi de santé publique le soin d'interdire ces produits.

M. Yves Bur, rapporteur. Cela fait longtemps que nous connaissons le danger de ces produits, et il est grand temps d'agir : nous ne pouvons pas attendre une loi de santé publique qui ne viendra pas avant longtemps. Nous avons déjà utilisé cette méthode de la taxe pour tuer les « premix », avec succès puisque ce marché est aujourd'hui marginal.

M. Michel Liebgott. Je comprends votre souhait d'appeler l'attention sur ce danger, mais je ne crois pas qu'il mérite de recevoir une telle traduction dans le projet de loi de financement, qui n'a pas vocation à servir de guide diététique. Au reste, même des médicaments peuvent s'avérer dangereux : j'ai ainsi découvert que les cigarettes NTB à l'eucalyptus, censées fournir un substitut à la nicotine et vendues comme telles en pharmacie, ont en fait un plus fort taux de goudron que les cigarettes de tabac.

M. Philippe Vitel. S'il s'agit d'interdire ces produits, cet amendement manque son objectif puisqu'en les taxant, il suggère au contraire qu'on les tolère.

M. Jean-Pierre Door. Si les acides gras désaturés sont à l'origine de maladies lipidiques, il existe des acides gras poly-insaturés de qualité ; or les acides gras trans d'origine technologique visés par l'amendement peuvent être l'un ou l'autre. Je ne vois donc pas comment identifier ceux qui seraient taxés, d'autant que beaucoup d'autres composants alimentaires pourraient être interdits. Sauf à considérer qu'il s'agit d'un amendement d'appel, faire la part des produits qui augmentent le taux de cholestérol LDL au détriment du HDL relève du domaine réglementaire.

Mme Bérengère Poletti. Cette taxe n'aurait guère d'impact sur le prix des aliments. Elle aurait, en revanche, un réel intérêt pédagogique avant que nous ne traitions le sujet comme il convient dans le cadre d'une future loi de santé publique.

M. Simon Renucci. Nous parlons d'un sujet fondamental, que l'INPES intègre dans ses programmes nationaux « nutrition et santé ». Merci, chers collègues, de nous donner le goût de légiférer sur ces produits, en nous laissant espérer une grande loi de santé publique.

Mme Martine Pinville. Je ne vois pas où est la cohérence dans vos positions. On propose de taxer les cigarettes et les casinos, mais pas les alcools ; récemment, une proposition de loi de Victorin Lurel tendant à prohiber la différence de taux de sucre entre les produits vendus outre-mer et ceux vendus en métropole a été rejetée.

M. Yves Bur, rapporteur. J'ai personnellement voté cette proposition de loi ; nul ne peut donc me faire le reproche de l'incohérence.

Il est vrai, monsieur Renucci, que nous aurions aimé débattre de ces sujets dans le cadre d'un projet de loi sur la santé publique ; mais, le calendrier ne l'ayant pas permis jusqu'à présent, nous utilisons les vecteurs à notre disposition.

Les acides gras trans, dont tous les spécialistes reconnaissent l'inutilité nutritionnelle et la dangerosité sanitaire, sont aujourd'hui économiquement intéressants pour les fabricants ; c'est pourquoi on les trouve, non dans les viennoiseries ou les pâtisseries artisanales, mais dans les produits industriels. La taxe que je propose permettrait de renchérir leur coût, monsieur Vitel, et, partant, de décourager les industriels de les utiliser.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cet amendement permettrait d'appeler l'attention des entreprises industrielles qui utilisent ces produits, que le Danemark est le seul pays d'Europe à interdire.

D'autre part, la taxation porterait sur les matières premières sorties d'usine, ou sur les produits importés ; il nous reste huit jours pour en évaluer l'impact précis.

M. Jean-Pierre Door. Yves Bur parle de produits inutiles. Cet adjectif me semble en trop. Les acides gras poly-insaturés peuvent augmenter le taux de cholestérol LDL ; mais, sauf si celui-ci dépasse certaines limites, il ne provoque pas forcément des maladies.

Ne pourrait-on, avant d'envisager une taxe, étudier d'autres solutions, notamment par voie réglementaire, pour limiter l'utilisation de ces produits ? Avec les mêmes arguments, on pourrait en effet taxer bien d'autres composants alimentaires.

La Commission rejette l'amendement AS 381.

Les amendements AS 141 et AS 142 de M. Jacques Domergue ne sont pas défendus.

Article 17

Modification du taux K de la clause de sauvegarde

Le présent article tend à fixer le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (dit « taux K ») à 0,5 % pour l'année 2012.

1. Le mécanisme de la clause de sauvegarde (dit « taux K »)

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, dont les dispositions sont codifiées au I de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, a assujéti les entreprises exploitant des médicaments remboursables dispensés en officine à une contribution au titre de l'accroissement du chiffre d'affaires qu'elles réalisent au titre de ces médicaments. Les entreprises pharmaceutiques participent ainsi à la régulation des dépenses de l'assurance maladie.

En application de ces dispositions, chaque entreprise n'est redevable de cette contribution que lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des spécialités pharmaceutiques remboursées – à l'exception des médicaments orphelins sauf pour ceux dont le chiffre d'affaires dépasse 30 millions d'euro – au cours d'une année civile, en France, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation de ces spécialités, s'est accru par rapport à l'année précédente d'un pourcentage excédant le taux déterminé, appelé « taux K ».

Le montant de cette contribution est calculé à partir d'une comparaison entre le taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (appelé « taux T » à l'article L. 138-10) et le taux K.

L'assiette de la contribution correspond ainsi à la part du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables, qui résulte d'une croissance du produit de leurs ventes de médicaments remboursables plus rapide que le rythme de progression de l'ONDAM.

Le taux de cette contribution est progressif par tranches. Ces tranches sont définies en fonction du niveau de dépassement du « taux K » par le « taux T », comme l'indique le tableau ci-après.

**Calcul de la contribution instituée par l'article L. 138-10
du code de la sécurité sociale**

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K et/ou égal à K + 0,5 point	50 %
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

Selon l'article L. 138-11 du code de la sécurité sociale, le montant de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 précité, est ensuite réparti entre les entreprises redevables selon trois critères :

- à concurrence de 30 %, le niveau brut de leur chiffre d'affaires ;
- à concurrence de 40 %, la progression de leur chiffre d'affaires ;
- à concurrence de 30 %, leurs dépenses de publicité.

Toutefois, les entreprises créées depuis moins de deux ans ne sont pas redevables de la part de la contribution calculée en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires, sauf si leur création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

En outre, l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale limite le montant de la contribution versée par chaque entreprise assujettie à 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes.

On soulignera aussi que l'article L. 138-10 précité exonère de cette contribution les entreprises qui ont conclu avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) une convention comportant des engagements sur leur chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments concernés, et dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise conventionnelle au bénéfice des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le dispositif de l'article L. 138-10 précité constitue ainsi une clause permanente de sauvegarde, qui compense une partie des charges qui résultent pour ces régimes d'une progression incompatible avec l'ONDAM du chiffre d'affaires des entreprises qui exploitent des médicaments remboursés, sans être engagées dans un processus de maîtrise des dépenses par voie de convention avec le Comité économique des produits de santé.

Le champ d'application de ce mécanisme a été étendu à deux reprises :

– l'article 21 de la loi de financement pour 2006, dont les dispositions sont codifiées au II de l'article L. 138-10, a créé un mécanisme identique pour les médicaments rétrocedés, c'est-à-dire les spécialités pharmaceutiques vendues au détail et au public par certains établissements de santé en application de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

– le 1° du I de l'article 15 de la loi de financement pour 2009 a étendu le champ de la clause de sauvegarde prévue au I de l'article L. 138-10 aux spécialités prises en charge par l'assurance maladie en sus des tarifs hospitaliers.

En pratique, le produit des contributions instituées par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est quasiment nul. Le mécanisme de cet article est, en effet, repris dans l'accord-cadre sectoriel conclu entre le CEPS et *Les entreprises du médicament* (LEEM) pour déterminer le montant des remises conventionnelles dues par les laboratoires.

En principe, le « taux K » constituant le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde correspond, selon l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, au taux de progression de l'ONDAM.

Toutefois, depuis 2000, la valeur du « taux K » a été fixée directement par les lois de financement successives, par dérogation aux dispositions de l'article L. 138-10 précité, à des niveaux inférieurs au taux de progression de l'ONDAM comme le montre le tableau présenté ci-après.

Évolution du « taux K » et de l'ONDAM

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taux K	3,0 %	4,0 %	3,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,4 %	1,4 %	1,0 %	0,5 %	0,5 %
ONDAM voté	4,0 %	5,3 %	4,0 %	3,2 %	2,5 %	2,6 %	3,3 %	3,3 %	3,0 %	2,9 %	2,8 %
ONDAM réalisé	7,2 %	6,4 %	5,2 %	3,2 %	3,1 %	4,2 %	3,5 %	3,4 %	2,6 %	2,9 % (p)	–

Ainsi, pour mémoire, le « taux K » avait été fixé à 1 % pour la période 2005-2007, puis à 1,4 % pour les années 2008 à 2011. Cependant, l'article 11 de la loi de financement pour 2010 a fixé le « taux K » à 1 % pour l'année 2010. Enfin, l'article 28 de la loi de financement pour 2011 a fixé à 0,5 % le « taux K » pour l'année 2011.

2. Fixation du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde à 0,5 % pour l'année 2012

Le présent article prévoit que pour le calcul des contributions dues par les entreprises pharmaceutiques au titre de l'année 2012 en application de la « clause de sauvegarde », le taux de 0,5 % sera substitué au taux K mentionné dans les deux tableaux figurant à l'article L. 138-10.

Cet article comporte, en effet, deux tableaux qui définissent le taux des deux contributions qu'il met à la charge des entreprises pharmaceutiques :

– la première, prévue au I de cet article, est assise sur l'accroissement du chiffre d'affaires réalisé par ces entreprises au titre des médicaments remboursables en ville ;

– la seconde, prévue au II du même article, est assise sur la progression du chiffre d'affaires réalisé par les mêmes entreprises au titre des médicaments rétrocédés.

Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, dans l'hypothèse où le chiffre d'affaires des entreprises assujetties croissait de 1 % en 2012, le rendement de la clause de sauvegarde s'élèverait à 50 millions d'euros.

Selon le Gouvernement, les dépenses de médicaments continuent leur ralentissement en 2011 par rapport à 2010 (+ 1,1 % dans les dernières prévisions 2011, contre + 1,2 % en 2010). Il aurait été illogique d'augmenter le taux K alors que le besoin d'économies est croissant et que les dépenses de médicaments ralentissent.

Notons par ailleurs que la quasi-totalité des entreprises assujetties préfèrent s'exonérer du paiement de la contribution en versant des remises conventionnelles dans le cadre d'accords avec le Comité économique des produits de santé. Ces remises viendront en déduction des dépenses d'assurance maladie. Selon les prévisions gouvernementales, le montant des remises conventionnelles versées par l'industrie pharmaceutique serait de 220 millions d'euros en 2011 – pour mémoire, il était de 245 millions en 2010.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 240 de Mme Marisol Touraine.

Mme Catherine Lemorton. Les entreprises pharmaceutiques étant florissantes malgré la crise, la majorité est revenue à la raison en fixant le taux K à 0,5 %, comme nous le souhaitions depuis longtemps ; cependant, la situation dégradée de nos comptes sociaux nous conduit aujourd'hui à proposer de baisser ce taux à 0,4 %.

Le taux K détermine le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde en fonction de la croissance du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique : rien de plus normal puisque celle-ci est en grande partie solvabilisée par la solidarité nationale. Or, en 2007, dans un rapport de la Cour des comptes, Philippe Séguin dénonçait le rendement nul de ce dispositif et l'on a pu faire le même constat au cours des années suivantes. Cette situation, qui pose évidemment

problème, tient au fait que les entreprises pharmaceutiques peuvent échapper à l'application du taux K en signant des conventions avec le Comité économique des produits de santé (CEPS).

À ce propos, monsieur Door, si vous avez annoncé il y a quelques jours que vous aviez reçu le rapport du comité, ce n'est toujours pas le cas pour l'opposition.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ce rapport est en ligne sur le site du comité.

Mme Catherine Lemorton. Mais nous ne l'avons pas reçu, nous !

Le rendement attendu du taux K fixé à 0,5 % serait de 50 millions d'euros en 2012, ce qui est bien faible au regard du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Comme nous le répétons chaque année, le taux K n'a pas vocation à générer beaucoup de recettes : il est une arme de négociation pour le CEPS. De fait, presque tous les industriels préfèrent négocier des remises conventionnelles. Je rappelle que les conventions ont rapporté 245 millions d'euros en 2010.

En somme, le taux K est la voiture-balai pour les industriels qui refusent la solution conventionnelle.

Mme Catherine Lemorton. On a du mal à comprendre votre logique, monsieur le rapporteur. Alors que les dépenses de médicaments sont solvabilisées par les régimes obligatoires et complémentaires, les baisses de prix seraient selon vous compensées par les remises ; or celles-ci ne profitent qu'au régime obligatoire. Je comprends, dans ces conditions, les réactions de la Mutualité française.

La Commission rejette l'amendement AS 240.

Puis elle adopte l'article 17 sans modification.

Après l'article 17

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 17.

Elle examine d'abord l'amendement AS 241 de Mme Marisol Touraine.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement vise à élargir l'assiette de la taxe sur les dépenses de promotion des entreprises pharmaceutiques. Sans revenir sur les campagnes en faveur des vaccins menées par l'industrie du médicament, la

promotion concerne aussi bien la presse professionnelle que les médias grand public. On ne peut à la fois déplorer que nos concitoyens soient de grands consommateurs de médicaments et refuser d'élargir l'assiette de la taxation sur la publicité dont ces derniers font l'objet.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Mon amendement AS 472 intègre dans la taxe sur la promotion les dépenses de publicité par voie de presse ; je vous propose donc de vous y rallier.

Mme Catherine Lemorton. Votre amendement est très différent !

La Commission rejette l'amendement AS 241.

L'amendement AS 58 de Mme Anny Poursinoff n'est pas défendu.

Article additionnel après l'article 17

Contribution sur les dépenses de promotion des industries pharmaceutiques

Puis la Commission examine l'amendement AS 472 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement vise à réintégrer, dans l'assiette de la taxe sur la promotion des médicaments, les dépenses de publicité dans la presse médicale.

Mme Catherine Lemorton. La semaine dernière, un hebdomadaire fort lu proposait l'interview d'un médecin qui passait sous silence ses liens d'intérêts avec un laboratoire dont, sur la même page, une publicité vantait un produit – en l'occurrence, une application d'iPhone relative à la détection du diabète. La presse professionnelle n'est donc pas la seule concernée : nous disposons, en ce domaine, de marges pour des ressources supplémentaires.

La Commission adopte l'amendement AS 472.

Après l'article 17

Puis elle examine l'amendement AS 242 de Mme Marisol Touraine.

Mme Catherine Lemorton. C'est le même sujet : l'amendement est défendu.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 242.

Article 18

(article L. 245-6 du code de la sécurité sociale)

Taux et affectation de la contribution des laboratoires pharmaceutiques sur leur chiffre d'affaires

Le présent article modifie l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale afin de majorer de 0,6 point le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.

1. La hausse de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques

a) Le marché du médicament remboursable

Comme le montre le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2011, en 2010, le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) des médicaments remboursables s'est élevé à 19,5 milliards d'euros ce qui correspond à 2,6 milliards de boîtes vendues en officines de ville. Sur ce même champ, le montant remboursé par l'assurance maladie, basé sur le chiffre d'affaires toutes taxes comprises, s'élève à 21 milliards d'euros. La croissance du marché s'établit pour 2010 à 0,5 %, contre 2,2 % en 2009.

La croissance du chiffre d'affaires des produits remboursables enregistre un net ralentissement par rapport aux années précédentes. Comme le montre le tableau ci-dessous, cette tendance s'explique par les actions récurrentes de baisse de prix menées par le Comité économique des produits de santé mais aussi la maîtrise des volumes, que vient compenser l'effet de structure, c'est-à-dire le déplacement de la consommation d'une classe thérapeutique à l'autre ou d'un médicament à l'autre au sein d'une même classe.

Décomposition de la croissance des prix des médicaments

Année	Effet prix	Effet volume	Effet structure	Évolution globale
2007	- 2,1 %	0,0 %	6,1 %	3,8 %
2008	- 2,2 %	- 4,9 %	8,3 %	0,8 %
2009	- 2,2 %	3,1 %	1,3 %	2,2 %
2010	- 2,5 %	- 0,9 %	4,1 %	0,5 %
2010 *	- 2,3 %	- 0,6 %	4,0 %	1,0 %

* après neutralisation des grands conditionnements

Source : DSS/6B – données GERS – Marché de ville.

Par ailleurs, la part des génériques tend à croître en 2010. En volume le taux de pénétration des génériques est de 67,7 %, soit une augmentation de 1,3 point par rapport à 2009, mais une baisse de - 3,1 points par rapport à 2008 et un niveau égal à celui de 2007. En 2010, le chiffre d'affaires hors taxes du répertoire au 1^{er} février 2011 est de 4,8 milliards d'euros, soit près de 25 % du marché global remboursable en ville.

Évolution du marché des médicaments génériques

(En millions d'unités ou d'euros)

	2009 *		2010 **	
	Unités	Valeur	Unités	Valeur
Marché de ville (a) = (b) + (c)	2 607	19 365	2 583	19 460
• dont marché hors répertoire (b)	1 702	14 573	1 639	14 683
• dont marché des groupes génériques *** (c) = (d) + (e)	905	4 792	944	4 777
– dont marché des génériques (d)	601	2 257	639	2 593
– dont marché des princeps du répertoire (e)	304	2 435	305	2 184
Part des groupes génériques dans le marché total	34,7 %	24,7 %	36,5 %	24,5 %
Part des génériques dans le marché des groupes génériques	66,4 %	49,2 %	67,7 %	54,3 %
Part des génériques dans le marché total	23,1 %	12,2 %	24,7 %	13,3 %

* Répertoire AFSSAPS du 29 décembre 2009

** Répertoire AFSSAPS du 1^{er} février 2011

*** ces résultats concernent le répertoire exploité (i.e. les groupes dans lesquels un générique au moins est ou a été commercialisé). Il y a donc à la fois des médicaments génériques (d) et non-génériques (princeps (e)) dans ces groupes.

Note de lecture : en 2010, les génériques ont représenté 639 millions de boîtes vendues pour une valeur de 2 593 millions d'euros. Cela représente 54,3 % du chiffre d'affaire des groupes génériques et 13,3 % du marché global.

Source : DSS/6B – Données GERS – Marché de ville.

Enfin, la croissance des traitements lourds et onéreux est compensée en grande partie par les efforts de maîtrise médicalisée et la « génération » de certains médicaments très vendus (comme le *Plavix*). Comme le montre le tableau ci-après, quelques médicaments coûteux pèsent sur les dépenses de médicaments. Les dix classes qui contribuent le plus à la croissance en 2010 représentent une contribution de 2,5 points, soit une croissance du chiffre d'affaires de 483,5 millions d'euros. Les cinq premières classes relèvent à 93 % de traitements de pathologies lourdes (en l'occurrence d'affections de longue durée). Ils expliquent à eux seuls 0,6 % de la croissance du marché. Les dix classes ayant le plus contribué à infléchir la croissance en 2010 équivalent à une baisse du chiffre d'affaires global de 454,5 millions d'euros (– 2,3 points).

Les cinq classes thérapeutiques ayant contribué le plus à la croissance du chiffre d'affaires hors taxe en 2010

Rang	Classe thérapeutique (Ephmra)	Croissance (en millions d'euros)	Contribution à la croissance	Chiffre d'affaires hors taxe	Part du chiffre d'affaire
1	A10 Antidiabétiques <i>dont Janumet®</i>	115,6 25,5	0,6 pt 3,6 pts	827,9 29,0	4,3 % 3,5 %
2	L04 Immunosuppresseurs <i>dont Humira®</i>	82,4 37,7	0,4 pt 6,2 pts	692,1 103,3	3,6 % 14,9 %
3	S01 Ophtalmologie <i>dont Lucentis®</i>	66,7 53,7	0,3 pt 9,9 pts	605,9 231,3	3,1 % 38,2 %
4	L01 Antineoplasiques <i>dont Sprycel®</i>	47,2 14,4	0,2 pt 3,0 pts	528,8 18,3	2,7 % 3,5 %
5	R03 Anti-asthmat. et bronchodilat. <i>dont Xolair®</i>	40,1 11,4	0,2 pt 1,1 pt	1 075,3 56,7	5,5 % 5,3 %
Total des 5 premières classes		351,9	1,8 pt	3 729,9	19,2 %
Total marché ville remboursable		93,0	–	19 458,4	–

Note de lecture : la classe des antidiabétiques a vu son chiffre d'affaires augmenter de 115,6 millions d'euros entre 2009 et 2010, atteignant 827,9 millions d'euros à fin décembre, de qui représente 4,3 % du chiffre d'affaires global. La croissance de cette classe a contribué à hauteur de 0,6 point à la croissance globale du marché. La spécialité ayant le plus contribué à la croissance de la classe des antidiabétiques est le Janumet® à hauteur de 25,5 millions d'euros, représentant une contribution de 3,6 points. La part du chiffre d'affaires du Janumet® dans le chiffre d'affaires des antidiabétiques est de 3,5 %.

Source : DSS/6B – Données GERS – Marché de ville.

b) Le projet de loi propose une hausse de 0,6 % de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques

Instituée par l'article 74 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, codifiée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques est due par toutes les entreprises assurant l'exploitation en France d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes des médicaments remboursables ou sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics. Ne sont pas pris en compte dans le calcul du chiffre d'affaires les spécialités génériques qui ne donnent pas lieu à remboursement sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité, les remises commerciales accordées par l'entreprise, les produits bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation et les médicaments orphelins sous réserve que le chiffre d'affaires des médicaments remboursables ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.

L'article L. 245-6 précité précise que le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2009 à 2011 est fixé à 1 %.

Le présent article vise à fixer le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012 à 2014 à 1,6 %. La contribution est donc majorée de 0,6 point.

Selon l'étude d'impact, le rendement de la contribution sur le chiffre d'affaires devrait être de l'ordre de 400 millions d'euros en 2012, soit 150 millions d'euros de plus que le rendement actuel. La contribution sera recouvrée pour la première fois le 15 avril 2012.

2. L'affectation du produit supplémentaire de la contribution à la formation médicale continue

Comme le note le rapport des Assises du médicament, la formation professionnelle continue des médecins hospitaliers et libéraux est aujourd'hui largement dominée par l'industrie pharmaceutique. Ainsi, les entreprises pharmaceutiques financeraient aujourd'hui la formation continue à hauteur de 400 à 600 millions d'euros.

Le Gouvernement a, par le présent article, souhaité à la fois réinvestir ce champ et responsabiliser les entreprises, en haussant la contribution sur le chiffre d'affaires des produits pharmaceutiques.

a) Organisation et financement de la formation continue des médecins

Pour mémoire, avant la loi dite « HPST », la formation continue constituait une obligation pour toutes les professions de santé, mais son contenu, son organisation, sa gestion et son financement différaient d'une profession à une autre, voire, pour une même profession, d'un mode d'exercice à un autre.

Cette architecture était particulièrement complexe pour les médecins, car elle reposait sur deux obligations cumulatives faisant l'objet de régimes juridiques distincts : la formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le dispositif de formation médicale continue était géré par des conseils nationaux de la formation médicale continue, distincts selon le mode d'exercice du médecin (libéral, hospitalier ou salarié non-hospitalier), et son financement faisait intervenir à la fois les hôpitaux, les industries de santé, l'assurance maladie et les professionnels eux-mêmes, dans le cadre d'un fonds d'assurance formation de la profession médicale géré par les organisations syndicales.

L'article 59 de la loi dite « HPST » a unifié l'ensemble des dispositifs de formation continue en instituant un dispositif de « *développement professionnel continu* » (DPC), commun à toutes les professions de santé. Il a modifié à cet effet les dispositions du code de la santé publique concernant chaque profession de santé, pour ériger le développement professionnel continu en obligation pour les praticiens et énumérer ses objectifs : « *l'évaluation des pratiques professionnelles,*

le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Par ailleurs, le financement du dispositif de formation médicale continue était complexe. Pour les médecins hospitaliers et salariés, il reposait principalement sur les employeurs. Pour les médecins libéraux, il faisait « une large part » aux industries de santé, mais reposait aussi sur la profession, avec d'une part l'organisme gestionnaire conventionnel, institué par la convention médicale, financé par l'assurance maladie et les cotisations des médecins, et de l'autre, le fonds d'assurance formation de la profession médicale, géré par les organisations syndicales, qui finance d'autres actions de formation sélectionnées, agréées et financées suivant une procédure distincte.

La loi dite « HPST » a unifié les structures de gestion et de financement de la formation continue des professionnels de santé, en instituant un « *organisme gestionnaire du développement professionnel continu* » (OGDPC) dont l'article L. 4021-1 du code de la santé publique indique qu'il « *assure la gestion financière* » des actions de développement professionnel continu, et détermine notamment « *les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé conventionnés* », compensant la perte de ressources résultant pour eux du temps consacré à leur formation plutôt qu'à leurs consultations. Par ailleurs, il est prévu pour chaque profession que cet organisme gestionnaire « *enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu* », après évaluation par une « *commission scientifique indépendante* », et qu'il « *finance les programmes et actions prioritaires* ».

Ainsi, pour résumer, désormais, l'organisme gestionnaire finance le développement professionnel continu des médecins libéraux et des professionnels de santé exerçant dans les centres de santé conventionnés, dans la limite des forfaits individuels. En son sein, c'est la section paritaire des médecins qui déterminera le niveau du forfait en tenant compte du coût des programmes de développement professionnel continu proposés par les organismes de développement professionnel continu.

Les centres hospitaliers universitaires continuent de consacrer au financement du développement professionnel continu des médecins qu'ils emploient un pourcentage minimum de 0,50 % du montant de leurs rémunérations. Pour les autres établissements de santé, le pourcentage minimum est de 0,75 % du montant des rémunérations de leurs médecins. Les employeurs publics et privés peuvent se libérer totalement ou partiellement de cette obligation en versant tout ou partie des sommes ainsi calculées à un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de leur branche professionnelle. Ceux-ci bénéficient, dans ce cas, du produit de la contribution de l'industrie pharmaceutique sur son

chiffre d'affaires. Pour mémoire, il existe trois organismes paritaires pour les médecins salariés.

Pour les fonctionnaires et contractuels employés par l'État et les collectivités locales, le développement professionnel continu est financé par les crédits prévus par la législation relative à chacune de ces fonctions publiques.

b) La hausse de la taxe serait affectée à l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) pour les médecins libéraux et à l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) pour les médecins salariés

La contribution demeure affectée au financement de la branche maladie du régime général. Cependant, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) devra reverser le produit de l'augmentation de la taxe, soit 150 millions d'euros, à l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) pour les médecins libéraux et aux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) pour les médecins salariés. S'y ajouteront 2 millions d'euros financés par une dotation de l'État. L'innovation tient dans l'affectation d'une partie des sommes dégagées aux OPCA, qui jusqu'à présent ne recevaient aucun fond directement versé par la CNAMTS. Selon le Gouvernement, la clef de répartition est encore à établir. Ce point pourrait utilement être précisé.

Votre rapporteur souhaite insister sur le fait que le décret d'application de l'article 59 de la loi dite « HPST » devra être publié avant la fin de l'année pour rendre l'application de cette mesure effective.

Le montant des dotations supplémentaires allouées à la formation continue des médecins en 2012 est présenté dans le tableau ci-après.

Dotations supplémentaires allouées à la formation continue des médecins en 2012

(En millions d'euros)

Financier	Montant 2012
OGDP - médecins	78
État (hors ONDAM) – Fonds d'actions conventionnelles	2
Dotation supplémentaire pour les médecins hospitaliers	72
Total	152

*

La Commission examine l'amendement AS 292 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Nous souhaitons porter de 1,6 % à 1,7 % l'augmentation de la contribution versée par les entreprises pharmaceutiques sur leur chiffre d'affaires, afin de répondre aux besoins de formation continue des médecins. Lors des Assises du médicament, M. Xavier Bertrand a déclaré, la main sur le cœur, qu'il veillerait à ce que la formation des professionnels de santé, qu'elle soit initiale ou continue, reste indépendante de l'industrie pharmaceutique. On estime que celle-ci investit entre 300 et 400 millions d'euros dans la formation continue des médecins. Or, avec un taux de 1,6 %, la taxe dont nous parlons ne rapportera que 150 millions d'euros supplémentaires. Nous sommes donc loin du compte. Cet amendement permettrait en somme d'atteindre les objectifs annoncés par le ministre.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. La question a été débattue lors de l'examen du projet de loi relatif à la sécurité sanitaire des médicaments. Au surplus, le présent projet de loi de financement augmente presque toutes les taxes visant l'industrie du médicament. Le rendement de la contribution sur le chiffre d'affaires s'établira ainsi à 450 millions d'euros en 2012, soit une augmentation de 150 millions d'euros, somme qui sera intégralement consacrée à la formation indépendante des médecins. Par ailleurs, les droits versés à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) augmenteront aussi de 40 millions d'euros. Ces recettes sont suffisantes pour atteindre les objectifs fixés.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je suis sensible à vos arguments, madame Lemorton, car le plan de formation continue des médecins doit être mis en œuvre rapidement ; reste que 150 millions d'euros, ce n'est pas mal pour un début.

M. Jean Mallot. Financer la formation des médecins *via* des ressources affectées est de bonne logique, au regard de l'étrangeté du système actuel. Néanmoins, une incompréhension demeure chez les dirigeants des laboratoires pharmaceutiques, qui considèrent que ce projet de loi instituera une nouvelle taxe, alors qu'il ne s'agit que de substituer une ressource à une autre. Il faudra d'ailleurs aller plus loin car, comme l'a souligné Catherine Lemorton, ces 150 millions d'euros ne seront pas suffisants.

M. Guy Lefrand. Les décrets relatifs au développement professionnel continu (DPC) sont actuellement examinés par le Conseil d'État. Le nouveau système se mettra donc en place rapidement, monsieur le président.

La Commission rejette l'amendement AS 292.

Les amendements AS 59 et AS 60 de Mme Anny Poursinoff et AS 318 de Mme Jacqueline Fraysse ne sont pas défendus.

Puis elle adopte l'article 18 modifié.

Article 19

(articles L. 5121-8, L. 5321-12, L. 5321-3 [nouveau] et L. 5421-8 [nouveau] du code de la santé publique ; articles L. 162-16-5, L. 162-17, L. 162-17-5, L. 241-2 du code de la sécurité sociale ; articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P, 1600-0 Q, 1635 *bis* AE, L. 166 D [nouveaux] du code des impôts)

Financement de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Le présent article procède donc d'une part, à la réaffectation des taxes précédemment affectées à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), et d'autre part, au relèvement de leurs plafonds, taux et tarifs pour assurer la neutralité budgétaire de l'opération.

1. La nécessité de modifier le mode de financement de la future agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Les modalités de financement actuelles de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé sont décrites à l'article L. 5321-2 du code de la santé publique, qui dispose que ses ressources sont constituées par *des subventions des collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ; des taxes prévues à son bénéfice ; des redevances pour services rendus ; des produits divers, dons et legs et des emprunts.* »

Cet article précise aussi que l'agence ne peut recevoir des dons des personnes dont elle contrôle l'activité.

Les taxes et redevances pour les médicaments et les dispositifs médicaux sont prévues par plusieurs articles du code de la santé publique. Il en va ainsi de la taxe annuelle sur les médicaments et produits bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché (article L. 5121-17), des droits perçus sur toute demande d'autorisation de mise sur le marché de médicaments allopathiques (article D. 5121-64), du droit relatif aux inspections réalisées sur demande expresse d'un établissement en vue de vérifier le respect des bonnes pratiques de fabrication et de distribution des matières premières à usage pharmaceutique (articles L. 5138-5 et D. 5138-7), de la taxe perçue lors du dépôt des demandes de visas grand public de publicité pharmaceutique et du dépôt des publicités destinées aux professionnels (article L. 5122-5), de la taxe perçue pour toute demande d'importation parallèle (articles L. 5124-17-1 et D. 5124-57), des droits perçus sur les demandes concernant les médicaments homéopathiques, du droit perçu sur toute demande d'autorisation de mise sur le marché (articles D. 5121-65 et D. 5121-66), du droit perçu sur toute demande d'enregistrement (articles D. 5121-63 et D. 5121-66), de la taxe annuelle sur les dispositifs médicaux (articles L. 5211-5-2), de la taxe annuelle sur les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (article L. 5221-7) ou encore de la taxe annuelle des

laboratoires d'analyse de biologie médicale (article L. 6221-11). Il existe également des redevances diverses en contrepartie des prestations de service effectuées par l'agence (contrôle et fourniture de substance de référence de la pharmacopée française, expertises concernant les produits et procédés désinfectants ou encore délivrance annuelle des annales de qualité des laboratoires d'analyse de biologie médicale).

Ces taxes et redevances sont, en l'état actuel de la législation, perçues directement par l'agence.

À titre indicatif, sur l'ensemble des recettes de l'année 2009, les subventions de fonctionnement ne représentaient que 8 % du total, contre 79 % pour les produits dits spécifiques et 11 % pour les prestations de services. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution depuis 2006 du montant des différentes taxes et redevances sur les médicaments humains et les dispositifs médicaux et de la part qu'elles représentent dans le budget annuel de l'agence.

Montant des différentes taxes et redevances perçues par l'agence

(En euros)

	2007	% du budget annuel	2008	% du budget annuel	2009	% du budget annuel	2010	% du budget annuel
Taxe spécialités pharmaceutiques	19 452 811	17,8	20 310 928	18,6	22 363 365	20,1	23 846 959	20,3
Taxe dispositifs médicaux	15 682 571	14,4	15 730 043	14,4	16 296 900	14,7	17 334 217	14,7
Nouveaux principes actifs	1 246 622	1,1	1 092 200	1	1 519 910	1,4	1 181 100	1,0
Nouvelles indications	1 485 915	1,4	2 086 756	1,9	1 700 935	1,5	1 653 815	1,4
Produits similaires	11 368 785	10,4	13 618 170	12,5	15 576 814	14	15 842 370	13,5
Modifications	17 150 088	15,7	20 850 044	19,1	20 640 149	18,6	20 199 953	17,2
Pharmacopée	–	–	–	–	–	–		
Renouvellement quinquennal	1 663 801	1,5	1 250 434	1,1	2 007 682	1,8	1 533 350	1,3
Enregistrements homéopathiques	127 930	0,1	67 872	0,1	48 888	0,0	103 290	0,1
Taxe demande autorisation importation parallèle	60 000	0,1	70 000	0,1	182 132	0,2	199 594	0,2
Taxe essais cliniques	2 379 500	2,2	2 423 850	2,2	5 700	0,0	0	0,0
Redevances contrôle national de qualité	2 387 228	2,2	2 381 302	2,2	2 377 281	2,1	2 372 574	2,0
Visa publicité	5 190 384	4,8	5 308 920	4,9	4 915 672	4,4	5 049 510	4,3
Total	78 195 635	71,6	85 190 519	78	87 635 428	78,8	89 316 732	75,8
Budget total	96 978 922		109 185 382		111 206 193		117 708 248	

Source : Afssaps, Indicateurs d'activité 2010.

Le mode actuel de financement de l'agence, consistant essentiellement en une perception directe par celle-ci de taxes et redevances versées par les laboratoires, est source de suspicions concernant son indépendance. De plus,

l'affectation directe de redevances n'est pas une garantie absolue de ressources suffisantes si leur régime ou leur taux d'affectation évolue de façon négative.

C'est pourquoi un certain nombre de rapports sur le médicament, dont le rapport de la mission d'information sur le *Mediator* et la pharmacovigilance ⁽¹⁾, proposent de substituer au système actuel un financement direct par l'État.

2. Un financement indépendant des entreprises pharmaceutiques et des moyens renforcés

a) Le financement de l'agence par une dotation de l'État

Dans le cadre de la réforme relative à la sécurité du médicament et des produits de santé initiée en septembre 2011 par le Gouvernement, le financement de la future Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, destinée à remplacer l'AFSSAPS, sera désormais assuré par dotation de l'État.

Votre rapporteur ne peut ici que se réjouir de cette réforme, à la fois source de revenus supplémentaires pour l'assurance maladie et venant renforcer l'indépendance financière de la future agence.

L'article 26 du projet de loi de finances pour 2012 vient garantir à l'État la neutralité de l'opération en lui réaffectant une fraction de produit de la taxe sur la valeur ajoutée, venant en compensation de la dotation budgétaire qu'il devra servir, et qui sera retracée dans la mission *Santé* du budget général.

Ainsi, 57 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fabricants de lunettes, actuellement affectée à la CNAMTS, sera retourné au budget de l'État pour un montant prévisionnel de 148,4 millions d'euros en 2012. Le montant de la dotation de l'État s'établirait à 134,9 millions d'euros pour la nouvelle agence, à 10 millions d'euros pour le Centre national de gestion des essais de produits de santé (CENGPS) et 3,5 millions d'euros pour les Comités de protection des personnes.

Il s'agit pour la future agence d'une hausse de 30 % de son budget, soit près de 41 millions d'euros supplémentaires en 2012, qui correspondent aux frais générés par l'attribution de nouvelles missions en matière de pharmacovigilance, de contrôle de la publicité sur les produits de santé ou de conduite d'études d'efficacité et de sécurité sur les produits de santé.

b) L'augmentation des impositions dont le produit était perçu par l'AFSSAPS et leur affectation à la CNAMTS

Quant à l'assurance maladie, le manque à gagner lié à la réaffectation de TVA collectée par les fabricants de lunettes sera comblé par l'affectation des taxes

(1) Rapport n° 3552 de M. Jean-Pierre Door.

précédemment destinées à l'AFSSAPS, pour un montant total de 149,5 millions d'euros en 2012, soit 55 millions d'euros supplémentaires.

• *L'obligation de déclaration à l'AFSSAPS des ventes des produits soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires*

Le 1^o du I de l'article modifie l'article L. 5121-18 du code de la santé publique, afin de prévoir que les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts adressent à l'AFSSAPS et au Comité économique des produits de santé (CEPS), au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les médicaments et produits, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'agence.

Toute personne qui effectue la première vente en France d'un médicament désigné comme orphelin ou d'un médicament faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament.

L'absence ou l'inexactitude de ces déclarations seront sanctionnées. En effet, le 6^o du I crée un nouvel article L. 5421-6-2, afin de sanctionner de 45 000 euros d'amende le fait de ne pas adresser à l'AFSSAPS, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, la déclaration des ventes des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires.

De plus, toute déclaration incomplète ou inexacte est punie de 25 000 euros d'amende.

Le 2^o du I modifie l'article L. 5122-3, qui autorise la publicité pour certains médicaments, afin de remplacer la référence aux médicaments importés, visée par l'article L. 5121-17, par la référence plus précise aux autorisations d'importation parallèles mentionnées à l'article L. 5124-13.

Par coordination, le 3^o du I modifie l'article L. 5123-2, afin de procéder à la même substitution.

Le 7^o du I modifie enfin l'article L. 5422-2 dans le même sens.

• *Le financement de l'AFSSAPS par dotation budgétaire*

Le 4° du I modifie l'article L. 5321-2 du code de la santé publique, afin de prévoir que le financement de l'AFSSAPS sera désormais assuré par :

- une subvention de l'État ;
- des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales, visant les fonds versés par l'Agence européenne du médicament ;

La référence aux redevances pour services rendus et aux taxes prévues à son bénéfice disparaît.

• *Les droits liés aux services rendus de l'AFSSAPS*

Le 5° du I complète le chapitre I^{er} du titre II du livre III de la cinquième partie du code de la santé publique par un nouvel article L. 5321-3, afin de relever le montant des droits versés pour l'accomplissement des opérations suivantes de l'AFSSAPS :

– l'analyse d'échantillons, ainsi que l'évaluation de la documentation relative au protocole de contrôle transmise par le fabricant, en vue de la mise en circulation des lots de médicaments immunologiques mentionnés au 6° de l'article L. 5121-1 (dont les vaccins), de médicaments dérivés du sang mentionnés à l'article L. 5121-3 et de substances qui, si elles sont utilisées séparément d'un dispositif médical dans lequel elles sont incorporées comme parties intégrantes, sont susceptibles d'être considérées comme des médicaments dérivés du sang ;

– les inspections expressément demandées par un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4, c'est-à-dire la fabrication ou le reconditionnement et le réétiquetage en vue de la distribution des matières premières à usage pharmaceutique, afin de vérifier le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3 et de délivrer, le cas échéant, le certificat attestant ce respect, certificat de bonne pratique dans l'utilisation de la matière première pour fabriquer un médicament ;

– la fourniture de substances de référence de la pharmacopée française ;

– la délivrance d'attestations de qualité destinées aux exportateurs de médicaments.

Le tableau ci-après retrace l'évolution du plafond des droits précédemment affectés à l'AFSSAPS, qui seront désormais versés à la CNAMTS.

Augmentation des droits liés à certaines activités de l'AFSSAPS

(En euros)

	Montant actuel	Montant prévu par le projet de loi
Contrôle des médicaments immunologiques et dérivés du sang	950	4 000
Inspections	–	15 000
Fourniture de substances de références de la pharmacopée française	45	120
Délivrance d'attestations de qualité destinées aux exportateurs de médicaments	2 287	3 500

Il est précisé que l'agence liquidera le montant du droit dû pour chaque opération, qui donnera lieu à l'émission d'un titre de perception ordonnancé par le ministère chargé de la santé.

Le droit sera recouvré au profit de la CNAMTS, selon les modalités en vigueur en matière de créances étrangères à l'impôt et au domaine.

Le bénéfice attendu de la hausse de ces plafonds est de 8,4 millions d'euros selon l'étude d'impact.

En conséquence, le 8° du I prévoit que les articles L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5121-19, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7 et L. 6221-11 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

Le II du présent article apporte au code de la sécurité sociale des modifications de coordination.

Le 1° modifie l'article L. 162-16-5, qui fixe le prix de cession au public des spécialités pharmaceutiques, afin de remplacer la référence à l'article L. 5121-17, abrogé par le 8° de l'article, par l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, relatif aux autorisations d'importation.

Le 2° modifie l'article L. 162-17-5, qui prévoit que les redevables de la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique adressent une copie de la déclaration de leur chiffre d'affaires au Comité économique des produits de santé au plus tard le 31 mars de chaque année, car cette obligation figurera désormais à l'article L. 5821-8 du code de la santé publique (cf. 1° du I de l'article).

Le 3° du II complète l'article L. 241-2, qui fixe les ressources de la branche maladie, par une référence aux taxes perçues au titre des articles

1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 Q et 1635 *bis* AE du code général des impôts et aux droits perçus au titre de certaines activités de l'AFSSAPS.

• *Relèvement du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques*

Le **III** complète la section 0I du chapitre I^{er} du titre III de la deuxième partie du livre premier du code général des impôts par un V, afin de transférer à la CNAMTS le produit de la taxe sur le chiffre d'affaires sur les produits pharmaceutiques, et d'en relever les taux.

Ainsi, le nouvel article 1600-0 N du code général des impôts prévoit que les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée qui effectuent la première vente en France de médicaments et de produits définis au II sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la CNAMTS.

Les médicaments et produits mentionnés au I sont les médicaments et produits ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des dispositions des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'AFSSAPS, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne ou d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 du même code.

L'assiette de la taxe est constituée par le montant total hors TVA des ventes, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des médicaments et produits qui sont exportés hors de l'Union européenne, ainsi que des ventes de médicaments et produits expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne et des ventes de médicaments orphelins au sens des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins.

Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit selon les modalités détaillées dans le tableau ci-après.

Taxe sur le chiffre d'affaires des produits pharmaceutiques

(En euros)

	Droit en vigueur	Projet de loi
Redevable	Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou de l'autorisation d'importation parallèle	Personnes assujetties à la TVA qui effectuent la première vente en France
Assiette	Montant des ventes de chaque médicament ou produit réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes à l'exportation.	Montant total hors TVA des ventes, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des médicaments et produits qui sont exportés hors de l'Union européenne, ainsi que des ventes de médicaments et produits expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne, des ventes de médicaments orphelins au sens de la réglementation européenne
Affectation	AFSSAPS	CNAMTS

Montant de la taxe sur le chiffre d'affaires des produits pharmaceutiques

(En euros)

Montant des ventes hors taxe	Tarifs actuels	Tarifs modifiés
<= à 76 000	320	499
> 76 000 et <= à 380 000	1 050	1 636
> 380 000 et <= à 760 000	1 690	2 634
> 760 000 et <= à 1 500 000	2 496	3 890
> 1 500 000 et <= à 5 000 000	4 224	6 583
> 5 000 000 et <= à 10 000 000	8 448	13 166
> 10 000 000 et <= à 15 000 000	12 672	19 749
> 15 000 000 et <= à 30 000 000	16 896	26 332
> 30 000 000	21 760	33 913

La première vente en France s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France, ou après introduction en France en provenance de l'étranger de médicaments et produits soumis à la taxe. Pour les entreprises pharmaceutiques dont le siège social et les filiales seraient à l'étranger, il est nécessaire de passer par un exploitant français, qui lui-même devra payer la taxe sur le chiffre d'affaires.

Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente de chaque médicament ou produit mentionné au II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

• *Relèvement du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro*

L'article 19 crée un article 1600-0 O au sein du code général des impôts, afin d'affecter le produit de la taxe sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux à la CNAMTS et d'en relever le taux.

Le nouvel article dispose ainsi que les personnes assujetties à la TVA en application des dispositions de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* sont soumis à une taxe annuelle perçue au profit de la CNAMTS.

Comme précédemment, la première vente en France s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France, ou après introduction en France en provenance de l'étranger des dispositifs médicaux. Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des dispositifs. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

Sont concernés les dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* définis à l'article L. 5221-1 du même code.

Le tableau ci-après résume les modifications apportées par l'article 19 à cette taxe.

Taxe sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux

(En euros)

	Droit en vigueur	Projet de loi
Redevable	Responsable de la mise sur le marché : fabricant ou mandataire	Personnes assujetties à la TVA qui effectuent la première vente en France
Assiette	Chiffre d'affaires	Montant total des ventes de dispositifs hors TVA, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les dispositifs lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.
Taux	Taux : 0,25 % (Exonération chiffre d'affaires < 763 000 €)	Sans exonération chiffre d'affaires < 763 000 € Avec modification de l'assiette Taux : 0,29 % du chiffre d'affaires (soit 16 % d'augmentation)
Affectation	AFSSAPS	CNAMTS

L'article 19 crée par ailleurs un article 1600-0 P du code général des impôts, qui prévoit que les redevables des taxes sur le chiffre d'affaires liés aux ventes des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration.

Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition doivent déclarer et acquitter ces deux taxes lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287. Les taxes sont constatées, recouvrées et contrôlées selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la TVA. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à celle-ci.

Enfin, lorsque les redevables des taxes ne sont pas établis dans un État membre de l'Union européenne partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant établi en France qui s'engage à remplir les formalités leur incombant et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à leur place.

Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale de manière séparée la comptabilité afférente aux ventes des produits concernés.

- *Relèvement du montant de la taxe sur le contrôle national de qualité*

L'article 19 crée un article 1600-0 Q au sein du code général des impôts afin d'augmenter la taxe annuelle due par les laboratoires de biologie médicale dont tout ou partie des examens sont soumis, pour l'année en cause, au contrôle national de qualité mentionné à l'article L. 6221-10 du code de la santé publique, et d'en affecter le produit à la CNAMTS.

Le montant de la taxe est fixé forfaitairement par décret dans la limite de 600 euros. Selon l'étude d'impact, il serait fixé à 540 euros.

Les redevables déclarent la taxe sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. La taxe est acquittée lors du dépôt de la déclaration.

Pour les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A, la taxe est déclarée et acquittée lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.

La taxe est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la TVA. Les réclamations

sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à celle-ci.

• *Relèvement du plafond des droits progressifs relatifs à l'autorisation de mise sur le marché et affectation à la caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés*

Le 2° du III vise d'une part, à affecter le produit des droits relatifs à l'autorisation de mise sur le marché des produits de santé à la CNAMTS, et, d'autre part, à en relever les plafonds.

Ainsi, après la section V *quater* du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre premier du code général des impôts, est insérée une section V *quinquies*, qui prévoit, dans un article L. 1635 *bis* AE (nouveau), la subordination au paiement d'un droit perçu au profit de la CNAMTS le dépôt, auprès de l'AFSSAPS :

– de chaque demande d'enregistrement des médicaments homéopathiques visés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du code de la santé publique, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

– de chaque demande d'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

– de chaque demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) des produits de santé mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code et de chaque demande de renouvellement ou de modification de cette autorisation.

Ces droits, qui n'ont pas été revalorisés depuis 2004, seront fixés par décret dans la limite de 50 000 euros. Il s'agit ainsi d'harmoniser leur montant avec ceux pratiqués par nos voisins européens, et de les ajuster à la charge de travail qu'ils représentent pour l'AFSSAPS.

Notons que les droits liés à une demande de renouvellement d'AMM sont également augmentés dans la limite de 50 000 euros. Selon l'étude d'impact, il passerait de 674 à 5 000 euros. Cependant, cette recette devrait à terme se tarir en raison de la suppression du renouvellement quinquennal entré en vigueur en 2008 ;

– de chaque demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'AMM délivrée par le directeur général de l'AFSSAPS mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de ces autorisations.

Pour mémoire, la demande de reconnaissance mutuelle désigne la possibilité d'étendre une AMM octroyée dans un pays à un autre pays. La

procédure décentralisée désigne quant à elle l’octroi d’une AMM par l’AFSSAPS pour le compte d’un ensemble d’États membres de l’Union européenne ou parties à l’accord sur l’Espace économique européen.

En l’état actuel du droit, la procédure de reconnaissance mutuelle, bien qu’elle requiert un travail d’évaluation par l’AFSSAPS, n’est pas rémunérée. Quant à la procédure décentralisée, elle est soumise au même tarif qu’une demande d’AMM nationale, c’est-à-dire entre 10 100 euros et 25 400 euros selon l’étude d’impact, alors même qu’elle implique des analyses supplémentaires, qui sont dûment facturées dans les autres pays européens (110 800 euros en Allemagne et 154 706 euros au Royaume-Uni).

Le projet de loi prévoit donc d’aligner leur régime sur celui des demandes d’AMM nationales, dans la limite d’un plafond fixé à 50 000 euros. Selon l’étude d’impact, le droit relatif à la procédure de reconnaissance mutuelle serait fixé entre 6 000 et 16 000 euros.

– de chaque demande d’autorisation d’importation parallèle conformément aux dispositions de l’article L. 5124-13 du même code et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ;

– de chaque demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14 du même code. Les droits liés à la demande de visa de publicité ne sont pas modifiés ;

– de chaque dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code. Les droits liés à la demande de dépôt de publicité ne sont pas modifiés.

Le tableau ci-après retrace l’augmentation des plafonds des droits précités prévue par le projet de loi.

Plafonds des droits relatifs à l’autorisation de mise sur le marché des produits de santé

(en euros)

	Droit en vigueur	Projet de loi
Demande d’enregistrement de médicaments homéopathiques	7 600	Sans changement
Demande d’enregistrement de médicaments à base de plantes	10 110	21 000
Demande d’autorisation de mise sur le marché (AMM), de modification ou renouvellement d’AMM	50 000	50 000
Demande d’autorisation d’importation parallèle	Demande initiale : 5 000 Renouvellement : 674	Sans changement
Demande de visa de publicité	510	510
Demande de dépôt de publicité	510	510

Le versement du droit est accompagné d'une déclaration dont le modèle est fixé par l'administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. Il est donné quittance de son versement. À défaut de production de la quittance à l'appui de son dépôt à l'agence, ou en cas de versement d'un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet et la publicité réputée non déposée.

Une fois le dossier d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou de demande de modification ou de renouvellement de l'autorisation, ou la publicité déposé, le droit versé n'est restituable qu'à concurrence de la fraction de son montant dont l'agence a antérieurement constaté l'insuffisance de versement.

Enfin, il est prévu de compléter l'article 1647 du code général des impôts, afin de prévoir que pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes sur le chiffre d'affaires lié à la vente des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux et sur celui des droits relatifs aux autorisations de mise sur le marché des médicaments.

Le **IV** complète le **VII** de la section II du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales par une référence à l'AFSSAPS. Ainsi, le nouvel article L. 166 D prévoit que l'administration chargée du recouvrement des taxes sur le chiffre d'affaires lié aux ventes de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux transmet à l'agence les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Selon le **V**, les dispositions de l'article 19 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Enfin, le **VI** prévoit que par dérogation aux dispositions du présent article, quand elle constate, après le 1^{er} janvier 2012, un versement erroné ou l'absence de versement de la part du redevable d'une des taxes ou redevances à acquitter en 2011 ou au cours des exercices antérieurs et prévues à l'article 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, aux articles L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7, L. 6221-11 et au 3° de l'article L. 5321-2 du code de la santé publique dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2011, l'AFSSAPS procède à la liquidation et au recouvrement des sommes restant à percevoir ou au remboursement des sommes perçues à tort conformément aux dispositions en vigueur l'année où la taxe ou la redevance était due.

Le tableau ci-après retrace le produit de l'ensemble des droits et taxes modifiés par l'article 19.

	Rendement 2010	Rendement prévisionnel 2011	Rendement 2012 (droit actuel)	Rendement 2012 (après projet de loi de financement pour 2012)	Rendement supplémentaire
Taxes sur chiffre d'affaires	54 931 088	55 339 277	57 505 182	68 769 891	11 264 709
Taxe annuelle sur les médicaments bénéficiaires d'une AMM ou d'une AIP (TSP)	37 225 871	37 637 664	39 221 219	43 846 500	4 625 281
Taxe(s) annuelle(s) sur les DM et DMDIV	17 705 217	17 701 613	18 283 963	24 923 391	6 639 428
Taxes sur dossier	45 969 655	46 572 164	44 800 000	70 408 589	25 608 589
Droit progressif sur les demandes d'AMM	40 441 929	41 164 658	39 000 000	64 531 635	25 531 635
Droit progressif sur les enregistrements de Médicaments à base de plantes	90 990	102 111	200 000	276 954	76 954
Droit progressif sur les enregistrements de produits homéopathiques	76 432	105 355	100 000	100 000	-
Taxe sur les demandes de visas de publicité	5 049 510	5 000 040	5 200 000	5 200 000	-
Droit progressif sur les demandes de certificats de matières premières	111 200	100 000	100 000	100 000	-
Droit progressif (taxe) sur les demandes d'autorisations d'importation parallèle	199 594	100 000	200 000	200 000	-
Taxes autres	2 372 574	2 040 566	1 600 000	1 865 000	265 000
Taxe annuelle pour l'exécution du contrôle national de qualité	2 372 574	2 040 566	1 600 000	1 865 000	265 000
Total des taxes	103 273 317	103 952 007	103 905 182	141 043 480	37 138 298
Substances référence de la pharmacopée	8 055	10 000	10 000	10 000	-
Libération de lots de vaccins	5 598 056	4 500 000	5 000 000	7 802 674	2 802 674
Libération de lots de médicaments dérivés du sang	536 250	400 000	600 000	600 000	-
Total redevances	6 142 361	4 910 000	5 610 000	8 412 674	2 802 674
TOTAL DES RECETTES	109 415 678	108 862 007	109 515 182	149 456 154	39 940 972

Le rendement 2012 s'établit à 149,4 €. Il comprend le financement de la future Agence nationale de sécurité du médicament (134,9 M€), le financement du Centre national de gestion des essais des produits de santé (10 M€), le financement des comités de protection des personnes (3,5 M€) et les frais de gestion liés au recouvrement affectés à la direction générale des finances publiques (1 M€). Ces frais de gestion sont uniquement supportés par la taxe annuelle sur le chiffre d'affaires des médicaments bénéficiaires d'une AMM ou une autorisation d'importation parallèle

Votre rapporteur ne peut que souscrire à l'augmentation des recettes de la CNAMTS et à la responsabilisation des entreprises pharmaceutiques. Sur ce point, l'étude comparée des tarifs pratiqués par nos voisins européens montre qu'il existe encore des marges de manœuvre importantes, comme le montrent les tableaux ci-après, s'agissant des autorisations de mise sur le marché.

Dans la droite ligne des dispositions du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, les droits liés à la demande de visa de publicité pourraient notamment être augmentés.

France – tarifs actuels

		National	RM Concerné	DC Concerné	RM Réfèrent	DC Réfèrent
<u>Nouvelles demandes</u>						
1	Dossier complet	25 400	25 400	25 400		25 400
2	Dosage supplémentaire simultané	12 700	12 700	12 700		12 700
4	Nouvelles voies d'administration	16 790	16 790	16 790		16 790
5	Nouvelles associations	16 790	16 790	16 790		16 790
6	Référence à la littérature scientifique	16 790	16 790	16 790		16 790
7	Dosage supplémentaire simultané	8 395	8 395	8 395		8 395
8	Similaires	10 110	10 110	10 110		10 110
9	Nouvelles formes galéniques	10 110	10 110	10 110		10 110
10	Nouveaux dosages	10 110	10 110	10 110		10 110
11	Médicaments à base de plantes	10 110	10 110	10 110		10 110
12	Allergènes	10 110	10 110	10 110		10 110
<u>Modifications et renouvellements</u>						
3	Nouvelles indications (extensions)	16 790	16 790	16 790	16 790	16 790
13	Modifications	1 011	1 011	1 011	1 011	1 011
14	Renouvellements	674	674	674	674	674

Allemagne *

		National	RM Concerné	DC Concerné	RM Réfèrent	DC Réfèrent
<u>Nouvelles demandes</u>						
1	Dossier complet	24 000 à 57 500	15 900 à 23 500	21 000 à 30 400	27 600 à 59 400	51 600 à 110 800
2	Dosage supplémentaire simultané	2 800 à 6 000	3 700 à 6 200	4 000 à 7 100	5 200 à 10 500	8 000 à 16 500
4	Dossiers dérogatoires	15 700 à 27 700	12 600 à 19 900	18 100 à 25 700	15 600 à 35 400	36 600 à 57 000
8	Similaires					
<u>Modifications et renouvellements</u>						
3	Nouvelles indications	Pas de tarif identifié				
13	Modifications	100 à 16 100				
14	Renouvellements	6 200 à 13 600 + 1 700 à 3 800 (en cas de dépôts simultanés)				

* Tarifs incluant des majorations jusqu'à 8 000 € en cas d'évaluation de risque écologique

Grande-Bretagne

		National	RM Concerné	DC Concerné	RM Réfèrent	DC Réfèrent
<u>Nouvelles demandes</u>						
1	Dossier complet	105 146	70 774	101 541	44 934	154 706
4	Dossiers dérogatoires	10 659 à 29 068	7 200 à 19 650	10 294 à 28 073	4 628 à 11 623	10 303 à 45 312
8	Similaires					
<u>Modifications et renouvellements</u>						
3	Nouvelles indications	29 068	19 650	28 073	11 623	45 312
13	Modifications	Pas de taxe trouvée				
14	Renouvellements	Pas de taxe trouvée				

Suède

		National	RM Concerné	DC Concerné	RM Réfèrent	DC Réfèrent
<u>Nouvelles demandes</u>						
1	Dossier complet	44 199	11 050	11 050	22 099	66 298
4	Dossiers dérogatoires	22 099	7 182	7 182	22 099	44 199
8	Similaires					
<u>Modifications et renouvellements</u>						
3	Nouvelles indications	22 099	22 099	22 099	22 099	44 199
13	Modifications	Type I : Inclus dans la taxe annuelle Type II : 1 100 à 1 000 €				
14	Renouvellements	Inclus dans la taxe annuelle				

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 473 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. L'industrie pharmaceutique étant appelée à contribuer davantage au financement de l'AFSSAPS, cet amendement vise, par parallélisme, à porter à 1 200 euros le plafond de versement des droits liés à une demande de visa de publicité, lesquels n'ont jamais été revalorisés. Ce plafond est conforme à celui qui existe dans d'autres pays.

La Commission adopte l'amendement AS 473.

M. Jean Mallot. Yves Bur a parlé d'une augmentation de la contribution des laboratoires pharmaceutiques au financement de l'AFSSAPS, mais il s'agit plus précisément d'une contribution au budget de l'État, lequel finance l'AFSSAPS. Les représentants des entreprises du médicament (LEEM), que nous avons reçus, sont encore dans une logique de propriétaire : ils entendent financer directement

l'AFSSAPS et suivre ses travaux. Il faut donc insister sur le fait que nous changeons radicalement de système.

M. Yves Bur, rapporteur. La logique est très claire : l'État finance l'AFSSAPS ; l'assurance maladie finance la formation continue des médecins.

La Commission adopte l'article 19 modifié.

Article 20

(art. L. 731-2 et L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime ;
art. 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)

Financement de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles

Le présent article procède à une reprise partielle de la dette de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles et lui affecte de nouvelles recettes.

1. La situation financière de la branche

La gestion du régime des salariés agricoles est, pour toutes les branches, financièrement intégrée dans le régime général qui assure son équilibre. En revanche, pour les non-salariés, cette situation ne vaut pas pour la branche vieillesse, qui souffre d'insuffisances de financement résultant notamment du déséquilibre démographique du régime, avec un ratio de un à trois entre les 505 899 cotisants et 1 625 159 bénéficiaires de droit direct et de droit dérivé.

Le régime assure le versement d'une pension de base qui comprend deux prestations :

– la retraite forfaitaire, liquidée à taux plein pour les exploitants agricoles âgés de 60 à 65 ans et ayant eu une carrière complète (au même sens que dans le régime général), est égale à l'allocation des vieux travailleurs salariés (AVTS) ;

– la retraite proportionnelle est fonction du nombre de points acquis par le chef d'exploitation au cours de sa carrière et de la valeur du point actualisée chaque année du même taux que les autres pensions de la sécurité sociale.

S'y ajoutent, depuis 1990, une retraite complémentaire facultative par capitalisation et, depuis 2002, une retraite complémentaire obligatoire par répartition, gérée par la Mutualité sociale agricole (MSA).

Les cotisations sociales n'assurent qu'environ un septième du financement de la branche. Les compensations tiennent le rôle le plus important (environ la moitié), mais ce sont les impôts et taxes affectés, c'est-à-dire une fraction des droits de consommation sur les alcools, qui soutiennent principalement l'évolution des recettes.

Produits nets du régime des exploitants agricoles (2009-2012)

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012
Cotisations sociales	1 125	1 037	1 016	1 032
Impôts et taxes affectés	2 078	2 151	2 168	2 221
Compensations nettes	4 027	3 855	3 766	3 686
Prise en charge de prestations	436	430	422	419
Contribution d'équilibre du FFIPSA	371	–	–	–
Autres produits	65	41	62	58
Total	8 102	7 514	7 434	7 416

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2011)

Dans ces conditions, les comptes de la branche présentent un déficit récurrent, en lente mais constante dégradation, comme le montre le tableau ci-dessous :

Régimes des exploitants agricoles – Branche vieillesse (2006-2012)

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010 (*)	2011	2012
Produits nets (**)	8 325	8 048	8 230	8 102	7 514	7 418	7 401
Charges nettes	8 996	9 118	9 357	9 285	8 797	8 781	8 812
Solde	– 671	– 1 070	– 1 128	– 1 183	– 1 283	– 1 348	– 1 395

(*) Les comptes de l'exercice intègrent le transfert en produit et en charge du report à nouveau du FFIPSA.

(**) Hors contribution d'équilibre du FFIPSA jusqu'en 2008 inclus.

Source : rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale

À l'automne 2008, plusieurs mesures ont été adoptées dans le cadre des lois financières, marquant une première étape dans la solution ces problèmes structurels de financement :

– la reprise par l'État de la dette contractée au nom du Fonds de financement des prestations sociales agricoles jusqu'au 31 décembre 2008, soit un montant de 8 milliards d'euros, au titre des deux branches maladie et vieillesse. Ce nouvel effort de l'État faisait suite aux reprises successives de la dette du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) par les lois de finances rectificative pour 2005 et pour 2007, respectivement à hauteur de 2,5 milliards d'euros et de 618,7 millions d'euros ;

– l'intégration financière de la branche maladie au régime général et l'affectation de recettes supplémentaires à son profit, même s'il faut noter que le régime général a dû verser une contribution d'équilibre dès 2010 (222 millions d'euros), laquelle évolue à la hausse (317 millions d'euros en 2012).

La question de la branche vieillesse n'était cependant pas abordée, ce à quoi s'emploie donc le présent article, en se souciant tant d'apurer les dettes passées que d'en éviter la reconstitution.

2. La reprise de dette

À compter de la précédente reprise de dette, le déficit cumulé de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles s'élèvera, fin 2012, à 5,2 milliards d'euros. Il ne fait pas de doute que le financement d'un tel montant devient délicat pour la Caisse centrale de la MSA, que la loi de financement pour 2011 autorise à emprunter jusqu'à 4,5 milliards d'euros pour financer ses besoins de trésorerie et qui, en début d'année, a signé à cette fin une nouvelle convention financière à hauteur de 4,2 milliards d'euros avec un syndicat bancaire mené par le groupe Crédit agricole. Pour 2011, les charges financières sont évaluées à 40 millions d'euros, et à plus de 90 millions d'euros pour 2012. Une solution devait donc rapidement être trouvée.

Le I du présent article propose de modifier l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale afin de confier à la CADES une nouvelle mission : la reprise d'un montant de 2 466 461 896,19 euros correspondant aux soldes des seuls exercices 2009 et 2010 de la branche vieillesse. Conformément aux dispositions organiques, cette nouvelle mission confiée à la CADES doit s'accompagner de l'affectation à son profit des ressources nécessaires à l'amortissement de cette nouvelle somme, en l'occurrence, selon les simulations d'amortissement, 220 millions d'euros.

Ces ressources supplémentaires sont acquises à la CADES par deux moyens :

– la réforme du régime d'imposition des plus-values résultant de l'article 1^{er} de la loi de finances rectificative du 19 septembre 2011, qui augmente ses recettes de 147 millions d'euros en 2012, au titre, respectivement, de la CSG (31 millions d'euros), de la CRDS (32 millions d'euros) et du prélèvement social sur le capital (84 millions d'euros) ;

– la modification des règles d'abattement pour frais professionnels opérée par l'article 12 du présent projet de loi, qui augmente ses recettes au titre de la CSG et de la CRDS respectivement de 36 millions d'euros et de 37 millions d'euros.

Il importe de relever que cette reprise de dette n'est pas assurée par l'État, comme par le passé, mais par la CADES : plus que jamais, le régime des exploitants agricoles s'éloigne de ce qui fit longtemps sa spécificité, illustrée par un budget annexe puis par un fonds dédié, à savoir un financement garanti par la solidarité nationale, pour accomplir une nouvelle étape qui le rapproche des autres régimes de protection sociale.

On relèvera, à cet égard, que le président du conseil d'administration de la Caisse centrale de la MSA (ou le premier vice-président de ce conseil, appelé à le suppléer) fait désormais partie du conseil d'administration de la CADES, suite à la récente réforme de la composition de cette instance, reléguée au second plan par les autres enjeux qui étaient ceux de la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

La question du financement des déficits postérieurs à 2010 reste cependant entière, même si le présent article lui donne une réponse partielle en affectant une autre recette à la branche vieillesse : fin 2012, la dette se sera reconstituée à hauteur de 2,3 milliards d'euros.

3. L'affectation de nouvelles ressources

La branche vieillesse du régime des exploitants agricoles bénéficiera dès 2012 de nouvelles ressources, toutes issues de la fiscalité sur les alcools.

Il s'agit, d'une part, de celles résultant de la réforme de cette fiscalité opérée par l'article 16 du présent projet de loi, soit 170 millions d'euros.

Il s'agit, d'autre part, en vertu du 2° du II du présent article, qui complète à cette fin l'article L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime, d'une fraction de 60,4 % du produit du droit de consommation sur les bières et les boissons alcoolisées (article 520 A du code général des impôts). Cette ressource, d'un montant de 230 millions d'euros, était jusqu'alors intégralement attribuée à la branche maladie. Corrélativement, le 1° du I réduit donc, à l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, la fraction de ce produit affectée à la branche maladie.

Dès lors, les clefs de répartition du produit de la fiscalité sur les alcools entre les branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles seront donc modifiées comme suit :

Affectation de la fiscalité sur les alcools aux branches du régime des exploitants agricoles

	Taux en vigueur	Taux futur
Branche vieillesse		
Alcools	100 %	100 %
Vins, poirés, cidres et hydromels	34,4 %	34,4 %
Bières	–	60,4 %
Branche maladie		
Produits intermédiaires	100 %	100 %
Vins, poirés, cidres et hydromels	65,6 %	65,6 %
Bières	100 %	39,6 %
Alcools > 25 % en volume	100 %	100 %

Votre rapporteur estime que comme il y a trois ans, une simplification des clefs de répartition peut être proposée, visant autant que possible à n'affecter le produit d'un droit ou de la cotisation qu'à une seule branche.

Mais quelles que soient les clefs de répartition, par une de ces tuyauteries dont le financement de la sécurité sociale a la spécificité et qui contribuent indéniablement aussi à son charme, la branche maladie du régime des exploitants agricoles récupérera ce montant qu'elle cède à la branche vieillesse. En effet, cette perte de recettes augmente à due concurrence le déficit de la branche maladie, mais comme cette branche est financièrement intégrée au régime général, c'est sur celui-ci, par le biais de la subvention d'équilibre qu'il verse en tant que de besoin aux régimes intégrés, que portera *in fine* la charge de ce transfert. Ce financement supplémentaire s'analyse donc comme une affectation, *via* la branche maladie du régime général, d'une partie des produits nouveaux résultant de l'ensemble des mesures de recettes incluses cet automne dans les différentes lois financières.

La branche vieillesse réalisera par ailleurs 37 millions d'euros d'économies de frais financiers du fait de l'allègement, pour la Caisse centrale de la MSA, de la charge de financement de ses besoins de trésorerie.

Au total, ce supplément de près de 440 millions d'euros de recettes pérennes permettrait de réduire d'un peu moins d'un tiers le déficit 2012, qui serait limité à 955 millions d'euros, mais laisse donc entier plus des deux tiers du problème de financement. Par conséquent, après 2012, où la dette se sera déjà reconstituée à hauteur de 2,3 milliards d'euros, celle-ci continuera à se reconstituer, certes moins vite que prévu, mais au rythme de 1 milliard d'euros par an environ.

*

La Commission adopte l'article 20 sans modification.

Article 21

Transfert au régime général du régime spécial d'assurance maladie de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris

Cet article vise à transférer, au 1^{er} janvier 2013, la couverture des risques maladie, maternité et invalidité des agents relevant du régime spécial de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) au régime général de la sécurité sociale.

1. Le transfert de la gestion du risque maladie du régime spécial de la CCIP au régime général de la sécurité sociale

Le régime spécial d'assurance maladie de la CCIP couvre aujourd'hui les risques maladie, maternité, ainsi qu'invalidité, le risque accident du travail étant couvert par le régime général de la sécurité sociale.

Ce régime, dépourvu d'une personnalité juridique propre, est géré par la chambre de commerce, et fonctionne sous la forme d'une section distincte en tenue de compte et en trésorerie de la CCIP. Il est contrôlé par un conseil paritaire de surveillance, présidé par le vice-président trésorier de la chambre de commerce, qui regroupe six représentants de la CCIP et six représentants de son personnel. Ce régime protège un peu plus de huit mille personnes pour un montant de prestations délivrées d'un peu plus de dix-huit millions d'euros par an.

Le premier alinéa du **I** du présent article propose de transférer, à compter du 1^{er} janvier 2013, au régime général de la sécurité sociale la prise en charge du risque maladie et maternité des salariés et anciens salariés à la retraite de la CCIP et de leurs ayants droits. Cet article propose ainsi de mettre fin au régime spécial d'assurance maladie de la Chambre à compter de cette même date.

La disparition de ce régime spécial s'explique par l'incompatibilité de son maintien avec la réforme des réseaux consulaires. Par ailleurs, les garanties offertes par ce régime spécial ont déjà été alignées sur celles du régime général.

En effet, la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010, relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services, dispose que les chambres départementales d'Île-de-France seront fondues le 1^{er} janvier 2013 en une chambre de commerce et d'industrie de la région Paris-Île-de-France. Ses personnels relèveront alors d'un statut unique. Or, le personnel des actuelles chambres départementales est couvert pour les risques précités par le régime général de la sécurité sociale : il apparaît donc que le maintien d'un régime spécial pour les seuls agents de la CCIP et leurs ayants droit créerait des difficultés de gestion et une inégalité de traitement entre les agents.

De plus, selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, « *le régime spécial de la CCIP sert des prestations identiques à celles du régime général* ». Cet alignement résulte des dispositions du règlement du régime spécial d'assurance maladie édicté par le conseil paritaire de surveillance de la CCIP, dans sa rédaction en vigueur depuis le 10 avril 2001, et dont l'article 2 dispose que : « *Les droits et prestations en nature et en espèces versés par le régime spécial d'assurance maladie à ses affiliés sont identiques à ceux du régime général de sécurité sociale* ».

Dès lors, il n'y a aucune justification au maintien du régime spécial. Selon l'étude d'impact, la CCIP et la Caisse nationale d'assurance maladie des

travailleurs salariés (CNAMTS) ont déjà donné un accord de principe à cette proposition.

Le deuxième alinéa du I renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer, « *en tant que de besoin, les modalités de mise en œuvre du transfert, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert* » en matière de droit à prestations au titre des assurances maladie, maternité ou décès. Il s'agit des adaptations destinées à garantir la continuité des droits des assurés.

Selon les informations transmises à votre rapporteur par le Gouvernement, le projet de décret en Conseil d'État devrait contenir, concernant les risques maladie, maternité, et décès mais aussi invalidité (se référer au 2 du présent commentaire), les dispositions d'adaptations suivantes :

– en ce qui concerne les agents de la CCIP bénéficiant de prestations en nature et en espèces du régime général à compter du 1^{er} janvier 2013, pour l'ouverture du droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale, les périodes accomplies dans le régime spécial d'assurance maladie de la CCIP seront prises en compte de la manière suivante :

– la durée d'affiliation ou d'immatriculation au régime spécial sera assimilée à une durée d'affiliation ou d'immatriculation dans le régime général ;

– le montant des cotisations acquittées dans le régime spécial sera considéré comme acquitté dans le régime général et les périodes de cotisation ou la durée de travail effectuées ainsi que les périodes et durées assimilées dans le régime spécial sont considérées comme effectuées dans le régime général ;

– pour le calcul du montant des prestations en espèces des assurances maladie et maternité et des prestations des assurances invalidité et décès, il sera précisé que les rémunérations perçues durant les périodes d'affiliation au régime spécial sont prises en compte dans le régime général, dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale ;

– pour le calcul des durées maximales de versement des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, les durées d'arrêt de travail accomplies dans le régime spécial seront prises en compte dans le régime général.

En ce qui concerne les agents de la CCIP bénéficiant de prestations en espèces du régime spécial avant le 1^{er} janvier 2013, le décret devrait aussi prévoir que les bénéficiaires, au 31 décembre 2012, de prestations en espèces, servies pour cause de maladie, de maternité ou d'invalidité, par le régime spécial, bénéficient, au 1^{er} janvier 2013, des prestations en espèces des assurances maladie, maternité et invalidité du régime général de sécurité sociale dans les conditions de droit commun.

Par ailleurs, le troisième alinéa du I se propose d'aligner le taux des cotisations dues par les employeurs au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, en application des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale, actuellement fixé à 5,1 % pour le régime spécial de la CCIP, sur le taux applicable au régime général, à 12,8 %. Il est en outre précisé que ces taux seront alignés progressivement selon des modalités qui seront fixées par décret, afin de prendre en compte les contraintes budgétaires qui pèsent sur la CCIP dans le cadre de la réforme des chambres consulaires opérée par la loi précitée du 23 juillet 2010.

2. Le transfert de la couverture du risque invalidité du régime spécial de la CCIP au régime général de la sécurité sociale

Le II du présent article propose de fixer au 1^{er} janvier 2013 la date de la prise en charge du risque invalidité des salariés et anciens salariés de la CCIP et de leurs ayants droits par le régime général de la sécurité sociale, c'est-à-dire à la même date que le transfert de la gestion des risques maladie et maternité du régime spécial au régime général.

L'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises transférerait les assurances vieillesse et invalidité du régime spécial du personnel de la CCIP au régime général de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2006. Ainsi, selon cet article, le régime spécial de la CCIP ne devait plus inclure au 1^{er} janvier 2006 que la couverture des seuls risques maladie et maternité.

Or, si le transfert de l'assurance vieillesse au régime général a bien été effectué à la date prévue, la couverture du risque invalidité a continué d'être gérée par le régime spécial de la CCIP même après le 1^{er} janvier 2006. En effet, il s'est avéré difficile en pratique de dissocier la gestion comptable du risque invalidité de celle du risque maladie, car la couverture de ces deux risques peut conduire à gérer, pour les mêmes assurés, le même type de prestations en nature. Il aurait donc été difficile de confier à deux caisses différentes la gestion de ces deux risques sans une certaine confusion dans l'imputation des charges.

Aussi, outre qu'il est non-conforme à la loi précitée du 2 août 2005, le retard du transfert du risque invalidité rend complexe la liquidation des droits à la retraite des agents de la CCIP : en effet, selon l'étude d'impact jointe au présent article, leurs pensions d'invalidité du régime spécial ne peuvent pas être prises en compte dans le calcul des droits à la retraite au titre du régime général, sauf à ce que le calcul des droits passe par une « *procédure manuelle susceptible de générer des erreurs* ».

Cet article aura un impact positif sur les comptes de la CNAMTS, avec un supplément de recettes attendu en 2013, selon l'étude d'impact, de 0,4 million d'euros, puis de 1,7 million en 2014 et de 3 millions en 2015. L'augmentation de ces recettes s'explique, comme on l'a vu, par le relèvement progressif des

cotisations dues par les employeurs, de 5,1 % à 12,8 %, et qui permettrait ainsi de couvrir la charge des prestations délivrées par le régime général, au titre des assurances maladie, maternité et invalidité, aux agents de la CCIP et à leurs ayant droits.

*

La Commission examine l'amendement AS 463 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement vise, d'une part, à préciser que les salariés de la chambre de commerce seront couverts par le régime général pour le risque décès à partir de 2013, et, de l'autre, à tenir compte du nouveau nom de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris-Île-de-France.

La Commission adopte l'amendement AS 463.

Puis elle adopte l'article 21 modifié.

Article additionnel après l'article 21

Suppression de la double cotisation des experts-comptables salariés

La Commission est saisie de l'amendement AS 447 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Les experts-comptables salariés inscrits à l'ordre cotisent à la fois à la Caisse d'assurance vieillesse des experts-comptables et des commissaires aux comptes (CAVEC) et au régime général. Cet amendement technique vise à clarifier leur situation.

M. Denis Jacquat. Je suis tout à fait favorable à cet amendement.

La Commission adopte l'amendement AS 447.

Article 22

Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales

En application du c du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article porte approbation du « *montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 5° du III de l'article L.O. 111-4* ».

Cette annexe 5 énumère « *l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et*

contributions, présentant les mesures nouvelles introduites au cours de l'année précédente et de l'année en cours ainsi que celles envisagées pour l'année à venir et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu, les moyens permettant d'assurer la neutralité de cette compensation pour la trésorerie desdits régimes et organismes ainsi que l'état des créances ».

L'annexe 5 répertorie cette année 82 mesures en application ou en voie d'extinction, pour un coût total de près de 40 milliards d'euros.

La loi de programmation des finances publiques 2011–2014 fixe un objectif de coût global des exonérations et exemptions d'assiette, qui a été respecté en 2011, à 100 millions d'euros près (sur 31 milliards d'euros) pour les exonérations générales et ciblées, mais légèrement dépassé pour les exemptions d'assiette (« niches sociales » proprement dites), atteignant 9,5 milliards d'euros au lieu de 9 milliards d'euros.

Par ailleurs, la loi de programmation dispose également que les créations ou extensions de réductions, exonérations ou abattements d'assiette s'appliquant aux cotisations et contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement doivent être compensées par des suppressions ou diminutions de mesures similaires pour un montant équivalent.

Or, si, conformément à l'article 13 de la loi de programmation, l'annexe 5 satisfait à l'obligation de récapituler l'ensemble des créations et modifications de ces mesures, elle ne présente toutefois plus cette année le « compteur de gages » qui avait été élaboré pour la première fois dans la précédente annexe 5.

Récapitulant et évaluant, pour les exercices passés et à venir, l'ensemble des mesures de création, de modification ou de suppression d'exonérations ou exemptions adoptées en loi de finances et en loi de financement – en distinguant entre mesures proposées par le Gouvernement et initiatives parlementaires – mais aussi dans les autres lois, ces tableaux permettaient pourtant d'apprécier le respect de l'objectif fixé. En outre, dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes, contrairement à l'année passée, ne procède pas non plus à un bilan des créations et suppressions d'exonérations et niches sociales.

Il est vrai que le 2^o de l'article 11 de la loi de programmation des finances publiques pour la période 2009-2012, qui avait instauré cette méthode de contrôle des exonérations et niches, n'a pas été repris dans la loi de programmation pour la période 2011-2014. L'outil a été remplacé par la présentation dans le rapport sur les prélèvements obligatoires annexé au projet de loi de finances d'un « compteur de mesures nouvelles », permettant de mesurer le respect des objectifs en recettes fixés à l'article 9 de la loi de programmation. Ce « compteur » fait ainsi la synthèse de l'impact des mesures nouvelles en recettes dans une perspective « toutes

administrations publiques » : il intègre à ce titre les mesures ayant un effet favorable sur les recettes comme celles ayant un effet défavorable.

En tout état de cause, le mouvement apparemment inexorable de progression des exonérations n'est pas seulement arrêté, mais il est désormais nettement inversé : la volonté de stabilisation des « niches sociales » a été suivie d'effets, puisque le coût de l'ensemble de ces mesures est passé de 41 milliards d'euros en 2010 à 40,6 milliards d'euros en 2011 et devrait être ramené à 39,6 milliards d'euros en 2012.

Enfin, l'article 13 de la loi de programmation dispose que chaque année, au plus tard le 15 octobre, date limite de dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement présente au Parlement l'objectif annuel de coût des réductions, exonérations et abattements retenu pour l'exercice à venir et l'exercice en cours, ainsi que le montant du coût constaté, pour le dernier exercice clos, de ces réductions, exonérations et abattements.

L'annexe 5 répond à cette exigence, conformément au tableau ci-dessous, qui montre que sur l'ensemble de la législature, les « niches sociales », entendues au sens large, ont été réduites de plus de 2 milliards d'euros, soit 5 %, cette baisse ayant intégralement porté sur le champ des exonérations compensées, tandis que les pertes de recettes résultant des exemptions d'assiette (« niches sociales » proprement dites) ont assez fortement progressé (+ 6,6 %).

Mesures d'exonération de cotisations et de contributions (2008-2012)

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Allègements généraux	25,7	25,4	25,1	24,8	24,4
Exonérations ciblées compensées	4,2	4,1	4,0	3,4	3,4
Total des exonérations compensées	29,9	29,5	29,1	28,2	27,8
Exonérations ciblées non compensées	2,8	2,9	3,1	3,0	3,2
Total des allègements et exonérations	32,7	32,3	32,3	31,1	31
Niches sociales	9,1	8,8	8,8	9,5	9,7
Total des pertes de recettes	41,7	41,1	41,0	40,6	39,6

Sources : PLFSS 2010, 2011 et 2012.

Enfin, si le principe d'une évaluation des mesures nouvelles d'exonération dans les trois ans suivant leur adoption, corrélatif de la limitation de leur durée à quatre ans, a été opportunément adopté, il restait à procéder à l'indispensable passage en revue du stock de l'ensemble des dispositifs existants. Revendication exprimée de façon constante par le Parlement depuis plusieurs années et formalisée au travers de l'article 12 de la première loi de programmation des finances publiques, elle a été satisfaite avec la remise, en juin dernier, du rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales mis en place en avril 2010 à la demande du Premier ministre.

Ce travail exhaustif, auquel l'annexe 5 fait référence pour chaque mesure d'exonération prise en considération, permet enfin de faire la lumière sur des dispositifs à propos desquels il était trop souvent commode, pour les uns comme pour les autres, d'affirmer qu'il fallait au préalable disposer d'une évaluation de ceux-ci. C'est maintenant chose faite : Parlement et Gouvernement ont désormais en main une « feuille de route » précise et ne peuvent désormais ignorer les exonérations et niches dont le « score », sur une échelle allant jusqu'à trois, a été évalué à zéro. L'article 13 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale en tire d'ailleurs déjà les conséquences, en supprimant l'exonération de CSG du complément de libre choix d'activité.

*

Depuis que la loi de finances pour 2006 a décidé de ne plus assurer la compensation des allègements généraux par des crédits budgétaires, le montant approuvé au présent article correspond aux seuls allègements ciblés compensés par des dotations budgétaires, en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, inscrites dans les différents programmes du projet de loi de finances.

Mais le présent article n'en fournit pas moins l'occasion d'un examen d'ensemble des exonérations et de leur compensation : après la forte progression des montants exonérés constatée au cours de ces dernières années, le recul constaté depuis 2008 se poursuivra en 2012.

1. Les allègements généraux

Ces allègements, qui constituent toujours la part la plus importante au sein de l'ensemble des mesures d'exonérations (plus des trois quarts), recouvrent plusieurs dispositifs d'importance très inégale :

– la réduction générale de cotisations patronales dite « Fillon », pour l'essentiel (20,1 milliards d'euros en 2012) ;

– l'exonération des heures supplémentaires et complémentaires résultant de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat dite « TEPA » (3,5 milliards d'euros en 2011) ;

– l'exonération de cotisations d'allocations familiales sur les rémunérations des salariés non statutaires relevant de certains régimes spéciaux (principalement SNCF et RATP) et pour lesquels l'employeur est soumis à l'obligation d'assurance chômage, qui est le pendant, pour ces personnes morales, de la réduction générale de cotisations patronales (26 millions d'euros en 2012).

Pour mémoire, l'exonération de cotisations et contributions sociales du rachat des jours de congés acquis jusqu'au 31 décembre 2007 en application de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat ne s'est appliquée que durant l'année 2008 (73 millions d'euros).

Allègements généraux (2008-2012)

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Réduction générale (« Fillon »)	22 608	22 229	21 920	21 356	20 078
Heures supplémentaires	2 954	3 065	3 189	3 361	3 462
Rachat des jours de congés	73	-	-	-	-
Exonération d'allocations familiales	26	25	30	26	26
Total des allègements généraux	25 661	25 319	25 139	24 742	23 566

Sources : PLFSS 2010, PLFSS 2011 et PLFSS 2012.

En 2009 et 2010, les montants consacrés aux allègements généraux ont quelque peu reculé, sous l'effet de la crise économique. En 2011 et 2012, la diminution s'explique en revanche par l'annualisation de la réduction générale de cotisations sociales. Le dynamisme de l'exonération des heures supplémentaires (+ 5,4 % en 2011 au lieu des 3 % prévus) mérite en revanche d'être relevé, la hausse pour 2012 étant encore évaluée à 3 %.

Pour ce qui est de la *réduction générale de cotisations patronales*, la perte de recettes qu'elle entraîne n'est plus compensée aux organismes de sécurité sociale depuis 2011. Toutefois, l'article 13 de la loi de financement pour 2011 a intégralement transféré à la sécurité sociale le produit des différentes taxes qui composaient ce panier fiscal en 2010, à savoir (article L. 131-8 du code de la sécurité sociale) :

- la taxe sur les salaires ;
- la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire ;
- la taxe sur les primes d'assurance automobile ;
- la TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques et par les fournisseurs de tabacs ;
- une fraction de 17,71 % des droits de consommation sur les tabacs ;
- les droits de licence sur les rémunérations des débitants de tabacs.

Les allègements généraux et leur compensation (2006-2012)

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Allègements	19 490	21 424	22 634	22 254	21 950	21 381	20 104
Compensation	19 485	21 617	22 689	22 624	21 806	22 600	23 100
Solde	- 5	+ 193	+ 59	+ 370	- 144	+ 1 219	+ 2 996

Sources : PLFSS 2008 à 2012 et réponse au questionnaire parlementaire.

Par conséquent, hormis en 2010, la compensation de la réduction générale de cotisations sociales a été garantie aux organismes de sécurité sociale et la

déconnexion entre les allègements généraux et le panier de recettes visant à compenser ces pertes de recettes se révèle également profitable pour la sécurité sociale, tant en raison de la baisse du coût de ces allègements, sous l'effet de la crise et de l'annualisation de leur calcul à compter de 2011, que de la bonne tenue des produits des recettes affectées jusqu'alors à cette compensation.

S'agissant de l'annualisation de la réduction générale votée en loi de financement pour 2011, l'annexe 5 rappelle que son rendement en année pleine avait été estimé à 2 milliards d'euros. Toutefois, l'effet sur les exonérations liquidées durant l'exercice 2011 ne serait que de 800 millions d'euros. Les entreprises peuvent en effet continuer à calculer les exonérations tout au long de l'année selon les anciennes règles et ne procéder à une régularisation qu'au moment où elles acquittent les dernières cotisations au titre de l'année, c'est-à-dire au début de l'année 2012 au titre de l'exercice 2011. Si dans les comptes des organismes, présentés en droits constatés, ces régularisations (prenant la forme du versement de cotisations supplémentaires) seront rattachées à l'exercice 2011, ce n'est pas le cas dans une présentation en encaissements/décaissements (selon une logique qui s'apparente au suivi de la trésorerie), permettant la comparaison avec le budget de l'État (qui est bâti selon une logique similaire).

En revanche, l'intégralité de l'économie liée à cette mesure est prise en compte en 2012. S'y ajoute l'effet de la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale, résultant de l'article 11 du présent projet de loi, soit 600 millions d'euros.

L'évolution du panier fiscal compensant l'*exonération des heures supplémentaires* a été plus irrégulière. En 2008, l'excédent a permis d'affecter 753 millions d'euros au remboursement des dettes de l'État à l'égard des régimes autres que le régime général et les régimes agricoles, opération à l'issue de laquelle est demeuré un solde positif de 35 millions d'euros. En 2009, malgré l'affectation d'une fraction supplémentaire de droits de consommation sur les tabacs, la compensation s'est révélée insuffisante, à hauteur de 47 millions d'euros. En application du IV de l'article 53 de la loi de finances pour 2008, un produit à recevoir de 12 millions d'euros était donc constaté au profit des organismes de sécurité sociale concernés sur le produit de la contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés perçu par ces organismes au cours de l'exercice ou de l'exercice suivant.

En 2010, malgré l'augmentation de la fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs (192 millions d'euros), correspondant à une partie de l'excédent du panier fiscal de compensation de la réduction générale de cotisations sociales patronales, le panier fiscal s'est révélé insuffisant, son produit n'atteignant que 3,1 milliards d'euros pour des exonérations s'élevant à près de 3,2 milliards d'euros. Cet écart de 69 millions d'euros a été enregistré dans le dernier état semestriel des sommes restant dues par l'État aux régimes de base de sécurité sociale et, conformément aux dispositions susmentionnées de loi de finances pour 2008, elle fera l'objet d'une régularisation dans une prochaine loi de finances.

En 2011, le rendement du panier ne dépasserait pas 3 milliards d'euros, au regard d'une prévision de pertes de recettes 3,4 milliards d'euros. Dans ses réponses aux interrogations formulées par votre rapporteur, le Gouvernement indique que « l'écart entre l'évaluation du coût de l'exonération des heures supplémentaires et celle du produit du panier fiscal fait l'objet d'un suivi précis qui permettra d'ajuster au plus près la compensation d'ici la fin de l'année ».

« Panier fiscal » affecté à l'exonération des heures supplémentaires (2008-2012)

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés	943	553	823	850	1 041
TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées	2 122	2 069	1 970	1 970	1 970
Droit de consommation sur les tabacs	–	396	326	144	450
Total	3 065	3 018	3 120	2 965	3 462
Coût de l'exonération	3 026	3 065	3 189	3 361	3 462
Solde	+39	+ 47	– 69	– 396	–

Sources : PLFSS 2010, PLFSS 2011 et PLFSS 2012.

En revanche, pour 2012, l'équilibre serait d'emblée assuré entre le coût et la compensation, grâce à l'affectation de la moitié du rendement de la mesure de réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale de cotisations sociales patronales, soit 300 millions d'euros, par l'intermédiaire d'une augmentation de la clef de répartition du droit de consommation sur les tabacs (*cf.* article 11 du présent projet de loi).

2. Les exonérations ciblées compensées

En 2007, la loi de financement avait approuvé un montant de compensation de 2,9 milliards d'euros, très inférieur au coût effectif des exonérations ciblées pour 2007 (plus de 4,1 milliards d'euros). De même, la loi de financement pour 2008 avait approuvé un montant de 3,2 milliards d'euros de compensation par le budget de l'État, alors que le coût effectif des exonérations a finalement approché 4,3 milliards d'euros. En 2009, cet écart entre prévision et exécution s'est réduit : le montant approuvé par la loi de financement était d'un peu moins de 3,5 milliards d'euros et le coût effectif s'est établi à plus de 4 milliards d'euros, soit une différence de 585 millions d'euros. En exécution, la différence entre crédits budgétaires et coût des exonérations se réduit même à 220 millions d'euros.

En 2010, la loi de financement a approuvé un montant de 3,5 milliards d'euros, mais le coût budgétaire s'est finalement élevé à près de 4 milliards d'euros, couvert par les 900 millions d'euros de crédits ouverts en loi de finances rectificative au titre des contrats d'apprentissages et de l'aide à domicile, comme le montre le tableau ci-après.

Compensation des exonérations ciblées (2010)*(en millions d'euros)*

	Crédits LFI/LFR	Exécution	Coût
Structures d'aide sociale et entreprises d'insertion	10,4	9,9	10
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	2,0	1,9	1
Contrat initiative emploi	16,1	15,3	15
Contrat d'apprentissage	692,5	970,4	969
Contrat de professionnalisation	72,1	67,2	50
Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique	3,0	2,9	2
Aide à domicile employé auprès d'une personne non fragile	223,1	263,4	263
Exonération en faveur des particuliers employeurs	303,2	315,9	310
Création d'emploi en zones de revitalisation rurale (ZRR)	45,1	42,9	18
Organismes d'intérêt général et associations en ZRR	190,7	151,9	179
Bassins d'emploi à redynamiser	3,0	7,3	9
Avantages en nature repas secteur hôtels-café-restaurants	150,0	163,5	167
Régime microsocial simplifié	157,5	57,1	54
Salarié créateur ou repreneur d'entreprise	11,9	9,1	4
Indemnités de rupture dans le cadre d'un accord de GPEC	10,0	9,5	10
Correspondants locaux de presse	0,1	0,1	0,0
Jeunes entreprises innovantes	105,0	139,2	143
Jeunes entreprises universitaires	5,0	0,0	0
Entreprises implantées dans les DOM	1 089,3	1 029,5	1 039
Contrats d'accès et de retour à l'emploi (DOM)	14,4	14,6	14
Contrat vendanges	14,3	13,6	20
Embauches de salariés sous CDI par les groupements d'employeurs agricoles	1,3	1,2	0,3
Transformation de CDD en CDI par les employeurs de main-d'œuvre agricole	7,1	6,7	2
Exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles	459,0	406,3	390
Extension de l'exonération salariés occasionnels demandeurs d'emploi aux groupements d'employeurs agricoles	7,1	6,8	3
Extension de la durée de l'exonération pour les travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi	18,0	0,0	6
Embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de 26 ans	2,2	2,1	3
Exonération des cotisations d'allocations familiales pour l'armement maritime	9,0	9,2	9
Exonération en faveur des marins salariés	45,1	44,9	44
Création d'emploi en zones franches urbaines (ZFU)	233,3	182,7	179
Création d'emplois en zones de redynamisation urbaine (ZRU)	8,8	8,4	3
Exploitation de l'image collective du sportif	26,0	23,5	21
Service civique	6,5	3,4	1
Volontariat associatif	3,8	–	3
Porteurs de presse	12,0	17,0	18
Total des exonérations ciblées compensées	3 957,9	3 997,5	3 958

Sources : PLFSS 2011 et PLFSS 2012.

Contrairement aux années précédentes, le montant global a donc été respecté et les dépassements constatés sur certaines exonérations sont demeurés relativement limités.

Pour 2011, l'article 26 de la loi de financement a approuvé un montant de compensation de 3,4 milliards d'euros, en léger recul par rapport au montant voté en loi de financement pour 2010 (3,5 milliards d'euros), mais nettement inférieur au coût constaté des exonérations en 2010 (4 milliards d'euros).

Pour 2011, les crédits budgétaires (3,5 milliards d'euros), légèrement supérieurs au montant approuvé en loi de financement (3,4 milliards d'euros), suffiraient à couvrir un coût globalement évalué à 3,3 milliards d'euros, grâce à une diminution plus importante que prévu du coût des exonérations. Indépendamment de l'extinction naturelle de certains dispositifs, on mesure ici les conséquences de la politique de suppression ou de réduction des « niches », pour plus de 700 millions d'euros :

– 475 millions d'euros dans le secteur de l'aide à domicile (suppression de l'abattement de 15 points pour les particuliers employeurs et de l'exonération en faveur des structures d'aide à domicile pour les publics non fragiles) ;

– 143 millions d'euros au titre des avantages en nature dans les hôtels, cafés et restaurants ;

– 29 millions d'euros résultant de la modification des modalités de calcul de l'exonération au bénéfice des jeunes entreprises innovantes ;

– 29 millions d'euros résultant de la modification du barème des exonérations dans les zones franches urbaines ;

– 17 millions d'euros au titre de l'exploitation de l'image collective des sportifs ;

– 12 millions d'euros au titre des contrats initiative emploi ;

– 2 millions d'euros au titre des exonérations en faveur de l'embauche des jeunes travailleurs occasionnels ou des jeunes chefs d'exploitation agricole.

En revanche, deux dispositifs croissent rapidement : l'application du régime microsocial simplifié dans le cadre du dispositif de l'auto-entrepreneur, qui dépasse 100 millions d'euros, et, à un moindre degré, les exonérations dans les bassins d'emploi à redynamiser, qui atteignent désormais 15 millions d'euros.

Compensation des exonérations ciblées (2011)

(en millions d'euros)

	Crédits LFI/LFR	Coût
Structures d'aide sociale et entreprises d'insertion	10,1	12
Volontariat pour l'insertion	–	1
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	2,9	0,3
Contrat initiative emploi	2,9	3
Contrat d'apprentissage	951	1 038
Contrat de professionnalisation et contrat de formation agricole	26,8	18
Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique	0,5	1
Aide à domicile employé auprès d'une personne non fragile	69,4	36
Abattement pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle	84,0	62
Création d'emploi en zones de revitalisation rurale (ZRR)	18,5	18
Organismes d'intérêt général et associations en ZRR	170,7	172
Bassins d'emploi à redynamiser	6,3	15
Avantages en nature repas secteur hôtels-cafés-restaurants	40,4	24
Régime microsocial simplifié	242,5	109
Chômeur créateur ou repreneur d'entreprise	–	5
Salarié créateur ou repreneur d'entreprise	9,4	2
Indemnités de rupture versées dans le cadre d'un accord de GPEC	0,5	0
Correspondants locaux de presse	0,5	0,0
Zones de restructuration de la défense	42,4	6
Jeunes entreprises innovantes	79,9	114
Jeunes entreprises universitaires	5,0	0,1
Entreprises implantées dans les DOM	1 072,7	1 049
Contrat d'accès et de retour à l'emploi (DOM)	13,2	13
Contrat vendanges	14,7	16
Embauches de salariés sous CDI par les groupements d'employeurs agricoles	1,2	–
Transformation de CDD en CDI par les employeurs de main-d'œuvre agricole	6,7	0
Exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles	407,8	408
Extension de l'exonération salariés occasionnels demandeurs d'emploi aux groupements d'employeurs agricoles	7,1	0
Embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de 26 ans	0,0	1
Exonération des cotisations d'allocations familiales pour l'armement maritime	9,3	8
Exonération en faveur des marins salariés	45,2	45
Création d'emploi en zones franches urbaines (ZFU)	178,1	149
Création d'emploi en zones de redynamisation urbaine (ZRU)	4,6	3
Exploitation de l'image collective du sportif	0,0	4
Volontariat associatif	–	2
Service civique	22,1	2
Porteurs de presse	14,0	15
Total des exonérations ciblées compensées	3 549,0	3 350

Sources : PLFSS 2011 et PLFSS 2012.

Prenant en compte les incidences des projets de loi de finances et de loi de financement pour 2012, l'annexe 5 au présent projet de loi récapitule l'évolution et la répartition des 3,2 milliards d'euros de compensations d'exonérations ciblées que le présent article propose d'approuver et que décrit le tableau ci-après.

Compensation des exonérations ciblées (2011-2012)

(en millions d'euros)

	Évaluation 2011	Prévision 2012
Structures d'aide sociale et entreprises d'insertion	12	10
Volontariat pour l'insertion	1	0
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	0,3	0
Contrat initiative emploi	3	0
Contrat d'apprentissage	1 038	984
Contrat de professionnalisation et contrat de formation agricole	18	17
Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique	1	0
Aide à domicile employé auprès d'une personne non fragile	36	0
Abattement pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle	62	0
Création d'emploi en zones de revitalisation rurale (ZRR)	18	18
Organismes d'intérêt général et associations en ZRR	172	151
Bassins d'emploi à redynamiser	15	6
Avantages en nature repas secteur hôtels-cafés-restaurants	24	0
Régime microsocial simplifié	109	157
Chômeur créateur ou repreneur d'entreprise	5	0
Salarié créateur ou repreneur d'entreprise	2	9
Correspondants locaux de presse	0,0	0,1
Zones de restructuration de la défense	6	44
Jeunes entreprises innovantes	114	80
Jeunes entreprises universitaires	0,1	0
Entreprises implantées dans les DOM	1 049	1 104
Contrat d'accès et de retour à l'emploi (DOM)	13	13
Contrat vendanges	16	16
Exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles	408	405,7
Extension de l'exonération salariés occasionnels demandeurs d'emploi aux groupements d'employeurs agricoles	0	7,1
Embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de 26 ans	1	0
Exonération des cotisations d'allocations familiales pour l'armement maritime	8	9
Exonération en faveur des marins salariés	45	46
Création d'emploi en zones franches urbaines (ZFU)	149	107
Création d'emploi en zones de redynamisation urbaine (ZRU)	3	3
Exploitation de l'image collective du sportif	4	5,0
Volontariat associatif	2	–
Service civique	2	22,1
Porteurs de presse	15	–
Total des exonérations ciblées compensées	3 350	3 239

Sources : PLFSS 2012.

Pour l'ensemble des exonérations ciblées compensées en 2012, le présent article approuve un montant inférieur de 111 millions d'euros au coût attendu pour 2011, traduisant l'impact en année pleine des suppressions et réductions décidées fin 2010.

Compensation des exonérations ciblées (2007-2012)

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Crédits budgétaires	2 884	3 194	3 466	3 997	3 549	3 239
Coût des exonérations	4 135	4 275	4 051	3 958	3 350	–
Solde	– 1 251	– 1 081	– 585	+ 39	+ 199	–

Sources : PLFSS 2008 à 2012.

Le tableau ci-dessus décrit deux phénomènes encourageants :

– le recul du coût des exonérations ciblées, dont le coût a diminué d'environ 25 % depuis 2008 ;

– la progression des crédits de compensation inscrits au budget de l'État, alors même que le coût des exonérations diminuait.

C'est l'illustration de la constance avec laquelle les ministres des comptes publics se sont attachés depuis 2007, nonobstant un contexte budgétaire difficile, non seulement à ne pas accroître la dette de l'État à l'égard des organismes de sécurité sociale mais à résorber la dette précédemment constituée.

L'effort s'est poursuivi cette année. En effet, l'état semestriel de l'ensemble des sommes restant dues aux régimes obligatoires de base au 31 décembre 2009 faisait encore apparaître une dette d'un peu plus de 1 milliard d'euros au seul titre des exonérations ciblées de cotisations sociales (dont 830 millions d'euros pour le seul régime général). Or, au 31 décembre 2010, toujours au seul titre des exonérations, c'est désormais l'État qui est devenu globalement créancier à l'égard de l'ensemble des régimes de sécurité sociale : en fait, il l'est à hauteur de 259 millions d'euros pour le régime général, mais reste débiteur de 44 millions d'euros pour les autres régimes.

Cette évolution globale recouvre quelques différences selon les dispositifs. L'État était devenu créancier pour un certain nombre d'entre eux : exonération pour les associations et organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale (76 millions d'euros), régime microsocial simplifié des auto-entrepreneurs (49 millions d'euros), avantage en nature dans les hôtels, cafés et restaurants (43 millions d'euros). Il restait toutefois débiteur pour quelques autres : entreprises implantées dans les DOM (18 millions d'euros), contrats vendanges (6 millions d'euros), jeunes entreprises innovantes (2 millions d'euros) et bassins d'emploi à redynamiser (1 million d'euros).

Ce redressement des relations financières entre l'État et la sécurité sociale s'explique par le fait que la loi de finances rectificative pour 2010 a permis de mobiliser l'excédent prévisionnel du panier fiscal assurant la compensation de la réduction générale de cotisations sociales patronales, soit 1 429 millions d'euros, afin d'apurer les dettes enregistrées au titre des années 2009 et antérieures, et d'ouvrir des crédits budgétaires complémentaires à hauteur de 1 322 millions d'euros au titre de la fin de gestion 2010.

Relevant que l'évolution est la même pour les prestations prises en charge par l'État, votre rapporteur constate donc avec satisfaction que l'action entreprise depuis près de cinq ans a désormais pleinement abouti, d'autant que des dispositions ont par ailleurs été prises pour éviter que la dette ne se reconstitue dans l'avenir.

3. Les exonérations ciblées non compensées

L'annexe 5 au projet de loi de financement pour 2011 avait évalué les mesures non compensées à plus de 3,1 milliards d'euros. Le coût effectif de ces mesures en 2011 ne s'élèverait en fait qu'à un peu plus de 3 milliards d'euros, comme le montre le tableau ci-après.

Coût des exonérations ciblées non compensées (2011)

(en millions d'euros)

	Évaluation PLFSS 2011	Révision PLFSS 2012
Stagiaires en entreprise	84	96
Contrat d'accompagnement dans l'emploi	784	836
Contrat d'avenir	2	3
Associations intermédiaires	80	81
Aide à domicile employée par un particulier fragile	862	877
Aide à domicile employé par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile	761	739
Jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole	47	40
Contrat d'insertion par l'activité (DOM)	2	3
Arbitres et juges sportifs	34	34
Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise	327	245
Contrat emploi consolidé	0,1	0,1
Convention de reclassement personnalisé	60	62
Contrat de transition professionnelle	21	15
Contrat de sécurisation professionnelle	–	2
Total des exonérations non compensées	3 151	3 032

Sources : PLFSS 2010 et 2011

Si le dispositif des contrats d'accompagnement dans l'emploi demeure dynamique, cette progression est compensée par le recul de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise.

Pour 2012, l'annexe 5 au présent projet de loi prévoit une augmentation de 139 millions d'euros par rapport à 2011, ainsi que le montre le tableau ci-après :

Coût des exonérations ciblées non compensées en 2012

(en millions d'euros)

	Évaluation révisée 2011	Prévision 2012
Stagiaires en entreprise	96	99
Contrat d'accompagnement dans l'emploi	836	896
Contrat d'avenir	3	3
Associations intermédiaires	81	82
Aide à domicile employée par un particulier fragile	877	913
Aide à domicile employé par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile	739	780
Jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole	40	38
Contrat d'insertion par l'activité (DOM)	3	2
Arbitres et juges sportifs	34	34
Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise	245	255
Contrat emploi consolidé	0,1	0,0
Convention de reclassement personnalisé	62	21
Contrat de transition professionnelle	15	5
Contrat de sécurisation professionnelle	2	43
Total des exonérations non compensées	3 032	3 151

Source : PLFSS 2012.

Les principaux dispositifs permettant d'expliquer cette augmentation sont le contrat d'accompagnement dans l'emploi et le contrat de sécurisation professionnelle.

Depuis 2008, le volume des exonérations non compensées, à la différence de celui des exonérations compensées, tend à progresser, de telle sorte que la part des exonérations non compensées dans l'ensemble des exonérations ciblées a augmenté de plus de 8 points, comme le montre le tableau ci-après :

Exonérations ciblées compensées et non compensées (2008-2012)

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Exonérations ciblées compensées	4,2	4,1	4,0	3,4	3,4
Exonérations ciblées non compensées	2,8	2,9	3,1	3,0	3,2
Total des exonérations ciblées	7	7	7,1	6,4	6,6
Part des exonérations non compensées	40 %	41,4 %	43,7 %	46,9 %	48,5 %

Sources : PLFSS 2010, 2011 et 2012

4. Les niches sociales

Dans la lignée des progrès accomplis ces dernières années en termes d'information du Parlement, l'annexe 5 évalue non seulement les pertes d'assiette mais aussi les pertes de recettes résultant des mesures d'exemption d'assiette.

Le tableau de la page suivante confirme la tendance à la croissance de ces assiettes et, partant, des pertes de recettes qui y sont associées. Ces assiettes sont en outre particulièrement sensibles à la conjoncture : elles ont ainsi sensiblement reculé en 2010 ; on en retrouve également la démonstration entre 2011 et 2012, dans la mesure où une partie significative de la hausse attendue de ces assiettes résulte de la « prime de partage des profits » instituée par la loi de financement rectificative pour 2011. Depuis son vote, les perspectives économiques se sont assombries, de telle sorte que les projections établies quant aux incidences de ce nouveau dispositif sur les recettes des régimes sociaux se révéleront sans doute excessives.

Globalement, l'assiette des niches sociales continue de bénéficier d'une croissance plus rapide que celle de la masse salariale. Cette évolution a d'abord été portée par la participation financière, l'actionnariat salarié et la protection sociale complémentaire en entreprise : pour ce qui est par exemple des sommes versées au titre de l'épargne salariale, elles ont crû de 6 % par an en moyenne depuis 1999, contre un peu plus de 3 % seulement pour la masse salariale. Sans doute faut-il y voir les effets conjugués de la crise économique, d'une part, et de l'institution puis de la montée en charge du forfait social, d'autre part, dans la mesure où la croissance des rémunérations qui y sont assujetties est longtemps demeurée très supérieure à 6 %. Dès lors, ce sont désormais les aides directes consenties aux salariés qui, au sein de l'ensemble constitué par les assiettes exemptées, augmentent le plus rapidement.

*

L'amendement AS 319 de Mme Jacqueline Fraysse n'est pas défendu.

*La Commission **adopte** l'article 22 **sans modification**.*

Niches sociales : assiettes exemptées et pertes de recettes potentielles (2008-2012)

(en milliards d'euros)

	2008	2009		2010		2011		2012	
	Pertes de recettes	Assiettes exemptées ¹	Pertes de recettes	Assiettes exemptées	Pertes de recettes	Assiettes exemptées	Pertes de recettes	Assiettes exemptées	Pertes de recettes
Participation		8,7		6,6		7,0		7,0	
Intéressement		7,9		6,3		6,7		6,7	
Plan d'épargne d'entreprise		1,3		1,3		1,4		1,4	
Stock-options		2,1		1,8		2,3		3,2	
Participation financière et actionnariat salarié	3,6	20,0	3,3	16,1	2,8	17,4	2,8	18,3	2,8
Prévoyance complémentaire		13,1		11,7		12,1		12,6	
Retraite supplémentaire		3,8		3,8		4,2		4,6	
Plan d'épargne pour la retraite collectif		0,2		0,3		0,3		0,4	
Protection sociale complémentaire en entreprise	3,0	17,1	2,8	15,7	2,8	16,6	2,8	17,6	2,9
Titres-restaurant		2,4		2,7		2,9		3,2	
Chèques-vacances		0,3		0,8		0,8		0,9	
Avantages accordés par les comités d'entreprise		2,6		3,0		3,0		3,0	
Chèque emploi-service universel préfinancé		0,1		0,3		0,3		0,3	
Aides directes consenties aux salariés	1,7	5,4	2,0	6,7	2,1	7,0	2,2	7,4	2,3
Indemnités de licenciement		3,2		3,4		3,6		3,8	
Indemnités de mise à la retraite		0,4		0,4		0,3		0,0	
Indemnités de rupture conventionnelle		–		0,8		0,9		0,9	
Indemnités de rupture	0,7	3,5	0,6	4,6	1,1	4,7	1,2	4,7	1,2
Prime de partage des profits	–	–	–	–	–	2,8	0,5	2,9	0,4
Droit à l'image des sportifs	0,031	n.d.	0,03	0,1	0,0	–	–	–	–
Total niches sociales	9,0	46,1	8,8	43,2	8,8	48,6	9,5	50,9	9,7

(1) Montants non révisés

Sources : PLFSS 2009, 2010, 2011 et 2012.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le *a* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes ». Le présent article porte donc fixation de ces recettes.

Deux annexes au présent projet de loi permettent de compléter les informations qu'il fournit :

- l'annexe C pour la répartition des prévisions de recettes par catégorie ;
- l'annexe 9B pour l'effet sur les comptes des régimes de base des mesures du projet de loi de financement ainsi que des mesures réglementaires ou conventionnelles prises en compte par le projet de loi de financement.

1. Les recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Le 1° du présent article fixe, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2012, soit un montant total de 441,5 milliards d'euros (hors transferts entre branches). Par rapport aux prévisions rectifiées de recettes pour 2011 figurant à l'article 4 du présent projet, la progression atteint 4,7 %, ainsi que le montre le tableau ci-après.

Recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2011	2012	Évolution
Maladie	171,7	180,9	+ 5,4 %
Vieillesse	194,4	202,8	+ 4,3 %
Famille	52,9	54,8	+ 3,6 %
AT-MP	13,0	13,5	+ 3,8 %
Total (hors transferts)	421,8	441,5	+ 4,7 %

Source : PLFSS 2012.

Le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2012 offre un cadrage macro-économique permettant de situer ces

données dans le champ des administrations de sécurité sociale (ASSO), plus large que celui de la loi de financement. Il indique que leurs recettes, bien que ralenties par rapport à 2011, resteraient plus dynamiques (+ 4,5 %), moyennant des hypothèses de croissance (+ 1,75 %) et d'évolution de la masse salariale (+ 3,7 %) identiques aux prévisions pour 2011. Parmi les 11 milliards d'euros de mesures de recettes annoncées le 24 août dernier par le Premier ministre, près de 6,5 milliards d'euros bénéficient aux ASSO : la hausse de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (1,3 milliard d'euros), la réduction de niches et l'harmonisation des prélèvements obligatoires (4,1 milliards d'euros) et les mesures d'incitations comportementales en matière de santé publique et d'environnement (1,2 milliard d'euros).

L'annexe C au projet de loi de financement permet quant à elle de préciser les évolutions par catégorie de recettes.

*Évolution par catégorie des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base
(en milliards d'euros)*

	2011	2012	Évolution
Cotisations effectives	231,9	241,3	+ 4,1 %
Cotisations fictives d'employeur	36,3	38	+ 4,7 %
Cotisations prises en charge par l'État	3,3	3,3	–
CSG	69,4	72,4	+ 4,3 %
Impôts et taxes affectés	49,7	54,2	+ 9,1 %
Transferts reçus	26,8	27,6	+ 3,0 %
Produits financiers	0,2	0,2	–
Autres produits	4,2	4,4	+ 4,8 %
Total recettes	421,8	441,5	+ 4,2 %

Source : PLFSS 2012

Le dynamisme des impôts et taxes affectés autres que la CSG se remarque tout particulièrement (+ 9,1 %). Il s'explique essentiellement par les mesures en recettes du « plan de réduction des déficits publics » – augmentation des taux de la taxe sur les conventions d'assurance et du forfait social, augmentation des droits sur les alcools, nouvelles contributionx sur les boissons contenant des sucres ajoutés et sur les boissons contenant des édulcorants de synthèse – mais aussi par la hausse des prix du tabac accordée aux fabricants.

Le tableau suivant, fondé sur les données issues de l'annexe 9C au présent projet de loi de financement, détaille l'impact des mesures de la loi de financement ainsi que des lois de finances rectificative pour 2011 et initiale pour 2012 sur les recettes pour 2012 de l'ensemble des régimes de base et du régime général.

**Ensemble des régimes obligatoires de base
Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2012**

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Tous régimes	Régime général
Réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières (art. 1 ^{er} LFR)	+ 553	+ 553
Majoration du taux de la taxe sur les conventions d'assurance (art. 9 LFR)	+ 1 050	+ 1 050
Majoration du taux des prélèvements sur les revenus du capital (art. 10 LFR)	+ 1 330	+ 1 330
Majoration du forfait social (art. 10 PLFSS)	+ 410	+ 410
Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale de cotisations sociales (art. 11 PLFSS)	+ 600	+ 600
Modification des règles d'abattement pour frais professionnels au titre de la CSG et de la CRDS (article 12 PLFSS)	+ 453	+ 453
Assujettissement à la CSG du CLCA et du COLCA (art. 13 PLFSS)	+ 140	+ 140
Harmonisation de l'assiette de la C3S (art. 14 PLFSS)	+ 38	–
Révision du barème de la taxe sur les véhicules de société (art. 15 PLFSS)	+ 100	–
Hausse des droits sur les boissons alcoolisées (art. 16 PLFSS)	+ 340	–
Majoration de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires (art. 17 PLFSS)	+ 150	+ 150
Renforcement de l'efficacité des recours contre tiers (art. 64 PLFSS)	+ 100	+ 100
Contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés (art. 90 PLF)	+ 120	+ 120
Hausse des prix du tabac	+ 580	+ 464
Alignement des assiettes et taux de cotisation des industries électriques et gazières sur le droit commun	+ 210	+ 210
Affectation à la compensation des heures supplémentaires de la moitié du rendement de la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale de cotisations sociales (art. 11 PLFSS)	– 300	– 300
Total	+ 5 873	+ 5 280

Source : PLFSS 2012

Votre rapporteur salue le caractère pérenne de la totalité de ces recettes nouvelles, qui sont significativement supérieures à celles associées au précédent projet de loi de financement (939 millions d'euros) et dont près de la moitié (2,6 milliards d'euros en 2012) pèsent sur les entreprises : elles contribueront ainsi durablement au redressement des comptes sociaux.

Il observe par ailleurs que pour près des deux tiers de ces recettes nouvelles, le projet de loi de financement doit se contenter d'en enregistrer le profit, dans la mesure où elles résultent de dispositions législatives déjà en vigueur – celles de la loi de finances rectificative pour 2011 – ou en cours d'adoption – celles du projet de loi de finances pour 2012 – ou bien de dispositions réglementaires

2. Les recettes du régime général

Le 2° du présent article porte sur les recettes du régime général, dont l'évolution est, sans surprise, sensiblement comparable à celles de l'ensemble des régimes.

Recettes du régime général

(en milliards d'euros)

	2011	2012	Évolution
Maladie	147,8	156,2	+ 5,7 %
Vieillesse	100,6	104,9	+ 4,3 %
Famille	52,4	54,3	+ 3,6 %
AT-MP	11,6	12,1	+ 4,3 %
Total (hors transferts)	303,1	317,9	+ 4,9 %

Source : PLFSS 2012

Par rapport à la prévision donnée dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, l'ensemble des mesures du présent projet de loi ou qui y sont associées permet d'augmenter les recettes du régime général de 5,3 milliards d'euros.

À partir des données fournies par l'annexe 9C au présent projet de loi de financement, le tableau ci-dessous décrit, par branche, les mesures du projet de loi de financement ou associées à ce texte ayant un impact sur les recettes du régime général pour 2012.

Le tableau fait apparaître que les mesures nouvelles nettes de recettes profitent pour les trois quarts à la branche maladie, affectataire, comme en 2009 et en 2010, du produit de l'augmentation de 2 points du forfait social, mais aussi de la moitié du produit de la majoration du taux des prélèvements sur les revenus du capital. La branche vieillesse bénéficie quant à elle principalement de l'autre moitié du produit de cette majoration. Parmi les ressources nouvelles de la branche famille, un tiers provient d'une mesure spécifique, à savoir l'affectation exclusive de l'assujettissement à la CSG des compléments de libre choix d'activité.

Régime général – Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2012

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles de recettes	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches
Réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières (art. 1 ^{er} LFR)	+ 423	–	+ 77	+ 53	+ 553
Majoration du taux de la taxe sur les conventions d'assurance (art. 9 LFR)	+ 1 050	–	–	–	+ 1 050
Majoration du taux des prélèvements sur les revenus du capital (art. 10 LFR)	+ 665	–	+ 665	–	+ 1 330
Majoration du forfait social (art. 10 PLFSS)	+ 410		–	+ 3	+ 410
Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale de cotisations sociales (art. 11 PLFSS)	+ 276	–	+ 207	+ 117	+ 600
Modification des règles d'abattement pour frais professionnels au titre de la CSG et de la CRDS (article 12 PLFSS)	+ 393	–	–	+ 60	+ 453
Assujettissement à la CSG du CLCA et du COLCA (art. 13 PLFSS)	–	–	–	+ 140	+ 140
Majoration de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires (art. 17 PLFSS)	+ 150	–	–	–	+ 150
Renforcement de l'efficacité des recours contre tiers (art. 64 PLFSS)	+ 100	–	–	–	+ 100
Contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés (art. 90 PLF)	+ 120	–	–	–	+ 120
Hausse des prix du tabac	+ 392	+ 7	–	+ 65	+ 464
Alignement des assiettes et taux de cotisation des industries électriques et gazières sur le droit commun	+ 150	+ 10	–	+ 50	+ 210
Affectation à la compensation des heures supplémentaires de la moitié du rendement de la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale de cotisations sociales (art. 11 PLFSS)	– 138	–	– 104	– 59	– 300
Total	+ 3 991	+ 17	+ 845	+ 425	+ 5 280

Source : PLFSS 2012

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

Le 3^o du présent article fixe les recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à savoir le seul FSV.

Recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

(en milliards d'euros)

	2011	2012	Évolution
FSV	13,8	14,2	+ 2,9 %

Source : PLFSS 2012

Dans le compte tendanciel du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le montant des recettes du FSV atteint 14 milliards d'euros en 2012, soit une hausse de 1,8 %. Cette croissance modérée dissimule plusieurs phénomènes jouant dans des sens opposés :

- une hausse soutenue de la CSG (+ 3,2 %) ;
- le dynamisme des recettes affectées dans le cadre de la réforme sur les retraites (+ 9,8 %) et de la contribution sur les avantages de retraite (+ 5,2 %) ;
- l'effondrement de la part de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) affectée au fonds, qui passe de 445 millions d'euros à 33 millions d'euros.

Par rapport aux perspectives tendanciennes, les ressources du FSV progresseront de près de 250 millions d'euros en 2012. Ainsi que l'indique le tableau ci-dessous, le fonds bénéficie en effet de certaines des mesures de recettes adoptées en loi de finances rectificative ou proposées dans le cadre du présent projet de loi.

Fonds de solidarité vieillesse – Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2011

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Recettes
Réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières (art. 1 ^{er} LFR)	+ 74
Modification des règles d'abattement pour frais professionnels au titre de la CSG et de la CRDS (article 12 PLFSS)	+ 62
Harmonisation de l'assiette de la C3S (art. 14 PLFSS)	+ 112
Total	+ 3 248

Source : PLFSS 2012

*

L'amendement AS 320 de Mme Jacqueline Fraysse n'est pas défendu.

*La Commission **adopte** l'article 23 sans modification.*

Article 24

**Approbation du tableau d'équilibre
de l'ensemble des régimes obligatoires de base**

Le *d* du 2^o du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base* ». Le présent article porte donc approbation de ce tableau d'équilibre, qui se veut le reflet de l'article d'équilibre du projet de loi de finances.

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

(en milliards d'euros)

	2011			2012		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	171,7	181,3	- 9,6	180,9	186,8	- 5,9
Vieillesse	194,4	202,6	- 8,1	202,8	210,5	- 7,7
Famille	52,9	55,5	- 2,6	54,8	57,1	- 2,3
AT-MP	13,0	12,9	+ 0,1	13,5	13,3	+ 0,2
Total (hors transferts)	421,8	442,1	- 20,2	441,5	457,1	- 15,7

Source : PLFSS 2012

Par rapport aux prévisions révisées pour 2011 figurant à l'article 4 du présent projet loi de financement, le solde pour 2012 se redresserait de 4,5 milliards d'euros. En outre, si l'on prend en compte le déficit du FSV, le solde négatif de l'ensemble atteindrait 19,4 milliards d'euros contre 27,7 milliards d'euros en 2009, 29,1 milliards d'euros en 2010 et 24 milliards d'euros en 2011.

Les aspects relatifs aux recettes ont déjà été examinés dans le commentaire de l'article 23 du présent projet de loi de financement, relatif aux prévisions de recettes. S'agissant des dépenses, selon le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2012, sur le champ des administrations de sécurité sociale, incluant l'assurance chômage, les prestations ralentiraient légèrement (+ 3,3 %) par rapport à 2011 (+ 3,6 %), en raison principalement de la poursuite de l'amélioration du marché du travail qui permettrait un recul des prestations chômage (- 2,5 %). Les prestations vieillesse seraient également moins dynamiques en 2012 (+ 4,3 %) par rapport à 2011 (+ 4,5 %) : les premiers effets en année pleine de la réforme des retraites jouent sur les volumes de prestations et permettraient de contrebalancer la plus forte revalorisation des prestations attendue en l'application des mécanismes d'indexation sur l'inflation (+ 2,0 %, contre + 1,8 % en 2011). Conformément aux engagements de la loi de programmation des finances publiques, l'ONDAM progressera de 2,8 %. Enfin, les prestations familiales accéléreraient (+ 3,0 %) par rapport à 2011 (+ 1,9 %), en raison d'une revalorisation plus importante de la base mensuelle (+ 2,3 %).

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier indique que le solde tendanciel de l'ensemble des régimes et du FSV devait se dégrader de 3 milliards d'euros en 2012. Or, on a vu que le déficit 2012 devrait finalement reculer de 4,5 milliards d'euros par rapport à 2011. Par conséquent, les mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et celles qui, dans la loi de finances rectificative, dans le projet de loi de finances ou par voie réglementaire, y sont associées réduisent de 7,5 milliards d'euros le solde prévisionnel, effort quasi identique à celui accompli par la loi de financement pour 2011 et double de celui de la loi de financement pour 2010.

Le commentaire de l'article 25 du présent projet de loi (*infra*) permettra d'aborder spécifiquement l'évolution du régime général, dont le déficit tendanciel hors FSV (- 21,2 milliards d'euros) serait inférieur à celui de l'ensemble des régimes (- 23,4 milliards d'euros).

Hors mesures du présent projet de loi, le solde global des régimes autres que le régime général serait donc négatif à hauteur d'environ 2,1 milliards d'euros, ce que traduit l'évolution des principaux d'entre eux : déficit, transfert d'équilibre inclus, de 1,5 milliard d'euros pour le régime des exploitants agricoles et déficit de 639 millions d'euros pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Toujours en tendanciel, le déficit du régime des exploitants agricoles se dégraderait de 50 millions d'euros en 2012, confirmant les constantes des précédents exercices : augmentation de la contribution d'équilibre du régime général pour la branche maladie, lente aggravation du solde de la branche vieillesse.

Le déficit de la CNRACL ne se dégraderait que de 77 millions d'euros par rapport à 2011. Hors versements de C3S, le déficit de la branche maladie du Régime social des indépendants (RSI) se dégraderait de 200 millions d'euros, pour atteindre près de 800 millions d'euros ; dans la branche vieillesse, le déficit se dégraderait de plus de 160 millions d'euros pour les commerçants et de plus de 150 millions d'euros pour les artisans, pour approcher au total 2,2 milliards d'euros.

*

L'amendement AS 321 de Mme Jacqueline Fraysse n'est pas défendu.

M. Jean-Luc Prével. Mon amendement AS 158 proposait une nouvelle rédaction du tableau d'équilibre, par coordination avec les amendements que j'ai proposés augmentant la CSG et la CRDS.

M. le président Pierre Méhaignerie. Comme ceux-ci n'ont pas été adoptés, il n'a plus d'objet.

La Commission adopte l'article 24 sans modification.

Article 25

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

Le d du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par*

branche et établis [...] de manière spécifique pour le régime général ». Le présent article porte donc approbation de ce tableau d'équilibre.

Tableau d'équilibre du régime général

(en milliards d'euros)

	2011			2012		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	147,8	157,4	- 9,6	156,2	162,2	- 5,9
Vieillesse	100,6	106,6	- 6,0	104,9	110,7	- 5,8
Famille	52,4	55,1	- 2,6	54,3	56,6	- 2,3
AT-MP	11,6	11,6	0,0	12,1	11,9	+ 0,1
Total (hors transferts)	303,1	321,3	- 18,2	317,9	331,8	- 13,9

Source : PLFSS 2012

Au regard des prévisions révisées pour 2011 figurant à l'article 4 du présent projet de loi, le solde du régime général s'améliorerait donc de 3,7 milliards d'euros en 2012. Le « tendancier » présenté dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier prévoyait toutefois une dégradation de 2,4 milliards d'euros, ce qui permet de mesurer l'apport du présent projet de loi de financement : un redressement des comptes de 6,1 milliards d'euros. Du même ordre que celui accompli par la loi de financement pour 2011 (et double de celui de la loi de financement pour 2010), il est toutefois plus encourageant : en 2011, les trois quarts de l'effort étaient consacrés à éviter que le déficit ne se dégrade ; en 2012, 60 % de l'effort permet de réduire le déficit.

Pour 2012, le dosage des mesures proposées à cette fin fait intervenir des recettes nouvelles, pour 5,3 milliards d'euros, et des économies sur les dépenses, pour un peu moins de 2,1 milliards d'euros. En 2011, la proportion était radicalement opposée, pour un montant quasi identique : 1,5 milliard d'euros de recettes et transferts, mais 5,8 milliards d'euros d'économies sur les dépenses. Votre rapporteur voit ainsi en 2012 le retour d'une certaine préférence pour le prélèvement social au détriment de l'effort sur les prestations.

Les mesures ayant une incidence sur les recettes des régimes et des fonds en 2012 ont d'ores et déjà été présentées et commentées au titre de l'article 23 (*cf. supra*).

S'agissant des dépenses, le tableau ci-dessous, fondé sur les indications fournies par l'annexe 9C au présent projet de loi, précise l'impact, pour l'ensemble des régimes et pour le régime général, des mesures nouvelles, y compris celles qui ne figurent pas dans le dispositif proprement dit du présent projet de loi de financement.

Impact des mesures nouvelles sur les dépenses 2012

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Tous régimes	Régime général
Plafonnement des compensations bilatérales maladie (art. 3 PLFSS)	–	+ 100
Impact des mesures de recettes sur les transferts d'équilibre versés par le régime général (art. 14, 15 et 16 PLFSS)	–	+ 167
Économies de frais financiers	+ 51	+ 51
Baisses de tarifs en biologie et en radiologie	+ 170	+ 145
Maîtrise médicalisée	+ 550	+ 469
Baisses de prix de médicaments et de dispositifs médicaux	+ 646	+ 552
Mesures diverses portant sur le médicament	+ 100	+ 85
Harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières	+ 223	+ 196
Contrats de performance à l'hôpital	+ 150	+ 128
Convergence tarifaire ciblée	+ 100	+ 85
Optimisation des achats à l'hôpital	+ 145	+ 124
Lutte contre la fraude à l'hôpital et baisses de tarifs de la liste en sus	+ 55	+ 47
Formation continue des professionnels de santé (*)	– 150	– 150
Majoration du transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (*)	+ 80	+ 80
Total maladie <i>dont hors ONDAM (*)</i>	+ 2 144 – 70	+ 2 079 – 70
Baisses de prix de médicaments et de dispositifs médicaux)	+ 24	+ 20
Majoration du transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail	– 80	– 80
Réduction de la dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	+ 25	+ 25
Total accidents du travail et maladies professionnelles	– 31	– 35
Impact des mesures de recettes sur les transferts d'équilibre versés par le régime général (art. 14, 15 et 16 PLFSS)	–	+ 15
Économies de frais financiers (art. 20 PLFSS)	+ 46	+ 9
Total vieillesse	+ 46	+ 24
Économies de frais financiers	–	+ 3
Amélioration des aides à la garde pour les familles monoparentales ainsi que pour les parents handicapés	– 10	– 10
Total famille	– 10	– 7
Total toutes branches	+ 2 149	+ 2 061

Source : PLFSS 2012

Compte tenu des mesures nouvelles de recettes, précédemment évoquées (cf. article 23), soit un apport de 5,3 milliard d'euros, l'amélioration par rapport au « tendanciel » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale au début du mois dépasserait donc, pour le seul régime général, 7,3 milliards d'euros.

Régime général – Incidences des mesures nouvelles sur l'équilibre 2012

(en milliards d'euros)

	« Tendancier » 2012			Mesures nouvelles 2012			Équilibre 2012		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	180,209	192,218	- 12,008	+ 3,991	- 2,079	+ 6,070	184,200	190,139	- 5,938
AT-MP	12,614	12,459	+ 0,155	+ 0,017	+ 0,035	- 0,018	12,631	12,494	+ 0,137
Vieillesse	105,233	111,871	- 6,638	+ 0,845	- 0,024	+ 0,869	106,078	111,847	- 5,767
Famille	54,482	57,232	- 2,750	+ 0,425	+ 0,007	+ 0,418	54,907	57,239	- 2,331
Total	352,538	373,780	- 21,245	+ 5,280	- 2,061	+ 7,341	357,818	371,719	- 13,903

Source : PLFSS 2012 et rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale

Trois branches seraient donc déficitaires, seule celle des accidents du travail et maladies professionnelles devant enregistrer un très léger excédent.

• *La branche maladie*

L'évolution spontanée des comptes pour 2012 se traduirait par un déficit accru de 2,4 milliards d'euros par rapport aux prévisions révisées de 2011 : l'augmentation des charges nettes (+ 3,9 %) serait, en effet, supérieure à celle des produits nets (+ 2,9 %), les dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM progressant pour leur part respectivement de 4,6 %.

Les mesures nouvelles pour 2011 amélioreraient le solde de la branche maladie de près de 6,1 milliards d'euros, soit 4 milliards d'euros de recettes supplémentaires (cf. article 23) et 2,1 milliards d'euros d'économies sur les dépenses. Autrement dit, plus des quatre cinquièmes de la réduction du déficit du régime général par rapport au compte tendancier sont réalisés sur la branche maladie.

Compte tenu d'une progression de l'ONDAM fixée à 2,8 % pour 2012 et du rythme d'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie, les économies à réaliser dans le régime général se montent à 2,2 milliards d'euros. L'annexe 9C détaille la façon dont diverses mesures, la plupart hors du dispositif proprement dit du présent projet de loi de financement, permettent d'atteindre cet objectif.

Les baisses de prix des produits de santé, médicaments et dispositifs médicaux devraient permettre d'économiser 770 millions d'euros : 670 millions d'euros pour les médicaments sous brevet, les génériques et les dispositifs médicaux (contre 500 millions d'euros en 2011), dans le cadre conventionnel existant entre les laboratoires et le Comité économique des produits de santé (CEPS) ; 100 millions d'euros supplémentaires résultant de baisses de prix des génériques, de nouvelles règles de décote pour la mise sous tarif forfaitaire de responsabilité de certains génériques, de la modification des marges des grossistes-répartiteurs et du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant.

Au titre du renforcement de l'efficacité du système de soins, près de 1,2 milliard d'euros, comme en 2011, sont escomptés grâce aux actions suivantes :

– la poursuite de la maîtrise médicalisée (550 millions d'euros), grâce au développement des référentiels de prescription validés par la Haute Autorité de santé sur les actes en série de masso-kinésithérapie, sur la durée de prescription des arrêts de travail et sur les examens de biologie, mais aussi grâce à la fixation par l'assurance maladie d'un objectif de réduction des prescriptions pour les plus forts prescripteurs d'indemnités journalières de transport et à des baisses de tarifs prenant en compte les gains de productivité résultant de l'automatisation de certains examens biologiques ou radiologiques ;

– l'amélioration de la performance hospitalière, par l'effet des contrats de performance conclus entre l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et les établissements de santé (150 millions d'euros) et par la mise en œuvre d'une rationalisation et d'une mutualisation renforcée des 18 milliards d'euros d'achats effectués chaque année par les hôpitaux (145 millions d'euros) ;

– la poursuite de la convergence tarifaire ciblée est évaluée à 100 millions d'euros d'économies ;

– les incidences de la baisse des tarifs de remboursement des dispositifs médicaux de la liste en sus et le renforcement de la lutte contre la fraude sont évaluées à 55 millions d'euros.

900 millions d'euros d'ajustements de prix et de tarifs sont par ailleurs prévus, anticipant l'amélioration de la productivité dans les domaines suivants :

– radiologie et biologie (200 millions d'euros) ;

– baisse des prix des médicaments sous brevets et du répertoire des génériques ainsi que des dispositifs médicaux (550 millions d'euros) ;

– rapprochements tarifaires de certaines prestations d'hospitalisation entre les secteurs public et privé vers les tarifs les plus bas, prévus à l'article 41 du présent projet de loi (150 millions d'euros).

L'harmonisation et la simplification de la méthode de calcul des indemnités journalières devraient par ailleurs entraîner 220 millions d'euros d'économies.

Enfin, l'article 3 du présent projet de loi plafonne les charges de compensation bilatérale versées par le régime général à certains régimes spéciaux, ce qui permettra au régime général d'économiser 100 millions d'euros.

● *La branche vieillesse*

La détérioration tendancielle du solde de la branche vieillesse par rapport à l'exercice 2011 ne s'élèverait qu'à 540 millions d'euros en 2012, la croissance des

charges (+ 3,9 %) se révélant encore légèrement supérieure à celle des produits (+ 3,6 %). Cette évolution tient principalement à une décélération des prestations en 2012 (+ 4,2 %, contre + 4,8 % en 2011), tandis que les recettes demeurent dynamiques sous l'effet de la montée en charge de la réforme des retraites.

Grâce aux mesures associées au présent projet de loi, le déficit tendanciel serait réduit de près de 900 millions d'euros d'euros, pour s'établir ainsi à un peu moins de 5,8 milliards d'euros. À la différence de 2011, l'amélioration tient quasi exclusivement à celle des recettes, à hauteur de plus de 800 millions d'euros, principalement grâce à l'affectation de la moitié du produit de la majoration du taux des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (665 millions d'euros) et, à un moindre degré, à la part revenant à la branche vieillesse des effets de la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale de cotisations sociales (207 millions d'euros).

- *La branche famille*

Tendanciellement, le solde négatif de la branche famille se dégraderait de 111 millions d'euros en 2012 : la progression des charges nettes se ralentirait (+ 2,9 %), sous l'effet de la fin de la montée en charge du transfert à la CNAF des majorations de pension. La progression de 2,8 % des produits nets rend compte à la fois de la bonne évolution de la CSG mais de la dégradation annoncée du produit de la CSG « au fil de l'eau » sur les contrats multi-supports d'assurance vie, affecté à la branche depuis 2011.

Les mesures nouvelles pour 2012 améliorent de plus de 400 millions d'euros le solde de la branche, au titre quasi exclusif des recettes. Outre les mesures bénéficiant à l'ensemble des branches, une mesure spécifique du projet de loi de financement (article 13) y contribue : l'affectation à la seule branche maladie du produit de l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité.

- *La branche des accidents du travail et des maladies professionnelles*

L'évolution tendancielle aurait conduit la branche à une amélioration de son solde de 116 millions d'euros en 2012.

Les mesures associées au présent projet de loi ne modifient que marginalement cette tendance. L'excédent de la branche ne s'améliorerait finalement qu'à hauteur de 98 millions d'euros : la baisse de la dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (- 25 millions d'euros) et les recettes nouvelles non spécifiques à la branche ne compensent pas l'augmentation du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail, qui passe de 710 millions d'euros à 790 millions d'euros.

*

L'amendement AS 322 de Mme Jacqueline Fraysse n'est pas défendu.

La Commission adopte l'article 25 sans modification.

Article 26

Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le *d* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis [...] pour les organismes concourant au financement de ces régimes* ».

Depuis la dissolution du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) à compter du 1^{er} janvier 2009, le présent article ne porte plus que sur le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Il approuve son tableau d'équilibre, qui est rapproché, ci-après, du tableau d'équilibre pour 2011 tel que révisé par l'article 4 du présent projet de loi. Fondée sur des conventions comptables différentes, l'annexe 8 donne pour sa part des chiffres différents en recettes (18,8 milliards d'euros) et en dépenses (22,5 milliards d'euros), mais pour un solde rigoureusement identique.

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

(en milliards d'euros)

	2011			2012		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
FSV	13,8	17,6	- 3,8	14,2	18,0	- 3,7

Sources : PLFSS 2012

L'évolution tendancielle des comptes pour 2012 prévoyait un déficit accru de 165 millions d'euros, résultant d'une progression des charges nettes (+ 2,3 %) supérieure à celle des produits nets (+ 1,8 %) : la progression des dépenses de prise en charge au titre du minimum vieillesse (fortement revalorisé depuis 2007) et la quasi-disparition des produits de C3S ne seraient pas équilibrés par la bonne tenue des produits de CSG et des recettes nouvelles affectées dans le cadre de la réforme des retraites.

La légère amélioration du déficit tendanciel par rapport à celui attendu pour 2011 tient également au ralentissement de la progression des charges globales, soit + 2,4%. Les dépenses de prestations au titre des majorations de pensions versées aux parents ayant élevé au moins trois enfants ont été progressivement prises en charge par la CNAF et ne pèsent donc plus sur les dépenses nettes. En outre, l'augmentation des prises en charge au titre du minimum vieillesse est encore forte (+ 3,9 %), compte tenu des mesures de revalorisation de cette prestation. En revanche, les prévisions se fondent sur une diminution de 90 000 du nombre des chômeurs, de telle sorte que les prises en charge de cotisations au titre du chômage diminueraient de 1,6 %.

Par rapport au « tendanciel » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le déficit du FSV serait amélioré de 248 millions d'euros, consistant en la quote-part de recettes supplémentaires bénéficiant au fonds au titre de l'harmonisation de l'assiette de la C3S pour le secteur financier, de la réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières et de la modification des règles d'abattement pour frais professionnels sur les assiettes de la CSG et de la CRDS.

FSV – Incidences des mesures nouvelles sur l'équilibre 2012

(en milliards d'euros)

	« Tendanciel » 2012			Mesures nouvelles 2012			Équilibre 2012		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
FSV	14,003	17,994	- 3,991	+ 0,248	-	+ 0,248	14,251	17,994	- 3,743

Source : PLFSS 2012 et rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale

Fin 2012, le déficit cumulé du FSV depuis la précédente reprise de dettes de 2008 atteindra donc 14,8 milliards d'euros. Les déficits pour 2009 et 2010 sont certes inclus dans la reprise de dettes autorisée par la loi de financement pour 2011, de même que les déficits postérieurs à 2011, à l'image de ceux de la branche vieillesse. Votre rapporteur persiste toutefois à penser que prélever, ainsi qu'on le fait depuis 2009, 0,2 point de CSG sur les recettes du FSV pour en affecter le produit à la CADES n'a que pour effet de creuser le déficit du fonds... repris ensuite par la CADES.

*

L'amendement AS 323 de Mme Jacqueline Fraysse n'est pas défendu.

La Commission adopte l'article 26 sans modification.

Article 27

Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de solidarité vieillesse et au Fonds de réserve pour les retraites

Le b du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit* ».

Le présent article fixe donc l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES ainsi que les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et mises en réserve au profit du FSV.

1. L'objectif d'amortissement de la dette sociale

L'objectif d'amortissement pour 2012 est fixé à 11,1 milliards d'euros, en légère baisse par rapport à l'objectif pour 2011 confirmé à l'article 5 (11,4 milliards d'euros).

Ce montant est égal à la différence entre, d'un côté, les produits nets (6,4 milliards d'euros de CRDS, 5,8 milliards d'euros de CSG, 2,1 milliards d'euros provenant du FRR et 1,5 milliard d'euros de prélèvement social sur les revenus de capital), qui s'élèveraient à plus de 15,8 milliards d'euros (+ 4,4 %), et, de l'autre, les frais financiers nets et autres charges s'élevant à 4,7 milliards d'euros (+ 25,2 %).

Fin 2012, l'amortissement cumulé s'élèverait donc à 70,4 milliards d'euros, avec, compte tenu d'un montant de dettes reprises porté à 212,2 milliards d'euros dans le courant de l'année, une situation nette s'élevant à – 141,8 milliards d'euros, en hausse de 1,1 milliard d'euros par rapport à fin 2011.

L'un des effets de la loi organique relative à la gestion de la dette sociale, à l'automne dernier, a été de décaler de quatre années les perspectives d'extinction de la dette. La CADES a élaboré un modèle de gestion « actif-passif » qui lui permet de réaliser des simulations d'amortissement en fonction des paramètres ayant une incidence en la matière, à savoir principalement le rendement de ses ressources, l'évolution des taux d'intérêt et le taux d'inflation. Ces perspectives sont présentées dans l'annexe 8 au présent projet de loi de financement : si l'hypothèse la plus probable demeure celle d'une extinction en 2025, la probabilité que cet objectif soit atteint dès 2023 comme celle qu'il ne le soit qu'en 2027 ne seraient que de 5 %.

À cette échéance, la CADES aura amorti 276 milliards d'euros de dette et versé 86 milliards d'euros d'intérêts. Il faut souligner que la dette sociale est ainsi progressivement détruite : si tel n'était pas le cas, le coût en intérêts s'élèverait à 188 milliards d'euros et le coût total de la dette à 378 milliards d'euros.

2. Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites

Comme en 2011, suite à la réforme des retraites, le FRR n'est affectataire d'aucune recette en 2012. Ses seuls produits seront des produits financiers et l'en-cours de ses actifs lui permettra de continuer à procéder au versement annuel de 2,1 milliards d'euros au profit de la CADES.

3. Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

La réforme des retraites dédie la seconde section du fonds à la prise en charge du financement du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote

à 65 ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés.

Par rapport aux prévisions rectifiées pour 2011 (*cf.* article 5), le montant de ces recettes progresse de 6,2 % pour s'élever à 410 millions d'euros, correspondant au produit de 0,2 point de prélèvement social sur les revenus du capital (233 millions d'euros) et de 0,77 point de forfait social (176 millions d'euros).

*

La Commission adopte l'article 27 sans modification.

Article 28

Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)

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

Depuis la loi de financement pour 2011, cet article, qui figurait jusqu'alors en début de troisième partie, conformément à l'ordre de présentation résultant de l'article L.O. 111-3, a été déplacé après l'ensemble des dispositions relatives aux recettes. Comme dans les précédents projets de loi de financement, le rapport requis par les dispositions organiques susmentionnées est présenté en annexe B au projet de loi.

Son contenu reste inchangé, décrivant les hypothèses sous-tendant les prévisions, puis l'évolution des finances sociales à l'horizon 2015, et se concluant sur un ensemble de tableaux regroupant les prévisions de recettes et de dépenses à cet horizon pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, pour le régime général et pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base – certainement l'un des éléments qui, chaque année, donne le plus à réfléchir dans le projet de loi de financement.

Comme les années précédentes, les hypothèses, qui sont également celles associées au projet de loi de finances initiale et détaillées dans le rapport

économique, social et financier, demeurent raisonnablement optimistes : indépendamment des incertitudes pesant sur 2012, un rythme de croisière de 2 % pour la croissance de 2013 à 2015, s'il n'est pas irréaliste et s'il est inférieur à la progression affichée en loi de financement pour 2011, tant initiale que rectificative (+ 2,5 %), qui résultait de la loi de programmation des finances publiques 2011-2014, se situe néanmoins dans la fourchette haute des résultats enregistrés depuis une décennie. Dès lors, la progression attendue de la masse salariale (+ 4 % sur la même période), principal déterminant de l'évolution des recettes des régimes de sécurité sociale, est soutenue mais postule une bonne corrélation entre la croissance, d'une part, et l'emploi et les salaires, de l'autre. C'est seulement à ce prix qu'il pourra être procédé au basculement de cotisations de l'assurance chômage vers l'assurance vieillesse prévu dans le cadre de la réforme des retraites.

Le taux d'inflation retenu est de 1,75 % et la volonté de contenir les dépenses d'assurance maladie se traduit par un ONDAM demeurant fixé, comme en 2012, à 2,8 %. L'évolution tendancielle des dépenses de soins, compte tenu notamment du vieillissement de la population, étant de plus de 4 % par an, cela suppose, comme au cours des années passées, de réaliser chaque année un effort d'économie de plus de 2 milliards d'euros.

Les perspectives tracées par l'annexe B s'inscrivent bien évidemment dans le programme de stabilité de la France, qui vise à ramener l'ensemble des déficits publics à 2 % du PIB en 2014, mais elles traduisent le redoutable effet que la Cour des comptes avait pertinemment annoncé dès le début de la crise économique : s'il suffit d'un exercice pour creuser significativement le déficit, le retour à l'équilibre n'est que progressif et nécessite plusieurs exercices, durant lesquels les déficits s'accumulent.

Si le rapport est particulièrement disert sur les branches maladie et vieillesse, il faut regretter que comme en loi de financement initiale et en loi de financement rectificative pour 2011, il ne consacre en revanche aucun développement spécifique à la branche famille.

Pour le régime général et le FSV, la projection pluriannuelle associée à la loi de financement rectificative faisait apparaître un déficit global de 140,8 milliards d'euros pour la période 2009-2014. La prévision pour la même période présentée dans le cadre du présent projet de loi situe toujours le déficit à un niveau élevé, mais en net recul, soit 122,4 milliards d'euros. La situation de la branche maladie est celle qui s'améliorerait le plus, puisque son déficit, sur la période considérée, ne serait plus de 58,6 milliards d'euros mais de 46,7 milliards d'euros. La situation de la branche vieillesse se redresse de façon moins nette, dans la mesure où les effets de la réforme des retraites étaient déjà inclus dans les projections associées à la loi de financement pour 2011 : le solde 2009-2014 serait toutefois en léger en recul (- 39,4 milliards d'euros au lieu de - 45 milliards d'euros), mais le déficit du FSV demeurerait inchangé, de l'ordre de 21 milliards d'euros. De même, les déficits cumulés de la branche famille évoluent peu, puisqu'ils se situeraient à 14,3 milliards d'euros au lieu de 15,5 milliards d'euros.

Si le sort des dettes futures de la branche vieillesse du régime général et du FSV peut déjà être considéré comme réglé à l'horizon 2018, pour peu qu'il se tienne dans les limites fixées à l'occasion de la modification apportée à l'automne dernier à la loi organique de 2005, tel n'est pas le cas, à compter de 2012, de celle des deux autres branches à présenter un solde prévisionnel déficitaire. Pour ce qui est de la branche maladie, le besoin de financement 2012-2015 s'élèverait à 17,4 milliards d'euros pour le seul régime général ; pour la branche famille, le déficit serait de 9 milliards d'euros. À ces 26,4 milliards d'euros, fin 2015, il faudra sans doute inclure dans la dette sociale un peu moins de 1 milliard d'euros par an correspondant au déficit de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles. C'est donc, à cette échéance, une nouvelle reprise de dette de l'ordre de 30 milliards d'euros qui se présente à nous. Indépendamment des frais consécutifs au portage durant ces quatre années, essentiellement par l'ACOSS, dans des conditions de taux d'intérêt qui pourront difficilement être plus favorables que dans la période actuelle, le coût de l'amortissement d'une telle somme à l'horizon 2025, si l'on fait alors preuve de davantage de vertu qu'en 2010 et qu'on exclut donc de prolonger la durée de vie la CADES, est connu, se situant entre 0,2 et 0,3 point de CRDS.

*

Les amendements AS 61 de Mme Anny Poursinoff et AS 324 de Mme Jacqueline Fraysse ne sont pas défendus.

La Commission est saisie de l'amendement AS 248 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean Mallot. Avec l'article 28, il est demandé à la représentation nationale d'approuver l'annexe B, pierre angulaire d'un projet de loi auquel nous sommes opposés. C'est pourquoi notre amendement tend à supprimer l'article.

Notre désaccord porte aussi bien sur les hypothèses économiques que sur les orientations retenues pour réduire les déficits, puisque, malgré la règle d'or que vous ne cessez d'invoquer, ces derniers perdureront au-delà de 2015, et ce à des hauteurs considérables.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. On a le sentiment que vous ne souhaitez pas que notre pays atteigne la croissance nécessaire au rétablissement de ses comptes. Les prévisions du Gouvernement ont été ramenées à un niveau qui a paru réaliste. Tout dépendra de l'issue de la crise de l'euro : si les Européens parviennent à en sortir, la croissance reviendra avec la confiance ; dans le cas contraire, la confiance peut effectivement être minée. Le souhaiter serait toutefois un bien mauvais calcul.

M. Jean Mallot. Cette provocation étant grossière, nous n'y répondrons pas.

La Commission rejette l'amendement AS 248.

Puis elle adopte l'article 28 sans modification.

Section 3

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

Article 29

(art. L. 131-6, L. 131-6-1, L. 131-6-2 [nouveau], L. 131-6-3, L. 133-6-2, L. 133-6-8, L. 136-3, L. 242-11, L. 612-4, L. 612-5, L. 613-1, L. 633-10, L. 635-1, L. 635-5, L. 642-1, L. 642-2, L. 652-6, L. 722-4, L. 723-5, L. 723-15 et L. 756-15 du code de la sécurité sociale)

Simplification des règles applicables à la détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales acquittées par les travailleurs indépendants et à la régularisation de leurs versements

Le présent article regroupe un ensemble de dispositions tendant à améliorer et à simplifier les modalités de détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales acquittées par les indépendants, à la fois en alignant l'assiette sociale sur l'assiette fiscale et en adaptant le régime des assiettes forfaitaires. Il comporte également un volet permettant d'accélérer le processus de régularisation des versements afin de tenir compte de la situation économique des redevables.

1. L'alignement sur l'assiette fiscale

L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale prévoit que les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants sont calculées sur la base du revenu pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu, mais ces dispositions n'ont pas toujours été coordonnées avec l'évolution de la législation fiscale, qui a fait bénéficier les travailleurs indépendants d'abattements ou d'exonérations qui n'ont pas systématiquement été introduits dans le code de la sécurité sociale. L'incohérence des assiettes est d'autant plus problématique que dans certains cas, les mesures d'abattement fiscal ont leur pendant en matière sociale sous la forme d'une exonération, ce qui impose de réintégrer ces exemptions.

La définition de l'assiette des cotisations sociales est donc précisée afin de viser explicitement le revenu tiré de l'activité professionnelle tel qu'il est pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant application des exonérations et abattements fiscaux. La rédaction sécurise pour l'avenir l'assiette des cotisations sans remettre en cause les exonérations en vigueur.

Le **1° du I** modifie donc l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, qui disposera désormais que les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur le « revenu d'activité » (et non plus le revenu professionnel) non salarié. Il est ensuite précisé que ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des

exonérations et du coefficient multiplicateur de 1,25 mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts, et que les primes et cotisations versées au titre des contrats d'assurance groupe ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94--126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Le **2° du I** envisage le cas des entrepreneurs individuels à responsabilité limitée (articles L. 526-1 et suivants du code de commerce), qui sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés : le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des produits des actions et parts sociales qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède le montant du bénéfice net tel que défini par le code général des impôts si ce dernier montant est supérieur.

Le **2° du IX** complète la liste des personnes obligatoirement affiliées au Régime social des indépendants par la mention de celles exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel, à l'exclusion de celles occupées pour les activités ou dans les exploitations, entreprises ou établissements mentionnés à l'article L. 722-1 du code rural.

En effet, selon les indications fournies à votre rapporteur par le Gouvernement, *« l'obligation d'affiliation des loueurs en meublés s'impose actuellement dès lors qu'ils sont immatriculés au registre du commerce. Or, la définition d'activité professionnelle n'est pas systématiquement reconnue aux indépendants qui souhaitent s'immatriculer au registre du commerce alors que la législation fiscale les y autorise au-delà d'un seuil de 23 000 euros de revenus. Le présent alinéa sécurise l'affiliation de ces indépendants auprès des organismes sociaux en se référant à la qualification fiscale des revenus professionnels des loueurs en meublé. »*

2. Les assiettes forfaitaires

Afin d'être en mesure d'adapter les assiettes forfaitaires provisoires à la situation des cotisants, le présent article assouplit les modalités de leur fixation. Par ailleurs, les cotisations forfaitaires définitives pour les plus bas revenus, dites cotisations minimales, sont toujours prévues, mais leur indexation harmonisée avec les autres.

Le **III** prévoit ainsi que lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire. Le cotisant est redevable d'une pénalité calculée en fonction des cotisations finalement dues. Un décret détermine la base majorée ainsi que la base forfaitaire et précise les modalités de calcul et d'application de la pénalité susmentionnée.

Le **b du 1° du VIII** et le **b du 1° du X** prévoient les cotisations et contributions minimales, dont l'indexation relève du pouvoir réglementaire. Dans ses réponses à votre rapporteur, le Gouvernement indique que « les décrets qui paraîtront adopteront une solution cohérente avec les autres bases forfaitaires et les bases de début d'activité pour l'ensemble des régimes.

3. La régularisation des versements

Enfin, l'échéancier du recouvrement est rendu plus flexible, afin de mieux tenir compte de la situation des travailleurs indépendants. La possibilité de modifier les versements en raison de problèmes de trésorerie est élargie et les pénalités aujourd'hui prévues allégées dans les cas où le cotisant est de bonne foi.

C'est pourquoi le **III** introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 131-6-2 qui prévoit le versement annuel des cotisations et leur calcul, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret.

Lorsque le revenu d'activité est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation. Le mécanisme permettant, sur demande du cotisant, de calculer les cotisations provisionnelles sur la base du dernier revenu d'activité connu ou sur la base du revenu estimé de l'année en cours sont maintenues. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession de l'assuré au moment de sa demande justifiaient son estimation.

La possibilité de régulariser l'année précédente dès le revenu fiscal connu est établie et assortie d'un mécanisme incitatif est également ouverte. Le **1° du IV** introduit la notion de « déclaration par anticipation », qui se substitue à la « déclaration préalable ». Le **2° du IV** prévoit que lorsque le travailleur indépendant effectue une déclaration par anticipation, la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale est également effectuée par anticipation. Un montant forfaitaire, fixé par décret, pourra être servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui verse par anticipation le montant des sommes dues.

Le **3° du VI** applique ces dispositions au titre de la CSG, par référence à celles applicables aux cotisations sociales.

Enfin, le **3° du I**, le **II**, le **V**, les **1°, 2° et 4° du VI**, le **VII**, le **a du 1°** et le **2° du VIII**, le **1° du IX** et les **X à XIX** procèdent aux coordinations, toilettages et aménagements rédactionnels requis dans le code de la sécurité sociale en conséquence de l'ensemble des modifications introduites par le présent article.

La Commission examine l'amendement AS 212 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Dans son rapport sur la simplification du droit et l'allègement des démarches administratives, Jean-Luc Warsmann préconisait de simplifier les modalités de calcul des cotisations dues par les créateurs d'entreprises en unifiant les assiettes minimales forfaitaires. L'article 29 renvoie ce point à un décret d'application sans prévoir d'étude d'impact. Le présent amendement vise donc à imposer, en amont, une consultation des organisations professionnelles concernées.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement AS 212.*

Elle examine ensuite l'amendement AS 211 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement, similaire au précédent, porte sur l'alinéa 14 de l'article.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement AS 211.*

*Elle **adopte** ensuite l'amendement AS 448, de coordination, de M. Yves Bur, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 29 **modifié**.*

Après l'article 29

La Commission est saisie de l'amendement AS 152 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Pour une année donnée, les cotisations sociales des travailleurs indépendants font l'objet d'appels de cotisations provisionnelles dont la régularisation n'intervient qu'à la fin de l'année suivante. Ce décalage occasionne souvent des incompréhensions. L'amendement tend à y remédier ; pour tenir compte du délai d'adaptation du système informatique, nous proposons de différer l'entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2012.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable : cet amendement me semble déjà satisfait par l'article 29.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 152.*

Article 30

(art. L. 133-5-4 [nouveau] et L. 244-3 du code de la sécurité sociale)

Articulation de la déclaration annuelle des données sociales et de la déclaration sociale nominative

Le présent article confère une consécration législative à la déclaration annuelle des données sociales, dans l'objectif d'en étendre l'utilisation et d'assurer la cohérence de l'ordre juridique applicable aux déclarations sociales et à leur dématérialisation.

1. La déclaration annuelle des données sociales

Créée par le décret n° 85-1343 du 16 décembre 1985 (article R. 242-14 du code de la sécurité sociale), la déclaration annuelle des données sociales (DADS) doit être souscrite au plus tard le 31 janvier de chaque année par les employeurs, y compris ceux du secteur public pour leurs agents (hormis les agents non détachés relevant de la fonction publique d'État) et à l'exception des particuliers employant des salariés à leur service. Elle précise les sommes perçues par chaque salarié au cours de l'année civile écoulée et les cotisations versées.

La déclaration est effectuée soit via le site Internet *net-entreprise.fr*, si l'entreprise dispose d'un logiciel de paye à la norme DADS-U, soit via le site *e-ventail.fr* (saisie en ligne). Cette procédure informatique est obligatoire pour le déclarant qui a souscrit au cours de l'année précédente une déclaration comportant au moins 200 bénéficiaires ainsi que lorsque l'employeur a versé certaines sommes. Les autres employeurs – en pratique, environ 1 % seulement – peuvent utiliser un imprimé commun aux services des impôts et aux organismes de sécurité sociale.

La DADS est accompagnée d'un tableau récapitulatif (TR) faisant la synthèse des bordereaux récapitulatifs des cotisations (BRC) de la période. On rappellera qu'en application de l'article R. 243-13 du code de la sécurité sociale, les employeurs sont tenus d'adresser un BRC à l'organisme de recouvrement lors de chaque versement, le cas échéant par le biais de la déclaration unifiée des cotisations sociales (DUCS). Le tableau récapitulatif fait apparaître au besoin le versement de régularisation à effecteur. Il mentionne également l'effectif global de l'entreprise au 31 décembre ainsi que l'effectif annuel moyen, ce qui permet notamment de déterminer l'assujettissement à la cotisation supplémentaire au Fonds national d'aide au logement (FNAL). Comme la DADS, il a vocation à être déclaré sous forme dématérialisée.

Souscrite par plus de 2 millions d'établissements et pour 16 millions de salariés auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse au titre de l'année 2010, la DADS constitue donc la clef de voûte du système déclaratif fiscal-social. En effet, comme le rappelle l'étude d'impact, « elle permet de

détailler les éléments sur lesquels sont calculées les cotisations, de reporter les droits des salariés au compte d'assurance vieillesse, de déterminer leurs droits aux prestations de l'assurance maladie et elle regroupe de nombreuses déclarations des employeurs. Elle autorise en outre le préremplissage des déclarations fiscales et la réalisation de statistiques permettant d'orienter les politiques publiques.» Ces données sont ensuite transmises à dix-neuf administrations et organismes de protection sociale dans le cadre du système dit de transfert des données sociales.

Le fait que les dispositions régissant la DADS soient d'ordre réglementaires limite de nouveaux usages, notamment en matière de recouvrement pour le compte d'autres administrations, comme de nouveaux projets l'envisagent, tel celui de la déclaration sociale nominative (DSN) qui, à terme, englobera la DADS (mais aussi les déclarations périodiques de cotisations en cours d'année et les déclarations de contributions dues auprès d'autres organismes que les URSSAF). Cette fusion dans la DSN permettra donc de satisfaire des besoins plus larges, tel que le recouvrement de sommes dues par les employeurs à d'autres organismes ou administrations que les URSSAF.

La DSN renvoie également à la proposition de loi de simplification que notre Assemblée vient d'adopter en première lecture, et plus particulièrement à son article 30, dont l'objectif est de réduire, en deux étapes (1^{er} janvier 2013 et 1^{er} janvier 2016), le nombre de déclarations sociales tant périodiques que ponctuelles effectuées par les employeurs auprès des organismes de protection sociale.

Dans une première étape, qui débutera le 1^{er} janvier 2013 et s'achèvera le 31 décembre 2015, les employeurs de personnel salarié ou assimilé, à l'exclusion des personnels de maison, pourront sur la base du volontariat adresser chaque mois à un organisme unique – lequel pourra être différent pour certaines catégories spécifiques, comme les employeurs agricoles – le montant des rémunérations versées au cours du mois précédent à chaque salarié ainsi que les mouvements individuels relatifs à l'arrivée ou au départ d'un salarié, afin de supprimer les 7 millions de déclarations de salaires remplies chaque année pour les indemnités journalières et les attestations d'employeur destinées à Pôle emploi.

Une fois adressées par l'employeur à cet organisme unique, ces données seront transmises en tout ou partie, soit à leur demande, soit de manière systématique, aux caisses d'assurance maladie et à Pôle emploi, mais également aux organismes versant des prestations familiales sous conditions de ressources (caisses d'allocations familiales et caisses locales de la mutualité sociale agricole), aux organismes chargés du recouvrement des cotisations sociales et des contributions chômage (URSSAF et caisses générales de sécurité sociale, Pôle emploi), aux organismes de retraite et de prévoyance complémentaire, aux caisses assurant le service des congés payés ainsi qu'aux services de l'État.

Cette première phase permettra une mise en œuvre progressive de la déclaration sociale nominative, limitée aux déclarations de salaires pour les indemnités journalières et les attestations d'employeur destinées à Pôle emploi. La seconde phase, qui débutera le 1^{er} janvier 2016, confèrera à la DSN un caractère obligatoire et non plus facultatif pour les employeurs. Elle se substituera à la DADS, à la déclaration automatisée des données sociales unifiée (DADS-U), aux DUCS, aux déclarations de cotisations auprès des caisses de la MSA, aux déclarations mensuelles obligatoires des mouvements de main-d'œuvre (DMMO) ainsi qu'à la déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH).

Par ailleurs, l'article 37 de cette même proposition de loi introduit des obligations en matière de dématérialisation, ayant une vocation générale à s'appliquer aux déclarations de cotisations, y compris les déclarations de régularisation. Suite à une initiative présentée par M. Dominique Dord, rapporteur pour avis de ce texte au nom de notre commission des affaires sociales, ces obligations s'étendent même au tableau récapitulatif.

2. La consécration législative de la déclaration annuelle des données sociales

Insérant un nouvel article L. 133-5-4 dans le code de la sécurité sociale, le **B du I** confère une consécration législative aux dispositions réglementaires qui régissaient jusqu'alors la DADS. Il est en outre expressément prévu qu'elle se substitue aux déclarations annuelles destinées aux URSSAF et aux caisses générales de sécurité sociale, à la déclaration des salariés, à la DMMO ainsi qu'aux déclarations instituées par voie réglementaire dont la liste sera fixée par décret. Ce décret fixera également la liste des données autres que les rémunérations devant figurer dans la déclaration.

Le II du nouvel article L. 133-5-4 pose le principe de la transmission électronique de la DADS. L'étude d'impact indique que la norme d'échanges informatique retenue aurait également vocation à servir pour d'autres déclarations dans le cadre de la démarche de simplification. Le III adapte les dispositions de l'article R. 243-10 du code de la sécurité sociale relatives à la régularisation des éléments déjà déclarés au titre d'une année civile au regard de ceux devant figurer sur la DADS : l'employeur doit adresser une déclaration de régularisation accompagnée, le cas échéant, du versement complémentaire de cotisations et contributions.

Le IV du nouvel article L. 133-5-4 sanctionne le défaut de production de ces déclarations dans les délais prescrits, l'omission de données devant y figurer ou l'inexactitude des données déclarées, selon des modalités plus sévères que celles actuellement prévues à l'article R. 243-16 : de 7,50 euros par salarié, le total des pénalités ne pouvant excéder 750 euros par bordereau ou déclaration, le montant passe à 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale (soit 46 euros), au titre de chaque salarié ou assimilé pour lequel est constaté le défaut de déclaration,

l'omission ou l'inexactitude. En conséquence, le **II** du présent article étend à l'ensemble des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales la procédure de mise en recouvrement des pénalités de retard appliquées, en cas de production tardive ou de défaut de production, jusqu'alors aux seuls bordereaux récapitulatifs de cotisations (BRC).

Enfin, le **A du I** procède à une coordination dans l'intitulé du chapitre correspondant du code de la sécurité sociale. Il convient de relever que la rédaction de l'article 37 de la proposition de loi de simplification susmentionnée, modifiant l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale, fait déjà référence au futur article L. 133-5-4 : en effet, les entreprises ou les établissements d'une même entreprise, redevables de cotisations, contributions et taxes pour un montant supérieur à 100 000 euros au titre d'une année civile à compter du 1^{er} janvier 2012 et de 50 000 euros à compter du 1^{er} janvier 2013, seront tenus d'effectuer leurs déclarations sociales, au titre des sommes dont ils sont redevables l'année suivante, par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-4.

Le **III** prévoit que le dispositif introduit par le présent article s'appliquera à compter des rémunérations versées au cours de l'année 2012, sauf pour tout ou partie des employeurs de personnels relevant des régimes spéciaux, pour lesquels un décret pourra en reporter l'application au plus tard à 2015. En effet, l'obligation d'effectuer une DADS ne pèse actuellement que sur les employeurs dont le personnel relève du régime général de sécurité sociale, ainsi qu'il résulte de l'article R. 243-14 du code de la sécurité sociale et, de façon plus explicite, de l'article 39 B de l'annexe III du code général des impôts.

La grande majorité des employeurs relevant de régimes spéciaux de retraite réalisent déjà volontairement des DADS pour leur personnel (SNCF, Industries électriques et gazières sauf EDF, ...), en lieu et place de déclarations bilatérales. Il apparaît de l'intérêt de ces employeurs comme des administrations et organismes destinataires de généraliser l'usage de la DADS. C'est pourquoi cette faculté de mettre en œuvre de manière différée l'obligation d'accomplir une DADS pour les employeurs dont le personnel relève de régimes spéciaux est prévue.

*

La Commission adopte l'article 30 sans modification.

Article additionnel après l'article 30

Simplification du paiement des cotisations et contributions sociales pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap

La Commission est saisie de l'amendement AS 449 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement vise à simplifier le paiement des cotisations et contributions sociales pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap, lorsque les départements versent ces prestations sous forme de chèques emploi-service universels préfinancés.

La Commission adopte l'amendement AS 449.

Article 31

(art. L. 13-3, L. 139-4 et L.139-5 [nouveaux] du code de la sécurité sociale)

Encadrement de la politique d'emprunt et de placement des organismes de sécurité sociale

Le présent article vise à mettre en place des règles prudentielles encadrant la politique d'emprunt et de placement des organismes de sécurité sociale.

1. La politique d'emprunt et de placement des organismes de sécurité sociale

a) Le recours à l'emprunt et aux placements

Le recours à l'emprunt permet aux organismes et aux régimes de sécurité sociale de couvrir deux besoins principaux :

– il permet de financer l'amortissement de la dette sociale par l'organisme spécifiquement financier qu'est la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), *via* un grand nombre d'instruments financiers plus ou moins complexes nécessaires à une gestion active de la dette ;

– il permet de financer les besoins de trésorerie des régimes et organismes autorisés à recourir à des ressources non permanentes par la loi de financement de la sécurité sociale jusqu'à un certain plafond. Néanmoins la loi de financement n'apporte aucune précision quant aux modalités pratiques du recours à ces ressources, portant par exemple sur la nature des contrats d'emprunts ou les sources de financement et leur diversification.

En outre, les placements financiers des organismes de sécurité sociale répondent à deux principaux enjeux, selon la durée de ces placements dans le temps.

À court terme (placements ayant un terme inférieur ou égal à un exercice), il s'agit de faire fructifier des excédents ponctuels de trésorerie, ce qui nécessite de trouver un placement sûr et liquide, susceptible d'être revendu ou acheté à tout moment selon les besoins de trésorerie, afin d'augmenter le résultat financier de l'exercice ou, dans le cas de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de financer de nouvelles missions avec le produit de ces placements.

Le but des placements à long terme (dont le terme est supérieur à un exercice) est de rechercher une forme de performance financière afin de créer des réserves pour l'avenir en faisant fructifier les ressources disponibles sur les marchés financiers, comme l'illustrent les exemples du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) ou le régime d'assurance vieillesse des professions libérales.

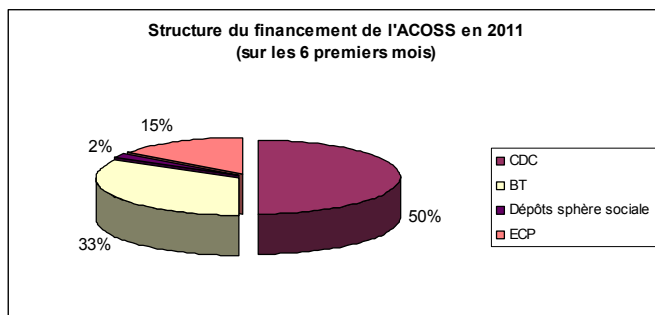
b) Le cas particulier de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Outre le fait de pouvoir recourir à l'emprunt, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a pour particularité de pouvoir émettre des titres de créances négociables (TCN) afin d'assurer la couverture de besoins de financement fortement accrus ces dernières années.

Pour mémoire, les titres de créances négociables sont des titres émis au gré de l'émetteur, négociables sur un marché réglementé et correspondant à un droit de créance pour une durée déterminée et comprise entre un jour et sept ans. Ils constituent un dépôt à terme, représenté par une remise de fond par le souscripteur ouvrant droit à un remboursement à l'échéance convenue. Un titre de créances négociable a un montant nominal élevé (c'est-à-dire supérieur à 150 000 euros). Un programme d'émission de titres doit faire l'objet d'un accord préalable de la Banque de France.

Ainsi, les outils de financement de l'agence ont été diversifiés : en plus des avances de trésorerie et des prêts contractés auprès de la Caisse des dépôts et consignations (dans les conditions définies par une convention bancaire pluriannuelle renouvelée en 2010 et portant sur la période 2011-2014), l'agence recourt pour emprunter à deux types de titres de créances négociables : des billets de trésorerie (BT) depuis 2007, d'une part, et des émissions de *Euro Commercial Paper* depuis 2010, d'autre part.

En application de l'article 38 de la loi de financement pour 2007, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 213-3 du code monétaire et financier, l'ACOSS est autorisée à émettre des billets de trésorerie. Cette diversification visait notamment à permettre à l'agence, en fonction de la situation des marchés, de réduire les coûts de financement de ses besoins de trésorerie. En conséquence de la forte augmentation des besoins de trésorerie de l'ACOSS en 2010, ces billets sont devenus un instrument incontournable de son financement, représentant en 2011 à peu près un tiers de celui-ci sur les six premiers mois.



Source: ACOSS/DSS

Comme pour tous les émetteurs français de titres de créances négociables, le programme de billets de trésorerie de l'ACOSS est encadré par la Banque de France. Les émissions de l'ACOSS, notées « P-1 » par l'agence Moody's, « F1+ » par l'agence FitchRatings et « A-1+ » par l'agence Standard & Poor's (soit la meilleure note pour chacune des agences), sont perçues comme quasi équivalentes à celles de l'État ou de la CADES.

La Caisse des dépôts et consignations assure le *back-office* (la partie administrative de la transaction) de l'émission des billets de trésorerie, tandis que plusieurs établissements financiers (Société générale, CALYON, BNP Paribas) assurent leurs placements auprès des investisseurs privés. L'écart de taux entre les billets de l'ACOSS et les bons du Trésor varie entre 10 et 30 points de base suivant les maturités et les conditions de marché.

Depuis le début de l'année 2011, les billets de trésorerie émis sur les marchés financiers ont représenté près de 14 % du total des financements de l'ACOSS. La demande des investisseurs pour les billets de trésorerie ACOSS est restée forte, pour des maturités allant de quelques jours à trois mois et plus.

De plus, conformément à sa feuille de route du 4 mars 2010, l'ACOSS a ouvert un programme *d'euro commercial paper* d'un montant maximal de 20 milliards d'euros en toute devise de pays de l'OCDE, avec l'assistance technique de l'Agence France Trésor (AFT). Ce programme a été officiellement lancé sur les marchés le 23 juillet 2010. Il bénéficie de la meilleure notation court terme de la part des agences de notation Moody's (P-1), S&P (A-1+) et Fitch (F1+).

Compte tenu du moindre besoin de financement de l'ACOSS en 2011, le programme d'émission de papier commercial a connu une diminution progressive de son encours depuis le début de l'année, passant de plus de 7 milliards d'euros à fin 2010 à 2 milliards d'euros au 1^{er} juin 2011, pour se stabiliser depuis autour de 500 millions d'euros. Le taux moyen pondéré du programme des émissions s'établit depuis le début de l'année 2011 à 0,672 % pour une maturité moyenne de 71 jours.

Le recours à ces instruments financiers n'exclut pas que l'ACOSS place des billets de trésorerie auprès d'autres acteurs publics :

– dans le cadre de la nouvelle reprise de dette, la CADES a ainsi pu ponctuellement procéder à des achats de billets de trésorerie ACOSS permettant ainsi de consolider la dette sociale pendant les périodes de levée de fonds sur les marchés financiers ;

– de même, l'Agence France Trésor a pu ponctuellement acheter jusqu'à 5 milliards d'euros de billets de trésorerie depuis 2008. Entre janvier et avril 2011, l'encours de billets de trésorerie ACOSS qu'elle a souscrit a pu atteindre 2,5 milliards d'euros sur une courte période.

De plus, les efforts de mutualisation des trésoreries sociales conduisent depuis la fin 2008 à l'achat de billets de trésorerie ACOSS par différents acteurs de la sphère sociale qui enregistrent des excédents de trésorerie. Ainsi, la CNSA, les régimes complémentaires du RSI, ou encore les excédents de trésorerie saisonniers lors du recouvrement de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S), ont pu participer depuis trois ans au financement des besoins de trésorerie de l'ACOSS.

Depuis le début de l'année 2011, les trésoreries sociales ont ainsi représenté plus de 20 % du volume total des financements de l'ACOSS. En plus de l'achat de billets de trésorerie, les acteurs de la sphère sociale enregistrant des excédents de trésorerie peuvent également réaliser des dépôts auprès de l'ACOSS, contre rémunération. En effet, l'article 33 de la loi de financement pour 2009, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 225-1-3 du code de la sécurité sociale, autorise les régimes obligatoires de base autres que le régime général et divers organismes et fonds du champ social à déposer tout ou partie de leurs disponibilités auprès de l'ACOSS contre rémunération.

2. L'adoption de règles prudentielles

Le présent article comprend trois mesures encadrant le recours à l'emprunt ainsi qu'aux placements financiers des régimes et organismes de sécurité sociale et instaurant un audit de liquidité de l'ACOSS.

Selon l'évaluation préalable jointe au présent article, celui-ci vise à tirer les conséquences de la crise financière qui a démontré la réalité des risques qui peuvent être encourus par des organismes publics lors du recours aux marchés financiers, à cause, entre autres, de la complexité des produits proposés sur ces marchés. La meilleure illustration en est la situation financière alarmante de certaines collectivités locales et de certains établissements hospitaliers ayant contracté des emprunts « structurés » dits « toxiques ».

a) L'encadrement du recours à l'emprunt

Le nouvel **article L. 139-3** inséré au sein du code de la sécurité sociale fixe les règles encadrant le recours à l'emprunt par les régimes et organismes de sécurité sociale.

Ainsi, les régimes et organismes de sécurité sociale autorisés à mobiliser des ressources non permanentes en application de la loi de financement de la sécurité sociale devront se financer auprès d'un établissement de crédit agréé dans un État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.

De plus, les régimes ou organismes devront communiquer pour approbation, lorsqu'ils contracteront un emprunt auprès d'un établissement de crédit agréé, leurs projets de conventions bancaires réglant les modalités pratiques de cet emprunt aux ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.

Par ailleurs, cet article prévoit une dérogation pour l'ACOSS : compte tenu du montant des besoins de trésorerie du régime général, celle-ci est confirmée dans son droit, résultant de l'article L. 213-3 du code monétaire et financier (qui établit la liste des entités habilitées à émettre des titres de créances négociables), à émettre des TCN sur les marchés, dans les mêmes conditions de durée que les emprunts, c'est-à-dire dans la limite de douze mois ; l'article prévoit néanmoins une approbation annuelle du programme d'émission de l'agence par ses ministres de tutelle.

b) L'encadrement des placements financiers

Le nouvel **article L. 139-4** inséré au sein du code de la sécurité sociale vise à limiter le placement des disponibilités issues d'excédents de trésorerie des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement (FSV) ainsi que des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'ONDAM (CNSA) à des « *actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisibles de ces disponibilités* ».

Il s'agit là d'interdire les stratégies opportunistes d'achat et de vente d'actifs de maturité longue avec des excédents de trésorerie ponctuels, cela afin de rendre impossible tout risque de perte de capital ou la création artificielle de besoins de trésorerie supplémentaire.

c) L'audit de liquidité de l'ACOSS

Le nouvel **article L. 139-5** inséré au sein du code de la sécurité sociale prévoit l'obligation annuelle de conduire un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité, c'est-à-dire le risque de ne pas pouvoir vendre à son prix un titre financier, ce qui peut se traduire soit par une impossibilité effective de vendre l'actif, soit par une décote dite d'« illiquidité », « *notamment dans le cadre de ses opérations d'émissions de titres de créances négociables et de placements de ses excédents* ».

Ce dispositif s'inspire de celui auquel est soumis l'État en application du III de l'article 113 de la loi de finances rectificative pour 2004, qui a instauré l'obligation annuelle pour l'État de transmettre au Parlement un compte rendu annuel d'un audit contractuel portant sur les états financiers de son compte de commerce.

Pour mémoire, il faut distinguer l'audit contractuel de l'audit légal. L'audit légal est une obligation prévue par la loi n° 84-148 du 1^{er} mars 1984 relative à la prévention et au règlement amiable des difficultés des entreprises, à la charge des établissements publics à caractère industriel et commercial, des sociétés anonymes, des sociétés à responsabilité limitée et des sociétés par action. Il peut être récurrent ou ponctuel.

L'audit contractuel est confié au professionnel par toute personne habilitée ou ayant un intérêt dans l'entité concernée. Les termes et l'étendue de l'audit contractuel sont définis par les parties, à savoir le commanditaire et le professionnel chargé de l'audit, dans le cadre d'un contrat de gré à gré (lettre de mission).

L'ACOSS dispose déjà en interne d'une gestion des risques financiers, incluant les émissions de titres de créance négociables. Cependant l'importance et la diversification des opérations financières depuis 2010 l'ont conduite à accroître ce dispositif de contrôle des risques. Cette préoccupation est ainsi retenue dans la convention bancaire signée entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations pour la période 2011-2014, qui stipule dans son préambule que « *l'ACOSS est soumise, dans les conditions définies par la loi ou, à défaut, par instruction de ses ministres de tutelle, à un audit visant à la mise en place d'un dispositif de gestion et de limitation de ses risques de liquidité conforme aux meilleures pratiques de place, qu'il s'agisse du risque de contrepartie ou des risques opérationnels* ». Un premier audit de gestion du risque de liquidité devrait ainsi être conduit en application de cette convention d'ici à la fin de l'année 2011.

*

*La Commission **adopte** les amendements de précision AS 383 et AS 384 de M. Yves Bur, rapporteur.*

L'amendement AS 78 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

*Elle **adopte** ensuite l'article 31 **modifié**.*

Article additionnel après l'article 31

Faculté d'examen par la Cour des comptes de certaines opérations effectuées par des régimes et organismes dont les comptes sont par ailleurs certifiés par un commissaire aux comptes

La Commission est saisie de l'amendement AS 450 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement répond à une demande de la Cour des comptes.

La Commission adopte l'amendement AS 450.

Article 32

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

En vertu du e du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources* ». Le présent article porte donc habilitation de certains régimes et organismes à recourir à des ressources non permanentes.

Comme les articles 33 et 47 des lois de financement pour 2010 et pour 2011, le présent article autorise huit régimes ou organismes à recourir à des ressources non permanentes : régime général, régimes des exploitants agricoles (CCMSA), Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE), Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF et Caisse de retraite du personnel de la RATP.

C'est ici la traduction en termes de financement des conséquences des tableaux d'équilibre pour 2012 approuvés aux articles 24 et 25 du présent projet de loi. Par ailleurs, comme dans les deux précédents projets de loi de financement, l'annexe 9B s'attache à présenter l'évolution du profil de trésorerie du Régime social des indépendants (RSI), qui ne bénéficie pourtant pas d'habilitation à recourir à des ressources non permanentes : cette information est justifiée par « *l'importance de ce régime et de ses relations avec les autres organismes de sécurité sociale* ».

Comme de coutume, la notion de besoin de trésorerie ne doit pas être confondue avec celle de besoin de financement, qui s'apprécie non au jour le jour, mais sur un exercice donné, par comparaison de l'ensemble des charges et des produits. Si un besoin de trésorerie apparaît, même ponctuel, il doit être couvert par une avance, c'est-à-dire par des ressources non permanentes. Une telle situation peut se présenter sans qu'il y ait nécessairement par ailleurs un besoin de financement, comme le montrent certains des régimes faisant l'objet du présent article.

1. Le régime général

En 2010, le plafond des besoins de trésorerie du régime général avait été fixé à 65 milliards d'euros, niveau sans précédent, dans l'attente de l'opération de reprise de dette. La perspective d'un point bas de trésorerie pouvant dépasser – 60 milliards d'euros avait conduit à mettre en place une solution nouvelle pour assurer le financement, au-delà des modalités traditionnelles (financements de la Caisse des dépôts et consignations, programme de billets de trésorerie, dépôts de trésoreries auprès de l'ACOSS) : l'accès de l'ACOSS aux *euro commercial papers* avec l'assistance de l'Agence France Trésor (AFT).

Les concours de la Caisse des dépôts et consignations ont néanmoins conservé une place prépondérante en 2010 (60 %), sur la base d'un double financement : « en socle » (prêt fixe à un an de 20 milliards d'euros en deux tranches de 15 milliards d'euros et 5 milliards d'euros) et « en crête » (avances conventionnelles pour faire face à des aléas, d'un montant maximum ramené de 11 milliards d'euros à 5 milliards d'euros, au taux moyen d'Eonia + 16,7 points de base). Les programmes de billets de trésorerie ont également tenu une place importante, pour un encours journalier moyen de 11 milliards d'euros, ayant toutefois atteint 24 milliards d'euros en fin d'année, à un taux moyen s'élevant à Eonia + 6 points de base pour la part à taux fixe et à Eonia + 3,4 points de base pour la part à taux variable. Quant au programme d'*euro commercial papers*, prévu pour un montant maximal de 20 milliards d'euros, son encours en fin d'année s'élevait à 7 milliards d'euros ; les émissions ont été principalement réalisées en dollars (62 %) et en livres sterling (22 %), le risque de change étant neutralisé à l'émission au moyen d'instruments de couverture.

L'ACOSS a continué de placer ses billets de trésorerie auprès d'autres acteurs publics, en particulier auprès de l'AFT, qui y a notamment recouru dans le cadre de ses désormais traditionnelles opérations d'optimisation de la gestion des trésoreries publiques, à hauteur de 2 à 5 milliards d'euros, mais aussi de certains établissements et fonds (CNSA, EPRUS, FIVA, ...) qui acquièrent des billets de trésorerie avec leurs excédents de trésorerie durables ou ponctuels. Des organismes (Haute Autorité de santé, CNSA) ont également procédé à des dépôts de trésorerie auprès de l'ACOSS, contre rémunération. La place prise par les « trésoreries sociales » a ainsi poursuivi sa croissance, atteignant 8 % des financements de l'ACOSS, contre 4 % en 2009.

Pour 2011, le plafond des besoins de trésorerie a été fixé à 58 milliards d'euros jusqu'au 31 mai, puis à 20 milliards d'euros pour le reste de l'année, montant réduit à 18 milliards d'euros par la loi de financement rectificative.

La première partie de l'année a en effet été marquée par le transfert progressif à la CADES des déficits des exercices passés (2009 et 2010), pour 55 milliards d'euros durant le premier semestre. C'est pourquoi le point bas de trésorerie de l'ACOSS (– 49,5 milliards d'euros) a été enregistré dès le 1^{er} janvier. Ensuite, le profil de trésorerie de l'ACOSS, qui transfère 10,3 milliards d'euros supplémentaires à la CADES durant le second semestre, s'améliore, de telle sorte que le point haut devrait être atteint le 8 novembre, légèrement positif (800 millions d'euros).

Les reprises de dette successives se traduisent par une variation annuelle de trésorerie de + 42,3 milliards d'euros, portant le solde à – 7,2 milliards d'euros. La variation de trésorerie hors reprise de dette, qui s'élève à – 23 milliards d'euros, fait en revanche apparaître, pour l'essentiel, les incidences du déficit 2011 du régime général.

Dans ces conditions, le montant moyen journalier emprunté n'est plus que 14,5 milliards d'euros contre 33,3 milliards d'euros en 2010, de telle sorte que les frais financiers, qui s'élevaient à 325 millions d'euros en 2010, reviendraient à un niveau moins important en 2011 (environ 130 millions d'euros), quoique supérieur à celui de 2009 (96 millions d'euros, pour un solde moyen de trésorerie de – 12,2 milliards d'euros) et à partir d'un « tendanciel » – donc hors amélioration du solde résultant de la présente loi – supérieur de 60 millions d'euros. En tout état de cause, le coût de financement des déficits reste très faible au regard des montants en cause. Il faut rappeler qu'en 2008, un montant quotidien mobilisé moyen supérieur de 50 % à celui de 2011 avait occasionné à l'ACOSS des frais financiers sept fois supérieurs à ceux attendus pour 2011.

Cette situation présente évidemment des avantages dont il est légitime de se réjouir, car elle n'alourdit pas de façon démesurée les charges du régime général. Mais il faut en même temps demeurer conscient qu'elle est porteuse d'un double danger : celui de l'accoutumance à des déficits peu coûteux à financer et, surtout, celui du revers de fortune que constituerait une reprise à la hausse du niveau des taux d'intérêt.

Les modalités de financement des besoins de trésorerie en 2011 ont substantiellement évolué, en raison non seulement de la baisse des montants en cause mais, surtout, de la conclusion d'une nouvelle convention entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations, marquant un tournant important dans leurs relations.

Applicable à compter du 1^{er} janvier 2011 pour une durée de quatre ans, elle porte sur la tenue du compte de l'ACOSS et sur le financement de ses découverts. À cet égard, elle marque une forte responsabilisation de l'ACOSS

quant à la tenue de son compte, qu'elle doit maintenir créditeur au moyen d'un « compte de secours bloqué » de 500 millions d'euros et sous la menace de pénalités ; en contrepartie, l'excédent en fin de journée bénéficie d'une rémunération.

Mais la nouvelle convention prend également en considération le rôle que l'ACOSS joue désormais en tant qu'émetteur sur les marchés de court terme et s'attache donc à cibler les financements pour lesquels l'intervention de la caisse peut continuer à se révéler utile. Trois types d'instruments de durée différente sont ainsi définis :

– le « socle » des besoins de l'ACOSS est assuré par des prêts fermes dits « de moyen terme », c'est-à-dire de trois à douze mois, sous une double limite de 10 milliards d'euros et d'un tiers du plafond d'avances de trésorerie fixé par la loi de financement ;

– des prêts fermes à court terme (six jours), permettant, dans une limite de 3,5 milliards d'euros (et de 2,5 milliards d'euros à compter de 2013), de faire face à l'échéance mensuelle du versement des pensions de retraite ;

– des avances de trésorerie renouvelables de la veille pour le lendemain ou mobilisables le jour même, respectivement pour un maximum de 1 milliard d'euros et de 500 millions d'euros, permettant de faire face aux aléas de trésorerie.

À titre transitoire, le prêt de 15 milliards d'euros conclu en 2010 à échéance du 5 janvier 2011 a été reconduit en trois tranches de 5 milliards d'euros respectivement remboursées les 5 avril, 5 mai et 27 mai. Sur l'ensemble de l'année 2011, les concours de la caisse couvrent ainsi la moitié des besoins de trésorerie de l'ACOSS.

Pour ce qui est des instruments de marché, la part des billets de trésorerie (14 % des financements de l'ACOSS) a fortement diminué durant l'année 2011, pour s'établir à moins de 5 milliards d'euros, les taux s'élevant à ce jour à 0,66 % pour la part à taux fixe et à Eonia – 0,01 point de base pour la part à taux variable. De même, le programme d'*euro commercial papers* s'est réduit à 2 milliards d'euros au 1^{er} juin et même désormais à 500 millions d'euros, l'ACOSS conservant la notation la plus élevée de la part des principales agences (avec un taux moyen pondéré à 0,67 %), tandis que la souscription de billets de trésorerie par l'AFT n'est intervenue que durant les quatre premiers mois de l'année sur une courte période et à hauteur de 2,5 milliards d'euros.

En revanche, la mobilisation des « trésoreries sociales » a pris une importance nouvelle, atteignant près du quart des financements de l'ACOSS. Les encours moyens actualisés sur la période courant du 1^{er} janvier au 19 octobre 2011 se sont élevés de 262 millions d'euros de billets de trésorerie de la CNSA, 65 millions d'euros de billets de trésorerie de la Caisse nationale du RSI, 1 670 millions d'euros de billets de trésorerie du RSI (correspondant au placement des recouvrements de la C3S), 1 932 millions d'euros de billets de trésorerie

CADES, 140 millions d'euros de billets de trésorerie de l'AFT et 414 millions d'euros de dépôt de la CNSA (800 millions d'euros jusqu'au 14 avril). Les billets de trésorerie « sociaux », pour un encours moyen de 4,1 milliards d'euros, et le dépôt de la CNSA assurent respectivement la couverture de 22 % et de 2,2 % des besoins de trésorerie.

En 2012, compte tenu de la reprise par la CADES des déficits 2011 de la branche vieillesse du régime général et du FSV (très près des 10 milliards d'euros dont la reprise est autorisée), la trésorerie de l'ACOSS partirait d'un point bas de - 7,2 milliards d'euros pour parvenir à un solde de - 18,3 milliards d'euros au 31 décembre. La différence entre la variation de trésorerie (- 11,1 milliards d'euros après reprise de dette) et le déficit 2012 du régime général fixé par l'article 25 du présent projet de loi de financement (- 13,9 milliards d'euros) s'explique par plusieurs opérations affectant différemment les comptes et la trésorerie, principalement par le déficit prévisionnel du FSV (3,7 milliards d'euros), qui pèse en trésorerie sur le régime général. Le point le plus haut de l'exercice interviendrait le 7 février (+ 2 milliards d'euros), tandis que le point le plus bas du second semestre serait atteint le 14 décembre (- 18,9 milliards d'euros), pour un solde moyen de - 10,1 milliards d'euros durant l'exercice.

Dès lors, le plafond de recours du régime général à des ressources non permanentes, qui intègre une marge d'aléa de 2,1 milliards d'euros, est fixé par le présent article à 21 milliards d'euros, à un niveau proche de celui des sept derniers mois de 2011.

Le tableau ci-après permet de situer l'autorisation demandée pour 2012 par rapport aux plafonds fixés par les précédentes lois de financement.

Régime général
Plafond de recours à des avances de trésorerie (1997-2012)
(en milliards d'euros)

Année	Plafond (*)
1997	12,2
1998	4,7
1999	4,4
2000	4,4
2001	4,4
2002	4,4
2003	15
2004	33
2005	13
2006	18,5
2007	28
2008	36
2009	29 (**)
2010	65
2011	18 (***)
2012	21

(*) *Y compris, le cas échéant, relèvement ou abaissement en cours d'exercice.*

(**) *35 milliards d'euros du 1^{er} janvier au 31 mars.*

(***) *58 milliards d'euros du 1^{er} janvier au 31 mai.*

Durant l'année 2012, l'ACOSS recourra à des modalités de financement comparables à celles de 2011, dans la mesure où son solde moyen au cours de l'exercice demeurera dans le même ordre de grandeur.

2. Le régime des exploitants agricoles

En 2011, la Caisse centrale de la MSA (CCMSA) porte les déficits qui s'accumulent au titre de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles depuis la précédente reprise de dette, fin 2008 (par le budget de l'État) : ceux des exercices 2009 et 2010 (près de 2,5 milliards d'euros) ainsi que le déficit 2011, qui devrait atteindre 1,3 milliard d'euros. Fin 2011, le cumul s'élèverait donc à 3,8 milliards d'euros. Le point bas serait atteint le 9 novembre, comme de coutume juste avant l'encaissement annuel de la taxe sur les véhicules de société, et se monterait à 4,1 milliards d'euros. Mais le plafond de ressources non permanentes du régime des exploitants agricoles avait été fixé à 4,5 milliards d'euros pour 2011 et se révélerait donc tout à fait suffisant.

Comme on l'a vu (*cf.* article 20), la CADES va reprendre d'ici la fin de l'année 2011 le déficit cumulé des exercices 2009 et 2010, soit près de 2,5 milliards d'euros. En outre, le déficit tendancier de la branche vieillesse, qui devait s'élever à près de 1,4 milliard d'euros en 2012, sera finalement réduit de

400 millions d'euros compte tenu des recettes nouvelles affectées à la branche, mais il faut y ajouter le déficit 2011, qui n'est pas repris par la CADES. Dans ces conditions, le plafond de recours à des ressources non permanentes est fixé à 2,9 milliards d'euros pour 2012, permettant de passer un point bas de près de 2,6 milliards d'euros le 12 novembre 2012.

Comme en 2010, la CCMSA a signé en janvier dernier une nouvelle convention financière avec un syndicat bancaire mené par le groupe Crédit agricole, cette fois-ci pour un montant de 4,2 milliards d'euros au lieu de 3,2 milliards d'euros en 2010. Comme dans la précédente convention, deux tranches de financement sont prévues :

– une tranche A de tirages prédéfinis, dont certains optionnels, pour 3,8 milliards d'euros (au lieu de 2,8 milliards d'euros en 2010), au taux Euribor ⁽¹⁾ 3 mois + 18 points de base (au lieu d'Euribor + 15 points de base) ;

– une tranche B de découvert d'un montant maximal de 400 millions d'euros, au taux Eonia + 53 points de base (au lieu d'Eonia + 50 points de base en 2010).

3. La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

En 2011, le plafond de couverture des besoins de trésorerie de la CNRACL avait été fixé à 400 millions d'euros et devrait permettre de passer le point bas, attendu du 23 au 25 décembre à hauteur de – 338 millions d'euros malgré un déficit de 561 millions d'euros pour l'exercice. Fortement marqué par la périodicité mensuelle du recouvrement des cotisations et du versement des prestations, le profil de trésorerie fait apparaître des passages positifs, le point haut ayant tout juste dépassé + 1 milliard d'euros le 25 août. Les excédents de trésorerie sont placés en organismes de placement collectif en valeurs mobilières (OPVCM), obligations assimilables du trésor (OAT) et titres de créances négociables, générant des produits financiers évalués à 3,9 millions d'euros en 2011 et à 2 millions d'euros en 2012.

Compte tenu du déficit attendu du régime en 2012 (– 639 millions d'euros), le point bas de trésorerie se produirait le 21 décembre (– 1 198 millions d'euros). Fixé à 1 450 millions d'euros, le plafond de recours à des ressources non permanentes devrait donc laisser une marge de l'ordre de 250 millions d'euros.

La CNRACL peut bénéficier auprès de la Caisse des dépôts et consignations, qui assure la gestion administrative du régime, d'un découvert de trésorerie. Les modalités en sont les suivantes, étant précisé que la CNRACL s'acquitte en outre d'une commission d'engagement (entre 5 et 15 points de base) :

(1) Le taux Euribor est le taux interbancaire offert entre banques de meilleures signatures pour la rémunération de dépôts dans la zone euro.

– du 1^{er} janvier au 31 mars, dans la limite de 10 millions d’euros, le coût des avances de trésorerie est d’Eonia + 25 points de base ; au-delà, et dans la limite du plafond fixé en loi de financement, le coût passe à Eonia + 100 points de base ;

– du 1^{er} au 30 avril, le coût des avances de trésorerie exceptionnelles est d’Eonia + 100 points de base ;

– du 1^{er} mai au 31 décembre, dans la limite de 307 millions d’euros, le coût des avances de trésorerie est d’Eonia + 15 points de base ; au-delà, et dans la limite du plafond fixé en loi de financement, le coût passe à Eonia + 300 points de base.

4. Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l’État

En 2011, le point bas de la trésorerie du fonds, aurait été atteint dès le 6 janvier, à + 66 millions d’euros, de telle sorte que l’autorisation d’emprunt, fixée à 90 millions d’euros par la loi de financement, se révélerait superfétatoire, de même que celles qui avaient été prévues en 2007, 2008, 2009 et 2010.

Le fonds ne devrait donc pas avoir à recourir au découvert de trésorerie dont il dispose auprès de la Caisse des dépôts et consignations, qui en assure la gestion administrative. Bien au contraire, ses excédents de trésorerie devraient lui permettre de dégager 1,7 million d’euros de produits financiers.

Les modalités de recours au découvert, comparables à celles applicables à la CNRACL (*cf. supra*), sont les suivantes, étant précisé que le fonds s’acquitte en outre lui aussi d’une commission d’engagement (entre 5 et 15 points de base) :

– du 1^{er} janvier au 31 mars, dans la limite de 10 millions d’euros, le coût des avances de trésorerie est d’Eonia + 25 points de base ; au-delà, et dans la limite du plafond fixé en loi de financement, le coût passe à Eonia + 100 points de base ;

– du 1^{er} avril au 31 décembre, dans la limite de 5 millions d’euros, le coût des avances de trésorerie est d’Eonia + 15 points de base ; au-delà, et dans la limite du plafond fixé en loi de financement, le coût passe à Eonia + 300 points de base.

En 2012, le profil de trésorerie serait quasiment identique à celui de 2010, avec un point bas de + 42 millions d’euros le 28 décembre. S’il paraît toutefois à nouveau nécessaire d’envisager un plafond d’emprunt, c’est que le versement de la subvention d’équilibre de l’État intervient en deux fois : 60 % aux environs du 20 janvier et le solde aux environs du 20 juin. Le recours à l’emprunt pourrait donc s’avérer nécessaire, afin de prévoir une marge de manœuvre correspondant à un mois de trésorerie, en cas de décalage, en début d’année, dans le premier

versement de l'État. Comme en 2010 et 2011, le plafond proposé pour 2012 est donc de 90 millions d'euros.

5. La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

Durant l'année 2011, le point bas de trésorerie devrait être atteint le 22 décembre, à – 637 millions d'euros, pour un plafond de 800 millions d'euros autorisé en loi de financement.

En 2012, le point bas de trésorerie se situerait à – 778 millions d'euros. Fixé à 200 millions d'euros pour 2007, puis à 400 millions d'euros pour 2008, à 700 millions d'euros pour 2009, à 750 millions d'euros pour 2010 et à 800 millions d'euros pour 2011, le plafond de ressources non permanentes de la caisse autonome poursuivrait donc sa hausse pour passer à 900 millions d'euros en 2012. Une marge d'un peu plus de 100 millions d'euros est ainsi laissée pour couvrir l'évolution incertaine de deux recettes spécifiques de ce régime fermé, à savoir les compensations démographiques et les cessions d'immobilisations.

Pour son financement, la caisse autonome peut recourir à des avances de trésorerie de la Caisse des dépôts et consignations, à l'égard de laquelle elle s'acquitte en outre d'une commission d'engagement (entre 10 et 15 points de base). Les conditions auxquelles sont consenties ces avances ont été revues en cours d'année :

– du 1^{er} janvier au 9 octobre, les concours ont été plafonnés à 600 millions d'euros à Eonia + 50 points jusqu'à 75 millions d'euros et à Eonia + 100 points au-delà ;

– à partir du 10 octobre, un prêt fixe de 450 millions d'euros sur trois mois a été accordé à Euribor + 15 points de base, complété par des avances plafonnées à 200 millions d'euros à Eonia + 30 points de base.

6. La Caisse nationale des industries électriques et gazières

La CNIEG assure à la fois le versement des retraites de base (adossées sur le régime général) et complémentaires (adossées sur l'ARRCO-AGIRC), mais c'est seulement au titre des droits de base que le plafond de ses ressources non permanentes peut être fixé en loi de financement.

Le profil de trésorerie est tributaire du versement trimestriel des pensions de retraite et du transfert mensuel reçu de la CNAV. En 2011, le point bas aurait été atteint début avril, avec – 495 millions d'euros, mais le plafond autorisé par la loi de financement était de 600 millions d'euros. C'est ce même montant qui sera reconduit en 2012, pour faire face à un point bas de trésorerie évalué à – 500 millions d'euros début octobre.

Le financement de la CNIEG est régi par des conventions conclues cette année avec deux banques (BRED et Crédit agricole CIB), reprenant les principes des précédentes conventions : un découvert en compte courant (facturé à environ Eonia + 50 points de base) et des avances de trésorerie sous forme de tirages (facturées sur la base du taux Euribor de la période + 12 à 46 points de base).

7. La Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF

Pour ce régime structurellement équilibré par une subvention de l'État, s'élevant à 3,3 milliards d'euros en 2012, la nécessité de prévoir une autorisation d'emprunt tient à un profil de trésorerie particulier, traduisant le décalage entre le versement des pensions, selon un rythme trimestriel, et l'encaissement des cotisations, selon un rythme mensuel. D'importants besoins, que le versement de la subvention d'équilibre de l'État ne permet pas de lisser, surviennent donc au début de chaque trimestre.

En 2011, le point bas de trésorerie sera atteint en fin d'année, à -1,457 milliard d'euros, pour un plafond de ressources non permanentes fixé à 1,65 milliard d'euros. Les charges financières ont atteint 6 millions d'euros en 2011.

Initialement liée à la SCNF, la caisse bénéficie de l'autonomie de gestion depuis 2008. Elle a ainsi conclu des conventions de gestion de trésorerie avec plusieurs partenaires financiers (groupe Crédit agricole, Société générale, BRED). Deux types de lignes de crédits sont prévus, les premières servant à couvrir spécifiquement le pic négatif de trésorerie de fin d'année et ne dépassant pas un mois (facturées à Euribor + 60 points de base), les secondes permettant de couvrir les besoins de trésorerie sur le reste de l'année, d'une semaine à six mois (facturées à Euribor + 11 à + 50 points de base).

En 2012, le point bas de trésorerie, au 31 décembre, approcherait 1,5 milliard d'euros et serait donc assez comparable à celui de 2011, mais le présent article propose un plafond de ressources non permanentes différencié selon la période considérée : fixé en principe à 650 millions d'euros, il serait porté à 1,6 milliard d'euros pour les périodes où le solde de trésorerie est le plus dégradé, c'est-à-dire du 1^{er} au 15 janvier et du 15 au 31 décembre.

8. La Caisse de retraite du personnel de la RATP

De même que celui des industries électriques et gazières, le régime de retraite de la RATP a été adossé au régime général fin 2005, ce qui s'est notamment traduit par la création d'une Caisse de retraite du personnel chargée de reprendre les obligations de la RATP en matière de pensions de ses personnels. Depuis 2006, ce régime est structurellement équilibré par une subvention de l'État (547 millions d'euros en 2012).

Pour 2011, le point bas aurait été atteint le 8 février (– 0,3 million d’euros) le 15 mars. En 2012, le point bas, début juillet, serait de + 1 million d’euros. Le présent article propose donc de reconduire pour 2012 le plafond de 50 millions d’euros déjà précédemment retenu par les lois de financement depuis 2007.

Pour financer ses éventuels besoins de trésorerie, la caisse bénéficie d’un découvert de trésorerie auprès de la BRED, au taux Euribor 3 mois + 40 points de base.

*

La Commission adopte l'article sans modification, puis la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012

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

Article 62

(art. L 114-12-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Mutualisation des systèmes d'information

Le présent article vise à introduire la possibilité pour chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale de se charger de la réalisation et de la gestion de systèmes d'information mutualisés.

1. La mutualisation des systèmes d'information, un enjeu de performance pour les organismes de sécurité sociale

Axe majeur du rapport d'information sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale, déposé le 16 novembre 2005 par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, la mutualisation constitue également une orientation substantielle du « schéma directeur stratégique des systèmes d'information de la sécurité sociale 2011-2017 ».

En effet, la mise en commun par les organismes de sécurité sociale des ressources présentant un intérêt collectif est le gage d'une efficacité accrue des différentes branches et régimes : elle permet de centraliser la gestion des fonctions support, de faciliter les échanges de données prévus par la loi (article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale), et enfin d'optimiser les dépenses liées au coût de développement informatique.

• *Le développement récent des systèmes d'information mutualisés*

Selon les informations communiquées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), la démarche de mutualisation des systèmes d'information des différentes branches de la sécurité sociale est notamment engagée sur des applicatifs liés à l'exercice des fonctions support. Ainsi, le Système d'information des ressources humaines développé par la branche famille est utilisé depuis 2008 par la branche recouvrement. De même, l'outil RAPSODIE constitue une base d'information relative au patrimoine immobilier des branches. Initialement développé par la branche maladie, il est désormais déployé dans l'ensemble des branches du régime général.

À côté de ces mutualisations dont la mise en œuvre par les organismes de sécurité sociale est décidée par voie conventionnelle, on rappellera que l'article L 114-2-1 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 138 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, a élargi cette possibilité de mise en commun à d'autres organismes de protection sociale en permettant la création d'un répertoire national commun aux organismes de protection sociale (RNCPS). Comprenant des données liées à l'affiliation et aux prestations servies, ce répertoire a pour ambition de simplifier les démarches des bénéficiaires de prestations, d'accroître la productivité des différents régimes et de renforcer les moyens de contrôle et de lutte contre les fraudes.

• *Des économies de gestion substantielles*

Les coûts engendrés par les efforts de développement de systèmes d'information sécurisés et performants constituent une charge importante pour les budgets de gestion administrative des différents organismes de sécurité sociale. La mutualisation présente l'avantage d'optimiser de telles dépenses. En effet, d'après l'étude d'impact, « *les coûts de développement informatique des organismes de sécurité sociale se sont élevées en 2010 à 300 millions d'euros* », dont 7 millions d'euros, soit 2,3 %, correspondant aux coûts de développement de trois systèmes d'information récemment mutualisés :

- le répertoire national commun de la protection sociale ;
- le portail national d'échanges des données de sécurité sociale avec les organismes sociaux européens ;
- le système d'échange mis en place dans le cadre de la revalorisation des pensions de réversion et du minimum contributif.

L'étude d'impact estime également que « *tout système d'information mutualisé génère une économie au moins égale à son coût de développement multiplié par le nombre d'organismes qu'il sert moins un* ». Ainsi, cette étude prévoit que, pour quatre organismes qui mutualisent 10 % de leurs développements informatiques d'ici 2014, 120 millions d'euros de dépenses pourront être évités.

En conséquence, la mutualisation des systèmes d'information, qui s'inscrit dans une démarche de rationalisation des dépenses et de performance, constitue un enjeu de gestion considérable : les économies d'échelle réalisées dans ce cadre ont en effet un impact important sur l'équilibre financier de la sécurité sociale.

2. L'instauration d'un cadre juridique à l'égard de la mutualisation des systèmes d'information

Le présent article insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 114-12-2 afin de donner un cadre légal explicite aux opérations de mutualisation des systèmes d'information, ouvertes aux organismes de gestion des régimes obligatoires de la sécurité sociale. Le Gouvernement entend par là renforcer les actions de mutualisation, et leur apporter une sécurité sur le plan juridique.

• *Un rôle d'opérateur confié aux organismes de gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale*

Le premier alinéa du futur article L. 114-12-2 confère à chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale la possibilité de pouvoir être désigné pour mettre en œuvre et gérer la mutualisation de systèmes d'information, afin d'accomplir de manière efficace leurs missions. Ces projets mutualisés pourront être menés dans le périmètre des organismes participant au répertoire national commun des organismes de protection sociale (RNCPS), visés à l'article L. 114-12-1, soit, outre les régimes obligatoires de la sécurité sociale, le régime d'assurance chômage, les régimes de retraite complémentaires ou additionnels obligatoires ainsi que les caisses de congés payés.

• *Une démarche sécurisée sur le plan légal*

Le second alinéa du futur article L. 114-12-2 précise le mode de désignation de l'opérateur chargé des opérations de mutualisation : il s'agira soit d'une convention conclue entre les organismes concernés et publiée au *Bulletin officiel* du ministère chargé de la sécurité sociale, soit d'un décret.

Cette précision permet donc d'écarter explicitement les dispositions du code des marchés publics, relatives aux appels d'offre nécessaires pour procéder à la désignation d'un maître d'ouvrage ; en effet, d'après la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE, 9 juin 2009, *Commission c. Allemagne*, aff. C-480/06), la mutualisation des systèmes d'information constitue un type de coopération organisé par convention qui n'est pas soumis aux obligations de mise en concurrence.

Ce nouvel encadrement juridique de la mutualisation des systèmes d'information permet de pérenniser les mises en commun des moyens, fonctions support et données des organismes de protection sociale, et d'en confier la réalisation et la gestion aux organismes chargés de la gestion d'un régime

obligatoire de sécurité sociale. Cette mesure incitative à l'égard des efforts de mutualisation peut avoir un impact significatif sur l'équilibre financier des organismes de sécurité sociale, et a donc toute sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

*

La Commission adopte l'article 62 sans modification.

Article additionnel après l'article 62

Extension de la fonction de centrale d'achats de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)

La Commission examine tout d'abord l'amendement AS 387 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement vise à élargir le rôle de la centrale d'achats de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).

Il convient de s'orienter vers une plus large mutualisation.

La Commission adopte l'amendement as 387.

Article additionnel après l'article 62

Suppression des délégations de gestion des prestations de soins servies par les régimes obligatoires

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 388 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. La Cour des comptes, en 2007, a mis en lumière dans son rapport sur la sécurité sociale le coût parfois excessif des délégations de gestion aux mutuelles en matière d'assurance maladie. Un assainissement est nécessaire.

L'intégration des industries électriques et gazières a permis de réaliser 90 millions d'euros d'économies. C'est pourquoi cet amendement vise, d'une part, à aménager la délégation de droit de la gestion des prestations en nature aux mutuelles en ouvrant la possibilité aux caisses primaires d'assurance maladie de gérer elles-mêmes les prestations et, d'autre part, à laisser plusieurs années aux acteurs pour s'adapter en conséquence. Il sera mis fin à la délégation de gestion avant le 31 décembre 2015.

M. Jean-Luc Prével. Cette disposition concerne-t-elle également les mutuelles étudiantes ?

M. Yves Bur, rapporteur. Oui.

La Commission adopte l'amendement AS 388.

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 63

(articles L. 114-17, L. 133-4, L. 162-1-14 à L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale et L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles)

Amélioration et harmonisation du régime des pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale

Le présent article vise à simplifier et à harmoniser le régime des pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale. Il propose, en particulier, d'unifier leur contentieux devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS), de clarifier les délais de prescription qui leur sont applicables, d'élargir les possibilités de leur recouvrement et d'en harmoniser les procédures.

1. Les dispositions relatives aux pénalités financières sont aujourd'hui trop complexes

Les organismes de sécurité sociale sont habilités à prononcer des pénalités financières à l'encontre des assurés, des employeurs ou des professionnels et établissements de santé qui commettent certaines fraudes. Peuvent, par exemple, se voir infliger une pénalité les assurés qui font de fausses déclarations pour obtenir une prestation ou les professionnels de santé qui pratiquent des discriminations dans l'accès aux soins.

En 2010, les organismes de sécurité sociale ont prononcé 3 946 pénalités financières qui ont représenté plus de 3,2 millions d'euros.

Les règles régissant ces pénalités financières sont prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, pour les organismes d'assurance vieillesse et famille, et aux articles L. 162-1-14 et suivants du même code, pour les organismes d'assurance maladie. Or la rédaction de ces articles n'est pas, aujourd'hui, uniformisée, ce qui en complique l'application pour les caisses qui gèrent plusieurs risques, comme les caisses de la Mutualité sociale agricole.

De plus, les dispositions relatives aux pénalités financières pour fraude apparaissent trop complexes. Ainsi, alors que les pénalités financières doivent être contestées devant le tribunal administratif, leur recouvrement doit l'être devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Les possibilités de recouvrement des pénalités financières par les organismes de sécurité sociale semblent, également, insuffisantes, puisque ces dernières ne peuvent pas toujours, aujourd'hui, les récupérer par des retenues sur les prestations à venir. Pour la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), par exemple, alors que le taux de recouvrement des pénalités n'était que de 48 % en 2010, celui des indus s'élevait à 90 %.

Les règles de prescription de l'action en recouvrement des pénalités financières manquent, enfin, de précision.

Il apparaît donc que le régime des pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale doit être amélioré et harmonisé, ce qui fait l'objet du présent article. La mise en œuvre des mesures qu'il propose rapporterait près de 2 millions d'euros par an aux caisses de sécurité sociale.

2. L'unification des contentieux des pénalités financières devant le tribunal des affaires de sécurité sociale

Le présent article vise à unifier les contentieux relatifs aux pénalités financières, en transférant la charge du contentieux de la contestation de celles-ci de la juridiction administrative, au tribunal des affaires de sécurité sociale, déjà compétent en matière de contestation de leur recouvrement.

À cette fin, tout d'abord, la référence à la juridiction ou au tribunal administratif est remplacée par la référence au tribunal des affaires de sécurité sociale :

– au huitième alinéa de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, qui régit les pénalités financières pour les branches vieillesse et famille, par le **3° du I** du présent article ;

– au sixième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14, qui régit la plupart des pénalités financières de la branche maladie, par le **b) du 1° du III** du présent article.

Ensuite, le **2° du IV** du présent article propose d'insérer un nouvel alinéa après le onzième alinéa de l'article L. 162-1-14-1, qui régit les pénalités financières prononcées par les organismes d'assurance maladie pour certaines fraudes accomplies par des professionnels de santé⁽¹⁾, qui prévoirait que ces dernières *« peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale »*.

Enfin, le **2° du V** du présent article propose de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 162-1-14-2, qui régit les pénalités financières pouvant être prononcées par les organismes d'assurance maladie lors du contrôle, entre autres, des pharmacies ou des établissements de santé, pour prévoir que ces dernières peuvent être contestées *« devant le tribunal des affaires de sécurité sociale »*.

Désormais, le tribunal des affaires de sécurité sociale sera compétent tant pour la contestation des pénalités financières que pour celle de leur recouvrement.

(1) Il s'agit par exemple de la discrimination dans l'accès au soin ou de la pratique de dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure.

Afin d'assurer la continuité des procédures en cours, le **VII** du présent article dispose que « *les juridictions administratives demeurent compétentes pour connaître des recours formés devant elles contre les décisions prononçant les sanctions prévues aux articles L. 114-17, L. 162-1-14, L. 162-1-14-1 et L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale et pendant à la date d'entrée en vigueur de la présente loi* ».

Cependant, la juridiction administrative demeurerait compétente pour la contestation de l'amende prévue à l'article L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles, prononcée par le président du conseil général, en cas de fausse déclaration ou d'omission délibérée de déclaration ayant abouti au versement indu du revenu de solidarité active (RSA).

En effet, le **VI** du présent article propose une modification de la rédaction du premier alinéa de l'article L. 262-52, pour prévoir que cette amende est prononcée et recouvrée dans les conditions et les limites « *définies, en matière de prestations familiales, aux sixième, septième, neuvième et dixième alinéas du I, à la seconde phrase du onzième alinéa du I et au II* » de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, qui régit les pénalités financières pour les branches vieillesse et famille.

Le régime de détermination du montant et de recouvrement de l'amende prononcée en cas de fraude au RSA demeurerait donc aligné sur celui des pénalités prononcées par les organismes de prestations familiales, sauf en ce qui concerne leur contentieux, puisque les alinéas qui prévoiraient la compétence nouvelle du tribunal des affaires sociales ne sont pas visés dans cette rédaction modifiée du premier alinéa de l'article L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles.

3. La possibilité de récupérer et de recouvrer les pénalités financières par des retenues sur les prestations à venir

Le présent article vise également à accroître les facultés de récupération et de recouvrement des pénalités financières des organismes de sécurité sociale, en leur offrant la possibilité d'y procéder par des retenues sur les prestations à venir pour l'ensemble des prestations.

À cette fin, le **b) du 2° du I** du présent article propose de compléter la dernière phrase du sixième alinéa de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, qui régit les pénalités financières pour les branches vieillesse et famille, pour qu'il prévoit que, lors de la notification de la pénalité à la personne sanctionnée, le directeur de l'organisme de sécurité sociale indique à cette dernière le délai dans lequel elle devra s'en acquitter « *ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir* ». Le **a) du 1° du III** propose une modification similaire au sixième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14, qui régit la plupart des pénalités financières de la branche maladie.

Deux possibilités de récupération des pénalités financières sont donc désormais toujours possibles : la personne sanctionnée peut soit s'en acquitter directement, soit voir le montant de ses prestations réduit pendant un certain temps.

Le présent article propose de créer cette même possibilité pour le recouvrement d'une pénalité prononcée dans le cadre de l'article L. 114-17, qui régit les pénalités financières pour les branches vieillesse et famille.

Le **5° du I** du présent article vise ainsi à insérer un nouvel alinéa après le neuvième alinéa de l'article L. 114-17, qui prévoirait que cette pénalité « *peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations familiales, des dispositions de l'article L. 553-2 et, pour les retenues sur les prestations d'assurance vieillesse, de celles de l'article L. 355-2* ».

Le recouvrement des pénalités relatives aux prestations de la branche famille s'opérerait donc selon les mêmes règles que celles de la récupération de tout paiement indu de prestations familiales, énoncées à l'article L. 553-2. Le recouvrement des pénalités relatives aux prestations d'assurance vieillesse s'accomplirait aussi selon les mêmes règles que prévues pour la saisie des pensions par l'article L. 355-2.

Le **3° du III** du présent article propose une modification similaire en ce qui concerne le recouvrement d'une pénalité prononcée dans le cadre de l'article L. 162-1-14, qui régit la plupart des pénalités financières de la branche maladie, en insérant un nouvel alinéa après le septième alinéa du IV de cet article qui énoncerait que cette pénalité « *peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est alors fait application des dispositions de l'article L. 133-4-1* ».

Le recouvrement de ces pénalités s'effectuerait donc selon les mêmes règles que celles prévues pour la récupération de tout paiement indu de prestations d'assurance maladie.

Enfin, le **1° du V** du présent article propose une même modification en ce qui concerne le recouvrement des pénalités prononcées dans le cadre de l'article L. 162-1-14-2, à savoir lors du contrôle, entre autres, des pharmacies ou des établissements de santé, en prévoyant que celles-ci peuvent être « *recouvrée(s)* » dans des conditions identiques à celles des pénalités de l'article L. 162-1-14, qui régit la plupart des pénalités financières de la branche maladie.

4. L'harmonisation des procédures de recouvrement des pénalités financières propres à la branche maladie

Le présent article vise, de plus, à harmoniser les procédures de recouvrement des pénalités financières propres à l'assurance maladie, sur le modèle de la procédure de recouvrement des pénalités prévues par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, qui régit la plupart des pénalités financières de la branche maladie.

Selon le septième alinéa du IV de cet article, en l'absence de règlement de la pénalité par la personne sanctionnée, le directeur de l'organisme d'assurance maladie la met en demeure de payer. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

Le 2° du IV du présent article vise à étendre l'application de cette procédure de recouvrement aux pénalités prononcées par les organismes d'assurance maladie pour certaines fraudes accomplies par des professionnels de santé prévues par l'article L. 162-1-14-1, en insérant un nouvel alinéa après le onzième alinéa de ce dernier, qui disposerait que celles-ci sont recouvrées selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14.

En vertu des modifications proposées par le 1° du V du présent article, décrites ci-dessus, cette même procédure de recouvrement serait également applicable aux pénalités prononcées dans le cadre de l'article L. 162-1-14-2, à savoir lors du contrôle, entre autres, des pharmacies ou des établissements de santé.

5. La clarification du délai de prescription des actions en recouvrement des pénalités financières

Le présent article vise, en outre, à clarifier le délai de prescription des actions en recouvrement des pénalités financières prononcées par les organismes d'assurance maladie, vieillesse et famille.

Aujourd'hui, en l'absence de paiement dans le délai prévu lors de la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme de sécurité sociale met en demeure la personne sanctionnée de payer. Cette mise en demeure ne peut concerner que des pénalités :

– soit « *notifiées dans les deux ans précédant son envoi* » en matière de fraudes aux prestations familiales et de vieillesse, selon la deuxième phrase du neuvième alinéa de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, qui régit les pénalités financières pour les branches vieillesse et famille ;

– soit « *notifiées dans un délai fixé par voie réglementaire* » à deux années, en matière de fraudes aux prestations de maladie, selon la deuxième phrase du septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14, qui régit la plupart des pénalités financières de la branche maladie.

Le délai de prescription de l'action en recouvrement repose donc sur la date d'envoi de la mise en demeure par le directeur de l'organisme de sécurité sociale, ce qui n'apparaît pas suffisamment précis.

Le **5° du I** et le **3° du III** du présent article proposent donc de mieux définir ce délai de prescription en insérant un alinéa identique, respectivement, avant le dixième alinéa de l'article L. 114-17 et avant le huitième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14, dont la seconde phrase prévoirait que « *l'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné* ».

En conséquence, le **4° du I** et le **2° du III** du présent article supprimeraient, respectivement, la deuxième phrase du neuvième alinéa de l'article L. 114-17 du même code et la deuxième phrase du septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 du même code, qui énoncent les règles actuelles de prescription de l'action en recouvrement.

Désormais, le délai de prescription de l'action en recouvrement courrait donc à partir de la date de notification de la pénalité, ce qui semble plus clair.

Il faut préciser ici que cette nouvelle règle de prescription serait également applicable :

– aux actions en recouvrement des pénalités prononcées par les organismes d'assurance maladie pour certaines fraudes accomplies par des professionnels de santé prévues par l'article L. 162-1-14-1, puisque le **2° du IV** du présent article insère un nouvel alinéa après le onzième alinéa de cet article qui disposerait que celles-ci sont recouvrées selon les modalités définies au nouvel neuvième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 ;

– aux actions en recouvrement des pénalités prononcées dans le cadre de l'article L. 162-1-14-2, à savoir lors du contrôle, entre autres, des pharmacies ou des établissements de santé, car le **1° du V** du présent article prévoit que celles si sont « *recouvrée(s)* » dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14.

6. La fixation à cinq ans du délai de prescription des faits pouvant donner lieu à une pénalité financière

Le présent article propose, également, de fixer à cinq ans le délai de prescription des faits pouvant donner lieu au prononcé et au recouvrement d'une pénalité financière par les organismes de sécurité sociale.

À cet effet, le **5° du I** et le **3° du III** du présent article proposent d'insérer un alinéa identique, respectivement, avant le dixième alinéa de l'article L. 114-17, qui régit les pénalités financières pour les branches vieillesse et famille, et avant le huitième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14, qui régit la plupart des pénalités financières de la branche maladie, dont la première phrase prévoirait que « *l'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil* ».

L'article 2224 du code civil dispose que « *les actions personnelles ou mobilières se prescrivent par cinq ans à compter du jour où le titulaire d'un droit a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant de l'exercer* ».

Il faut préciser ici que cette règle de prescription de cinq années des faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité serait également applicable aux pénalités prononcées par les organismes d'assurance maladie pour certaines fraudes accomplies par des professionnels de santé prévues par l'article L. 162-1-14-1, et aux pénalités prononcées dans le cadre de l'article L. 162-1-14-2, à savoir lors du contrôle, entre autres, des pharmacies ou des établissements de santé. En effet, ces deux articles prévoient aujourd'hui que ces dernières sont prononcées dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14.

7. L'harmonisation des dispositions relatives à la fixation par décret des délais de récidive en matière de pénalités financières

L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, qui régit la plupart des pénalités financières de la branche maladie, prévoit que les montants des pénalités sont doublés « *en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire* ».

Or, si les articles L. 114-17, qui régit les pénalités financières pour les branches vieillesse et famille, et L. 162-1-14-1, qui régit les sanctions applicables à certaines fraudes accomplies par des professionnels de santé, prévoient des sanctions renforcées en cas de récidive, ils ne définissent pas de délai en la matière.

Le présent article propose donc d'harmoniser les dispositions relatives à la fixation des délais de récidive.

Le **a) du 2° du I** du présent article vise ainsi à préciser que la limite du montant des pénalités prévues par l'article L. 114-17, qui régit les pénalités financières pour les branches vieillesse et famille, est doublée en cas de récidive « *dans un délai fixé par voie réglementaire* », en complétant ainsi la deuxième phrase du sixième alinéa de cet article.

Le **1° du IV** du présent article vise à préciser que doit être « *fixé par voie réglementaire* » le délai de récidive permettant à un organisme de sécurité sociale de prononcer certaines sanctions prévues par l'article L. 162-1-14-1, pour certaines fraudes accomplies par des professionnels de santé, en complétant ainsi le neuvième alinéa de cet article.

8. L'alignement des règles de majoration de certains indus de l'assurance maladie sur celles des pénalités financières

Le présent article propose d'aligner les règles de majorations des indus, prévues à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, sur celles des majorations de pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale.

L'article L. 133-4 prévoit aujourd'hui les sanctions applicables en cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation de certains actes, prestations ou produits et de frais de transports. En cas de rejet des observations de la personne ou de l'établissement sanctionné, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse une mise en demeure de payer à l'intéressé. Selon le huitième alinéa de cet article, cette mise en demeure comporte une majoration de 10 % du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi, ces majorations pouvant faire l'objet d'une remise.

Les règles de majorations applicables aux pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale sont différentes, aux termes des articles L. 114-17, L. 162-1-14 et suivants. En effet, la majoration de 10 % des montants de ces pénalités n'intervient pas au stade de la mise en demeure mais au moment de la délivrance de la contrainte par le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet.

Le **II** du présent article propose donc d'aligner partiellement les règles de majorations prévues à l'article L. 133-4 sur celles des pénalités financières :

– en supprimant le huitième alinéa de cet article, qui énonce les règles actuelles de majoration au stade de la mise en demeure (**1° du II**) ;

– en complétant le neuvième alinéa de cet article, pour prévoir que, lorsque le directeur de l'organisme délivre la contrainte, « *une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise* » (**2° du II**).

9. Une précision rédactionnelle

Le **1° du I** du présent article vise à introduire un « I » au début de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, au vu de l'existence d'un « II » dans ce même article.

*

*La Commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS 413 à AS 416 de M. Yves Bur, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 63 **modifié**.*

Article additionnel après l'article 63

Redéfinition de la notion d'isolement

La Commission est d'abord saisie de l'amendement AS 111 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) considère qu'un tiers des fraudes dont elle est victime sont des fraudes à l'isolement, qui représenteraient entre 160 millions et 300 millions d'euros par an, au regard des évaluations annuelles de la fraude à la branche famille.

Cet amendement vise donc à remplacer le dernier alinéa de l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles par une nouvelle définition de l'isolement : « *Est considérée comme isolée une personne veuve, divorcée, séparée ou célibataire, qui ne met pas en commun avec des tiers ses ressources et ses charges.* »

Cette disposition est une préconisation du rapport de Dominique Tian au nom de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS).

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable : il ne s'agit pas là d'une mesure contre la fraude mais de la redéfinition de la notion d'isolement, qui n'a pas à figurer dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Guy Lefrand. Monsieur le rapporteur, préciser les limites possibles de la fraude est évidemment une mesure contre la fraude.

J'appelle mes collègues à voter cet amendement.

M. Pierre Morange, président. Chacun aura compris que le rapporteur est dans un exercice de style imposé.

Cette préconisation a été votée à l'unanimité par la MECSS, ce qui lui donne toute sa légitimité.

La Commission des affaires sociales a, du reste, toujours suivi les préconisations de la MECSS. Il en a été ainsi s'agissant du texte sur le médicament, même si nous n'avons pas toujours été suivis dans l'hémicycle.

Mme Bérengère Poletti. En tant que membre de la MECSS, j'approuve cet amendement, et je demande à en être cosignataire.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Ayant participé à la Mission, je tiens à affirmer que nous voterons de nouveau cette proposition.

La Commission adopte l'amendement AS 111 à l'unanimité.

Article additionnel après l'article 63

Sort des dettes nées d'une fraude dans la procédure de redressement pour surendettement

Elle en vient à l'amendement AS 115 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. La bonne foi est une condition d'éligibilité au dispositif du surendettement. Un comportement frauduleux vis-à-vis d'un créancier comme par exemple un organisme de sécurité sociale est en général extérieur au surendettement et, en toute hypothèse et sauf exception, n'en est pas la cause. La bonne foi du débiteur est en conséquence retenue, lui permettant de bénéficier de la procédure.

C'est pourquoi l'amendement prévoit que l'origine frauduleuse de la dette est établie soit par décision de justice, soit par les organismes et collectivités visées dans l'article.

M. Yves Bur rapporteur. Avis favorable, mais des précisions rédactionnelles devront être apportées ultérieurement.

La Commission adopte l'amendement AS 115.

Article additionnel après l'article 63

Inscription dans le répertoire national commun aux organismes de protection sociale des montants des revenus et des prestations de l'assuré

Puis elle examine l'amendement AS 108 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Il s'agit également d'une mesure adoptée par la MECSS en juin 2011.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable.

Le répertoire national commun de la protection sociale, qui regroupe l'ensemble des prestations et revenus concernant chaque assuré social, ne sera opérationnel qu'à la fin de l'année 2011, après cinq années d'efforts.

Il serait préférable d'évaluer son apport avant d'y ajouter de nouvelles données. Y ajouter le montant de chaque prestation à actualiser chaque année, pour les quelque 1 400 organismes gestionnaires concernés, représente un travail titanesque, qui pourrait se révéler très coûteux dans un contexte financier restreint.

Le maniement de telles informations nécessite, de plus, l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Il conviendra d'y arriver un jour, mais la disposition me semble prématurée.

M. Pierre Morange, président. Je rappelle que c'est moi qui ai déposé, le 21 décembre 2007, à deux heures et demi du matin, l'amendement portant article additionnel au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui a instauré ce répertoire.

Il ne visait pas seulement à interconnecter les fichiers en vue de s'assurer de l'éligibilité des droits pour les quelque 1 400 organismes sanitaires et sociaux mais également à lutter contre la fraude sociale, ce qui suppose de connaître les montants. Le dispositif, contesté, a été validé par le Conseil constitutionnel.

La question des montants étant d'ordre strictement technique, j'invite les commissaires à voter cet amendement.

M. Yves Bur, rapporteur. J'espère simplement que nous ne serons pas obligés d'attendre encore cinq ans pour que l'amendement soit effectivement mis en œuvre.

La Commission adopte l'amendement AS 108.

Article additionnel après l'article 63

Déchéance du droit aux prestations sociales en cas de fraude à l'identité

Elle est saisie de l'amendement AS 109 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Il s'agit de nouveau d'une mesure adoptée par la MECSS en juin 2011.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable.

Il existe déjà un arsenal complet de sanctions à la disposition des organismes de sécurité sociale en cas de fraude à l'identité.

La déchéance de l'ensemble des prestations sociales, proposée par l'amendement, peut au surplus sembler disproportionnée.

La Commission adopte l'amendement AS 109.

Article additionnel après l'article 63

Redressement des salariés en cas de travail dissimulé

Elle examine l'amendement AS 107 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Cette mesure, qui est demandée par la CNAF, vise à appliquer la même méthode qu'aux employeurs fraudeurs pour la reconstitution des salaires perçus du côté du salarié, afin de pouvoir mieux sanctionner les fraudes aux prestations de la branche famille, qui représentent entre 500 millions et 800 millions d'euros par an.

Cette disposition aurait un caractère dissuasif en termes de lutte contre le travail illégal.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable.

Il faut rappeler que le travail dissimulé est un délit de l'employeur et que le salarié en est souvent la victime. Appliquer un redressement au salarié en cas de travail dissimulé ne semble pas une mesure appropriée.

Contre l'avis du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 107.

Après l'article 63

Elle en vient à l'amendement AS 105 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Cet amendement instaure une mesure efficace pour lutter contre le trafic des stupéfiants, tenant compte du caractère éminemment occulte des ressources ainsi générées.

Un trafiquant se verra réclamer le remboursement des prestations sous condition de ressources versées durant les deux années précédentes et sera exclu du bénéfice des mêmes prestations durant un an.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. L'amendement est rédigé d'une manière imprécise. Je vous propose en conséquence de le retirer et d'en préciser sa rédaction.

M. Pierre Morange, président. Je n'ai pas cosigné cet amendement parce que je le trouve trop flou, s'agissant notamment des critères d'éligibilité au système de sanctions qu'il prévoit. Il pose des questions d'ordre juridique. Nous pourrions revoir la question dans le cadre de la réunion au titre de l'article 88 du Règlement.

M. Élie Aboud. Nous pouvons le retravailler avant la séance publique. Je le retire.

L'amendement AS 105 est retiré.

La Commission examine l'amendement AS 106 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Cette disposition, préconisée par le comité de suivi de la révision générale des politiques publiques (RGPP), tend à faciliter la lutte contre l'utilisation de faux documents.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Il me paraît excessif de suspendre le paiement des prestations sociales en cas de simple suspicion de fraude et dès le déclenchement de la procédure : la rédaction qui nous est proposée est trop approximative pour garantir les droits des assurés et le respect de la

présomption d'innocence. En outre, si elle était infondée, la suspension d'une prestation pourrait conduire à un remboursement assorti d'une majoration, ce qui alourdirait encore les charges de gestion.

M. Philippe Vitel. Soyons prudents. Il conviendrait effectivement de réécrire cet amendement pour mieux préserver la présomption d'innocence.

L'amendement AS 106 est retiré.

La Commission examine ensuite l'amendement AS 215 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La loi du 13 août 2004 a institué des commissions dites des pénalités, composées paritairement de représentants des caisses d'assurance maladie et de représentants de la profession, et chargées de se prononcer sur le non-respect de certaines règles. Les directeurs de caisse doivent les saisir mais ne sont pas tenus de suivre leur avis. Nous vous proposons d'instaurer une procédure d'avis conforme.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Laissons aux directeurs de caisse des marges de manœuvre pour appliquer les pénalités en fonction des situations individuelles.

La Commission rejette l'amendement AS 215.

Elle est saisie de l'amendement AS 357 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Afin que les usagers puissent participer à la réflexion générale sur la lutte contre la fraude, nous demandons qu'ils aient un représentant au sein des commissions des pénalités.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable pour plusieurs raisons : les partenaires sociaux, qui siègent dans ces commissions, représentent déjà les usagers ; l'existence du « collège des représentants des usagers » auquel l'amendement fait référence est douteuse ; enfin, il me paraît peu pertinent de confier à de simples particuliers le soin de se prononcer sur des sanctions administratives.

La Commission rejette l'amendement AS 357.

Elle examine ensuite l'amendement AS 216 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La mise sous entente préalable des médecins repose aujourd'hui sur des données statistiques. Or nous souhaitons que les sanctions soient limitées aux cas de prescriptions ou d'actes abusifs ou non conformes aux bonnes pratiques.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. La suppression de cet article du code de la sécurité sociale nous priverait d'un outil utile pour les actions de maîtrise médicalisée.

La Commission rejette l'amendement AS 216.

L'amendement AS 133 de Mme Valérie Boyer n'est pas défendu.

Elle est ensuite des amendements identiques AS 31 de M. Jean-Marie Rolland et AS 192 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Marie Rolland. Le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité souffre d'imperfections notables et de déséquilibres sérieux qui nourrissent de très nombreux contentieux. L'amendement tend à apaiser la situation en demandant, par respect du parallélisme des formes, que la commission de contrôle compétente pour avis soit paritairement constituée de représentants des financeurs et de représentants des fédérations hospitalières publiques et privées. Cette disposition est soutenue par les trois fédérations concernées.

M. Jean-Luc Prél. Mon amendement se justifie par les mêmes raisons.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Plusieurs améliorations ont déjà été apportées à ce contrôle de la tarification à l'activité. Un décret a ainsi été publié le 29 septembre dernier pour renforcer le caractère contradictoire de la procédure. Avant de songer à créer la commission tripartite que vous souhaitez, attendons de voir comment la situation évolue.

M. Guy Lefrand. J'avoue que j'étais assez sensible à cet amendement, mais je le suis plus encore aux arguments du rapporteur.

La Commission rejette les amendements AS 31 et AS 192.

Elle examine ensuite l'amendement AS 110 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Conformément à une recommandation de la MECSS, cet amendement permettra d'appliquer des mesures conservatoires, telles que des saisies et des inscriptions de garantie, ce qui devrait contribuer à une augmentation des encaissements par la branche recouvrement.

M. Yves Bur, rapporteur. Je souhaiterais le retrait de cet amendement au profit de l'amendement AS 435, qui est plus précisément rédigé et que je défendrai après l'article 67.

M. Élie Aboud. Je suis prêt à retirer cet amendement si mes cosignataires et moi pouvons nous reporter sur celui du rapporteur.

M. Georges Colombier. Je me joindrai à vous.

L'amendement AS 110 est retiré.

Article additionnel après l'article 63

Régime de déclaration pour le traitement des données à caractère personnel par certains organismes

La Commission est saisie de l'amendement AS 114 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Il s'agit de développer l'interconnexion des fichiers pour lutter contre la fraude sociale – je rappelle qu'elle porte sur 20 milliards d'euros par an, dont 18 milliards en lien avec le travail illégal.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Cet amendement supprimerait l'autorisation expresse que la CNIL doit donner pour toute interconnexion de fichiers, ce qui ne me paraît pas opportun pour la protection des libertés publiques. En outre, le champ couvert m'apparaît un peu trop large.

M. Jean-Luc Prétel. Je m'interroge sur la recevabilité de tous ces amendements portant articles additionnels. N'y a-t-il pas un risque de censure par le Conseil constitutionnel ?

M. Élie Aboud. Je maintiens ma proposition.

La Commission adopte l'amendement AS 114.

Article 64

(articles L. 371-1, L. 454-1, L. 376-3-1 [nouveau] et L. 454-2 [nouveau]
du code de la sécurité sociale)

Renforcement de la sanction du défaut d'information des caisses de sécurité sociale par l'assureur du tiers responsable d'un accident

Le présent article vise à renforcer la sanction du défaut d'information des caisses de sécurité sociale par l'assureur du tiers responsable d'un accident.

Pour mémoire, lorsqu'une personne subit une lésion imputable à un tiers, les caisses de sécurité sociale sont tenues d'indemniser et de servir à la victime diverses prestations, telles que le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Comme tout tiers payeur, sous certaines conditions, elles peuvent ensuite récupérer ces prestations liées au dommage, sur l'indemnité versée par le tiers responsable ou son assureur, ce qui suppose qu'elles aient connaissance de l'accident.

1. L'insuffisante sanction actuelle du défaut d'information des caisses

Le code de la sécurité sociale impose donc à la personne victime, aux établissements de santé, au tiers responsable et à son assureur, l'obligation d'informer la caisse de la survenance d'un accident.

Lorsque cette obligation n'est pas respectée par l'assureur du tiers responsable, une sanction peut lui être infligée. En effet, ce dernier sait qu'il doit déduire de l'indemnisation qu'il octroie à la victime, les sommes versées par les organismes de sécurité sociale au titre de l'accident, les leur reverser et les informer en conséquence. S'il ne le fait pas, il commet alors une fraude car il conserve des sommes dues à la sécurité sociale.

Le régime de cette sanction est régi par l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il s'agit d'un accident de droit commun, et par l'article L. 454-1 du même code, lorsqu'il s'agit d'un accident du travail.

Aujourd'hui, pour l'assureur du tiers responsable, la méconnaissance de son obligation d'informer les caisses de sécurité sociale donne lieu à une majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire que les caisses sont habilitées à recouvrer, à la charge du tiers responsable, en contrepartie des frais engagés pour obtenir le remboursement des sommes versées à la victime.

Le montant de cette indemnité forfaitaire s'élève au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites, en 2011, d'un montant maximum de 980 euros et d'un montant minimum de 97 euros.

Le montant de la sanction financière applicable en cas de méconnaissance de son obligation d'information par l'assureur du tiers responsable est donc compris entre 48,50 euros et 490 euros, ce qui apparaît insuffisamment dissuasif.

En ce qui concerne les accidents de droit commun, l'article L. 376-3 dispose, de plus, qu'un règlement amiable conclu entre le tiers responsable et la victime ne peut être opposé à la caisse de sécurité sociale que si celle-ci a été invitée à y participer. Aucune sanction spécifique de l'assureur n'est cependant prévue lorsqu'il n'informe pas la caisse de l'existence de cette transaction.

2. Le renforcement de la sanction du défaut d'information des caisses

Le présent article vise donc à renforcer la sanction du défaut d'information des caisses de sécurité sociale par l'assureur du tiers responsable d'un accident de droit commun ou du travail, en créant une sanction spécifique de l'assureur en cas de défaut d'information de l'existence d'un règlement amiable, en renforçant la sanction existante en cas de défaut d'information de la survenance d'un accident, et en précisant le régime de ces deux sanctions.

a) La création d'une sanction spécifique de l'assureur en cas de défaut d'information de l'existence d'un règlement amiable

Aujourd'hui, en matière d'accident de droit commun, si la caisse de sécurité sociale n'a pas été invitée à y participer, le règlement amiable conclu entre le tiers responsable et la victime lui est inopposable, mais aucune sanction spécifique n'est prévue. Le II du présent article propose donc de compléter le chapitre VI du titre VII du livre III du même code par un nouvel article L. 376-3-1, dont les deux premiers alinéas prévoiraient que :

« La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur de ce dernier.

L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1 [du même code], une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu. »

Le **IV** du présent article propose d'étendre l'application de cette sanction aux cas d'accident du travail, en complétant le chapitre IV du titre V du livre IV du code de la sécurité sociale par un nouvel article L. 454-2, dont les deux premiers alinéas prévoiraient le même dispositif.

b) Le renforcement de la sanction de l'assureur en cas de défaut d'information de la survenance d'un accident

Le présent article vise, de plus, à renforcer la sanction actuelle de l'assureur qui n'informe pas une caisse de sécurité sociale de la survenance d'un accident de droit commun ou du travail.

À cette fin, le troisième alinéa du nouvel article L. 376-3-1 dispose que la sanction prévue en cas de défaut d'information de l'existence d'un règlement amiable, décrite ci-dessus, est applicable en cas de défaut d'information de la survenance d'un accident de droit commun par l'assureur du tiers responsable.

S'agissant des accidents du travail, le troisième alinéa du nouvel article L. 454-2 prévoit le même dispositif.

Désormais, au lieu de se voir infligé une sanction financière comprise entre 48,50 euros et 490 euros, l'assureur ayant manqué à son obligation d'information de la survenance d'un accident devrait régler une pénalité dont le montant sera fixé en fonction du montant des sommes recouvrées par la caisse, dans le cadre de son recours subrogatoire, et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

En conséquence, **1° du I** et le **1° du III** du présent article suppriment, respectivement, les secondes phrases du septième alinéa de l'article L. 376-1 du même code et du cinquième alinéa de l'article L. 454-1 du même code.

c) La précision du régime des sanctions des défauts d'information des caisses de sécurité sociale

Le présent article propose également de préciser le régime de ces deux sanctions.

- *Une seule pénalité par sinistre*

Si le présent article crée une sanction en cas de défaut de d'information de l'existence d'un règlement amiable, en plus de la sanction déjà existante en cas de défaut d'information de la survenance d'un accident, une seule pénalité serait due pour un même accident de droit commun ou du travail.

Cette limitation est, en effet, prévue par les troisièmes alinéas du nouvel article L. 376-3, relatif aux accidents de droit commun, que propose de créer le **II** du présent article, et du nouvel article L. 454-2, relatif aux accidents du travail, que propose de créer le **IV** du présent article.

- *Une contestation relevant du contentieux de la sécurité sociale*

La contestation des pénalités infligées en cas de défaut d'information des caisses de sécurité sociale, tant de l'existence d'un règlement amiable que de la survenance d'un accident de droit commun ou du travail, relèverait du contentieux de la sécurité sociale.

Cette attribution de compétence est, en effet, prévue par les quatrièmes alinéas du nouvel article L. 376-3, relatif aux accidents de droit commun, et du nouvel article L. 454-2, relatif aux accidents du travail.

- *Des modalités de recouvrement identiques à celles des autres pénalités prononcées par les organismes d'assurance maladie*

Les modalités de recouvrement de ces pénalités seraient identiques à celles des autres pénalités prononcées par les organismes d'assurance maladie, qui sont définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. L'action en recouvrement de ces pénalités se prescrirait, de même, par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

L'application des règles de recouvrement des pénalités prononcées par les organismes d'assurance maladie, aux pénalités infligées en cas de défaut d'information des caisses de sécurité sociale se trouve, en effet, prévue par les quatrièmes alinéas du nouvel article L. 376-3, relatif aux accidents de droit commun, et du nouvel article L. 454-2, relatif aux accidents du travail.

- *La définition par décret en Conseil d'État des modalités d'application du régime de ces sanctions*

Enfin, seraient définies par décret en Conseil d'État les modalités d'application du régime des sanctions prononcées en cas de défaut d'information des caisses de sécurité sociale, tant de l'existence d'un règlement amiable que de la survenance d'un accident de droit commun ou du travail, d'après les cinquièmes alinéas du nouvel article L. 376-3, relatif aux accidents de droit commun, et du nouvel article L. 454-2, relatif aux accidents du travail.

3. Une correction rédactionnelle

Enfin, le **2° du I** du présent article propose de substituer la référence aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime à celle, obsolète, à l'article L. 1143-2 du code rural, figurant au dernier alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale.

Une même correction de référence est proposée par le **2° du III** du présent article au dernier alinéa de l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale.

*

La Commission examine l'amendement AS 418 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Il convient de ne pas faire référence au seul assureur du tiers responsable. Celui-ci pourrait en effet faire valoir qu'il n'est pas redevable de la pénalité au motif que ce n'est pas lui qui a procédé à une transaction avec la victime. Cette clarification rédactionnelle permettra de régler un problème assez complexe qui se pose aujourd'hui en matière de recours.

La Commission adopte l'amendement AS 418.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS 419 de M. Yves Bur, rapporteur.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 420 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. L'amendement tend à abaisser le plafond des pénalités de 50 à 30 % des sommes obtenues par la caisse. Nous savons bien, en effet, à quoi conduit l'instauration de pénalités très lourdes – je pense notamment aux hôpitaux, dont nous avons évoqué la situation tout à l'heure. Le taux de 50 % me paraît excessif.

M. Guy Lefrand. Nous avons adopté, il y a un an et demi, une loi tendant à améliorer l'indemnisation des victimes de dommages corporels, mais le Sénat n'a pas trouvé le temps de l'examiner. En attendant d'avancer sur cette question, il serait regrettable de renforcer la position, déjà dominante, des assureurs face aux victimes.

La Commission rejette l'amendement AS 420.

Elle examine ensuite l'amendement AS 421 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement a le même objet que l'amendement AS 418, qui portait sur un autre alinéa.

La Commission adopte l'amendement AS 421.

Elle **rejette** ensuite l'amendement AS 422 de M. Yves Bur, rapporteur, tendant à nouveau à abaisser le plafond des pénalités.

Puis elle **adopte** l'article 64 **modifié**.

Article 65

(article L. 114-11 du code de la sécurité sociale)

Augmentation des possibilités d'échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les consulats

Le présent article vise à accroître les possibilités d'échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires.

1. Des échanges d'informations aujourd'hui ponctuels entre les organismes de sécurité sociale et les consulats

Aucun texte ne régleme, à ce jour, les possibilités d'échanges d'informations entre les consulats et les organismes de sécurité sociale, excepté pour la Caisse des Français de l'étranger (CFE). Ces échanges ont donc lieu de manière ponctuelle, dans le cadre du droit de communication prévu à l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale.

Le droit de communication permet aux organismes de sécurité sociale d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires pour contrôler l'exactitude des déclarations des assurés ou pour recouvrer des prestations indûment versées. Les échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les consulats se limitent donc aujourd'hui au contrôle de cas individuels, par exemple pour vérifier le décès ou non d'un bénéficiaire d'une pension de retraite française résidant à l'étranger.

Seule la Caisse des Français de l'étranger (CFE) bénéficie de prérogatives plus importantes. En effet, en vertu du dernier alinéa de l'article L. 766-1-2 du code de la sécurité sociale, les autorités consulaires françaises doivent communiquer à cette caisse « *toutes informations nécessaires à l'exercice de son contrôle* ».

Or, dans le cadre du renforcement de la lutte contre la fraude, notamment en matière de décès ou de soins reçus à l'étranger, il semble utile d'élargir les possibilités d'échanges d'informations entre les consulats et les organismes de sécurité sociale.

2. Le dispositif proposé : accroître les possibilités d'échanges d'informations entre ces organismes

Le présent article propose donc d'accroître les possibilités d'échanges d'informations entre ces organismes, en insérant quatre alinéas au début de l'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ qui prévoiraient que :

« Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires se communiquent toutes informations qui sont utiles :

1° À l'appréciation et au contrôle par lesdits organismes des conditions d'ouverture ou de service des prestations versées ;

2° Au recouvrement des créances détenues par ces organismes ;

3° Aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français. »

Le dispositif proposé permettra de systématiser les échanges de données entre les organismes de sécurité sociale et les consulats et, ainsi, de mieux lutter contre la fraude aux prestations sociales et aux règles d'entrée et de séjour sur le territoire français. La capacité des organismes de sécurité sociale à recouvrer des créances s'en trouvera également accrue.

Les modalités d'échanges de données seront définies en lien avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Selon les prévisions du Gouvernement, la mesure proposée générerait une économie de 500 000 euros dès 2012, puis, grâce à la montée en charge du dispositif, d'un million d'euros en 2013, de 2 millions d'euros en 2014 et de 3 millions d'euros en 2015.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 498 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Par cet amendement, nous vous proposons d'étendre le périmètre des échanges d'informations avec les organismes de sécurité sociale en y faisant entrer des services et des établissements relevant du ministère des affaires étrangères et européennes. Le ministère, les consulats et l'Agence pour l'enseignement du français à l'étranger (AEFE) versent, en effet,

(1) L'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale dispose aujourd'hui que « Les constatations relatives à la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France ou à des soins reçus hors de France faites à la demande des organismes de sécurité sociale par des personnes physiques ou morales agréées par l'autorité consulaire française font foi jusqu'à preuve du contraire ».

des aides sociales ou sont amenés à intervenir dans le cadre de leur versement. Des demandes d'informations doivent donc pouvoir être adressées aux organismes de sécurité sociale, en particulier aux caisses d'allocations familiales. Or ces organismes ne peuvent aujourd'hui s'appuyer sur aucune base légale pour y répondre.

M. Pierre Morange, président. Excellent amendement. On peut d'ailleurs se demander ce qui justifie les restrictions actuelles.

La Commission adopte l'amendement AS 498.

Puis elle adopte l'article 65 modifié.

Article additionnel après l'article 65

Amélioration du droit de communication

La Commission est saisie de l'amendement AS 424 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Les agents des organismes de protection sociale disposent d'un droit de communication leur permettant d'obtenir des informations et des documents auprès d'un certain nombre de structures, en particulier auprès des établissements bancaires, sans que le secret professionnel puisse leur être opposé. Ce droit de communication a sensiblement renforcé les pouvoirs d'investigation des agents de contrôle et facilité la détection des fraudes. Par cet amendement, nous vous proposons d'établir un délai de réponse obligatoire de trente jours et de poser un principe de gratuité pour ces opérations réalisées par les tiers dans le cadre du droit de communication.

La Commission adopte l'amendement AS 424.

Article 66

(articles L. 133-6-7 du code de la sécurité sociale et L. 8221-3 du code du travail)

Radiation des travailleurs non salariés du régime social des indépendants

Le présent article vise à préciser les conditions et la procédure de radiation des travailleurs non salariés du Régime social des indépendants (RSI) et, en conséquence, à compléter la définition de l'incrimination de travail dissimulé par dissimulation d'activité.

1. Des modalités de radiation des travailleurs non salariés aujourd'hui insatisfaisantes

Selon les informations transmises à votre rapporteur, en pratique, les organismes de sécurité sociale ne procèdent aujourd'hui à une radiation qu'en cas de déclaration expresse du cotisant, soit directement auprès de la caisse concernée, soit par l'intermédiaire des démarches en centre de formalités des entreprises (CFE).

Cependant, la radiation accomplie auprès d'autres organismes, tels que le registre du commerce et des sociétés, suite à une condamnation ou une liquidation judiciaires permet aux organismes de sécurité sociale de constater la cessation d'activité d'un assuré et de procéder à sa radiation même en l'absence de démarche de ce dernier.

Cette situation n'apparaît pas satisfaisante et l'on estime à environ 110 000 le nombre de comptes de cotisants inactifs depuis au moins de deux ans. Elle conduit, de plus, les organismes de sécurité sociale à envoyer des centaines de milliers de documents inutiles et mobilise des moyens qui pourraient être consacrés à une meilleure gestion des comptes des travailleurs indépendants actifs.

2. Le dispositif proposé : une radiation encadrée des travailleurs indépendants par les organismes de sécurité sociale

Le I du présent article propose de permettre aux organismes de sécurité sociale une radiation encadrée des travailleurs non salariés, en créant un nouvel article L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale qui prévoirait que :

« À défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenu au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire précisée par décret en Conseil d'État.

L'organisme qui prononce cette radiation en informe les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. »

Les organismes de sécurité sociale seraient donc autorisés à procéder à la radiation du RSI de travailleurs non salariés qui n'ont pas eu ou déclaré de chiffre d'affaires ou de revenu pendant deux années de suite. En effet, les travailleurs se trouvant dans cette situation seraient présumés ne plus exercer une activité professionnelle justifiant leur affiliation à ce régime.

Les organismes préviendraient alors le travailleur concerné qu'ils envisagent de procéder à sa radiation. Ils vérifieraient sa prise en charge par un autre régime, et, si des droits étaient encore ouverts pour les prestations en nature de l'assurance maladie, la continuité de ces droits serait assurée dans les règles de droit commun. Le travailleur intéressé pourrait, cependant, s'opposer à sa radiation dans le cadre d'une procédure contradictoire prévue par décret en Conseil d'État.

Les organismes de sécurité sociale auraient l'obligation d'informer de cette radiation tous les organismes intéressés, tels que l'administration fiscale, les chambres de commerce ou les ordres professionnels.

3. La modification conséquente de la définition du travail dissimulé par dissimulation d'activité

En conséquence de la création d'une procédure de radiation des travailleurs indépendants, le **II** du présent article vise à préciser et à compléter la définition de l'incrimination de travail dissimulé par dissimulation d'activité, prévue à l'article L. 8221-3 du code du travail.

Cet article dispose aujourd'hui que : *« Est réputé travail dissimulé par dissimulation d'activité, l'exercice à but lucratif d'une activité de production, de transformation, de réparation ou de prestation de services ou l'accomplissement d'actes de commerce par toute personne qui, se soustrayant intentionnellement à ses obligations :*

1° Soit n'a pas demandé son immatriculation au répertoire des métiers ou, dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, au registre des entreprises ou au registre du commerce et des sociétés, lorsque celle-ci est obligatoire, ou a poursuivi son activité après refus d'immatriculation, ou postérieurement à une radiation ;

2° Soit n'a pas procédé aux déclarations qui doivent être faites aux organismes de protection sociale ou à l'administration fiscale en vertu des dispositions légales en vigueur. »

Le **II** du présent article propose de préciser et de compléter le 2° de cet article, pour qu'il prévoit que toute personne qui « *n'a pas déclaré tout ou partie de son chiffre d'affaires ou de ses revenus ou a continué son activité après avoir été radié en application des dispositions de l'article L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale* » est considérée comme ayant pratiqué du travail dissimulé par dissimulation d'activité.

Ainsi, si un travailleur ne s'est pas opposé à sa radiation du RSI par un organisme de sécurité sociale, mais continue d'exercer une activité professionnelle non salariée, il pourra être condamné pour travail dissimulé.

L'incrimination du travail dissimulé par dissimulation d'activité se trouverait également précisée, puisque le défaut de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenus et la minoration de leur montant en deviendraient explicitement des faits constitutifs, la jurisprudence les y assimilant déjà.

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS 427 de M. Yves Bur, rapporteur.*

L'amendement AS 457 de M. Jean-Pierre Door n'est pas défendu.

*Elle **adopte** ensuite l'article 66 **modifié**.*

Article additionnel après l'article 66

Solidarité financière des dirigeants en cas de travail dissimulé

La Commission examine l'amendement AS 429 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement tend à renforcer la responsabilité des donneurs d'ordre en cas de travail dissimulé, en instituant une solidarité financière des dirigeants d'entreprise, utile notamment en cas de sociétés en cascade.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 429.*

Article 67

(article L. 8221-6 du code du travail)

Renforcement de la sanction de la dissimulation d'emploi salarié par le recours à de faux travailleurs indépendants

Le présent article vise à renforcer la sanction du travail dissimulé par dissimulation d'emploi salarié, en cas de recours à de faux travailleurs indépendants par un donneur d'ordre.

1. Une sanction insuffisante de la dissimulation d'emploi salarié par le recours à de faux travailleurs indépendants

L'article L. 8221-6 du code du travail pose une présomption de relation de non salariat entre les donneurs d'ordre et les travailleurs indépendants, tels que les personnes immatriculées au registre du commerce et des sociétés et les auto-entrepreneurs.

Cette présomption peut, cependant, être renversée lorsque l'existence d'un lien de subordination, et donc d'un contrat de travail, est établie entre un donneur d'ordre et un travailleur indépendant. La dissimulation d'emploi salarié ne sera, toutefois, caractérisée que « *s'il est établi que le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement à l'accomplissement de l'une des formalités prévues aux articles L. 1221-10, relatif à la déclaration préalable à l'embauche et L. 3243-2, relatif à la délivrance du bulletin de paie* ».

Le donneur d'ordre ayant eu recours à du travail dissimulé peut alors se voir condamné, en particulier, à des peines d'amende ou d'emprisonnement, et

subir des sanctions administratives, telles que le refus de subventions publiques consacrées à l'emploi et à la formation professionnelle.

Avant 2003, en cas de requalification en emploi salarié de la relation entre un donneur d'ordre et un travailleur indépendant, il était en outre possible d'exiger du donneur d'ordre employeur le règlement des cotisations sociales qui auraient dû être versées. La loi du 1^{er} août 2003 pour l'initiative économique a supprimé cette possibilité.

En pratique, la sanction actuelle de la dissimulation d'emploi salarié n'apparaît pas suffisante et, dans le cadre du renforcement de la lutte contre la fraude sociale, notamment en matière de recours abusif au statut d'auto-entrepreneur, il semble utile de la rendre plus dissuasive. En effet, la dissimulation d'emploi salarié crée une concurrence déloyale entre les entrepreneurs qui observent la législation sociale et ceux qui ne la respectent pas, et cause un préjudice financier aux caisses de sécurité sociale.

2. Le dispositif proposé

Le présent article vise donc à renforcer la sanction de la dissimulation d'emploi salarié par le recours à de faux travailleurs indépendants, en remplaçant le dernier alinéa du II de l'article L. 8221-6 du code du travail par deux nouveaux alinéas.

- *Une incrimination plus large*

Le premier de ces deux nouveaux alinéas élargirait les possibilités d'incrimination d'un donneur d'ordre pour dissimulation d'emploi salarié en prévoyant que cette dernière « *est établie si le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement par ce moyen à l'accomplissement des obligations incombant à l'employeur mentionnées à l'article L. 8221-5* » du même code.

La référence aux articles L. 1221-10 et L. 3243-2 est donc remplacée par la référence à l'article L. 8221-5, qui désigne l'ensemble des faits caractérisant un travail dissimulé par dissimulation d'emploi salarié, à savoir les soustractions intentionnelles :

- à l'accomplissement de la formalité prévue à l'article L. 1221-10, relatif à la déclaration préalable à l'embauche ;

- à l'accomplissement de la formalité prévue à l'article L. 3243-2, relatif à la délivrance d'un bulletin de paie, ou de mentionner sur ce dernier un nombre d'heures de travail inférieur à celui réellement accompli, si cette mention ne résulte pas d'une convention ou d'un accord collectif d'aménagement du temps de travail conclu en application du titre II du livre I^{er} de la troisième partie ;

– aux déclarations relatives aux salaires ou aux cotisations sociales assises sur ceux-ci auprès des organismes de recouvrement des contributions et cotisations sociales ou de l’administration fiscale en vertu des dispositions légales.

L’incrimination devient donc plus large puisqu’elle vise l’ensemble des faits caractérisant la dissimulation d’emploi salarié prévus par l’article L. 8221-5, et non plus seulement les faits mentionnés aux articles L. 1221-10 et L. 3243-2.

● *Une sanction renforcée*

Le second des deux nouveaux alinéas prévoirait que la personne qui a fait l’objet d’une condamnation pénale pour dissimulation d’emploi salarié en recourant à un faux travailleur indépendant « *est alors tenue au paiement des cotisations et contributions sociales qu’elle aurait dû acquitter comme employeur pour la période pendant laquelle la dissimulation d’emploi salarié a été établie* ».

En cas de condamnation pénale uniquement, se trouverait donc rétablie la possibilité pour les organismes de sécurité sociale de recouvrer les cotisations éludées par le donneur d’ordre fraudeur, que la loi du 1^{er} août 2003 avait supprimé.

En plus de rendre le dispositif plus dissuasif, ce renforcement de la sanction du recours à de faux travailleurs indépendants rapporterait près de 4 millions d’euros par an aux caisses de sécurité sociale.

*

La Commission adopte l’amendement rédactionnel AS 431 de M. Yves Bur, rapporteur.

Puis elle adopte l’article 67 modifié.

Article additionnel après l’article 67

**Sanctions de la falsification des documents
des organismes de sécurité sociale**

La Commission est saisie de quatre amendements portant articles additionnels, tous de M. Yves Bur, rapporteur. Elle examine d’abord l’amendement AS 433.

M. Yves Bur, rapporteur. Les organismes de sécurité sociale sont parfois victimes de contrefaçons et de falsifications de documents officiels, tels que les attestations de droits à l’assurance maladie et les attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement des employeurs. Les sanctions doivent dans ce cas être les mêmes que lorsque les victimes sont des administrations de l’État.

La Commission adopte l’amendement AS 433.

Article additionnel après l'article 67

**Suppression du plafond d'annulation des exonérations
en cas de travail dissimulé**

La Commission examine ensuite l'amendement AS 432.

M. Yves Bur, rapporteur. Toujours pour combattre la fraude, je vous propose de ne plus plafonner l'annulation des exonérations ou réductions de cotisations en cas de travail dissimulé. Il faut que la sanction soit vraiment dissuasive.

M. Pierre Morange, président. C'est un excellent amendement. La MECSS a observé que la fraude sociale était constituée pour les trois quarts de fraudes aux prélèvements, souvent liées au travail illégal.

La Commission adopte l'amendement AS 432.

Article additionnel après l'article 67

Redressements forfaitaires en cas de travail dissimulé

Elle examine ensuite l'amendement AS 434.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement permettra aux organismes prestataires d'exploiter pleinement les redressements forfaitaires effectués par les organismes de recouvrement. Les modalités de calcul des droits et des ressources devront ensuite être précisées par décret en Conseil d'État.

M. Pierre Morange, président. Cet amendement s'inscrit tout à fait dans le cadre de l'échange d'informations permis par l'interconnexion des fichiers.

La Commission adopte l'amendement AS 434.

Article additionnel après l'article 67

Création d'une procédure de flagrance sociale

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 435.

M. Yves Bur, rapporteur. Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, il s'agit d'instituer une procédure de flagrance sociale autorisant la prise de mesures conservatoires, telles que les saisies et les inscriptions de garanties, afin d'augmenter le montant des encaissements de la branche recouvrement. Pour le moment, les délais sont bien souvent trop longs.

M. Pierre Morange, président. Je rappelle qu'il s'agit, là encore, d'une préconisation de la MECSS. Je pense que tous les signataires de l'amendement AS 110 peuvent en devenir cosignataires

La Commission adopte l'amendement AS 435.

Article 68

(article L. 561-29 du code monétaire et financier)

Transmission par TRACFIN d'informations aux organismes de sécurité sociale

Le présent article vise à autoriser le service TRACFIN ⁽¹⁾ à communiquer certaines informations aux organismes de sécurité sociale.

Créé en 1990, le service TRACFIN a pour mission de lutter contre les circuits financiers clandestins, le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. À ce titre, il reçoit des informations signalant des opérations financières atypiques, qui peuvent, après analyse, le conduire à transmettre une note d'information au procureur de la République ou à certains services spécialisés.

Cependant, aux termes du code monétaire et financier, le service TRACFIN ne peut transmettre des informations qu'à un nombre limité d'autorités, parmi lesquelles l'administration des douanes, les services de police judiciaire ou l'administration fiscale, et pour des faits circonscrits. Il n'est pas aujourd'hui habilité à communiquer des informations aux organismes de sécurité sociale.

Or, ce service reçoit, dans le cadre des déclarations de soupçon imposées par le dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux, des informations intéressant ces organismes. En 2010, 20 % des déclarations reçues par le service TRACFIN concernaient la fraude sociale et, en particulier, le travail dissimulé.

Le présent article propose donc d'autoriser le service TRACFIN à transmettre certaines informations aux organismes de sécurité sociale, en complétant le II de l'article L. 561-29 du code monétaire et financier par un alinéa qui disposerait que :

« En outre, le service peut transmettre aux organismes énumérés à l'article L. 114-12 du code de sécurité sociale des informations en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15, qu'ils peuvent utiliser pour l'exercice de leurs missions. »

Les organismes visés à l'article L. 114-12 du code de sécurité sociale sont l'ensemble des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et Pôle emploi. Désormais, le service TRACFIN serait habilité à communiquer des informations à ces organismes, mais uniquement :

- si ces organismes peuvent les utiliser pour l'exercice de leurs missions ;
- si ces informations sont en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15 du code monétaire et financier, à savoir les infractions passibles d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou le financement du terrorisme.

(1) Traitement du Renseignement et Action contre les Circuits Financiers clandestins.

Parmi les infractions liées à une fraude aux cotisations ou aux prestations sociales punies d'une peine privative de liberté supérieure à un an, se trouvent notamment l'exercice et le recours au travail dissimulé.

Le service TRACFIN adressera directement les informations aux caisses nationales de sécurité sociale et, plus particulièrement, à leurs services spécialisés en charge du contrôle et de la lutte contre la fraude. Des instructions ministérielles viendront préciser les circuits et les modalités d'utilisation des informations ainsi communiquées.

Selon le Gouvernement, cette mesure, qui renforcerait les moyens de lutte contre la fraude, rapporterait environ 10 millions d'euros par an aux comptes sociaux.

*

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS 436 de M. Yves Bur, rapporteur.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 68 **modifié**.*

Après l'article 68

La Commission examine l'amendement AS 417 de M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Afin de lutter contre la fraude et les trafics de fausses ordonnances, difficilement détectables par les pharmaciens à cause des techniques actuelles d'impression, nous souhaitons poser un principe de dématérialisation des prescriptions. Il s'agit d'éviter que certaines personnes, coutumières du mésusage des médicaments, ne se procurent des quantités anormales de produits pour leur consommation individuelle ou bien qu'elles n'alimentent des trafics organisés à grande échelle par des réseaux criminels. C'est une évolution qui aura lieu de toute manière, et qui se soldera par un progrès notable.

M. Guy Lefrand. Je suis d'accord avec l'objectif de l'amendement, mais le principe que vous nous proposez de consacrer me paraît dangereux : 50 % seulement des médecins utilisent aujourd'hui l'informatique et un problème risque de se poser dans le cadre des visites à domicile ; de plus, bien des médecins qui continuent à travailler au lieu de prendre leur retraite, ou qui continuent à exercer après l'avoir prise, refusent absolument de s'informatiser. Cet amendement créera donc plus de problèmes qu'il n'en réglera.

M. Yves Bur, rapporteur. Je comprends bien ces arguments. Cela étant, il ne faut pas oublier que nous nous proposons seulement de poser un principe. Afin d'éviter que cette disposition soit vécue comme une contrainte, je redéposerai l'amendement pour la séance publique en ménageant un délai convenable.

N'oublions pas non plus que la nouvelle convention a lancé une politique volontariste d'informatisation, assortie d'aides, et que les conditions d'application du principe de dématérialisation seront précisées par les partenaires conventionnels – on peut ainsi envisager que certains praticiens soient exonérés de cette obligation, notamment les médecins retraités qui reprennent une activité sans avoir jamais utilisé l'informatique.

En dernier lieu, je rappelle que l'ordre des pharmaciens est très intéressé par cet outil de lutte contre la fraude.

M. Philippe Vitel. Je suis de l'avis de Guy Lefrand. L'application générale de ce principe me semble prématurée cependant que l'instauration d'un délai la rendrait aléatoire. Dans ces conditions, mieux vaut s'abstenir.

M. Jean-Luc Prél. L'idée me semble intéressante, mais j'aimerais savoir comment on procéderait très concrètement : le patient a le droit de choisir sa pharmacie...

M. Yves Bur, rapporteur. Je le répète : la situation devrait évoluer assez vite, en particulier grâce au dossier médical personnel (DMP). L'ordonnance arrivera dans une sorte de casier dématérialisé auquel le pharmacien aura accès. Cela évitera la circulation de copies d'ordonnances – je n'ai pas besoin de rappeler le volume de la surconsommation de certains médicaments.

M. Pierre Morange, président. J'ajoute que la MECSS a manifesté son intérêt pour ce genre de disposition, en rapport avec la lutte contre la fraude aussi bien qu'avec la politique du médicament.

L'amendement AS 417 est retiré.

L'amendement AS 470 de M. Jean-Pierre Door n'est pas défendu.

Puis la Commission adopte la quatrième partie modifiée.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je tiens à remercier les rapporteurs, ainsi que Pierre Morange qui a bien voulu présider cette réunion.

Avant de nous prononcer définitivement sur la question des indemnités journalières et sur celle du complément de libre choix d'activité (CLCA), il importerait de savoir où nous en sommes des solutions que nous préconisons pour maintenir l'équilibre financier du projet de loi. Il faudra donc connaître précisément les conséquences de nos décisions en matière d'alcools, de tabac, de jeux, etc.

M. Yves Bur, rapporteur. Si l'on agrège les économies de dépenses et les recettes supplémentaires, on obtient un solde positif de 600 millions d'euros – cela devrait nous permettre de trouver des contreparties à certains choix.

Les cotisations sur les indemnités de rupture devraient ainsi rapporter de 200 à 250 millions d'euros, la taxe sur les jeux 150 millions et celle sur le tabac environ 30 millions.

En revanche, la suppression de la CSG sur le CLCA et le complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) devrait coûter environ 140 millions – la commission des finances a travaillé sur un gage dont il faudra discuter avec le Gouvernement. L'aide ménagère pour les familles en difficulté devrait coûter, par ailleurs, environ 20 millions d'euros. Je précise que je n'ai pas intégré dans mes calculs le coût de la mesure relative aux frais de transport, sur laquelle la commission des finances a également une proposition à faire.

La hausse des droits sur les visas de publicité versés à l'AFSSAPS et de la contribution sur les dépenses de promotion représente, pour sa part, une dizaine de millions d'euros. Quant aux appels d'offres qui devraient porter sur trois classes de médicaments, l'assurance maladie estime qu'une baisse de 10 % des prix permettrait d'économiser 80 millions d'euros. En dernier lieu, l'écrêtement des dotations prévues pour certains fonds et organismes économise environ 110 millions.

Je considère que tout cela nous donne les moyens de discuter avec le Gouvernement. J'espère que nous parviendrons à un accord satisfaisant avant l'ouverture du débat en séance publique.

M. le président Pierre Méhaignerie. Si j'en juge par nos discussions, la question des indemnités journalières devrait en tout cas passer avant celle des frais de transport.

M. Yves Bur, rapporteur. J'ajouterai qu'il appartient au Gouvernement de nous apporter une aide technique et qu'il peut lui aussi faire des propositions. Nous ne sommes pas les seuls à pouvoir trouver des contreparties.

La Commission adopte ensuite l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, modifié.

*

* *

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la Commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi n° 3790.

ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)** – **M. Jean-Louis Deroussen**, président, **M. Hervé Drouet**, directeur, et **Mme Patricia Chantín**, chargée des relations avec le Parlement.
- **Régime social des indépendants (RSI)** – **M. Gérard Quévillon**, président du conseil d'administration de la Caisse nationale du RSI, **M. Patrick Roy**, directeur du cabinet du directeur général, et **Dr. Antoine Perrin**, directeur de la santé, médecin-conseil national.
- **CGT** – **M. Pierre-Yves Chanu**, conseiller confédéral.
- **Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)** – **M. Patrice Ract Madoux**, président du conseil d'administration.
- **Ordre national des pharmaciens** – **Mme Isabelle Adenot**, présidente, et **M. Jean-Charles Rochard**, secrétaire général.
- **France Trésor** – **M. Philippe Mills**, directeur général, et **M. Arnaud Delaunay**, responsable de la cellule Trésorerie.
- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)** – **M. Gérard Pelhate**, président du conseil d'administration, **M. Philippe Laffon**, directeur de la santé, et **M. Christophe Simon**, chargée des relations parlementaires.
- **Fonds de réserve pour les retraites (FRR)** – **M. Raoul Briet**, président du conseil de surveillance, et **M. Yves Chevalier**, membre du directoire.
- **Caisse des dépôts et consignations** – **Mme Nathalie Gilly**, directrice des services bancaires, **M. Pierre-François Koehl**, adjoint au directeur de la gestion financière, et **Mme Marie-Michèle Cazenave**, responsable du pôle des affaires publiques.
- **URSSAF de Paris - Région parisienne** – **M. Vincent Ravoux**, directeur général, et **Mme Aurélie Naud-Bruyères**, directeur du contrôle.
- **Union professionnelle artisanale (UPA)** – **M. Jean Lardin**, président, **M. Pierre Burban**, secrétaire général, et **Mme Caroline Duc**, chargée des relations avec le Parlement.
- **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)** – **M. Pierre Burban**, président du conseil d'administration, **M. Pierre Ricordeau**, directeur, et **M. Alain Gubian**, directeur de la direction financière (DIFI) et de la direction des statistiques, des études et de la prévision (DISEP).
- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – **M. Philippe Le Clezio**, secrétaire confédéral chargé du financement de la protection sociale.
- **Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)** – **Mmes Danièle Karniewicz**, présidente du conseil d'administration et **Marie-France Laroque**, directeur de cabinet.

- **Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – **Mme Danièle Karniewicz**, secrétaire nationale chargée du pôle protection sociale.
- **Force ouvrière (FO)** – **M. Jean-Marc Bilquez**, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale, et **M. Patrick Brillet**, administrateur de la CNAF.
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – **M. Jean-François Lequoy**, délégué général, **M. Yannick Philippon**, membre du comité santé, **Mme Cécile Malguid**, direction santé, et **M. Jean-Paul Laborde**, directeur des affaires parlementaires.
- **INRA** – **Pr. Jean-Michel Chardigny**, directeur de l'UMR 1019 INRA-Université d'Auvergne « Nutrition humaine », directeur-adjoint du Centre de recherches en nutrition humaine d'Auvergne.
- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)** – **Pr. Irène Margaritis**, responsable de l'unité d'évaluation des risques nutritionnels.
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)** – **Mme Geneviève Roy**, vice-présidente chargée des affaires sociales, **M. Georges Tissié**, directeur des affaires sociales, et **Mme Sandrine Bourgoigne**, adjointe au secrétaire général.
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – **M. Frédéric Van Roekeghem**, directeur général, **Mme Agathe Denéchère**, directrice de cabinet, et **Mme Véronika Levendof**, responsable de la mission veille législative.
- **Délégation nationale à la lutte contre la fraude** – **M. Benoît Parlos**, délégué national à la lutte contre la fraude, et **Mme Armelle Beunardeau**, chargée de mission.
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** – **M. Étienne Marie**, président du conseil d'administration, et **M. Bernard Billon**, directeur.
- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **M. Patrick Poizat**, secrétaire confédéral, **Mme Béatrice Étévé**, conseillère confédérale chargée de la branche maladie et **Mme Marie-Madeleine Pattier**, conseillère.
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – **M. Gilles Johanet**, président.
- **Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)** – **M. Philippe Renard**, directeur, et **M. Didier Malric**, directeur délégué.
- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** – **M. Jean-François Pilliard**, président de la commission « protection sociale », **Mme Valérie Corman**, directrice de la protection sociale, et **M. Guillaume Ressot**, directeur des affaires publiques.
- **Syndicat des entreprises du médicament (LEEM)** – **M. Christian Lajoux**, président, **M. Philippe Lamoureux**, directeur général, **M. Claude Bougé**, directeur général adjoint, et **Mme Muriel Carroll**, directeur des affaires publiques.
- **Conseil national de l'Ordre des médecins** – **M. Michel Legmann**, président, et **M. Francisco Jornet**, juriste, responsable de la section Exercice professionnel.

- **Mutualité française** – **M. Étienne Caniard**, président, **M. Emmanuel Roux**, directeur délégué auprès du directeur général, et **M. Vincent Figureau**, responsable du département des relations institutionnelles nationales.
- **Autorité de contrôle prudentiel (ACP)** – **M. Cyril Roux**, secrétaire général adjoint.
- **Fonds CMU** – **M. Jean-Francois Chadelat**, directeur, et **Mme Raphaëlle Verniolle**, directrice adjointe.
- **Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** – **Mme Catherine Zaidman**, sous-directrice des synthèses et des comptes.