

N° 60

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2006-2007

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 novembre 2006

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi de **financement** de la **sécurité sociale pour 2007**, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

Par M. Jean-Jacques JÉGOU,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Jean Arthuis, président ; MM. Claude Belot, Marc Massion, Denis Badré, Thierry Foucaud, Aymeri de Montesquiou, Yann Gaillard, Jean-Pierre Masseret, Joël Bourdin, vice-présidents ; M. Philippe Adnot, Mme Fabienne Keller, MM. Michel Moreigne, François Trucy, secrétaires ; M. Philippe Marini, rapporteur général ; MM. Bernard Angels, Bertrand Auban, Jacques Baudot, Mme Marie-France Beauvils, MM. Roger Besse, Maurice Blin, Mme Nicole Bricq, MM. Auguste Cazalet, Michel Charasse, Yvon Collin, Philippe Dallier, Serge Dassault, Jean-Pierre Demerliat, Eric Doligé, Jean-Claude Frécon, Yves Fréville, Paul Girod, Adrien Gouteyron, Claude Haut, Jean-Jacques Jégou, Roger Karoutchi, Alain Lambert, Gérard Longuet, Roland du Luart, François Marc, Michel Mercier, Gérard Miquel, Henri de Raincourt, Michel Sergent, Henri Torre, Bernard Vera.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^{ème} législ.) : 3362, 3384, 3388 et T.A. 613

Sénat : 51 et 59 (2006-2007)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER - LE BILAN DE LA LÉGISLATURE (2002-2007)	11
I. LA SITUATION CONTRASTÉE DES COMPTES ET L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	11
A. LA SITUATION CONTRASTÉE DES COMPTES SOCIAUX	11
1. <i>Un début de réduction des déficits de l'ensemble des régimes en 2006 après deux années de déficit record en 2004 et 2005</i>	11
2. <i>La situation contrastée des différentes branches du régime général</i>	12
a) <i>La réduction du déficit de la branche maladie</i>	12
b) <i>L'aggravation du déficit de la branche retraite</i>	13
c) <i>La détérioration conjoncturelle du solde de la branche famille</i>	13
3. <i>Le FFIPSA à la dérive</i>	14
a) <i>Des comptes particulièrement dégradés</i>	14
b) <i>Des perspectives inquiétantes</i>	17
c) <i>Un avenir incertain</i>	20
B. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	23
1. <i>L'évolution générale des charges des différentes branches</i>	23
2. <i>Un fait marquant de la législature : le ralentissement de la croissance des dépenses d'assurance maladie</i>	24
II. LES DETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LES CHARGES FINANCIÈRES	27
A. LA DETTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, QUE LA CADES EST CHARGÉE D'APURER, A CONNU UNE HAUSSE TRÈS SIGNIFICATIVE	27
1. <i>La CADES a repris 45,62 milliards d'euros de dettes depuis 2004</i>	27
2. <i>Les objectifs d'amortissement de dette fixés par le présent projet de loi de financement</i>	28
3. <i>La LOLFSS interdit désormais d'accroître la durée d'amortissement de la dette sociale</i>	29
B. LES CHARGES FINANCIÈRES DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL, UN RÉVÉLATEUR DES DIFFICULTÉS ACTUELLES	30
1. <i>L'explosion des charges financières des branches du régime général en 2007</i>	30
2. <i>Les dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale pèsent sur la trésorerie du régime général</i>	31
3. <i>L'évolution des plafonds d'avances de trésorerie</i>	33
a) <i>Le plafond d'avances de trésorerie du régime général devrait retrouver en 2007 l'un de ses plus hauts niveaux depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale</i>	33
b) <i>Les autres plafonds d'avances de trésorerie</i>	36
III. L'ÉVOLUTION DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX	39
A. LA LÉGISLATURE A ÉTÉ MARQUÉE PAR LA CROISSANCE DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX	39
1. <i>Un alourdissement général des prélèvements obligatoires affectés à la sécurité sociale au cours de la législature 2002-2007</i>	39

2. Une évolution hachée des impôts et taxes affectées à la sécurité sociale, en fonction des modalités retenues pour financer les allègements généraux de charges sociales	41
B. LA STRUCTURE ACTUELLE DE FINANCEMENT DES RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE	44
1. La structure générale du financement de la sécurité sociale	44
2. La structure de financement des différentes branches du régime général	46
CHAPITRE DEUX – LE DERNIER PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA LÉGISLATURE	49
I. LE CADRAGE GÉNÉRAL DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	49
A. DES DISPOSITIONS ÉTRANGÈRES AU CHAMP DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	49
1. La notion de « cavalier social » définie par la jurisprudence du Conseil constitutionnel	49
2. Les « cavaliers sociaux » du présent projet de loi de financement	51
B. LES PROGRAMMES DE QUALITÉ ET D’EFFICIENCE SONT PERFECTIBLES.....	52
1. Les principes qui auraient dû guider l’élaboration des PQE.....	53
2. L’analyse et les propositions de votre rapporteur pour avis s’agissant du contenu des PQE.....	54
a) Le programme « Maladie »	54
b) Le programme « Accidents du travail / maladies professionnelles »	54
c) Le programme « Retraites »	55
d) Le programme « Famille »	56
e) Le programme « Financement »	56
f) Le programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »	57
C. LES PROJECTIONS PLURIANNUELLES ANNEXÉES AU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT SONT VOLONTARISTES	57
1. Des hypothèses très optimistes	57
2. Les résultats du scénario économique bas	58
3. Les résultats du scénario économique haut	59
II. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES OU AFFECTANT L’ÉQUILIBRE FINANCIER	63
A. LES MESURES ENTRAÎNANT DES PERTES DE RECETTES OU DES DÉPENSES	63
1. L’extension du dispositif d’exonération de cotisations sociales liées à l’attribution de l’aide à la création ou à la reprise d’entreprise (article 11)	63
a) Le dispositif proposé par cet article	63
b) Une perte de recettes, non compensée, évaluée à 100 millions d’euros	65
c) Un élargissement inopportun	65
2. Un dispositif fiscal et social dérogatoire pour favoriser la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (article 13)	66
a) Un cadre fiscal et social très favorable.....	67
b) Une disposition porteuse d’effets d’aubaine	68
3. Une exonération de cotisations sociales sur les indemnités de départ à la retraite quand la décision est fixée en commun accord entre le salarié et l’employeur (article 13 bis)	69
4. L’alignement du régime des salariés agricoles sur le régime général s’agissant de la détermination de certains éléments de l’assiette des cotisations sociales (article 20 bis)	70

B. LES MESURES SE TRADUISANT PAR UN ACCROISSEMENT DES RECETTES	71
1. <i>L'extension de l'assiette de la CSG et de la CRDS sur le patrimoine à tous les revenus dont l'origine n'est pas déterminée (article 10 bis)</i>	71
2. <i>Les modalités de versement de l'acompte acquitté par les établissements financiers au titre des contributions sociales sur les revenus de placement (article 16)</i>	72
a) Le droit existant	72
b) Le dispositif proposé	73
3. <i>Les majorations de taxes portant sur le secteur du médicament (articles 5 et 18)</i>	76
a) Une mesure exceptionnelle de régulation sur les ventes en gros de produits pharmaceutiques en 2006	76
b) Un nouveau taux majoré à titre exceptionnel pour la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques	78
4. <i>Les dispositions renforçant les procédures de recours contre tiers et les pouvoirs des organismes chargés du recouvrement (articles 20 et 20 ter)</i>	78
a) L'amélioration de la procédure de recours contre tiers	78
b) L'extension des pouvoirs des organismes chargés du recouvrement	79
C. LES AUTRES MESURES	80
1. <i>La modification de l'assiette des cotisations et contributions sociales des professions indépendantes (article 10)</i>	80
a) Neutraliser certains effets de la réforme de l'impôt sur le revenu	80
b) Relever les taux d'abattement forfaitaire applicables dans les régimes d'impôt sur le revenu des micro-BNC et micro-BIC	82
2. <i>Des précisions relatives à l'agrément des associations, établissements et services d'aides à la personne (article 12)</i>	83
3. <i>La validation de l'accord conventionnel sur les 39 heures dans l'hôtellerie-restauration (article 12 bis)</i>	84
4. <i>La modification de la répartition du produit de la CSG entre les organismes de sécurité sociale (article 17)</i>	86
5. <i>La dématérialisation de la déclaration et du paiement des contributions sociales (article 30)</i>	87
D. LA QUESTION DE LA COMPENSATION DES PERTES DE RECETTES	88
1. <i>L'affectation à la sécurité sociale des surplus de recettes fiscales liées à la compensation des exonérations de cotisations sociales (article 14)</i>	88
2. <i>Les dispositions relatives au montant de la compensation des exonérations (articles 21 et 22)</i>	89
III. LES MESURES DE DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES	91
A. LA BRANCHE MALADIE	91
1. <i>Les objectifs de dépenses pour 2007</i>	91
a) Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	91
b) L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	92
2. <i>Les mesures relatives aux établissements de santé</i>	95
a) La situation budgétaire des établissements de santé	95
b) L'application de la tarification à l'activité (T2A) et ses corollaires	101
c) Les dispositions relatives à la gestion hospitalière	107
3. <i>La politique du médicament</i>	111
a) Les dispositions relatives aux autorisations temporaires d'utilisation ou de mise sur le marché des médicaments (articles 35 et 36)	111
b) L'assouplissement de l'encadrement de la prise en charge de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un mésusage, d'un usage détourné ou abusif (article 37)	112

4. Les dispositions relatives au secteur médico-social	113
a) La répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée (article 42)	113
b) La création d'une Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (article 43)	116
c) La prise en charge par l'assurance maladie des intérêts des emprunts immobiliers contractés par les établissements pour personnes âgées (article 44)	117
d) La fourniture des médicaments aux EHPAD dépourvus de pharmacies à usage intérieur (article 45).....	118
e) Une modification de la structure budgétaire de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonome (article 46)	118
5. Les dispositifs spécifiques de la branche maladie	120
a) L'assouplissement du dispositif de contrôle des arrêts de travail (article 32)	120
b) Le relèvement du plafond de ressources ouvrant droit à crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels (article 33)	121
c) La mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (article 48).....	122
d) Le cas des travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation au régime suisse d'assurance maladie (article 32 bis).....	122
e) Un dispositif de consultation de prévention gratuite en faveur des personnes âgées (article 47)	123
f) Le financement des divers fonds de l'assurance maladie (articles 49, 50 et 51).....	124
B. LA BRANCHE VIEILLESSE.....	137
1. L'objectif de dépenses de la branche pour 2007 : des prévisions optimistes	137
2. Le Fonds de solidarité vieillesse : une situation qui s'améliore en flux mais qui reste très préoccupante en stock.....	139
a) Un déficit annuel en baisse	139
b) Un déficit cumulé qui continue de croître et place le FSV dans une situation préoccupante.....	140
3. Le Fonds de réserve pour les retraites	141
a) Des réserves qui devraient croître en 2007 jusqu'à 26,24 milliards d'euros	142
b) De nouvelles modalités de gestion.....	146
4. Les autres mesures relatives à la branche vieillesse.....	149
a) L'assouplissement du dispositif de cumul emploi-retraite (article 54)	149
b) La fin de la mise à la retraite d'office des salariés avant 65 ans (article 55).....	150
c) La neutralisation des effets de l'allongement de la durée d'activité pour les baby-boomers (article 56).....	150
d) L'affiliation des moniteurs de ski à l'assurance vieillesse obligatoire des professions libérales (article 57)	151
e) La participation des employeurs à la constitution des droits à la retraite des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires (article 58).....	152
C. LA BRANCHE ACCIDENT DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES	154
1. L'objectif de dépenses de la branche pour 2007.....	154
a) L'objectif de dépenses pour 2006	154
b) La compensation versée à la branche maladie : un montant réévalué	155
2. Le drame de l'amiante : un enjeu budgétaire majeur	155
a) Les projections relatives au coût des indemnités des victimes de l'amiante.....	156
b) La situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).....	157
c) La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)	159
d) Les conclusions de la mission commune d'information du Sénat sur l'amiante	160

D. LA BRANCHE FAMILLE	162
1. L'objectif de dépenses de la branche pour 2007.....	162
2. Les mesures relatives aux prestations familiales contenues dans le présent projet de loi de financement.....	164
a) L'attribution du complément de libre de choix du mode de garde de la PAJE aux familles ayant recours à des établissements d'accueil expérimentaux (article 63).....	165
b) Le report de la date de versement de l'allocation de base de la PAJE (article 64).....	166
c) La possibilité de partage des allocations familiales entre les parents séparés en cas de garde alternée des enfants (article 65).....	167
d) La création du congé de soutien familial (article 66)	169
e) La création d'un prêt à taux zéro pour les jeunes entrant dans la vie active (article 67)	170
IV. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE, À LA COMPTABILITÉ ET À LA GESTION DU RISQUE.....	173
A. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE.....	173
B. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA COMPTABILITÉ ET AU RECOUVREMENT	175
1. Les dispositions relatives aux inscriptions hypothécaires et aux inscriptions obligatoires du privilège (article 29)	175
2. La suppression du contrôle préalable des comptes par les comités régionaux d'examen des comptes (article 30 bis)	175
3. La gestion de la trésorerie de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (article 30 ter).....	176
C. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DU RISQUE ET À L'ORGANISATION OU À LA GESTION INTERNE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE OU DES RÉGIMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT	177
1. La situation des travailleurs et de leurs familles venus en France dans le cadre d'un détachement organisé par un accord international de sécurité sociale (article 69)	177
2. Le renforcement des moyens de contrôle des conditions d'ouverture de droits aux prestations des personnes résidant à l'étranger (article 69 bis).....	178
3. Le renforcement des contrôles en cas de disproportion marquée entre le train de vie et les ressources déclarées (article 69 ter).....	179
4. Les modalités de versement des indemnités journalières du régime social des indépendants (article 70)	180
5. La création d'un répertoire national commun aux organismes de sécurité sociale (article 70 bis)	181
6. La possibilité d'opérer des mutualisations afin d'optimiser la gestion des branches (article 70 ter)	185
7. La possibilité de créer des caisses communes de sécurité sociale dans les départements situés en zones de revitalisation rurale (article 70 quater)	186
EXAMEN EN COMMISSION.....	189
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	201

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale est le dernier de la législature. Un bilan de la politique menée au cours des cinq dernières années dans le domaine dans la sécurité sociale s'impose donc.

Ce bilan fait apparaître une situation contrastée des comptes sociaux, caractérisée notamment par une profonde modification de la configuration des soldes des différentes branches du régime général de la sécurité sociale.

En effet, **l'amélioration du solde de la branche maladie, entamée en 2005 et poursuivie en 2006, a permis de réduire significativement le déficit du régime général dans son ensemble en 2006.** En deux ans, le déficit de la CNAM aura été réduit de 5,6 milliards d'euros grâce à l'apport de recettes nouvelles et à un ralentissement très net de ses dépenses. A l'inverse, **le déficit de la branche vieillesse, qui est réapparu en 2005 après une période de résultats excédentaires, continue de se creuser en raison d'une forte augmentation des prestations.** En 2006, l'assurance maladie contribue pour 60 % au déficit total et la branche vieillesse pour 25 %. Le rapport entre les deux branches pourrait cependant rapidement s'inverser au vu des tendances à l'œuvre.

Dans les autres branches, l'accélération des recettes a permis une stabilisation du déficit de la branche famille en 2006, après la forte dégradation de 2005, et le retour à l'équilibre de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles.

Un sujet d'inquiétude persiste, celui du financement des autres organismes concourant au financement de la sécurité sociale, notamment le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) qui ont vu leur solde se détériorer depuis 2005, pour atteindre un déficit respectif de 1,2 milliard d'euros et de 1,9 milliard d'euros en 2006.

Pour l'avenir, votre rapporteur pour avis encourage les pouvoirs publics à poursuivre dans la voie de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, à se pencher sur la question du dynamisme des prestations de retraite qui contribue à dégrader dangereusement le solde de la branche vieillesse et à proposer des modes de financement pérennes pour les deux fonds précités que sont le FSV et le FFIPSA.

CHAPITRE PREMIER - LE BILAN DE LA LÉGISLATURE (2002-2007)

I. LA SITUATION CONTRASTÉE DES COMPTES ET L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

A. LA SITUATION CONTRASTÉE DES COMPTES SOCIAUX

1. Un début de réduction des déficits de l'ensemble des régimes en 2006 après deux années de déficit record en 2004 et 2005

Ainsi que le souligne le rapport du mois de septembre 2006 de la commission des comptes de la sécurité sociale, **le déficit du régime général a atteint ses niveaux les plus élevés en 2004 (- 11,9 milliards d'euros) et 2005 (- 11,6 milliards d'euros).**

Il serait ramené à **- 9,7 milliards d'euros en 2006**. La prévision tendancielle pour 2007, incluant l'objectif d'une croissance des dépenses d'assurance maladie de 2,5 %, est un déficit de - 9,4 milliards d'euros.

Le solde de l'ensemble des régimes de base et des fonds de financement a connu un profil proche de celui du régime général, à la différence près que son déficit avait continué de se creuser en 2005 en raison de la dégradation des soldes du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA). Cet agrégat, qui correspond au champ de la loi de financement, enregistre, comme le régime général, une amélioration de son solde de l'ordre de 2 milliards d'euros en 2006.

Le niveau des déficits reste néanmoins très élevé en 2006.

Soldes des régimes de base et des fonds (2002-2007)

(en milliards d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Régime général	-3,5	-10,2	-11,9	-11,6	-9,7	-9,4
Autres régimes de base	-0,2	-0,2	0,4	0,2	0,9	0,6
Ensemble des régimes de base	-3,7	-10,4	-11,5	-11,4	-8,8	-8,8
FSV	-1,4	-0,1	-0,6	-2,0	-1,2	-0,1
ex-FOREC	0,2	-0,6				
FFIPSA				-1,4	-1,9	-1,9
Ensemble des régimes de base et fonds	-4,8	-11,9	-12,2	-14,8	-11,9	-11,5

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Une disposition a fortement contribué, de manière ponctuelle et non reproductible, à la réduction du déficit en 2006. Il s'agit de la modification du mode de taxation des plans d'épargne logement dont le rendement pour la sécurité sociale comporte en 2006 une composante exceptionnelle estimée à 2,1 milliards d'euros au total et à 1,3 milliard d'euros pour le régime général. En l'absence de cette mesure, le déficit du régime général n'aurait connu qu'une réduction modeste en 2006, et l'amélioration tendancielle apparaîtrait plus nette en 2007.

Au-delà de cette mesure ponctuelle, **trois grandes évolutions ont eu une influence déterminante sur les comptes sociaux de la période 2005-2007 : la reprise de l'emploi et donc la progression de la masse salariale, le ralentissement des dépenses d'assurance maladie, la forte croissance des prestations de retraite.** Elles expliquent à la fois le début de réduction du déficit global et les différences d'évolution entre les branches.

2. La situation contrastée des différentes branches du régime général

Après une dégradation très forte entre 2001 et 2004, puis une stabilisation en 2005, le solde du régime général connaît un début d'amélioration en 2006. Le déficit est estimé à 9,7 milliards d'euros, ce qui représente une réduction de près de 2 milliards d'euros par rapport à 2005.

La réduction du déficit obtenue en 2006 porte principalement sur l'assurance maladie, où elle prolonge l'amélioration engagée en 2005 à partir de niveaux de déficit très élevés. En deux ans, le déficit de la CNAM aura été réduit de 5,6 milliards d'euros grâce à l'apport de recettes nouvelles et à un ralentissement très net de ses dépenses.

A l'inverse, **le déficit de la branche vieillesse, qui est réapparu en 2005 après une période de résultats excédentaires, continue de se creuser en raison d'une forte augmentation des prestations.**

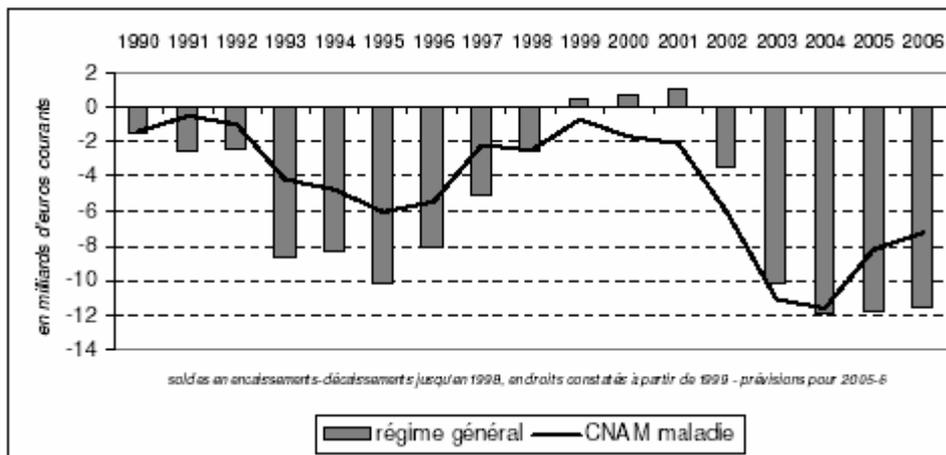
Dans les autres branches, l'accélération des recettes permet une **stabilisation du déficit de la branche famille, après la forte dégradation de 2005, et le retour à l'équilibre de la branche des accidents du travail.**

Ainsi que le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport précité, en quelques années seulement, la configuration des soldes s'est ainsi profondément modifiée entre les branches du régime général.

a) La réduction du déficit de la branche maladie

Au début des années 2000 et jusqu'en 2004, le déficit du régime était concentré sur la seule assurance maladie, les autres branches étant excédentaires ou proches de l'équilibre.

Evolution des soldes du régime général et de la branche maladie depuis 1990



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Le déficit de la branche maladie s'établirait à 6 milliards d'euros en 2006 contre 8 milliards d'euros en 2005. Il avait atteint son plus haut niveau en 2004 à 11,6 milliards d'euros. **La réduction serait donc de 5,6 milliards d'euros en deux ans.** Elle s'explique par un apport de recettes nouvelles en 2005 et par le ralentissement des dépenses.

En 2006, l'assurance maladie contribue pour 60 % au déficit total et la branche vieillesse pour 25 %. En outre, le rapport entre les deux branches pourrait rapidement s'inverser au vu des tendances à l'œuvre.

b) L'aggravation du déficit de la branche retraite

Après six années d'excédents sur la période 1999-2004, **la branche vieillesse du régime général a renoué avec un déficit important en 2005**, de l'ordre de 1,9 milliards d'euros. Celui-ci se creuserait en 2006 (- 2,4 milliards d'euros) et en 2007 (- 3,5 milliards d'euros).

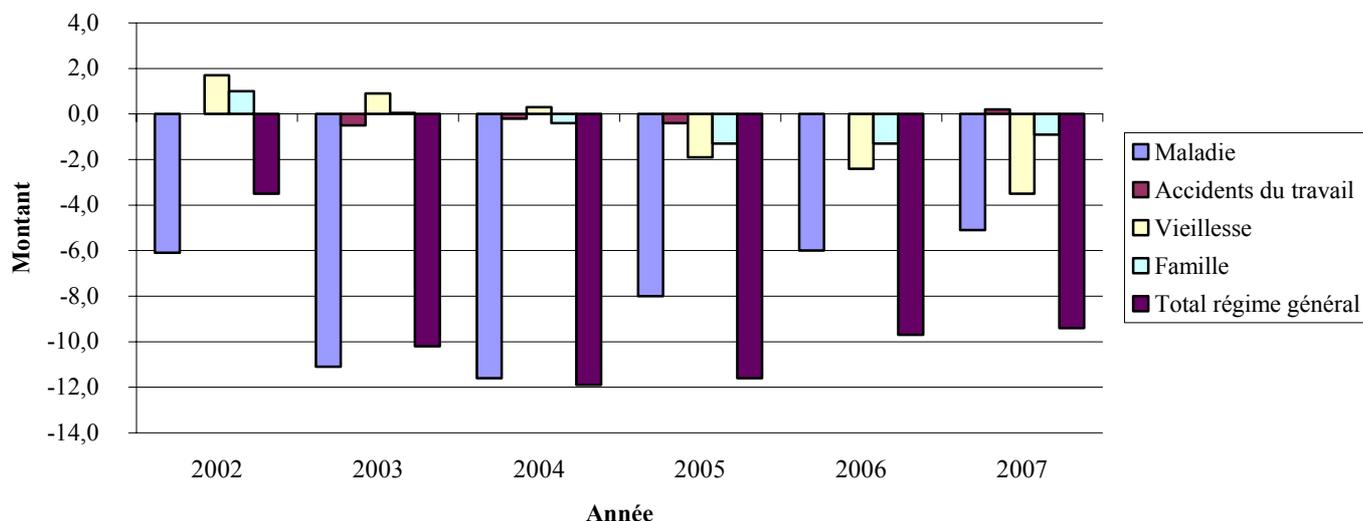
c) La détérioration conjoncturelle du solde de la branche famille

La branche famille connaît, quant à elle, depuis 2004 un déficit qui s'explique par la mise en oeuvre de nouvelles politiques (principalement la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant, PAJE) dans un contexte de faible croissance des recettes. **Ce déficit, à la différence de celui de la branche vieillesse, est de nature conjoncturelle. Il se stabiliserait en 2006 et commencerait de diminuer en 2007.**

Ainsi, la branche famille a connu une **forte détérioration de son solde financier entre 2001 et 2005**, celui-ci passant d'un excédent de 1,8 milliard d'euros à un déficit de 1,3 milliard d'euros.

Soldes par branche du régime général (2002-2007)

(en milliards d'euros)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

3. Le FFIPSA à la dérive

a) Des comptes particulièrement dégradés

Les comptes du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles pour 2005, 2006 et 2007, qui figurent à l'annexe 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, sont particulièrement dégradés.

Comptes du FFIPSA pour 2005, 2006 et 2007

(en millions d'euros)

	2005	2006 (p)	2007 (p)
Recettes	14 271	14 435	14 456
Dépenses	15 672	16 306	16 552
Solde	-1 401	-1 871	-2 096

Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Le rapport d'activité de l'établissement de gestion du FFIPSA sur l'exercice 2005, premier exercice de l'établissement public administratif qui a repris, au 1^{er} janvier 2005, les droits et obligations liés au financement de la protection sociale agricole précédemment assuré par le BAPSA rappelle, que **le régime de protection sociale des non-salariés agricoles se caractérise par un déclin continu des effectifs et un vieillissement de la population concernée et qu'il en résulte une dépendance très importante du régime à l'égard des financements extérieurs.**

S'agissant de **l'évolution des dépenses du régime**, le rapport d'activité indique qu'entre 1990 et 2005, les prestations sociales agricoles (santé, vieillesse, famille) sont passées de 11,1 milliards d'euros à 15,4 milliards d'euros, soit une progression de 38,5 %, avec une hausse prépondérante de la branche maladie.

En outre, le rapport d'activité précité rappelle que le déséquilibre structurel du régime a fait l'objet de plusieurs rapports d'inspection et a donné lieu, notamment, à une reprise par l'Etat d'une partie de la dette du FFIPSA héritée du BAPSA¹ : l'article 117 de la loi de finances rectificative pour 2005 prévoit en effet les conditions d'une **reprise par l'Etat, à hauteur de 2,5 milliards d'euros, de la dette figurant au bilan d'ouverture du FFIPSA au 1^{er} janvier 2005**, et qualifiée par la Cour des comptes de « *créance du FFIPSA sur l'Etat* »².

¹ Dès le bilan d'ouverture, au 1^{er} janvier 2005, le FFIPSA a repris un encours de dette de 2.363,97 millions d'euros provenant du BAPSA auquel il convient d'ajouter un déficit d'exécution du BAPSA en droit constatés d'euros au 31 décembre 2004 de 840 millions. Au total, au 1^{er} janvier 2005, date d'entrée en vigueur du FFIPSA, le résultat définitif du compte de résultat consolidé du BAPSA fin 2004 présentait un déficit cumulé de l'ordre de 3,2 milliards d'euros.

² En effet, le BAPSA, en tant que budget annexe, était soumis au principe budgétaire d'équilibre annuel, ce qui imposait à l'Etat d'équilibrer annuellement le BAPSA, comme tout autre budget annexe. Or, contrairement aux recommandations de la Cour des comptes, cette « créance » du FFIPSA sur l'Etat n'a pas été inscrite dans son bilan d'ouverture.

Bilan d'ouverture du FFIPSA au 1^{er} janvier 2005

(en millions d'euros)

Dépenses	Encaissement - décaissement	Mensualisation	Droits constatés	TOTAL
Intérêts	51,93		0,72	52,65
Maladie-Maternité	6 677,35		159	6 836,35
PFA	558,16		33,34	591,5
Retraites	8 129,56	1 333,33	651,7	10 114,59
Autres	177,24		79,53	256,77
TOTAL	15 594,24	1 333,33	924,29	17 851,86
Recettes				
Cotisations	2 589,51		0,16	2 589,67
Compensation	5 723,00			5 723,00
Taxes	4 985,91			4 985,91
CNAF	237,94			237,94
CSG	775,00			775,00
FSV	111,21	19,18	10,98	141,37
Autres	153,54		55,03	208,57
TOTAL	14 576,11	19,18	66,17	14 661,46
Déficit BAPSA 2004	-1 031,89	-1314,14	-858,12	-3 190,40
Résultats cumulés des exercices antérieurs BAPSA clos				28,74
Bilan d'ouverture du FFIPSA au 1er janvier 2005				-3 161,66

Source : ministère de la santé et des solidarités

Le rapport d'activité indique qu'au 31 décembre 2005, l'arrêté des comptes du FFIPSA pour son premier exercice présente un **déficit de 1.401,3 millions d'euros**, dont 853,6 millions d'euros pour la branche maladie et 547,7 millions d'euros pour la branche vieillesse.

S'agissant des **perspectives du FFIPSA pour 2006 et 2007**, le rapport d'activité précise qu'au solde technique initial de 1.401,3 millions d'euros, il conviendrait d'ajouter en 2006 la régularisation de la compensation démographique au titre de l'année 2000 (- 75 millions d'euros), l'absence de recettes exceptionnelles en droits sur les tabacs s'ajoutant à une diminution du montant des produits perçus et à la révision à la baisse des cotisations des exploitants, conséquence de la mauvaise année 2005 en termes de revenus. Dès lors, **le déficit du FFIPSA pourrait atteindre 1,9 milliard d'euros en 2006 de même qu'en 2007.**

Il résulte de ces prévisions et d'un bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2006 de (- 2.063,3) millions d'euros que les clôtures suivantes des comptes feraient apparaître au :

- **31 décembre 2006 : - 3.963 millions d'euros ;**
- **31 décembre 2007 : - 5.863 millions d'euros.**

Le rapport d'activité en conclut qu'il « *apparaît nécessaire que des solutions soient apportées afin de retrouver un équilibre* », sans évoquer de pistes spécifiques.

Par ailleurs, le rapport d'activité précise qu'il **résulte de l'insuffisance structurelle des recettes par rapport aux dépenses, une augmentation de l'encours de dette tout au long de l'année**. Il est donc nécessaire pour le FFIPSA d'avoir recours à des emprunts bancaires.

Plafond d'emprunt du FFIPSA fixé en loi de financement

(en millions d'euros)

2005	2006	2007
6.200	7.100	7.100

Source : lois de financement de la sécurité sociale

Enfin, le rapport d'activité indique que les charges financières prises en charge par le FFIPSA en **2005** se sont élevées à **78,3 millions d'euros**.

b) Des perspectives inquiétantes

- (a) Les conclusions de la mission d'inspection commune sur le financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles (mai 2005)

Le rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale de l'agriculture et de l'inspection générale des finances, sur le financement du régime de protection sociale des non salariés agricoles, datant du mois de mai 2005 fait état d'une augmentation du besoin de financement du régime de protection sociale des non salariés agricoles de 4,33 % par an sur les dix dernières années. Il faut préciser que **la notion de besoin de financement exprime le montant des recettes externes spécifiques nécessaires pour équilibrer le régime et doit donc être différencié de la notion de déficit d'exécution du régime**.

En outre, ce rapport d'inspection prévoit que, sur les dix années à venir, le besoin de financement du régime devrait augmenter à un rythme se situant entre 0,8 % et 2,2 % par an, selon les hypothèses retenues. Ainsi, en 2014, le besoin de financement du régime se situerait entre 7,2 et 8,2 milliards d'euros. A titre de comparaison, ce besoin de financement s'est élevé à près de 6,8 milliards d'euros en 2005.

Le besoin de financement du régime sur la période 2005-2014, toutes choses égales par ailleurs, et sa part au sein des dépenses totales du régime

(en millions d'euros et en pourcentage)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Croissance annuelle
Besoin de financement	6.743	6.858	6.959	6.997	7.054	7.092	7.130	7.168	7.206	7.244	0,80 %
Besoin de financement / dépenses totales du régime	43,9 %	45 %	46 %	46,6 %	47,3 %	47,9 %	48,4 %	49 %	49,6 %	50,1 %	

Source : rapport d'inspection conjoint sur le financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles (mai 2005)

Enfin, le rapport d'inspection note qu'à niveau de taxes affectées constant, le déséquilibre financier du régime serait de l'ordre de 2,1 à 3,1 milliards d'euros en 2014, en fonction des hypothèses retenues de croissance annuelle du besoin de financement du régime.

L'équilibre financier du régime sur la période 2005-2014, à niveau de taxe affecté constant

(en millions d'euros et en pourcentage)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Croissance annuelle
Besoin de financement	6.743	6.858	6.959	6.997	7.054	7.092	7.130	7.168	7.206	7.244	0,80 %
Total des taxes affectées	5.105	5.105	5.105	5.105	5.105	5.105	5.105	5.105	5.105	5.105	
Solde net	-1.638	-1.753	-1.854	-1.892	-1.949	-1.987	-2.025	-2.063	-2.101	-2.139	3 %
Solde net / dépenses totales du régime	10,7 %	11,5 %	12,3 %	12,6 %	13,1 %	13,4 %	13,8 %	14,1 %	14,5 %	14,8 %	

Source : rapport d'inspection conjoint sur le financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles (mai 2005)

(b) Les prévisions de l'annexe B du présent projet de loi de financement

Le 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'ONDAM pour les quatre années à

venir (annexe B) présentent des projections quadriennales (2007-2010) sous la forme de deux *scénarii* économiques et en l'absence de ressources supplémentaires.

**Prévision de recettes et de dépenses du FFIPSA sur 2007-2010
(scénario économique bas)**

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010
Recettes	14,5	14,7	14,9	15,1
Dépenses	16,6	16,8	17,0	17,3
Solde	-2,1	-2,1	-2,1	-2,2

Source : annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

**Prévision de recettes et de dépenses du FFIPSA sur 2007-2010
(scénario économique haut)**

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010
Recettes	14,5	14,7	14,9	15,2
Dépenses	16,6	16,8	17,0	17,3
Solde	-2,1	-2,1	-2,1	-2,1

Source : annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Votre rapporteur pour avis indique que les tableaux présentés ci-dessus sont **corrigés des erreurs contenues dans l'annexe B** du présent projet de loi de financement s'agissant des soldes du scénario économique bas.

(c) Les dispositions de l'article 55 *bis* du présent projet de loi de financement pèsent sur les comptes du FFIPSA sans être financées

L'article 55 bis du présent projet de loi de financement, adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Yves Censi, avec l'avis favorable du gouvernement, vise à **assouplir les conditions d'accès aux revalorisations des petites retraites agricoles en abaissant la durée minimale d'activité agricole nécessaire pour bénéficier de ces revalorisations.**

Ces dispositions sont la traduction concrète de l'annonce faite par le Président de la République, le 5 octobre 2006, en faveur des retraites agricoles les plus modestes, et devraient concerner 300.000 bénéficiaires, constitués de non-salariés agricoles ayant pris leur retraite avant le 1^{er} janvier 2002, d'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès du ministère de l'agriculture et de la pêche.

La mesure adoptée par l'Assemblée nationale consiste à :

- abaisser le seuil de la carrière de non-salarié agricole de 32 ans et demi à 22 ans et demi au 1^{er} janvier 2007 ;

- fixer une décote constante par année manquante se substituant à la décote actuelle de 15 % des deux premières années et de 10 % les années suivantes. Le taux de cette décote sera de - 5,5 % en 2007 et de - 4 % en 2008.

Le coût total de cette mesure, sur 2007 et 2008, sera de 205 millions d'euros. Votre rapporteur pour avis constate que si, comme cela lui a été indiqué par le gouvernement, le présent projet de loi de financement tient compte de cette mesure dans les prévisions de charges du FFIPSA pour 2007 figurant à l'article 71, aucune disposition de nature à assurer le financement de ces mesures n'a été proposée au Parlement.

Coût des dispositions de l'article 55 bis

(en millions d'euros)

	2007	2008	Total
Abaissment de seuil de la carrière	85	0	85
Décote de 5,5 % par année manquante	77	0	77
décote de 4 % par année manquante	0	43	43
Total	162	43	205

Source : ministère de l'agriculture et de la pêche

c) Un avenir incertain

- (a) Les propositions de la mission commune d'inspection s'agissant du financement des besoins de financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles

Le rapport d'inspection conjoint précité proposait **trois types de solution pour deux problèmes distincts.**

• Le financement des déficits cumulés

Ainsi que votre rapporteur pour avis l'a déjà souligné, les 3,2 milliards d'euros de déficits cumulés du BAPSA fin 2004 apparaissaient dans les comptes d'ouverture 2005 du FFIPSA en fonds propres négatifs.

La mission d'inspection précitée a envisagé trois options s'agissant de la prise en charge pérenne de ce besoin de trésorerie induit par les déficits 2003 à 2005:

- le *statu quo*, c'est-à-dire le portage de ce découvert de trésorerie par le régime de protection sociale agricole sous la forme d'une ligne de trésorerie (FFIPSA et MSA) ;
- la prise en charge par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ;
- la prise en charge par l'Etat.

Votre rapporteur pour avis note que la solution retenue par le gouvernement a été une prise en charge partielle, à hauteur de 2,5 milliards d'euros, par le budget de l'Etat.

• **Le financement du besoin de financement structurel**

S'agissant de l'attribution de moyens de financement pérennes au FFIPSA, les trois scénarios examinés par la mission d'inspection, qui concerne la seule branche maladie du régime, sont les suivants :

- la prise en charge du besoin de financement par l'Etat ;
- l'intégration financière de la section maladie au régime général de la sécurité sociale ;
- la modification des paramètres de la compensation.

La mission d'inspection rappelle que l'arbitrage entre les divers *scénarii* doit s'appuyer sur des considérations pragmatiques et qu'il doit retenir une solution claire et stable, résultat d'un dialogue approfondi entre les différents acteurs concernés.

(b) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis, membre du comité de surveillance du FFIPSA, est **particulièrement inquiet s'agissant de la dégradation continue des comptes du FFIPSA et de l'absence de propositions formulées par le gouvernement pour rétablir l'équilibre structurel du FFIPSA et lui assurer un financement pérenne.**

Dans son avis du 29 septembre 2005, le comité de surveillance du FFIPSA avait déjà appelé le gouvernement à prendre ses responsabilités et à analyser les modalités d'application des préconisations budgétaires formulées par le comité de surveillance, à savoir une diversification des ressources et, à moyen terme, une renégociation des règles de compensation démographique.

Dans son avis du 11 octobre 2006, le comité de surveillance du FFIPSA a constaté, « *dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, un manque total de perspectives pour le régime agricole et l'absence d'arbitrage pour résoudre la question du financement de la protection agricole des femmes et des hommes du monde agricole* ». En outre, le comité de surveillance a proposé que le FFIPSA recoure à un emprunt sur dix ans dès 2007 à hauteur du besoin de financement de cette même année avec une prise en charge par l'Etat du remboursement de l'annuité comprenant capital et intérêts et que cette opération soit renouvelée chaque année à hauteur du besoin de financement. **Votre rapporteur pour avis, membre du comité de surveillance du FFIPSA, rappellera toutefois qu'il était opposé à l'adoption de cet avis, en raison de l'absence de garanties explicites apportées par l'Etat.**

La Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006 a recommandé la suppression du FFIPSA et la recherche de solutions distinctes pour chacune de ses branches, sans remettre en cause l'unité du régime agricole.

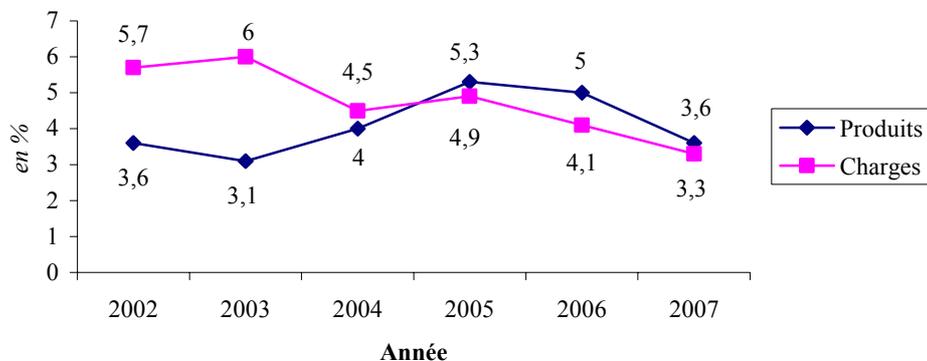
Votre rapporteur pour avis vous proposera, à titre d'appel, un amendement portant article additionnel après l'article 20 visant à modifier les dispositions de l'article L. 731-4 du code rural afin de prévoir que, parmi les recettes du FFIPSA, la dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds ne le fait plus « *le cas échéant* » mais systématiquement.

B. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. L'évolution générale des charges des différentes branches

Ainsi que le rappelle la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport précité, la réduction du déficit du régime général en 2005 et 2006 se fonde sur une **forte croissance des produits, de l'ordre de 5 % par an, et supérieure à l'augmentation des charges.**

Taux de variation des charges et produits du régime général
(2002-2007)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

La croissance des charges du régime général, qui a été proche de 5 % en 2005, ralentirait en 2006 grâce à une moindre progression des dépenses maladie. Une inflexion s'amorcerait en 2007 pour les prestations familiales. Mais la masse des retraites augmenterait à un rythme rapide sur toute la période.

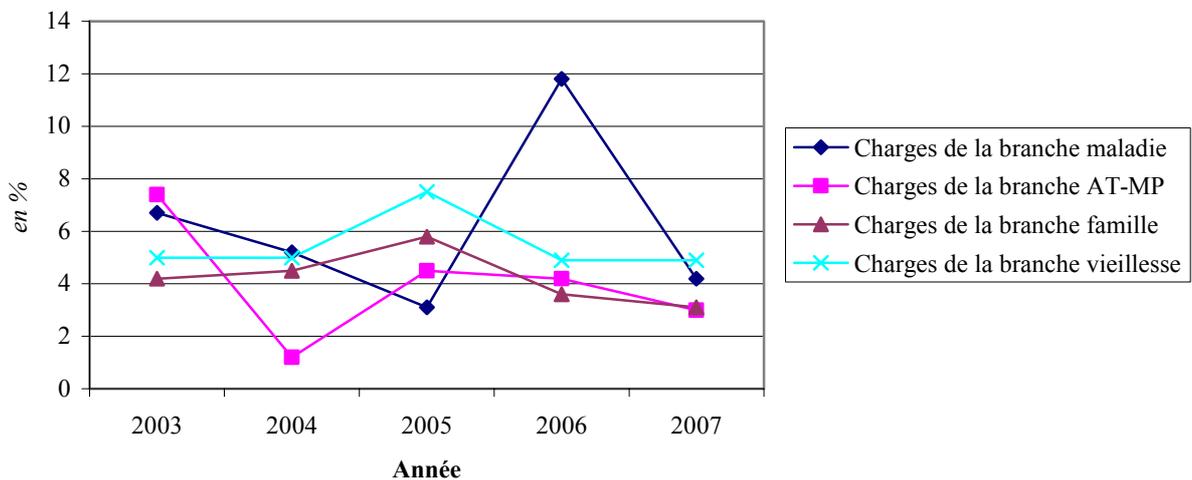
Ainsi, **les dépenses d'assurance maladie** devraient dépasser d'environ 700 millions d'euros, en 2006, l'objectif fixé par la loi de financement. **Leur croissance, estimée à 2,7 %, marquerait néanmoins un ralentissement sensible par rapport aux années précédentes, particulièrement sur les soins de ville (+ 1,5 %).** Cette modération, conjuguée à des apports de recettes, a permis une forte réduction du déficit de la CNAM en 2005-2006.

En revanche, **la croissance des prestations de retraite**, alimentée depuis 2004 par la montée en charge des retraites anticipées, puis par l'arrivée à l'âge de 60 ans des premières générations du baby boom, **est très forte, supérieure à 5,5 % par an en 2005 et 2006.** Elle serait encore d'environ 5 % en 2007 malgré l'hypothèse du décalage de certains départs sous l'effet des incitations nouvelles à la poursuite de l'activité (plan seniors). La progression des produits, même si elle tend à s'accélérer, reste nettement en deçà de ce

rythme, si bien que le déficit de la branche se creuse rapidement. **La contribution des retraites anticipées à la croissance des prestations est décroissante à mesure que le dispositif monte en charge : 1 point en 2005, 0,6 point en 2006, 0,3 point en 2007.** Son coût, estimé à 1,35 milliard d'euros en 2005, s'élèverait à 1,8 milliard d'euros en 2006 et à 2 milliards d'euros en 2007, pour un nombre de départs un peu supérieur à 100.000 par an qui pourrait commencer à diminuer en 2007.

Les **prestations familiales** connaissent depuis 2004 une **croissance supérieure à 4 % qui se poursuit en 2006 mais s'infléchirait à partir de 2007**, avec la décélération de la montée en charge de la PAJE, celle-ci étant achevée pour les enfants de moins de trois ans. Les prestations légales versées par la CNAF augmenteraient de 3,2 % en 2007 contre 4,3 % en 2006.

Taux d'évolution des charges du régime général (2003-2007)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

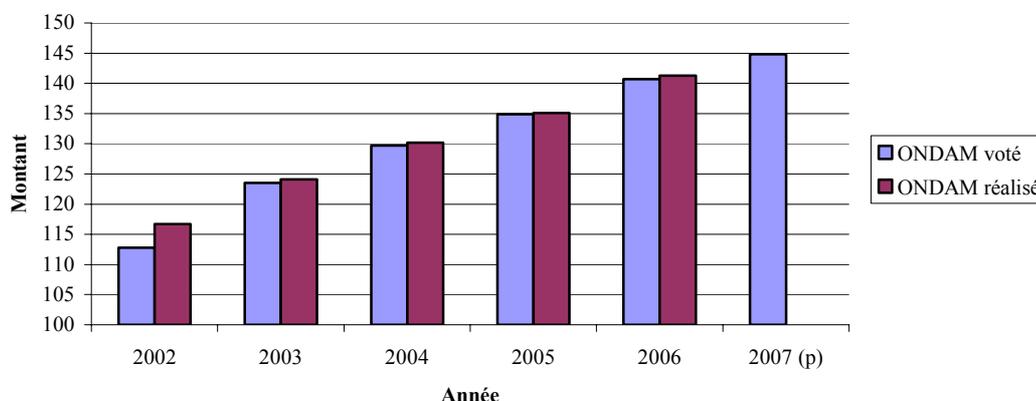
2. Un fait marquant de la législature : le ralentissement de la croissance des dépenses d'assurance maladie

En 2005, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM se sont élevées à 135,1 milliards d'euros, soit une progression de 4 % par rapport à 2004. Ce montant est très proche de l'objectif qui avait été voté dans le cadre de la loi de financement pour 2004, à 180 millions d'euros près.

L'objectif fixé pour 2006, soit 140,7 milliards d'euros, serait dépassé d'environ 700 millions d'euros. La croissance des dépenses maladie n'en marquerait pas moins un ralentissement sensible : elle est estimée à 2,7 %. Ce résultat prolonge la tendance à la décélération obtenue par rapport aux augmentations très fortes de la période 2000-2003.

ONDAM votés / ONDAM réalisés (2002-2007)

(en milliards d'euros)



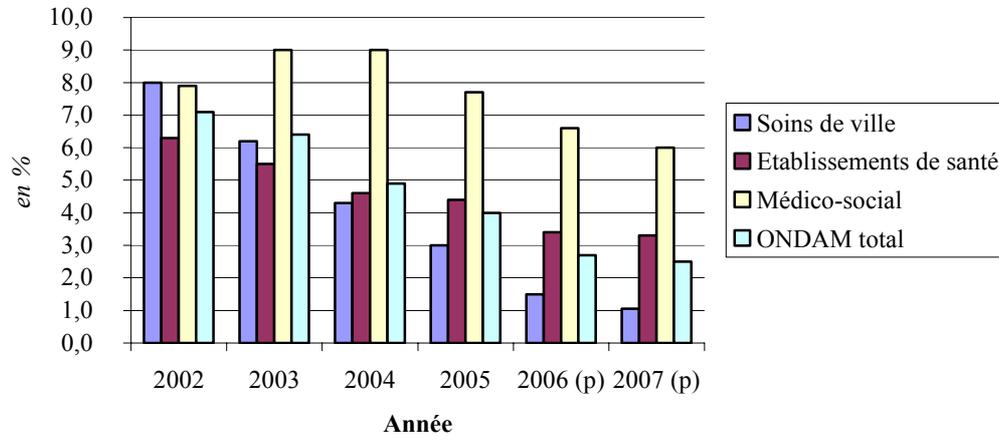
Source : commission des comptes de la sécurité sociale

La consommation de soins de ville tous régimes progresserait de 1,5 % en 2006 (1,7 % pour le régime général), ce qui représente un **ralentissement très net par rapport aux années précédentes**. L'inflexion porte principalement sur deux postes : les indemnités journalières et la consommation de médicaments, qui pourrait être en légère baisse en 2006. En revanche, les honoraires des professionnels libéraux connaîtraient cette année une progression plus forte qu'en 2005.

Malgré cette décélération, le sous-objectif « soins de ville » qui figurait dans la loi de financement pour 2006 serait dépassé de 650 millions d'euros, les économies sur les médicaments, estimées aujourd'hui à 1,4 milliard d'euros, restant inférieures à ce qui était visé au moment de la fixation de l'ONDAM.

Les **établissements de santé** présentent un risque de dépassement qui pouvait être estimé autour de 300 millions d'euros au cours de l'été mais a été ramené à une centaine de millions après les mesures correctrices annoncées par le ministre de la santé et des solidarités au début du mois de septembre. Compte tenu de ces mesures, les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé augmenteraient de 3,4 % en 2006.

**Taux d'évolution des dépenses du champ de l'ONDAM entre 2002 et 2007
(réalisations)**



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

II. LES DETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LES CHARGES FINANCIÈRES

A. LA DETTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, QUE LA CADES EST CHARGÉE D'APURER, A CONNU UNE HAUSSE TRÈS SIGNIFICATIVE

1. La CADES a repris 45,62 milliards d'euros de dettes depuis 2004

La dette sociale, que la Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission d'apurer, a connu une augmentation très nette au cours de la législature. En effet, **45,62 milliards d'euros lui ont été transférés depuis 2004.**

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu que la CADES reprenne à sa charge les déficits cumulés de la branche maladie du régime général au 31 décembre 2003 ainsi que son déficit prévisionnel au 31 décembre 2004, dans une **limite globale de 35 milliards d'euros**. La CADES a ainsi effectué quatre versements au profit de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004, 7 milliards d'euros le 11 octobre 2004, 9 milliards d'euros le 9 novembre 2004 et une nouvelle fois 9 milliards d'euros le 9 décembre 2004.

Le montant réel des déficits cumulés au 31 décembre 2004 s'étant élevé à 33,31 milliards d'euros, l'ACOSS a bénéficié d'un excédent de transfert de 1,69 milliard d'euros de la part de la CADES. Ce trop-perçu a été déduit du transfert relatif à l'exercice 2005.

En effet, la loi précitée relative à l'assurance maladie prévoit également le transfert à la CADES des déficits prévisionnels de la branche maladie au titre des exercices 2005 et 2006, dans la **limite de 15 milliards d'euros**.

En pratique, le déficit prévisionnel de la branche maladie pour l'exercice 2005 a été fixé à 8,3 milliards d'euros par le décret n° 2005-1255 du 5 octobre 2005, pris après avis du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale. **Compte tenu des versements déjà effectués, le montant net du transfert s'établit à 6,61 milliards d'euros, somme qui a été versée à l'ACOSS le 7 octobre 2005.**

La CADES a ensuite repris, le 6 octobre 2006, une charge de 5,7 milliards d'euros, correspondant au déficit prévisionnel pour 2006 (en pratique, ce montant intègre une régularisation de 0,3 milliard d'euros, correspondant à l'écart entre le montant du transfert opéré en 2005 au titre du déficit prévisionnel et le déficit réellement constaté pour cet exercice).

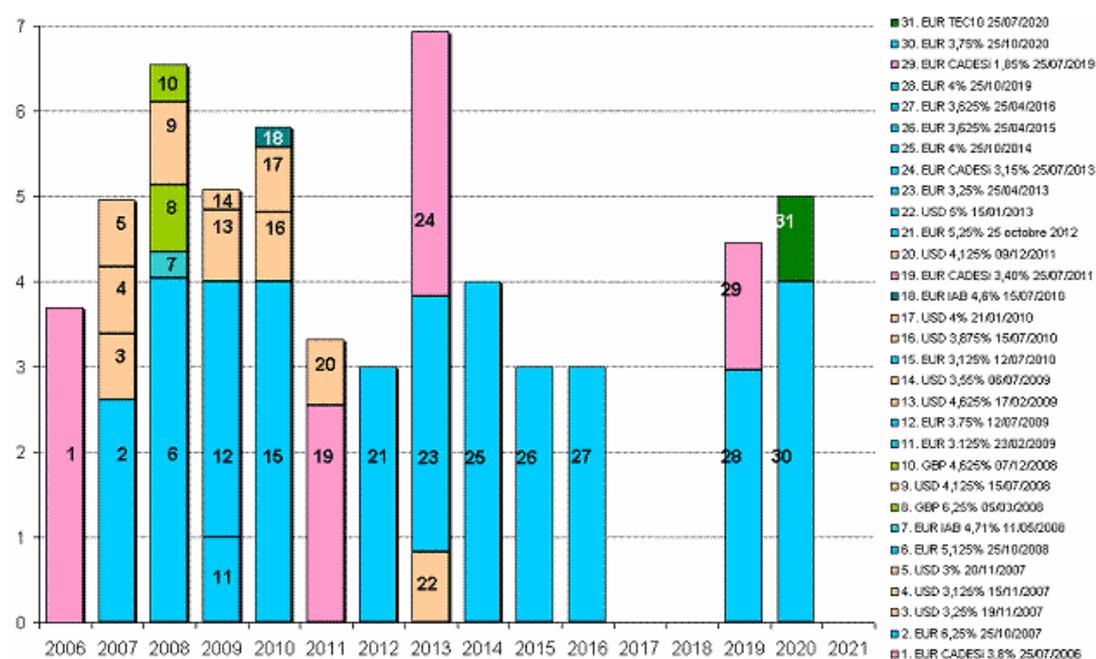
Au 6 octobre 2006, le montant total de la dette reprise par la CADES s'établit à 107,676 milliards d'euros. Sur ce total, la caisse avait

amorti 30,6 milliards d'euros au 30 juin 2006. Il lui reste donc **77,08 milliards d'euros à amortir**.

Le graphique qui suit retrace l'échéancier de la dette de la CADES au 20 mars 2006.

Echéancier de la dette de la CADES à moyen et long terme (au 20 mars 2006)

(en milliards d'euros)



Source : CADES

2. Les objectifs d'amortissement de dette fixés par le présent projet de loi de financement

Le projet de loi de financement retrace désormais les objectifs d'amortissement de la dette sociale assignés à la CADES.

On constate que l'évolution est toujours positive pour le moment : les réalisations sont supérieures aux prévisions et les objectifs rectifiés sont supérieurs aux objectifs initiaux, comme le montre le tableau suivant.

L'amortissement de la dette sociale : les données successives des PLFSS

(en milliards d'euros)

	2004	2005		2006		2007
	<u>Amortissement constaté</u> (<i>article 1er LFSS 2006</i>)	<u>Objectif rectifié</u> (<i>article 4 LFSS 2006</i>)	<u>Amortissement constaté</u> (<i>article 1er PLFSS 2007</i>)	<u>Objectif initial</u> (<i>article 30 LFSS 2006</i>)	<u>Objectif rectifié</u> (<i>article 6 PLFSS 2007</i>)	<u>Objectif initial</u> (<i>article 27 PLFSS 2007</i>)
Amortissement de la dette	2,2	2,4	2,6	2,4	2,8	2,5

Source: commission des finances du Sénat

On note toutefois une **diminution sensible de l'objectif d'amortissement de la dette sociale en 2007** (300 millions d'euros de moins qu'en 2006). D'après les données recueillies par votre rapporteur pour avis auprès de la CADES, **celle-ci devrait amortir 2,773 milliards d'euros en 2006 et 2,511 milliards d'euros en 2007.**

En 2007, les prévisions de recettes de CRDS s'élèvent à **5,614 milliards d'euros**. Les versements d'intérêts passeraient de **2,7 à 3,1 milliards d'euros**, d'une part en raison de la reprise de dette précédemment mentionnée effectuée en 2006, d'autre part en raison de la hausse des taux d'intérêt.

3. La LOLFSS interdit désormais d'accroître la durée d'amortissement de la dette sociale

L'un des apports majeurs de la législature réside incontestablement dans le coup d'arrêt porté au transfert sur les générations futures de la charge de la dette sociale.

En effet, l'article 20 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) a modifié l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et **empêche, à l'avenir, d'accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.**

Il dispose ainsi que *« tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale »*. La durée d'amortissement est alors appréciée *« au vu des éléments présentés par la caisse dans ses estimations publiques »*.

Ceci signifie que tout nouveau transfert de déficit à la CADES devrait être compensé par l'affectation de recettes supplémentaires. Cette mesure constitue un **puissant aiguillon pour mener les réformes structurelles nécessaires.**

B. LES CHARGES FINANCIÈRES DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL, UN RÉVÉLATEUR DES DIFFICULTÉS ACTUELLES

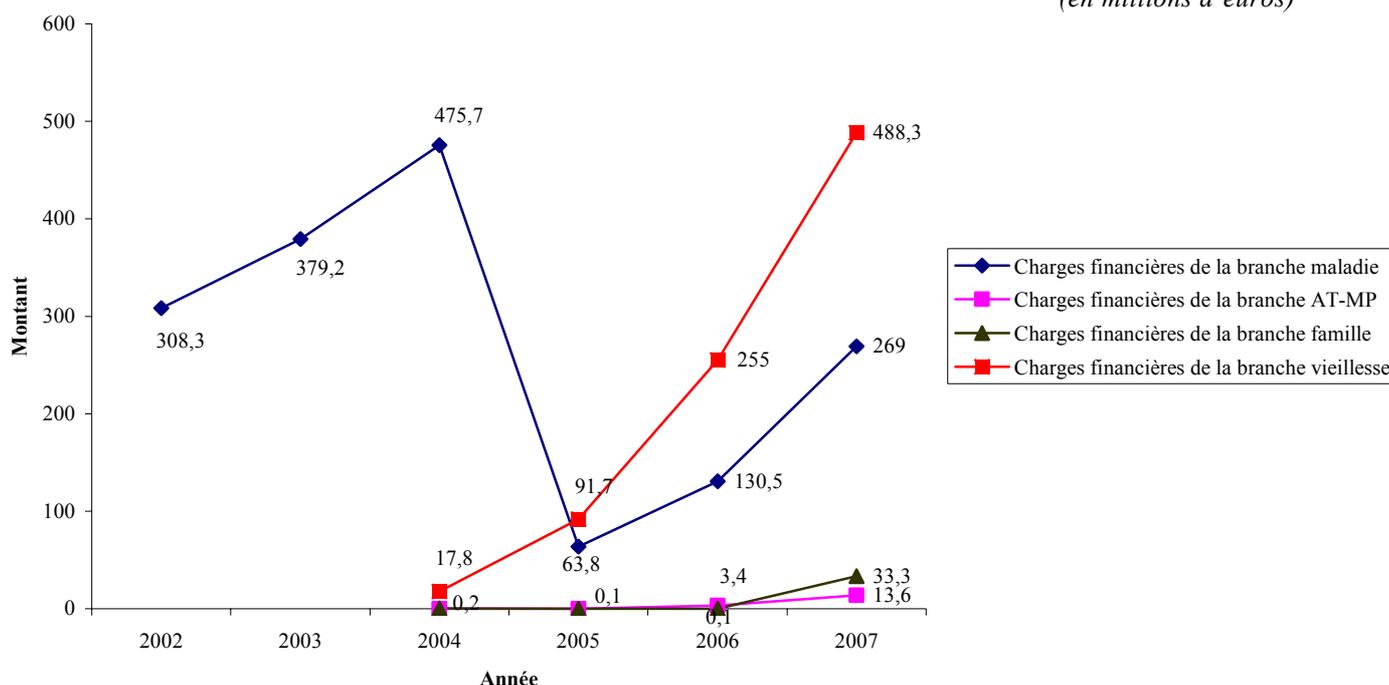
1. L'explosion des charges financières des branches du régime général en 2007

Si la dette transférée à la CADES est un point important à considérer, on doit également porter une attention toute particulière à l'évolution des charges financières des différentes branches, qui révèlent les difficultés auxquelles ils doivent faire face.

Or, de ce point de vue, on constate une **tendance très nette à la hausse des charges financières, particulièrement marquée en 2007**, après deux années de charges financières plus maîtrisées pour l'assurance maladie grâce aux transferts opérés vers la CADES.

L'évolution des charges financières des branches du régime général

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, d'après les réponses au questionnaire de votre rapporteur pour avis pour la branche maladie en 2002 et 2003 et d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale pour les données 2004 à 2007 de l'ensemble des branches

Cette tendance illustre les difficultés auxquelles est confronté le régime général aujourd'hui.

Cette évolution souligne la **nécessité de poursuivre les réformes** et conduit à s'interroger sur l'éventualité d'un nouveau transfert de déficit vers la CADES, sous la réserve précédemment mentionnée que ce transfert

s'accompagnerait automatiquement d'un accroissement des ressources de cette caisse.

2. Les dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale pèsent sur la trésorerie du régime général

Il convient de rappeler que les dettes de l'Etat sont à l'origine d'une partie des frais financiers que doit supporter la sécurité sociale. En effet, ces dettes ne pèsent pas sur les comptes du régime général, qui possède une comptabilité en droits constatés, mais uniquement sur sa trésorerie.

Elles entraînent toutefois des frais financiers qui s'élèvent à plusieurs dizaines de millions d'euros. Ainsi, leur montant est estimé à **160 millions d'euros pour le régime général en 2006. Pour la première fois, ils seront pris en charge par une affectation d'une fraction de droits sur les tabacs au régime général de la sécurité sociale, prévue par l'article 23 du projet de loi de finances pour 2007.**

Ces dettes sont très importantes, puisqu'elles atteignaient, **au 31 décembre 2005, 3,6 milliards d'euros à l'égard du régime général et plus de 5,1 milliards d'euros à l'égard de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale.** A titre de comparaison, les dettes nettes au 31 décembre 2005 représentaient ainsi plus de **37 % du déficit prévisionnel 2006 du régime général** (31 % du déficit constaté en 2005).

En outre, ainsi que le souligne le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2006, *« l'apurement de ses dettes par l'Etat à la fin du premier semestre 2006 apparaît très modeste : il a en effet été payé 254 millions d'euros sur les 5.271 millions d'euros dus qui ressortent de la situation nette au 31 décembre 2005, ce qui représente un peu moins de 5 % ».*

Seules la CNAF et la CNAV profitent véritablement de ces apurements qui portent sur le champ des prestations logement (84 millions d'euros), l'exonération relative aux jeunes entreprises innovantes (59 millions d'euros) et les cotisations vieillesse pour certains militaires (101 millions d'euros).

Par ailleurs, d'après le rapport de la CCSS précité, sur la base de l'examen des dotations budgétaires 2006 consacrées aux remboursements par l'Etat des principales prestations versées par les organismes de sécurité sociale pour son compte, et à la compensation des exonérations spécifiques (hors allègements généraux), **les dettes de l'Etat pourraient s'alourdir en 2006.**

Sur le champ des **exonérations spécifiques**, le rapprochement entre le coût estimé des dispositifs (3.465 millions d'euros) et les dotations budgétaires initiales (2.880 millions d'euros) fait apparaître une sous-budgétisation de 585 millions d'euros. Les principaux dispositifs sous financés sont les exonérations DOM (206 millions d'euros), l'apprentissage

(153 millions d'euros) et les exonérations liées aux services à la personne (132 millions d'euros).

S'agissant du champ des prestations sociales, l'insuffisance actuelle de financement s'établit à 660 millions d'euros et concerne en particulier l'aide médicale d'Etat (257 millions d'euros), l'allocation aux adultes handicapés (65 millions d'euros), l'allocation de parent isolé (175 millions d'euros) et les aides au logement (161 millions d'euros).

Dès lors, le rapport précité de la CCSS précise que, « *hors mesures éventuelles figurant dans la loi de finances rectificative pour 2006, ce seraient donc 1.250 millions d'euros de dettes supplémentaires qui interviendraient en 2006, soit + 25 % par rapport à la situation fin 2005* ».

**Etat semestriel des dettes de l'Etat envers les régimes obligatoires au 30 juin 2006,
par nature de dettes (situation nette)**

(en millions d'euros)

Prestations versées pour le compte de l'Etat ou prises en charge par l'Etat	1.175,52
Champ logement	11,07
Champ santé-solidarité	1.164,45
<i>Dont</i>	
<i>Allocation de parent isolé (API)</i>	<i>232,68</i>
<i>Allocation aux adultes handicapés (AAH)</i>	<i>98,64</i>
<i>Allocation spéciale d'invalidité (ASI)</i>	<i>118,97</i>
<i>Aide médicale d'Etat (AME)</i>	<i>653,98</i>
Exonérations de cotisations sociales	3.095,90
Exonérations ciblées	1.417,45
Allègements généraux	1.678,45
Divers autres dispositifs	746,02
Total général	5.017,43

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2006)

**Etat semestriel des dettes de l'Etat envers les régimes obligatoires au 30 juin 2006, par
caisse ou régime (situation nette)**

(en millions d'euros)

Régime général	3.432,55
CNAMTS-AM	1.676,46
CNAMTS-AT	174,88
CNAF	906
CNAVTS	675,21
Autres	1.584,88
<i>Dont</i>	
CCMSA	503,27
FFIPSA	648
CRPCEN	49,73
SNCF	91,6
RATP	2
CANAM	139
CANCAVA	55,63
ORGANIC	86,68
Total général	5.017,43

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2006)

Cette photographie permet également de **faire ressortir les insuffisances des prévisions budgétaires et la sous-évaluation manifeste de certaines dépenses en loi de finances initiale** : allocation de parent isolé, allocation adulte handicapé, allocation spéciale d'invalidité, aide médicale d'Etat, etc.

Signalons que **l'aide médicale de l'Etat représente à elle seule presque la moitié du montant des dettes du champ santé-solidarité et que le montant de la dette sur ce poste de dépenses est près de trois fois supérieur au montant des dépenses inscrites en loi de finances initiale : 654 millions d'euros contre 233 millions d'euros**. En effet, si les crédits dédiés à l'AME sont inscrits au sein de la mission « Solidarité et intégration » du budget de l'Etat, les dépenses afférentes à ce poste sont supportées par l'assurance maladie qui reçoit ensuite le remboursement par l'Etat des prestations en nature servies à certaines catégories de personnes qui ne peuvent fournir d'effort contributif et pour lesquelles aucun employeur n'est susceptible de cotiser à l'assurance maladie.

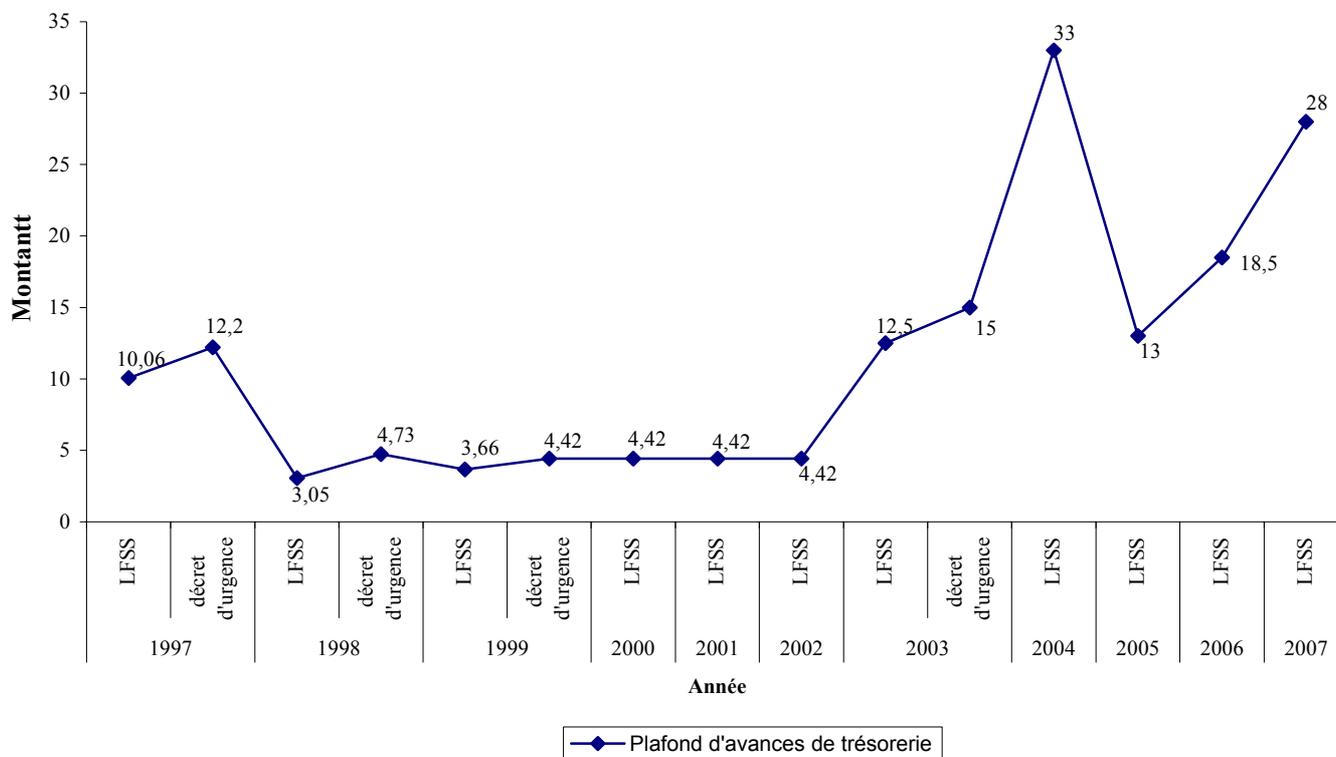
3. L'évolution des plafonds d'avances de trésorerie

a) Le plafond d'avances de trésorerie du régime général devrait retrouver en 2007 l'un de ses plus hauts niveaux depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale

L'article 31 du présent projet de loi de financement fixe à 28 milliards d'euros le plafond d'avances de trésorerie du régime général pour 2007. Il s'agit là du plafond le plus élevé fixé depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale, après le record enregistré en 2004, comme le montre le graphique suivant.

Evolution du plafond d'avances de trésorerie du régime général depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances du Sénat

De même que l'évolution des charges financières, ce graphique témoigne des difficultés auxquelles est confronté le régime général. On notera, en outre, que la trésorerie du régime général devrait être constamment négative en 2007.

Le plafond d'avances de trésorerie fixé est toutefois supérieur de 300 millions d'euros à la variation annuelle de trésorerie détaillée dans l'annexe 9 au présent projet de loi de financement (13,3 milliards d'euros) et de 200 millions d'euros au point bas, ces deux données intégrant les aléas macro-économiques. Ces données ne sont pas cohérentes entre elles, puisque, partant d'un point d'entrée de 14,4 milliards d'euros, la variation annuelle de trésorerie envisagée devrait conduire à un point de sortie de 27,7 milliards d'euros en fin d'année.

Votre rapporteur pour avis vous proposera d'abaisser de 200 millions d'euros le plafond d'avances de trésorerie fixé pour le régime général en 2007, afin de le faire correspondre au besoin de trésorerie le plus élevé mentionné dans l'annexe 9 précitée, soit 27,8 milliards d'euros.

Cet abaissement du plafond d'avances de trésorerie est d'autant plus justifié que, selon certaines informations recueillies par votre rapporteur pour

avis, la « *marge pour aléas techniques et macro-économiques* » auxquelles fait référence l'exposé des motifs du présent projet de loi de financement atteindrait 3 milliards d'euros, soit une marge d'erreur de plus de 10,7 %.

La trésorerie du régime général en 2006 et 2007

► La trésorerie du régime général en 2006

Le solde moyen du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS, devrait s'élever, au cours de cet exercice à – 8,9 milliards d'euros. **La variation annuelle de trésorerie sera négative, à – 7,7 milliards d'euros, atteignant en fin d'année un solde de - 14,4 milliards d'euros (contre – 6,9 milliards d'euros au 31 décembre 2005).** Cette situation intègre l'opération de reprise des déficits de la branche maladie par la CADES, pour un montant total de 5,7 milliards d'euros qui a été effectuée les 29 septembre et 5 octobre 2006 pour des montants respectifs de 600 millions d'euros et de 5,1 milliards d'euros. Hors cette opération, la variation annuelle de trésorerie serait de – 12,9 milliards d'euros, soit 4,0 milliards d'euros de moins qu'au cours de l'exercice précédent.

On constate, comme sur les exercices précédents, une dégradation de la trésorerie, mais celle-ci est moins importante que les années précédentes. En effet, comme en 2005, l'exercice 2006 présente une plus forte évolution des encaissements par rapport aux tirages, ce qui n'était plus arrivé depuis l'exercice 2001.

Le profil de trésorerie de l'exercice présente une situation contrastée par rapport à celui de 2005, lié notamment à la reprise de déficit de la branche maladie opérée par la CADES en 2004 et à celle opérée en octobre 2005. **Le solde négatif dès le 1^{er} janvier 2006 a obligé l'ACOSS à recourir aux avances de la CDC presque constamment.** La situation se caractérise par une **augmentation du nombre de jours négatifs : 360 jours contre 206 en 2005.**

Il est estimé au 9 octobre 2006 que **le point le plus haut de la trésorerie pour cette année aurait été atteint le 7 février avec 774 millions d'euros tandis que le point le plus bas serait atteint le 2 octobre avec – 16,9 milliards d'euros, juste avant la reprise de dette de la CADES.**

► **La trésorerie du régime général en 2007**

Le profil du régime général pour 2007 est construit sur la base des hypothèses de la commission des comptes de la sécurité sociale et il intègre les mesures proposées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

L'analyse du profil de trésorerie tient compte en outre d'un certain nombre d'aléas qui traduisent les incertitudes macroéconomiques et les incertitudes sur le calendrier précis des encaissements et des tirages (effets de volatilité quotidienne de la trésorerie).

Dans ces conditions, **la trésorerie 2007 partirait d'un point d'entrée de - 14,4 milliards d'euros. La variation annuelle de trésorerie serait de - 13,3 milliards d'euros, le solde au 31 décembre atteignant - 27,8 milliards d'euros.**

Les prévisions de trésorerie n'intègrent pas cette année la perspective d'une opération de reprise du déficit de la branche maladie par la CADES, puisque l'article 76 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ne permettait que des reprises de déficits au titre des exercices 1999 à 2004, puis 2005 et 2006.

Sous les hypothèses retenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, **le solde moyen au cours de l'exercice s'élèverait à - 18,08 milliards d'euros, le point le plus haut se situerait le 7 février avec - 6,0 milliards d'euros tandis que le besoin de trésorerie le plus élevé apparaîtrait 31 décembre et serait de - 27,8 milliards d'euros.**

Source : annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

b) Les autres plafonds d'avances de trésorerie

L'article 31 du présent projet de loi de financement fixe également les plafonds d'avances de trésorerie de **cinq autres régimes** en 2007.

Le tableau qui suit retrace les plafonds d'avances de trésorerie fixés pour les régimes autres que le régime général depuis 1998.

Evolution des plafonds d'avances de trésorerie des régimes autres que le régime général fixés en loi de financement de la sécurité sociale depuis 1998

(en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
FFIPSA (ex BAPSA)	1 296	1 601	1 906	1 906	2 210	2 100	4 100	6 200	7 100	7 100
CNRACL	381	381	381	381	500	500	500	500	550	350
FSPOIE	76	76	76	76	80	80	50	0	150	150
CANSSM	351	351	351	351	350	200	200	200	300	200
CNIEG								500	475	500
Caisse de retraite du personnel de la RATP									50	50

Source: commission des finances du Sénat

On relèvera qu'en 2007 :

- les plafonds d'avances de trésorerie fixés pour la CNRACL et la CANSSM sont en baisse ;

- les plafonds d'avances de trésorerie fixés pour le FFIPSA, le FSPOIE et la Caisse de retraite du personnel de la RATP sont stables ;

- le plafond fixé pour la CNIEG augmente légèrement (+ 25 millions d'euros).

Votre rapporteur pour avis que la justification avancée pour fixer un plafond d'avances de trésorerie au profit du régime spécial de la RATP est l'hypothèse d'un adossement de ce régime au régime général. Ce régime n'utilise pas les possibilités d'avances de trésorerie offertes en 2006. En l'absence de données justifiant de prévoir un tel plafond, **vo**tre rapporteur pour avis vous propose de le supprimer, afin de permettre au gouvernement de préciser ses intentions s'agissant d'un éventuel adossement du régime de la RATP au régime général.

III. L'ÉVOLUTION DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX

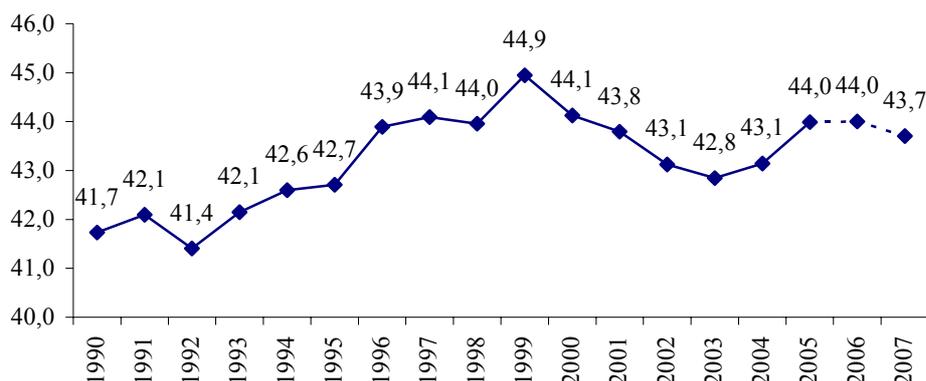
A. LA LÉGISLATURE A ÉTÉ MARQUÉE PAR LA CROISSANCE DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX

1. Un alourdissement général des prélèvements obligatoires affectés à la sécurité sociale au cours de la législature 2002-2007

Ainsi que le relevait notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, dans son récent rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution¹, le taux de prélèvements obligatoires en France a augmenté ces dernières années, comme l'indique le graphique ci-après.

Taux de prélèvements obligatoires

(en points de PIB)



Sources : Insee, rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires (prévisions)

Ainsi, on pourrait croire que la pression fiscale et sociale s'est accrue au cours de la présente législature, le taux de prélèvements obligatoires, de 42,8 % du PIB en 2003, devant atteindre à 44 % du PIB en 2006 et 43,7 % du PIB en 2007.

Notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, explique dans son rapport précité que la réalité est exactement inverse.

En effet, il note que sur la période 2004-2008, les allègements de prélèvements obligatoires auront été de l'ordre de 15 milliards d'euros, soit près de 1 point de PIB, consistant en des allègements fiscaux de l'ordre

¹ « Quels prélèvements obligatoires ? Pour quels besoins collectifs ? », rapport d'information n° 41 (2006-2007).

de 22 milliards d'euros qui n'auront été compensés que pour un tiers par l'augmentation des prélèvements obligatoires des administrations de sécurité sociale, comme l'indique le tableau ci-après.

Impact des mesures nouvelles décidées par la présente législature depuis 2004 (1)

(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2004-2008
<i>Impact des mesures antérieures à mai 2002</i>	(2.056)					
Etat	-3.032	-5.885	-4.730	-6.640	-2.110	-22.397
Administrations de sécurité sociale	550	6.495	3.210	-1.760	-750	7.745
Autres		-550	40	320	200	10
Total	-2482	60	-1.480	-8.080	-2.660	-14.642

(1) Période couverte par les rapports du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution.

Source : rapports du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution

Notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, explique dans son rapport précité que l'augmentation du taux de prélèvements obligatoires vient du fait que si, sur longue période, les prélèvements obligatoires tendent spontanément à augmenter à la même vitesse que le PIB – les économistes disent que l'élasticité des prélèvements obligatoires au PIB est égale à l'unité –, **ils ont ces dernières années augmenté nettement plus vite que le PIB, pour des raisons purement économiques et conjoncturelles**. Ainsi, selon le gouvernement, l'élasticité des prélèvements obligatoires au PIB a été de 1,1 en 2004 et 1,4 en 2005, et elle serait encore de 1,2 en 2006 et 1,1 en 2007. Cela signifie, par exemple, qu'alors qu'en 2005 le PIB nominal augmentait de 3,1 %, les prélèvements obligatoires tendaient spontanément à augmenter de $3,1 \times 1,4 = 4,2$ %¹. Il conclut donc que l'augmentation conjoncturelle du taux de prélèvements obligatoires sur la période 2004-2008 ne doit pas dissimuler le fait que, de manière structurelle, le taux de prélèvements obligatoires aura été réduit d'environ 1 point de PIB.

En revanche, **votre rapporteur pour avis observe que le tableau qui précède fait clairement apparaître l'accroissement des prélèvements sociaux intervenu depuis 2004** : les réformes des retraites et de l'assurance maladie, de même que l'institution d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – qui ne fait pas à proprement parler partie du champ de la sécurité sociale – se sont traduites par un accroissement des prélèvements sociaux (hausse des cotisations vieillesse à la suite de la réforme des retraites, élargissement de l'assiette de la CSG et augmentation de certains de ses taux dans le cadre de la loi relative à l'assurance maladie, institution d'une

¹ Les écarts s'expliquent par des questions d'arrondis.

contribution de solidarité pour l'autonomie par la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, augmentation des taxes pesant sur le secteur du médicament à l'occasion des lois de financement de la sécurité sociale successives...).

2. Une évolution hachée des impôts et taxes affectées à la sécurité sociale, en fonction des modalités retenues pour financer les allègements généraux de charges sociales

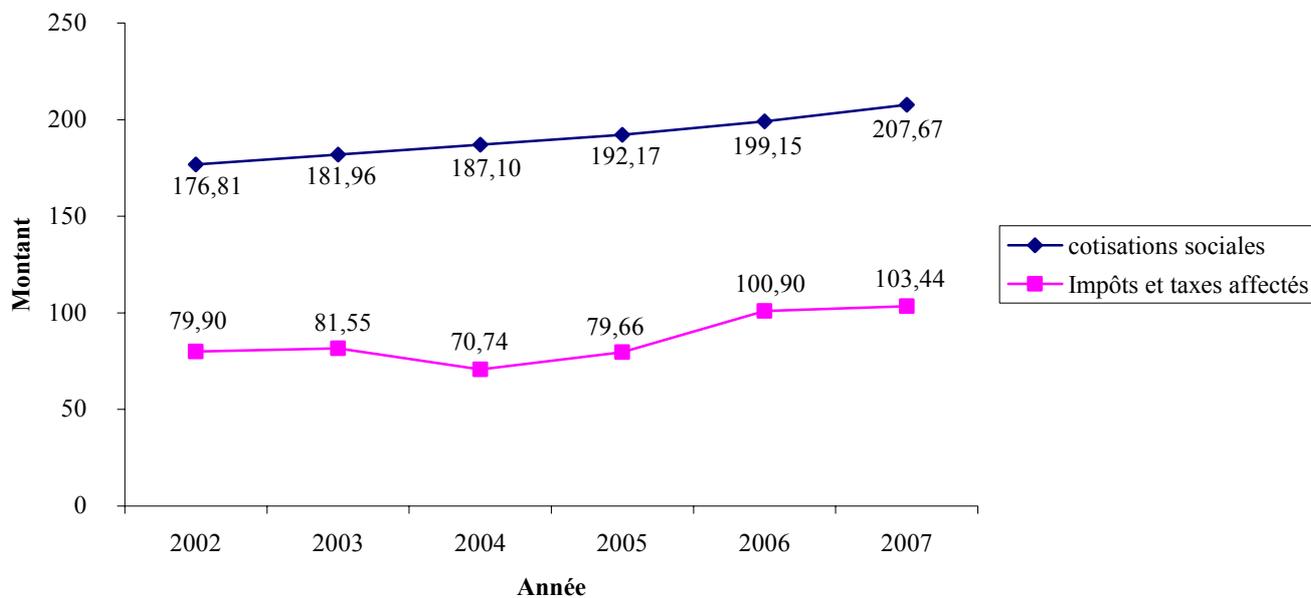
Si l'on note sur le long terme, ainsi que l'a rappelé notre collègue Philippe Marini dans son rapport précité sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, une **tendance de fond à l'accroissement de la part des impôts et taxes affectés dans le financement de notre système de sécurité sociale**, on peut observer que les impôts et taxes affectés ont connu une **évolution hachée au cours de la présente législature**, en raison, essentiellement, de l'évolution du mode financement des allègements généraux de cotisations sociales.

En effet, ceux-ci ont été pris en charge dans le cadre du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) jusqu'en 2003, par le biais de taxes affectées, puis par le biais d'une dotation budgétaire de l'Etat en 2004 et 2005, avant d'être à nouveau financés par le biais de taxes, cette fois directement affectées à la sécurité sociale, dans les conditions prévues par l'article 56 de la loi de finances pour 2006.

Les graphiques suivants retracent l'évolution de la structure des prélèvements obligatoires affectés à la sécurité sociale et la complexité de la répartition des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale.

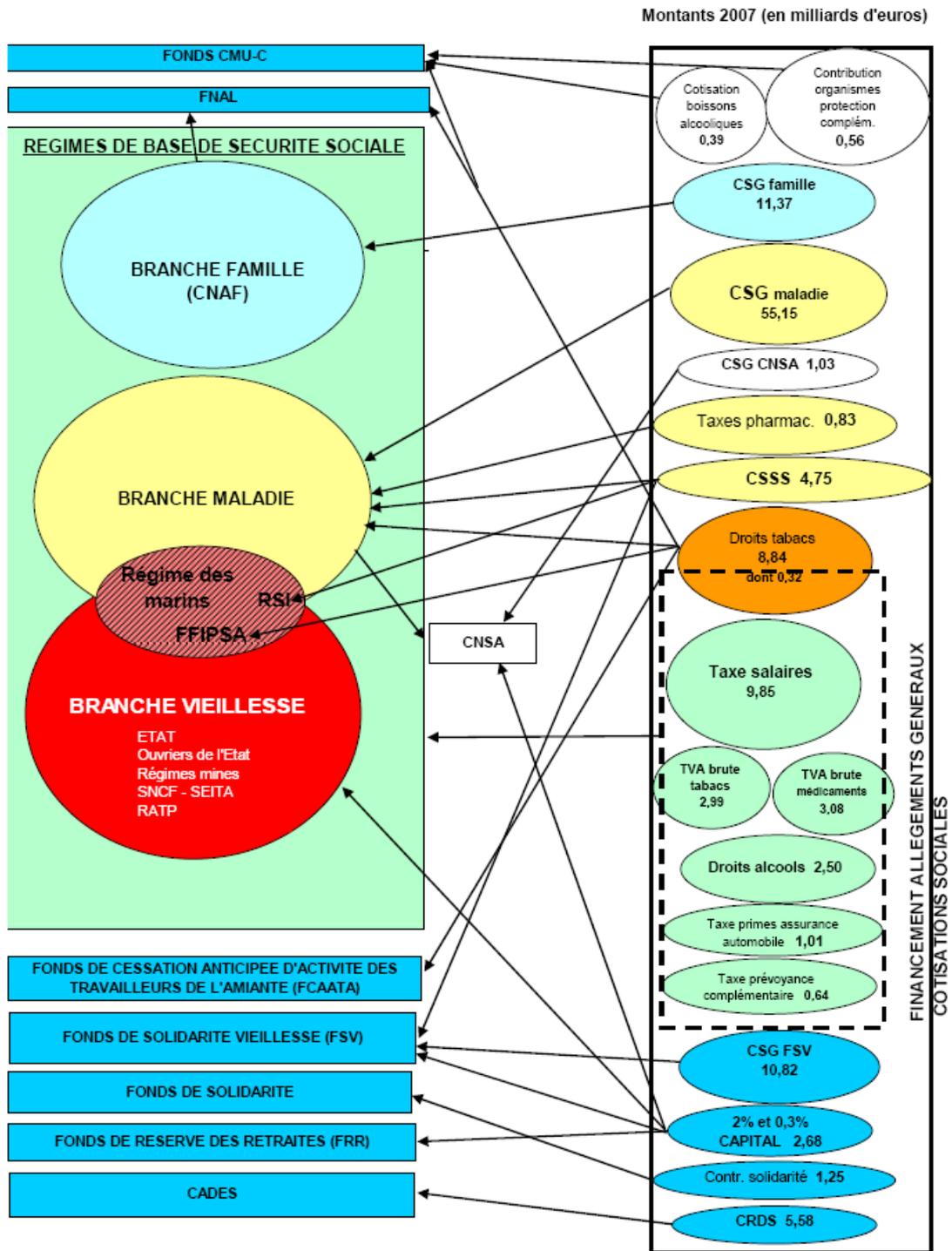
Evolution de la structure des prélèvements obligatoires affectés aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances du Sénat

Les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale en 2007



Source : jaune « Bilan des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale » annexé au projet de loi de finances pour 2007

B. LA STRUCTURE ACTUELLE DE FINANCEMENT DES RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

1. La structure générale du financement de la sécurité sociale

Le graphique suivant présente la structure de financement de l'ensemble des régimes de base et du régime général en 2007. On observe que le montant des impôts et taxes affectés (102,6 milliards d'euros) représente environ la moitié du produit des cotisations sociales (205,8 milliards d'euros).

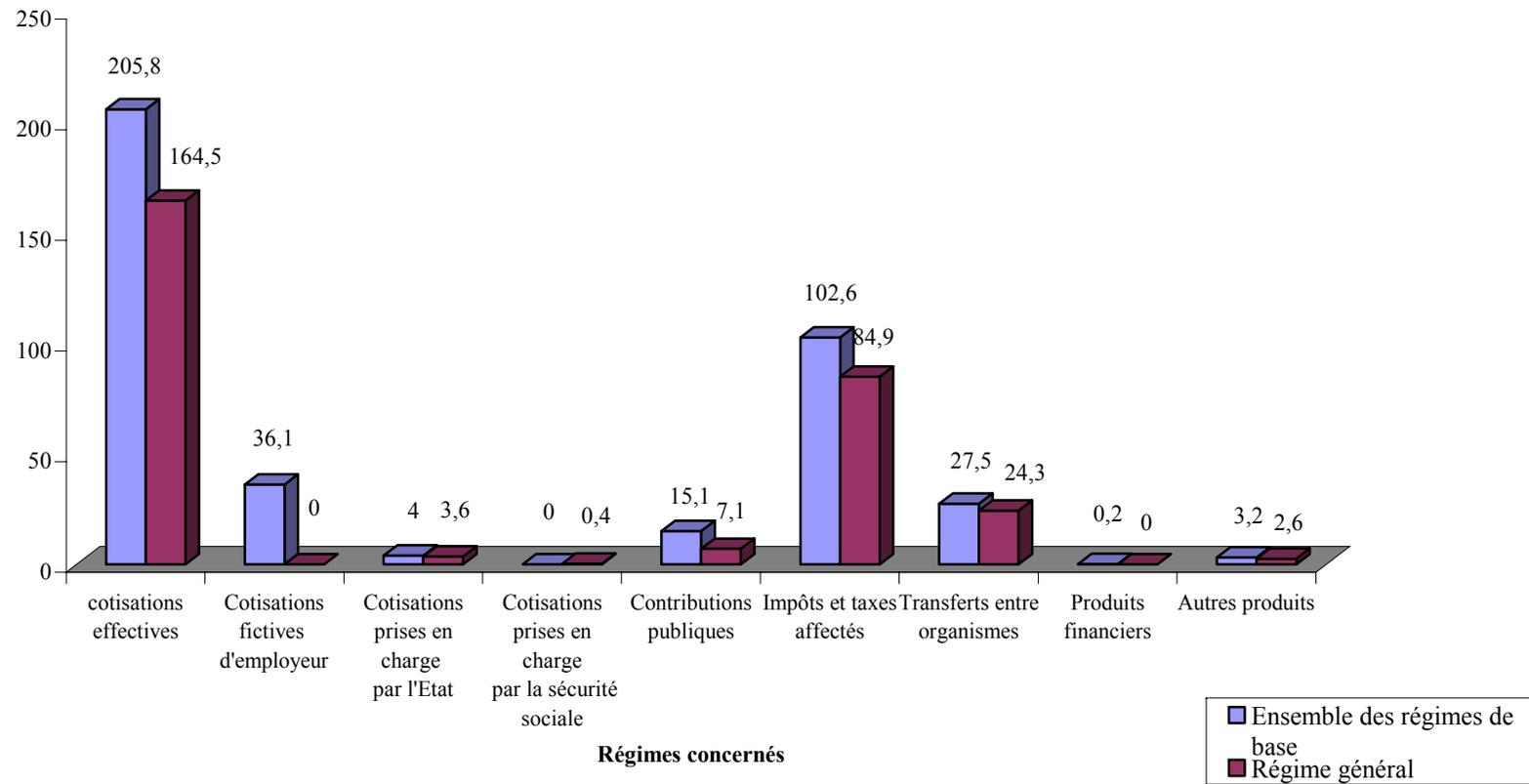
Les **cotisations fictives d'employeur**, qui s'élèvent à 36 milliards d'euros, correspondent au cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales et recouvrent alors sa contribution au financement de ces prestations. Il s'agit pour l'essentiel des cotisations fictives versées par l'Etat.

Les **contributions publiques** sont des participations du budget de l'Etat ou du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) à certains régimes de sécurité sociale pour leur permettre de combler un déficit ou pour financer certaines charges supplémentaires.

Les **transferts entre organismes** recouvrent : les compensations entre organismes, les prises en charge de cotisations opérées par un régime au profit d'un autre (exemple: assurance vieillesse des parents au foyer) ou entre des régimes de base et un fonds (le Fonds de solidarité vieillesse - FSV) ; les prises en charge par un régime de prestation versées par un autre régime et les prestations prises en charge par le FSV.

La structure de financement de l'ensemble des régimes de base et du régime général en 2007

(en milliards d'euros)



Source : d'après l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

2. La structure de financement des différentes branches du régime général

Cette présentation générale des structures de financement de la sécurité sociale ne rend pas compte des **différences existant dans la structure de financement des différentes branches du régime général**.

Or ces différences sont importantes, comme le montrent les graphiques suivants, qui mettent en évidence :

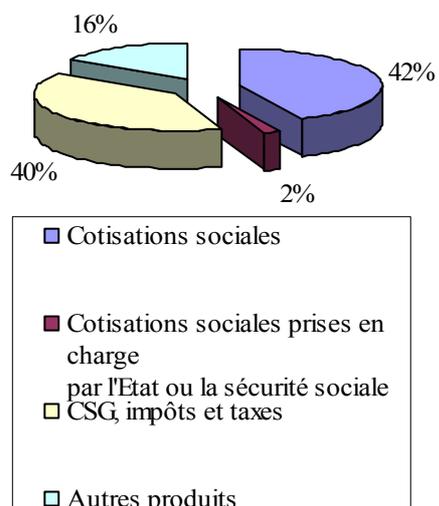
- le poids essentiel des cotisations sociales alimentant les branches vieillesse et accidents du travail (respectivement 80 % et 74 % des recettes), alors que la part des impôts et taxes affectés reste limitée ;

- la part plus importante des impôts et taxes affectés dans les recettes des branches maladie et famille (respectivement 40 % et 27 %), les cotisations sociales représentant d'ores et déjà moins de la moitié des ressources de la branche maladie.

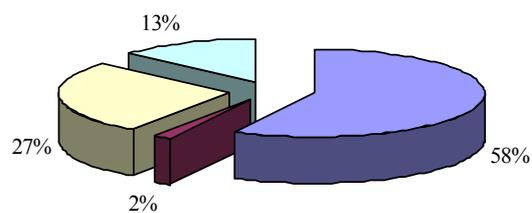
Comme le notaient MM. Michel Didier et Michel Martinez, dans leur « Contribution au Conseil d'analyse économique sur le basculement des cotisations patronales », jointe à l'avis du Conseil d'analyse économique sur le projet d'élargissement de l'assiette des cotisations sociales employeurs : *« on ne peut que constater que depuis quinze ans, les réformes entreprises en France ont contribué à distinguer les logiques d'assurance (quand les prestations sont liées aux cotisations comme en matière de chômage et de retraite) et de solidarité (maladie, famille...). Toutefois, toutes ces réformes se sont faites de façon implicite, c'est-à-dire sans que les principes présidant à la transformation du financement de la protection sociale aient été explicités »*.

Les structures des recettes des différentes branches du régime général en 2007

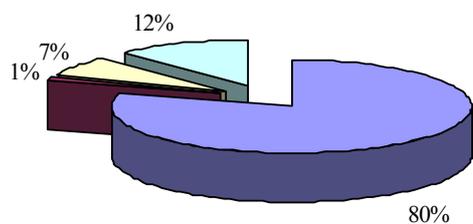
Structure des recettes de la CNAM en 2007



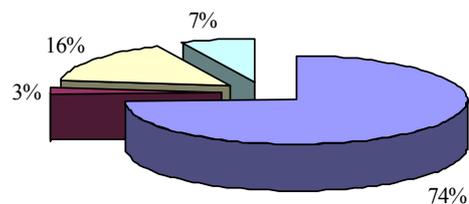
Structure des recettes de la CNAF en 2007



Structure des recettes de la CNAV en 2007



Structure des recettes de la CNAMAT-MP en 2007



Source : commission des finances du Sénat

CHAPITRE DEUX – LE DERNIER PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA LÉGISLATURE

I. LE CADRAGE GÉNÉRAL DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

A. DES DISPOSITIONS ÉTRANGÈRES AU CHAMP DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Votre rapporteur pour avis a pu constater que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte plusieurs dispositions manifestement étrangères au champ des lois de financement de la sécurité sociale, constituant, dès lors, au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, des « cavaliers sociaux ».

1. La notion de « cavalier social » définie par la jurisprudence du Conseil constitutionnel

A cet égard, il est utile de rappeler que **les dispositions censurées par le Conseil constitutionnel comme étrangères au champ des lois de financement de la sécurité sociale ont toujours présenté la triple caractéristique :**

- de ne relever d'aucune des catégories définies par l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale ;
- de ne pas contribuer à l'amélioration de l'information et du contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ;
- d'avoir un impact financier nul ou inférieur à 15 millions d'euros sur les recettes ou sur les dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

Ainsi, dans sa décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Conseil constitutionnel avait censuré de nombreuses dispositions ne trouvant pas leur place dans la loi de financement au regard du contenu des lois de financement de la sécurité sociale limitativement défini par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS).

La liste des « cavaliers sociaux » de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 censurés par le Conseil constitutionnel

A) Dispositions relatives à des organismes ou établissements extérieurs au périmètre tracé par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

Le I de l'article 15 prévoyait la signature par les organisations les plus représentatives des organismes d'assurance maladie complémentaire d'une convention définissant les modalités de mise en oeuvre par les assureurs de la procédure du recours contre tiers.

Les articles 93 et 94 disposaient que les organismes d'assurance maladie complémentaire seraient informés par les caisses d'assurance maladie de la mise en oeuvre des procédures définies aux articles L. 133-4 et L. 314-1 du code de la sécurité sociale.

Aucune de ces dispositions ne concernait les règles de fonctionnement, de financement ou de gestion d'entités comprises dans le champ (pourtant élargi par la loi organique du 2 août 2005) des organismes régis par les LFSS.

B) Dispositions n'ayant pas d'effet suffisamment direct sur les recettes (1° et 2° du B du V de l'article L.O. 111-3 CSS)

L'article 25, un des plus longs de la loi, figurait dans le projet. Il intéresse la lutte contre le travail illégal.

Son paragraphe VI avait pour but de lutter contre l'emploi d'étrangers ne disposant pas d'un titre les autorisant à exercer une activité salariée en France en renforçant les obligations des entreprises clientes à l'égard de leurs co-contractants susceptibles d'employer des étrangers en situation irrégulière. De plus, il soumettait les particuliers à la même obligation de contrôle que les autres employeurs.

Contrairement aux autres dispositions de l'article 25 (destinées à prévenir l'évasion de cotisations sociales), dont on peut admettre qu'elles ont un impact suffisamment direct sur les recettes des caisses, le VI avait un effet trop indirect sur les recettes de la sécurité sociale pour pouvoir se rattacher aux dispositions qui, aux termes des 1° et 2° du B du V de l'article L.O. 111-3 CSS, « ont un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ».

C) Dispositions n'ayant pas d'effet suffisamment direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base (1° et 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 CSS)

L'article 36 précisait les compétences des conciliateurs exerçant dans les caisses locales d'assurance maladie.

L'article 39 complétait les compétences de la Haute Autorité de santé en matière de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale.

L'article 49 avait pour objet de favoriser les recherches biomédicales pratiquées à partir des soins courants.

Le III de l'article 73 complétait les statuts généraux des fonctions publiques de l'Etat, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière en vue d'augmenter, dans certains cas, la durée du congé de maternité avec traitement.

Aucune de ces dispositions ne relevait de celles ayant, aux termes des 1° et 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 CSS, « un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou sur les dépenses de l'année des organismes concourant à leur financement qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes ».

Leur incidence sur les dépenses était en effet soit nulle, soit trop indirecte.

D) Dispositions n'ayant pas pour objet d'améliorer l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (4° du C du V de l'article L.O. 111-3 CSS)

L'article 58 prévoyait un rapport sur les différents instruments fiscaux « permettant de diminuer le prix relatif des fruits et des légumes et sur leur efficacité comparée ».

L'article 59 imposait le dépôt d'un rapport sur l'influence des laits maternels de substitution dans le développement de l'obésité infantile.

Le caractère de « cavalier social » de ces dispositions était patent. Il était en particulier fallacieux de les prétendre destinées à l'information du Parlement sur l'application des LFSS.

Source : Conseil constitutionnel

2. Les « cavaliers sociaux » du présent projet de loi de financement

Votre rapporteur pour avis a décidé, cette année, de dresser la liste des dispositions qu'il estime ne pas avoir leur place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale et dont il s'exonèrera, par conséquent, de commenter la teneur.

Les cavaliers sociaux du PLFSS 2007

Numéro de l'article	Dispositif
Article 20 <i>ter</i>	Extension des pouvoirs des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général aux champs des régimes d'assurance chômage et de retraite complémentaire
Article 34	Possibilité pour les infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux relevant de leur compétence
Article 36 <i>bis</i>	Avis de la Haute autorité de santé non requis en cas de modification de la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation
Article 38	Renforcement de l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux auprès du grand public
Article 40	Possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés
Article 40 <i>bis</i>	Extension à tous les étudiants, titulaires du concours de médecine et inscrits en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, du dispositif d'indemnité d'étude et de projet professionnel à la charge des collectivités territoriales
Article 41	Conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne
Article 53 <i>bis</i>	Précision selon laquelle la permanence des soins est une mission de service public, et ne relève pas seulement de l'intérêt général

Source : commission des finances du Sénat

B. LES PROGRAMMES DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE SONT PERFECTIBLES

La loi organique précitée du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) a prévu d'annexer au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année **des programmes de qualité et d'efficience (PQE) relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale**. Ces programmes doivent contenir un diagnostic de situation, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs dont le choix doit être justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints.

Cette démarche, directement inspirée de celle de la LOLF qui prévoit d'annexer au projet de loi de finances des projets annuels de performances (PAP), doit permettre de mesurer, dans le domaine des finances sociales, l'efficacité de la dépense publique.

Toutefois, force est de constater que les PQE annexés, à titre d'essai, au présent projet de loi de financement, ne donnent pas encore entière satisfaction et sont grandement perfectibles.

Notre collègue député Yves Bur, dans son rapport pour avis au nom de la commission des finances de l'Assemblée nationale sur le présent projet de loi de financement¹, a développé une analyse très complète et fouillée du contenu de six PQE annexés au présent projet de loi de financement (le programme « financement », le programme « maladie », le programme « famille », le programme « retraites » et le programme « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »).

¹ Avis n° 3388, XII^{ème} législature, Assemblée nationale.

Votre rapporteur pour avis souhaite ici, plus sommairement, rappeler les principes qui auraient dû guider l'élaboration de ces PQE, d'une part, proposer certaines modifications au contenu de ces PQE, d'autre part.

1. Les principes qui auraient dû guider l'élaboration des PQE

S'agissant de la méthode d'élaboration des PQE, votre rapporteur pour avis estime qu'un **groupe de travail *ad hoc*** regroupant des représentants des ministères de la santé et des solidarités mais aussi du ministère de l'économie des finances et de l'industrie, de la Cour des comptes, des commissions chargées du projet de loi de financement de la sécurité sociale des deux assemblées, mais aussi du comité interministériel d'audit des programmes (CIAP) **aurait utilement pu être constitué afin de réfléchir au contenu de ces PQE.**

Une telle réflexion commune, en amont, aurait permis de **définir avec plus de précision le champ concerné par ces PQE.** En effet, votre rapporteur pour avis a pu constater que ce champ n'était pas très bien délimité puisque certains des indicateurs retenus par ces PQE relèvent, par exemple, du champ de l'Etat alors que ces programmes doivent concerner avant tout le champ de la sécurité sociale.

En outre, **chaque PQE est présenté sous forme duale**, avec une première partie dédiée au « *diagnostic d'état des lieux* » et une seconde partie dédiée aux « *objectifs et résultats* ». Outre que le terme même de « *diagnostic d'état des lieux* » apparaisse abscons à votre rapporteur pour avis (celui de « données de cadrage » aurait sans doute été préférable), cette première partie des programmes ne constitue qu'un ensemble de données statistiques et ne permet pas de rendre compte de la performance de l'action publique et de la progression vers des objectifs fixés par la puissance publique.

Enfin, s'agissant de la **définition des indicateurs** contenus dans les PQE, votre rapporteur pour avis constate qu'ils constituent très souvent **soit des indicateurs de contexte, sans intérêt, soit des indicateurs de moyens, essentiellement tournés vers l'augmentation de la dépense publique.** Une classification plus systématique des différents types d'indicateurs, sur le modèle de ce qu'opèrent les PAP, aurait été nécessaire. En outre, il faut souligner que la plupart de ces indicateurs ne sont pas accompagnés de la **définition de valeur cible** qui seule permettrait de mesurer réellement la performance de la politique publique menée.

2. L'analyse et les propositions de votre rapporteur pour avis s'agissant du contenu des PQE

a) Le programme « Maladie »

La **première partie**, relative au **diagnostic**, est **très touffue et ne présente aucun intérêt au regard de l'objectif fixé aux PQE** qui est de mesurer l'efficacité de l'action publique et la performance des politiques publiques. Il s'agit d'un recueil de données statistiques sur l'état sanitaire du pays. Si cette première partie devait être conservée à l'avenir, votre rapporteur pour avis estime qu'un des indicateurs de la seconde partie de ce programme, celui relatif au dépistage du cancer, devrait être réintégré dans cette première partie car il ne rend pas compte de la performance de l'action publique ni de la progression vers un objectif prédéfini.

La **seconde partie**, qui définit des « **objectifs et résultats** », est composée de cinq objectifs dont seul les deux derniers paraissent réellement pertinents en termes de performance. Il s'agit de l'objectif n° 4 dénommé « *Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses* » et de l'objectif n° 5 dénommé « *Assurer la viabilité financière de la branche maladie* ».

Au sein des deux objectifs susmentionnés, **votre rapporteur pour avis propose** :

- de **compléter l'indicateur n° 2 de l'objectif n° 4** en introduisant la dimension de comparaison avec les pays de l'Union européenne s'agissant du nombre de doses définies journalières d'antibiotiques ;
- de **créer un nouvel indicateur au sein de l'objectif n° 5**, indicateur qui permettrait de renseigner sur le coût de gestion de la branche maladie.

b) Le programme « Accidents du travail / maladies professionnelles »

La **première partie** du PQE AT-MP, consacrée au diagnostic, est **très factuelle** et comporte des données d'ordre statistiques. Votre rapporteur pour avis propose notamment de **réintégrer au sein de cette première partie trois indicateurs de la seconde partie** qui ne renseignent, en effet, pas sur la performance de l'action publique ni sur la progression vers un objectif prédéfini. Il s'agit de :

- l'indicateur relatif aux pathologies les plus fréquentes parmi les dossiers passant devant les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles ;
- l'indicateur relatif à la dispersion du taux d'incapacité permanente pour une même pathologie ;
- l'indicateur relatif à la part des majorations M1, M2 et M3 dans le taux net moyen de cotisation AT-MP.

S'agissant de la **seconde partie**, le PQE AT-MP comprend **trois objectifs et onze indicateurs** dont certains restent à construire. En outre, nombre de ces indicateurs sont des indicateurs d'activité, à teneur descriptive, et non de performance.

Votre rapporteur pour avis propose notamment de **supprimer trois indicateurs** afin de les remonter dans la première partie (voir *supra*) ainsi que de :

- **modifier l'indicateur n° 4 de l'objectif n° 1** afin de rendre mieux compte de la performance (en ajoutant à la catégorie des établissements visités concentrant au moins 30 % des accidents du travail celle des établissements visités concentrant moins de 30 % des accidents du travail ; ainsi que la mesure du nombre d'interventions, **suivies d'une baisse de la fréquence des accidents du travail**, des caisses régionales ciblées sur les très petites entreprises) ;

- **créer un nouvel indicateur au sein de l'objectif n° 3** sur le coût de gestion de la branche AT-MP.

c) Le programme « Retraites »

La **première partie** du PQE « retraites » contient huit indicateurs, de nature statistique. Il conviendrait d'y **ajouter quatre indicateurs de la seconde partie** car ceux-ci ne rendent pas compte de la performance de l'action publique ni de la progression vers un objectif prédéfini. Il s'agit des indicateurs relatifs :

- à la pension moyenne du flux des personnes partant en retraite ;
- à la pension moyenne des retraités ;
- au nombre de titulaires de pensions de réversion (de plus et de moins de 55 ans) ;
- au nombre d'invalides de plus de 55 ans.

La **seconde partie** du PQE « retraites » contient **cinq objectifs et trente indicateurs**, ce qui constitue un nombre trop élevé d'indicateurs. Certains de ces indicateurs ne sont, à ce stade, pas renseignés. L'absence de valeur cible fixée aux indicateurs associés aux objectifs ne permet pas de mettre en place une authentique démarche d'évaluation de la qualité et de l'efficacité du programme.

Votre rapporteur pour avis vous propose la suppression de quatre indicateurs qu'il conviendrait de placer dans la première partie du PQE (*cf supra*) ainsi que :

- la **modification de l'indicateur n° 4 de l'objectif n° 4**, afin de préciser que l'indicateur doit renseigner sur la proportion de bénéficiaires des mesures de préretraites publiques dans l'effectif éligible à ce dispositif ;

- la **modification**, dans le même sens, **de l'indicateur n° 7 de l'objectif n° 4**, afin de préciser que l'indicateur doit renseigner sur la proportion de bénéficiaires de la mesure de retraite progressive dans l'effectif éligible ;

- la **modification de l'indicateur n° 8 de l'objectif n° 4**, afin de préciser que l'indicateur doit renseigner sur le taux de bénéficiaires de la mesure de cumul emploi-retraite pour l'ensemble des effectifs éligible à cette mesure ;

- la **création d'un nouvel indicateur au sein de l'objectif n° 5** sur les coûts de gestion de la branche vieillesse.

d) Le programme « Famille »

Il s'agit, selon votre rapporteur pour avis, de **l'un des programmes de qualité et d'efficience les moins aboutis** parmi ceux proposés cette année par le gouvernement.

La **première partie**, très descriptive et qui comprend neuf indicateurs, est **sans valeur ajoutée** par rapport à l'information déjà disponible. Tout au plus pourrait-on proposer d'insérer dans cette première partie un des indicateurs de la seconde partie, relatif aux contributions de la CNAF au financement des aides au logement, au financement de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et au financement des majorations de pensions pour enfants.

La **seconde partie** pourrait notamment être enrichie d'un nouvel indicateur, au sein de l'objectif n° 4, relatif aux coûts de gestion de la branche famille.

e) Le programme « Financement »

Ce programme est **l'un de ceux qui présentent le plus d'intérêt** aux yeux de votre rapporteur pour avis.

La **première partie** « diagnostic » de ce programme comprend sept indicateurs de contexte pertinents, dont deux seulement sont renseignés dès cette année. L'indicateur de l'évolution du coût du travail, net des exonérations de cotisations, devrait viser plusieurs niveaux différents de rémunération.

La **seconde partie** « objectifs / résultats » comprend quatre objectifs et dix-sept indicateurs, dont huit seulement sont renseignés cette année. **Deux indicateurs pourraient être supprimés**, selon votre rapporteur pour avis, car ils sont redondants avec le contenu des états semestriels des dettes : il s'agit de l'indicateur n° 2 de l'objectif n° 3 (neutralité financière vis-à-vis des partenaires de la sécurité sociale) et de l'indicateur n° 4 de l'objectif n° 4 (suivi de la dette globale des organismes de sécurité sociales).

f) Le programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »

La **première partie** « diagnostic » de ce programme comprend cinq indicateurs de contexte.

La **seconde partie** « objectifs / résultats » comprend quatre objectifs et onze indicateurs associés. Il demeure à l'état d'ébauche. Même si cela est difficile statistiquement compte tenu de la dispersion des acteurs au niveau des départements, il importerait aussi de prendre en compte l'action des conseils généraux dans la réalisation de ces objectifs.

Votre rapporteur pour avis estime que :

- l'indicateur (nombre et proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant du Fonds spécial d'invalidité) associé l'objectif n° 1 « assurer un niveau de vie adaptée aux personnes handicapées » est un indicateur de moyens non adéquat ;

- devrait être créé un indicateur sur les coûts de gestion associés à la CNSA.

C. LES PROJECTIONS PLURIANNUELLES ANNEXÉES AU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT SONT VOLONTARISTES

Le présent projet de loi de financement présente, dans son annexe B, des projections quadriennales d'évolution des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ainsi que du FSV et du FFIPSA. Ces deux fonds faisant l'objet de développements particuliers, votre rapporteur pour avis se contentera de faire le point sur l'évolution des régimes obligatoires de base.

1. Des hypothèses très optimistes

Les hypothèses retenues pour établir ces projections sont les suivantes :

**Hypothèses d'évolution
moyennes sur la période 2008-2010**

	Scénario haut	Scénario bas
Produit intérieur brut volume	3,00%	2,25%
Masse salariale du secteur privé	5,20%	4,40%
Objectif national de dépenses d'assurance maladie	2,50%	2,20%
Inflation hors tabac	1,75%	1,75%

Source: annexe B

Elles sont très volontaristes: l'ONDAM progresserait entre 2,2 % et 2,5 % par an, soit un rythme inférieur à la richesse nationale, alors que, à l'inverse, la masse salariale s'accroîtrait plus vite que le PIB.

Cependant, devant nos collègues de la commission des affaires sociales, M. Jean-Luc Tavernier, directeur de l'ACOSS, « *a regretté le caractère trop schématique de ces prévisions qui ne lui paraissent pas avoir la qualité et les standards que le Parlement serait en droit d'exiger* »¹.

2. Les résultats du scénario économique bas

Compte tenu de ces hypothèses favorables, les résultats des projections sont très optimistes.

Ainsi, dans le pire des scénarios présentés, le régime général serait quasiment à l'équilibre en 2010. Seule la branche vieillesse connaîtrait un déficit évalué à 5,1 milliards d'euros, alors que la branche maladie serait excédentaire à hauteur de 2,4 milliards d'euros, ainsi que le montre le tableau suivant.

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2010
- scénario économique bas
Régime général

en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	121	136,7	142,8	148	154	160,4
Dépenses	129	142,7	146,7	150,2	154,1	158
Solde	-8	-6	-3,9	-2,2	-0,1	2,4
Accidents du travail - maladies professionnelles						
Recettes	9	9,8	10,3	10,7	11,1	11,6
Dépenses	9,4	9,8	10,2	10,5	10,8	10,9
Solde	-0,4	0	0,1	0,2	0,4	0,7
Famille						
Recettes	50	52	54,1	56,1	58,4	60,7
Dépenses	51,4	53,3	54,9	56,1	57,3	58,6
Solde	-1,3	-1,3	-0,8	0	1	2
Vieillesse						
Recettes	78,8	82,4	85,4	88,4	91,7	95,5
Dépenses	80,7	84,7	88,9	92,9	96,8	100,7
Solde	-1,9	-2,4	-3,5	-4,5	-5,1	-5,1
Toutes branches						
Recettes	253,9	275,9	287,5	297,9	309,7	322,5
Dépenses	264,5	285,6	295,5	304,5	313,5	322,5
Solde	-11,6	-9,7	-8	-6,6	-3,7	-0,1

Source : annexe B

¹ Réunion de la commission des affaires sociales du mardi 24 octobre 2006, Audition de MM. Pierre Burban, président du conseil d'administration, Jean-Luc Tavernier, directeur, et Alain Gubian, directeur des statistiques, des études et de la prévision, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), Bulletin des Commissions du Sénat n° 4 (session ordinaire 2006-2007), 28 octobre 2006.

L'évolution des comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base suivrait une évolution globalement similaire, mais leur déficit serait supérieur à celui général à compter de 2009, alors qu'il était inférieur auparavant, ainsi que le montre le tableau qui suit.

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2010

- scénario économique bas

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	141,8	159,3	166,2	171,6	178,4	185,5
Dépenses	149,9	165,2	170,1	174,3	178,9	183,5
Solde	-8,1	-5,9	-4	-2,7	-0,4	2
Accidents du travail - maladies professionnelles						
Recettes	10,4	11,1	11,5	12	12,5	13
Dépenses	10,8	11,1	11,4	11,8	12,1	12,3
Solde	-0,4	0	0,1	0,2	0,4	0,7
Famille						
Recettes	50,5	52,5	54,6	56,6	58,8	61,1
Dépenses	51,7	53,6	55,3	56,5	57,7	59
Solde	-1,2	-1,2	-0,7	0,1	1,1	2,1
Vieillesse						
Recettes	154,8	161	167,7	174	180,3	187,3
Dépenses	156,4	162,7	170,6	178,2	185,3	192,4
Solde	-1,6	-1,6	-2,9	-4,2	-4,9	-5,1
Toutes branches						
Recettes	352,3	378,8	394,8	408,8	424,5	441,1
Dépenses	363,7	387,6	402,3	415,4	428,3	441,4
Solde	-11,4	-8,8	-7,5	-6,6	-3,8	-0,3

Source : annexe B

3. Les résultats du scénario économique haut

Dans le scénario le plus favorable, le régime général connaîtrait en 2010 un excédent de 4,5 milliards d'euros, le déficit de la branche vieillesse s'établissant à 3,3 milliards d'euros, tandis que la branche maladie serait excédentaire de 4 milliards d'euros, comme le montre le tableau suivant.

L'amélioration des comptes serait très significative à compter de 2008, le régime général (toutes branches) passant d'un déficit de 200 millions d'euros en 2009 à un excédent de 4,5 milliards d'euros en 2010.

**Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2010
- scénario économique haut**

Régime général

(en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	121,0	136,7	142,8	148,8	155,7	163,0
Dépenses	129,0	142,7	146,7	150,2	154,2	159,0
Solde	- 8,0	- 6,0	- 3,9	- 1,4	1,4	4,0
Accidents du travail - maladies professionnelles						
Recettes	9,0	9,8	10,3	10,8	11,3	11,9
Dépenses	9,4	9,8	10,2	10,5	10,8	11,0
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9
Famille						
Recettes	50,0	52,0	54,1	56,4	58,9	61,6
Dépenses	51,4	53,3	54,9	56,1	57,3	58,7
Solde	- 1,3	- 1,3	- 0,8	0,3	1,6	2,9
Vieillesse						
Recettes	78,8	82,4	85,4	88,9	92,9	97,4
Dépenses	80,7	84,7	88,9	92,9	96,8	100,7
Solde	- 1,9	- 2,4	- 3,5	- 4,1	- 3,8	- 3,3
Toutes branches						
Recettes	253,9	275,9	287,5	299,5	313,3	328,1
Dépenses	265,5	285,6	295,5	304,5	313,6	323,6
Solde	- 11,6	- 9,7	- 8,0	- 4,9	- 0,2	4,5

Source : annexe B

L'ensemble des régimes obligatoires de base suivraient la même tendance, mais comme dans le scénario économique bas, leur déficit serait supérieur à celui général à compter de 2009, alors qu'il était inférieur auparavant, ainsi que le montre le tableau qui suit.

**Ensemble des régimes obligatoires de base
- scénario économique haut**

(en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	141,8	159,3	166,2	172,4	180,1	188,2
Dépenses	149,9	165,2	170,1	174,2	179	184,6
Solde	-8,1	-5,9	-4	-1,9	1,1	3,6
Accidents du travail - maladies professionnelles						
Recettes	10,4	11,1	11,5	12,1	12,7	13,2
Dépenses	10,8	11,1	11,4	11,8	12,1	12,3
Solde	-0,4	0	0,1	0,3	0,6	1
Famille						
Recettes	50,5	52,5	54,6	56,9	59,4	62,1
Dépenses	51,7	53,6	55,3	56,5	57,7	59
Solde	-1,2	-1,2	-0,7	0,4	1,7	3
Vieillesse						
Recettes	154,8	161	167,7	174,5	181,6	189,1
Dépenses	156,4	162,7	170,6	178,3	185,3	192,4
Solde	-1,6	-1,6	-2,9	-3,7	-3,7	-3,3
Toutes branches						
Recettes	352,3	378,8	394,8	410,5	428,1	446,7
Dépenses	363,7	387,6	402,3	415,4	428,4	442,4
Solde	-11,4	-8,8	-7,5	-4,9	-0,3	4,3

Source : annexe B

Votre rapporteur pour avis tient toutefois à souligner que l'évolution très positive des comptes telle que présentée dans ces deux scénarii, à supposer qu'elle se réalise, constitue certes une amélioration substantielle de la situation financière des régimes, mais n'élide pas pour autant la question du traitement de leurs déficits annuels, qui resteront très élevés jusqu'en 2009 dans le scénario économique bas et jusqu'en 2008 dans le scénario économique haut.

II. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES OU AFFECTANT L'ÉQUILIBRE FINANCIER

A. LES MESURES ENTRAÎNANT DES PERTES DE RECETTES OU DES DÉPENSES

1. L'extension du dispositif d'exonération de cotisations sociales liées à l'attribution de l'aide à la création ou à la reprise d'entreprise (article 11)

a) Le dispositif proposé par cet article

En application de l'article L. 351-24 du code du travail, l'Etat peut accorder des aides à la création ou à la reprise d'entreprise (ACCRE) à certaines personnes, lorsqu'elles créent ou reprennent une activité économique industrielle, commerciale, artisanale, agricole ou libérale, soit à titre individuel, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée.

Les sept catégories de bénéficiaires de l'ACCRE fixées par l'article L. 351-24 du code du travail

- 1° Les demandeurs d'emploi indemnisés ;
- 2° Les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à l'Agence nationale pour l'emploi six mois au cours des dix-huit derniers mois ;
- 3° Les bénéficiaires de l'allocation de revenu minimum d'insertion, de l'allocation de solidarité spécifique ou de l'allocation de parent isolé ;
- 4° Les jeunes de moins de 30 ans éligibles aux nouveaux services emplois jeunes;
- 5° Les jeunes de moins de 30 ans embauchés au titre des nouveaux services emplois jeunes et dont le contrat se trouve rompu avant terme ;
- 6° Les salariés reprenant leur entreprise en redressement judiciaire ;
- 7° Les personnes ayant conclu un contrat un contrat d'appui au projet d'entreprise, sous réserve qu'elles remplissent les conditions prévues aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5° ou au 6° précités à la date de conclusion dudit contrat.

L'ACCRE, qui bénéficie aujourd'hui à 70.000 personnes, comprend trois mesures distinctes :

- une aide financière versée par l'Etat accordée aux personnes visées au 3° à 7° précités, dans la limite des crédits ouverts au budget de l'Etat ;
- le maintien, en plus de l'ACCRE, du versement de certaines allocations : allocation de revenu minimum d'insertion, allocation de parent isolé, allocation d'insertion ou allocation de veuvage, dans des conditions prévues par décret ;

- une exonération de cotisations sociales, applicable à l'ensemble des personnes visées par l'article L. 351-24 du code du travail, dans les conditions prévues par les articles L. 161-1 et L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale. Le coût de cette exonération de cotisations sociales, qui n'est pas compensée, est évalué à 94 millions d'euros en 2006 par l'annexe 5 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le I de l'article 11 du présent projet de loi de financement complète la liste des bénéficiaires de l'ACCRES afin d'en faire bénéficier :

- **les personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible ;**

- **les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité.**

Ces personnes bénéficieraient de l'exonération de cotisations sociales prévue par l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, du maintien des minima sociaux prévu par l'article 9 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, mais pas d'une aide financière de l'Etat, l'article L. 351-24 du code du travail n'étant pas modifié en ce sens.

Le II de l'article 11 du présent projet de loi de financement **simplifie le dispositif d'exonérations de cotisations sociales** résultant de l'attribution de l'ACCRES, prévu par le code de la sécurité sociale.

En effet, **deux cadres coexistaient jusqu'à présent :**

- le cadre posé par l'**article L. 161-1 du code de la sécurité sociale** : celui-ci prévoit que les personnes bénéficiaires de l'ACCRES qui en font la demande continuent à être affiliées pendant les douze premiers mois de leur nouvelle activité au régime d'assurances sociales et de prestations familiales dont elles relevaient au titre de leur dernière activité. Elles bénéficient alors des prestations des assurances maladie, maternité, invalidité, décès servies par ce régime aux demandeurs d'emploi et continuent à relever à ce titre de l'assurance vieillesse dudit régime. Dans ce cas, l'exonération de cotisations sociales est totale. **Cet article est abrogé par le II de l'article 11 du présent projet de loi de financement.**

- le cadre fixé par l'**article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale** : celui-ci prévoit une franchise de cotisations applicable pendant douze mois, applicable à la fraction de revenus inférieure à 1,2 SMIC et l'affiliation immédiate au nouveau régime de protection sociale dont la personne dépend. L'exonération porte sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés et sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés.

En outre, cette durée est prolongée dans la limite de 36 mois lorsque l'entreprise créée ou reprise est une micro-entreprise ou relève du régime déclaratif spécial au titre des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou

du régime « micro – BNC », dispositifs visés par les articles 50-0 ou 102 *ter* du code général des impôts. L'exonération est alors totale ou partielle selon le niveau de revenu professionnel du bénéficiaire de l'aide : l'exonération de cotisations de sécurité sociale est totale lorsque le revenu est inférieur au RMI garanti pour une personne seule ; lorsque le revenu est inférieur au SMIC, l'exonération est totale sur la partie du revenu inférieure au RMI et porte sur la moitié des cotisations pour la fraction du revenu comprise entre le RMI et le SMIC.

Ce régime sera désormais l'unique régime applicable. Le III de l'article 11 du présent projet de loi de financement prévoit que les personnes pour lesquelles, à la date du 1^{er} janvier 2007, le délai prévu à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale n'a pas expiré peuvent bénéficier, si elles en remplissent les conditions (être soumis au régime de la micro-entreprise et disposer d'un revenu inférieur au SMIC), de la prolongation d'exonération prévue par ce régime, c'est-à-dire 24 mois.

Le 2° du II et le IV de l'article 11 du présent projet de loi de financement sont des modifications de coordination.

b) Une perte de recettes, non compensée, évaluée à 100 millions d'euros

L'annexe 9 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale évalue à **100 millions d'euros** la perte de recettes induites par cet article : 15 millions d'euros pour le régime général et 85 millions d'euros pour le régime social des indépendants. **La perte de recettes résultant des dispositions de l'article 11 serait donc supérieure à celle du dispositif existant.**

Conformément au dispositif actuel de l'ACCRE, **l'article 21** du présent projet de loi de financement prévoit que les nouvelles dispositions ne donnent pas lieu à compensation.

c) Un élargissement inopportun

Votre rapporteur pour avis considère que l'élargissement du dispositif de l'ACCRE prévu par cet article, qui se révèle très coûteux, est inopportun.

En effet, il observe que les mesures récentes, notamment celles prises dans le cadre de la loi pour l'égalité des chances, tendent à renforcer les dispositifs d'incitation pour s'installer dans les zones franches urbaines (ZFU), tandis que d'autres dispositifs de cotisations sociales existent au profit des personnes s'implantant en zones de redynamisation urbaine (ZRU).

On rappellera que ces deux catégories, comme celles des ZUS, correspondent aux **quartiers prioritaires de la politique de la ville**, définis par l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire : les **zones urbaines sensibles** (ZUS), sont ainsi caractérisées par « *la présence de grands ensembles ou de quartiers d'habitat dégradé et par un déséquilibre accentué*

entre l'habitat et l'emploi » et comprennent les **zones de redynamisation urbaine (ZRU)** « *qui sont confrontées à des difficultés particulières* », qui contiennent elles-mêmes les **zones franches urbaines (ZFU)**, « *créées dans des quartiers particulièrement défavorisés* ». **On compte ainsi 751 ZUS, comprenant 416 ZRU, incluant 100 ZFU.**

L'avantage accordé par cet article est donc bien trop large et vient concurrencer le dispositif mis en place en faveur des ZFU. L'exposé des motifs ne fournit aucun élément justifiant la nécessité de mettre en place un tel dispositif, porteur d'effets d'aubaine. En outre, la cartographie des ZUS est aujourd'hui obsolète. Pour ces raisons, votre rapporteur pour avis propose de supprimer la faculté offerte par cet article.

Le même raisonnement s'applique à l'extension du dispositif au complément de libre choix d'activité. D'après les données communiquées à votre rapporteur pour avis, on dénombre en 2005 37.000 bénéficiaires de ce dispositif au titre d'un enfant de rang un, 150.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang deux et 89.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang trois et plus, soit **276.000 bénéficiaires au total**, pour un coût de 1,2 milliard d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a, en outre, créé un complément optionnel de libre choix d'activité, pour les personnes assumant la charge d'au moins trois enfants : le montant de ce complément est majoré de 750 euros et offre au parent qui le souhaite la possibilité de s'occuper de son enfant pendant une durée maximale d'un an, lui permettant ainsi de reprendre son activité professionnelle au terme de cette période. Cette mesure est entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2006 pour les enfants nés ou adoptés à compter de cette date.

Le champ potentiel du dispositif est donc très large et, en l'absence de justification précise démontrant la nécessité de mettre en place une telle « dépense sociale », votre rapporteur pour avis vous propose de supprimer cette possibilité.

2. Un dispositif fiscal et social dérogatoire pour favoriser la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (article 13)

L'article 13 du présent projet de loi de financement instaure un nouveau cadre fiscal et social favorable aux indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'accords de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

En application de l'article L. 320-2 du code du travail, dans les entreprises de trois cents salariés ou plus, l'employeur est tenu d'engager tous les trois ans une négociation portant sur les modalités d'information et de consultation du comité d'entreprise sur la stratégie de l'entreprise et ses effets prévisibles sur l'emploi ainsi que sur les salaires. La négociation porte

également sur la mise en place d'un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que sur les mesures d'accompagnement susceptibles de lui être associées, en particulier en matière de formation, de validation des acquis de l'expérience, de bilan de compétences ainsi que d'accompagnement de la mobilité professionnelle et géographique des salariés.

a) Un cadre fiscal et social très favorable

- (1) Une exonération d'impôt sur le revenu des indemnités de départ volontaire dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale

Le II de l'article 13 du présent projet de loi de financement propose de compléter le 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts, afin **d'exclure des rémunérations imposables la fraction des indemnités de départ volontaire** versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dans les conditions prévues au II de l'article L. 320-2 du code du travail, **n'excédant pas quatre fois le plafond** de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités. Ce plafond est actuellement fixé à 31.068 euros, soit une **exonération portant sur une rémunération maximale de 124.272 euros aujourd'hui**.

- (2) Les conditions requises pour en bénéficier

Le I de l'article 13 modifie l'article L. 320-2 précité pour préciser que la négociation menée dans ce cadre peut aussi porter sur la qualification des catégories d'emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques et détailler les **trois conditions cumulatives à remplir pour bénéficier de l'exonération** prévue par le II :

- l'autorité administrative compétente ne doit pas s'être pas opposée à la qualification d'emplois menacés retenue par l'accord collectif ;

- le salarié dont le contrat de travail est rompu devait occuper effectivement un emploi classé dans une catégorie d'emplois menacés définie par l'accord collectif et doit avoir retrouvé un emploi stable à la date de la rupture de son contrat de travail ;

- un comité de suivi a été mis en place par l'accord collectif et ce comité a reconnu la stabilité de l'emploi de reclassement précédemment mentionné.

Il est prévu qu'un décret précise les conditions d'application de ces dispositions, notamment les caractéristiques de l'emploi retrouvé, ainsi que les principes d'organisation du comité de suivi.

(3) Les exonérations sociales

Le III de l'article 13 tend à exonérer de cotisations sociales la fraction des indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de GPEC, dans limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale. **Le V** modifie l'article L. 741-10 du code rural, afin d'exonérer de la même manière ces indemnités de cotisations sociales au titre des assurances sociales agricoles.

Enfin, **le IV** modifie l'assiette de la CSG. Le 5° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale dispose actuellement que sont incluses dans l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement « *les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en tout état de cause, est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecimes du code général des impôts, ainsi que toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail* ».

Le IV de cet article modifie la fin de cet alinéa, en prévoyant que sont incluses, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail « *pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement* ». Il précise que, « *en tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujetti à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecimes du code général des impôts* ». Il reprend enfin la formule selon laquelle sont également assujetties toutes les sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail.

b) Une disposition porteuse d'effets d'aubaine

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, le coût de ce dispositif est estimé à environ 10 millions d'euros en 2007, mais il pourrait ensuite se révéler bien supérieur. Cette nouvelle dérogation fiscale et sociale apparaît en effet porteuse d'**effets d'aubaine** au profit des grandes entreprises, sans que l'intérêt de cette mesure apparaisse clairement.

En outre, votre rapporteur pour avis observe que **le dispositif mis en place est, dans de nombreux cas, plus favorable que celui existant pour les indemnités versées aux salariés victimes d'un licenciement en dehors d'un plan de sauvegarde de l'emploi, ce qui n'apparaît pas équitable.**

Pour ces raisons, votre rapporteur pour avis vous proposera de **supprimer cet article**. En tout état de cause, il conviendrait si l'on voulait conserver le principe de cadre fiscal et social dérogatoire, d'aligner ce cadre sur celui en vigueur pour les personnes licenciées en dehors d'un plan de sauvegarde de l'emploi, ainsi que l'a vainement défendu devant l'Assemblée

nationale notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances.

3. Une exonération de cotisations sociales sur les indemnités de départ à la retraite quand la décision est fixée en commun accord entre le salarié et l'employeur (article 13 bis)

L'article 13 bis du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale est issu de l'adoption par l'Assemblée nationale, contre l'avis du gouvernement, d'un amendement présenté par nos collègues députés Bruno Gilles, Dominique Tian et Philippe Vitel, afin de neutraliser certains effets de l'article 55 du présent projet de loi de financement.

En effet, à la suite de la réforme des retraites menée en 2003, l'âge auquel il est possible de mettre à la retraite d'office des salariés ayant le taux plein (40 années d'assurance) a été repoussé de 60 à 65 ans, sauf en cas de signature d'un accord dérogatoire au niveau de la branche entre les employeurs et certains syndicats.

Dans le cadre de la mise à la retraite d'office, une indemnité (MRO) est versée au salarié et assimilée à une indemnité de rupture : à ce titre, elle n'est soumise ni à impôts ni à cotisations sociales (tant pour le salarié que l'employeur). Elle se substitue alors à l'indemnité de départ à la retraite (obligatoire) qui est versée dans le cadre d'un départ volontaire à la retraite et donc soumise à cotisations sociales.

Certaines entreprises optimisent ainsi l'écart de régime social entre les deux indemnités. **La suppression prévue par l'article 55 du présent projet de loi de financement, de la faculté accordée à l'employeur de mettre un salarié à la retraite d'office avant 65 ans amène les entreprises qui usaient de ce dispositif à devoir intégrer l'application du régime social de droit commun.**

La philosophie de l'article 13 bis va directement à l'encontre du dispositif prévu par l'article 55 mais a une portée plus large, puisqu'il tend à accorder une exonération générale des cotisations sociales pour les indemnités de départ à la retraite dont le montant est fixé en commun accord entre l'employeur et le salarié, dès lors que le bénéficiaire peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein et qu'il a plus de 60 ans et moins de 65 ans. Cela conduit à exonérer de cotisations sociales l'ensemble des indemnités de départ à la retraite avec un effet immédiat et à faire profiter l'ensemble des salariés de cette exonération, alors que le problème des mises à la retraite d'office ne concerne que les secteurs ayant conclu des accords dérogatoires.

Son coût potentiel serait très élevé et insoutenable compte tenu des équilibres budgétaires actuels: il est évalué entre 470 et 700 millions d'euros pour les pertes de recettes sociales et entre 100 millions et 200 millions d'euros pour les recettes fiscales, une distinction étant

également opérée entre les indemnités de rupture et les indemnités de départ à la retraite s'agissant de l'assujettissement à l'impôt sur le revenu (exonération des 3.050 premiers euros).

En outre, **cette mesure, qui sert certains comportements d'optimisation fiscale et sociale, va à l'encontre de la volonté d'accroître l'emploi des seniors**, qui constitue un enjeu majeur pour la viabilité à long terme de notre système de retraites.

Enfin, la mesure, qui tend à modifier l'article L. 122-14-13 du code du travail, **ne s'y insère pas correctement. Pour toutes ces raisons, votre rapporteur pour avis vous propose de supprimer cet article.**

4. L'alignement du régime des salariés agricoles sur le régime général s'agissant de la détermination de certains éléments de l'assiette des cotisations sociales (article 20 bis)

Le nouvel article 20 *bis* du présent projet de loi de financement, adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Yves Censi, avec l'avis favorable du gouvernement et de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, vise à corriger un oubli en permettant d'appliquer au régime des salariés agricoles certaines évolutions du régime général de la sécurité sociale s'agissant du calcul de l'assiette des cotisations sociales.

Ainsi, le **I** de cet article précise que l'exonération de cotisations de la contribution des employeurs aux régimes de retraite supplémentaires concerne également le secteur agricole.

Le **II** et le **3° du III** de cet article fixent les conditions d'exonération de cotisations sociales des sommes versées au titre des contrats de prévoyance collectifs obligatoires couvrant des personnes du secteur agricole. Le **VI** précise que ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2007 aux contrats nouveaux ou reconduits.

Le **1° du III** précise que la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail entre dans l'assiette des cotisations sociales.

Le **2° du III** précise les modalités d'exclusion de l'assiette des cotisations sociales des contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires.

Le **4° du III** introduit dans le code rural les modalités d'exclusion de l'assiette des assurances sociales des actions gratuites attribuées aux salariés et aux mandataires sociaux.

Le **IV** décrit le régime social des sommes réintégrées dans l'assiette des cotisations suite au constat d'une infraction de travail dissimulé.

Enfin, le V assouplit les conditions fixées par l'article 27 de la loi d'orientation agricole¹ du 5 janvier 2006 pour permettre aux groupements d'employeurs multisectoriels de bénéficier des allègements de cotisations pour l'emploi de travailleurs occasionnels.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès des services du ministère de l'agriculture et de la pêche, le coût de ce dispositif n'a pas été entièrement chiffré en raison des difficultés à évaluer les assiettes et le nombre de personnes concernées. Seul le coût des dispositions du V de cet article a été évalué à 300.000 euros. Toutefois, il a été précisé à votre rapporteur pour avis que les sommes en jeu étaient globalement faibles.

B. LES MESURES SE TRADUISANT PAR UN ACCROISSEMENT DES RECETTES

1. L'extension de l'assiette de la CSG et de la CRDS sur le patrimoine à tous les revenus dont l'origine n'est pas déterminée (article 10 bis)

L'article 10 bis du présent projet de loi résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances. Il vise à étendre le champ d'application de la CSG sur le patrimoine à tous les revenus dont l'origine n'est pas déterminée.

En effet, en application de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, les revenus d'origine indéterminée taxés en application de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales sont soumis à la CSG sur le patrimoine – et par ricochet au prélèvement social de 2 % et à la contribution sociale pour l'autonomie, dont les assiettes sont définies par référence à cet article.

En revanche, les revenus d'origine indéterminée imposés à l'impôt sur le revenu sur les fondements des **articles 168** (taxation selon les éléments du train de vie), **1649 A** (taxation des sommes transférées vers l'étranger ou en provenance de l'étranger par l'intermédiaire de comptes non déclarés) et **1649 quater A du code général des impôts** (taxation des sommes transférées vers l'étranger ou en provenance de l'étranger en l'absence de déclaration en douane), ainsi que du **1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales** (taxation d'office des revenus en cas d'absence de déclaration d'ensemble et, en l'absence de déclaration, des gains nets et des plus-values imposables), ne sont pas assujettis à la CSG faute d'avoir été expressément visés par les dispositions de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

Le **I** de l'article 10 bis du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tend à soumettre ces sommes, à compter de l'imposition des

¹ Loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006.

revenus de l'année 2006, à la **CSG sur les revenus du patrimoine**, et par conséquent à la **contribution de solidarité pour l'autonomie et au prélèvement social de 2 %**. Le **II** de l'article 10 *bis* modifie, selon les mêmes modalités, l'article 1600-0 H du code général des impôts, relatif à la **CRDS** sur les revenus du patrimoine. Il supprime également certaines mentions obsolètes figurant aujourd'hui dans cet article.

Notre collègue député Yves Bur a précisé, lors de l'examen de son amendement par l'Assemblée nationale en séance publique, que cette modification pourrait apporter un **surcroît de recettes « de l'ordre de 5 à 10 millions d'euros »**.

2. Les modalités de versement de l'acompte acquitté par les établissements financiers au titre des contributions sociales sur les revenus de placement (article 16)

a) Le droit existant

Le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale fixe les règles applicables en matière de versement par les établissements financiers d'un acompte au titre de la CSG sur les revenus de placement.

Il dispose ainsi que la CSG due par les établissements payeurs **au titre des mois de décembre et janvier** sur les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement, sur les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ainsi qu'aux placements de même nature pour les contrats autres que les contrats en unités de compte et sur les produits des plans d'épargne populaire, des rentes viagères ainsi que des primes d'épargne et de leurs intérêts capitalisés fait l'objet d'un acompte.

Cet acompte correspond à un versement déterminé d'après les revenus des mêmes placements soumis l'année précédente à la CSG au cours des mois de décembre et janvier et retenus à hauteur de **90 % de leur montant**. Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi par le taux de la CSG applicable.

Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires.

Ces dispositions s'appliquent également à la CSG due **au titre du mois de décembre** sur les revenus des plans d'épargne logement sur lesquels est opéré le prélèvement libératoire forfaitaire, en application de l'article 125 A du code général des impôts.

Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque l'acompte est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la CSG

due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements. L'excédent éventuel est restitué.

b) Le dispositif proposé

- (1) L'élargissement de l'assiette de l'acompte de la CSG sur les revenus de placement

Le I de l'article 16 du présent projet de loi de financement modifie ce dispositif.

Il prévoit tout d'abord que la CSG due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier **sur l'ensemble des revenus de placement assujettis, et non plus les seuls revenus de placement précédemment visés**, fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la CSG **au titre des mois de décembre et janvier**. Ceci modifie donc également le régime applicable aux **PEL soumis à prélèvement libératoire forfaitaire**, puisqu'ils ne faisaient l'objet d'un acompte qu'au titre du mois de décembre.

Il augmente le montant de l'acompte, qui se basera à l'avenir sur la **totalité de l'assiette imposée l'année précédente, et non plus 90 % de ce montant**.

Les modalités de versement sont également revues : le paiement de cet acompte devra intervenir **le 25 septembre pour 80 % de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les 20 % restants**. Comme aujourd'hui, il sera reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires.

Le I de cet article insère un **nouvel alinéa** afin de prévoir que, lorsque l'établissement payeur estime que l'acompte est supérieur à la contribution dont il sera redevable au titre des mois de décembre et janvier, **il peut réduire ce versement à concurrence de l'excédent estimé**.

Il **supprime également le décret d'application** qui était actuellement prévu par le 3 du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, qu'il remplace par un nouvel alinéa. Celui-ci prévoit que **lorsque la CSG réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit** par l'établissement payeur en application de la nouvelle disposition précitée, **une majoration d'intérêts de retard de 5 %**, prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts, s'applique à cette différence. Il précise toutefois que **l'assiette de cette majoration est limitée à la différence entre le montant de l'acompte qui aurait dû être versé par l'établissement financier avant réduction de son montant et celui qu'il a effectivement versé**.

Votre rapporteur pour avis vous proposera un **amendement** tendant à extraire du dispositif d'acompte les produits de placements les produits à forte variabilité et à remplacer la majoration d'intérêts de retard de 5 % qui

s'appliquerait aux établissements payeurs s'étant trompés en minorant l'acompte dû par un simple intérêt de retard.

- (2) Une précision relative aux règles de recouvrement de la cotisation de solidarité pour l'autonomie

Le II de l'article 16 du présent projet de loi de financement modifie l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles afin de préciser que la contribution de solidarité pour l'autonomie due par les employeurs est recouvrée dans les mêmes conditions, sous les mêmes garanties et, ce qui n'était pas précisé, **sous les mêmes sanctions** que les cotisations patronales d'assurance maladie. Il s'agit là d'une simple précision technique.

- (3) La généralisation par l'Assemblée nationale du prélèvement libératoire pour les contributions sociales sur les revenus de placement

L'Assemblée nationale, sur proposition de nos collègues Pierre-Louis Fagniez et Jean-Marie Rolland, rapporteurs du présent projet de loi au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, ont apporté **plusieurs compléments** au texte initial de l'article 16.

Notre collègue député Pierre-Louis Fagniez a indiqué, lors de l'examen de cet article par l'Assemblée nationale, que les modifications qu'il proposait visaient à **augmenter les recettes de 2007 de 200 millions d'euros, afin de pouvoir, par ailleurs, accroître l'ONDAM soins de ville d'un montant équivalent** : « *En matière de revenus de placement, le choix entre le prélèvement libératoire et l'imposition du barème de l'impôt sur le revenu est sans incidence pour la détermination du montant des contributions sociales dues. En revanche, compte tenu du mode de prélèvement, les recettes actives de la sécurité sociale sont décalées d'un an suivant l'option prise par l'épargnant : prélèvement obligatoire ou impôt sur le revenu. Cet amendement tend à étendre aux contributions sociales le mode de prélèvement à la source effectué par les organismes financiers. Pour 2007, il est prévu que le produit de la CSG collectée au titre de cette mesure – qui devrait atteindre 200 millions d'euros – revienne exclusivement à la CNAMTS. Cela permettra au Parlement – nous le ferons dans un article ultérieur – d'augmenter l'ONDAM de ville du même montant sans pour autant augmenter le déficit de l'année* ».

Le ministre de la santé et des solidarités, M. Xavier Bertrand, favorable à cette mesure, a précisé que « *cette mesure est sans incidence pour les placements. Simplement, ces recettes sont affectées à l'exercice en cours et non plus à l'exercice n + 1. Cela nous permet d'instaurer un prélèvement libératoire social, comme cela existe depuis bien longtemps en matière fiscale. Ainsi que je l'ai expliqué hier lors des questions au Gouvernement, il n'est pas illégitime de vouloir transposer dans le domaine social ce qui donne satisfaction dans le champ fiscal* ».

En pratique, les changements apportés par l'Assemblée nationale conduisent à avancer d'un an, pour les contribuables ayant fait le choix de l'assujettissement de leurs intérêts au barème de l'impôt sur le revenu au lieu du prélèvement libératoire forfaitaire de 16 %, le paiement des contributions sociales sur les revenus de placement, qui s'élèvent aujourd'hui à 11 %.

Dans le droit existant, s'agissant des contributions fiscales, le contribuable a le choix entre acquitter un prélèvement libératoire forfaitaire de 16 % au titre de l'impôt sur le revenu, tel que prévu par l'article 125 A du code général des impôts, ou opter pour une déclaration et l'intégration au barème de l'impôt sur le revenu. Les dates de paiement des contributions sociales sont alignées sur celles des prélèvements fiscaux, mais n'emportent pas de conséquence financière pour le contribuable, le taux de ces prélèvements sociaux étant dans tous les cas fixés à 11 %.

Cet article, dont les dispositions devraient s'appliquer pour la première fois aux revenus perçus au cours de l'année 2007, **conduit donc à disjoindre les calendriers de paiement des prélèvements fiscaux et sociaux sur les revenus d'épargne pour les redevables ayant fait le choix de l'intégration au barème de l'impôt sur le revenu.** En pratique, ces redevables paieront, avec le même taux, les prélèvements sociaux un an plus tôt, c'est-à-dire dès 2007 s'agissant des revenus 2007, et auront également à acquitter en 2007, année de transition, les prélèvements sociaux sur les revenus 2006. Pour l'impôt sur le revenu, la date de paiement reste inchangée.

Par ailleurs, cet article précise en conséquence les règles d'assujettissement des revenus à la CSG sur les revenus du patrimoine et à la CSG sur les revenus de placement, en précisant que les deux contributions sont exclusives l'une de l'autre : les prélèvements sociaux ne faisant pas l'objet d'un prélèvement libératoire étaient jusqu'à présent comptabilisés comme de la CSG sur les revenus du patrimoine.

Votre rapporteur pour avis observe par ailleurs que le V de cet article modifie l'article 154 *quinquies* du code général des impôts, relatif à la déductibilité partielle de la CSG, afin de préciser que sont déductibles du revenu imposable de l'année du paiement de la CSG, à hauteur de 5,8 points, les produits de placements et les produits de même nature retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France sur lesquels n'a pas été opéré le prélèvement libératoire forfaitaire prévu par l'article 125 A du code général des impôts. **Ceci vise à maintenir le régime actuellement en vigueur, mais se traduira par un accroissement de la complexité fiscale pour le contribuable¹.**

¹ On rappellera que le Conseil constitutionnel veille à la lisibilité des dispositifs fiscaux. Il a ainsi, dans sa décision n° 2005-530 DC du 29 décembre 2005, censuré l'article 78 de la loi de finances pour 2006 : « Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que la complexité de l'article 78 de la loi de finances pour 2006 est à la fois excessive et non justifiée par un motif

En effet, là où celui-ci recevait une déclaration pré-remplie, **il devra à l'avenir porter le montant de CSG déductible de l'impôt sur le revenu, ce qui va à rebours des efforts de modernisation de la gestion de l'impôt et de simplification fiscale menés ces dernières années.**

Ceci se traduira également par un accroissement des charges pesant sur les banques.

En outre, votre rapporteur pour avis observe que l'augmentation prévue de l'ONDAM est financée par une recette « à un coup » et non par une mesure structurelle, ce qui n'est pas satisfaisant.

Pour toutes ces raisons, et compte tenu des autres marges de manœuvre possibles dans le cadre du présent projet de loi de financement de la sécurité, il vous propose de supprimer les modifications apportées par l'Assemblée nationale.

3. Les majorations de taxes portant sur le secteur du médicament (articles 5 et 18)

a) Une mesure exceptionnelle de régulation sur les ventes en gros de produits pharmaceutiques en 2006

(1) Le dispositif proposé

L'article 5 du présent projet de loi de financement institue une contribution exceptionnelle de régulation sur les ventes en gros de produits pharmaceutiques. Cette contribution est **due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant la fabrication, l'importation, l'exportation et la distribution d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques**, tel que prévu par l'article L. 5124-1 du code de la santé publique.

L'article 5 précité indique que cette contribution est assise sur le **chiffre d'affaires hors taxes pour l'année civile 2006 réalisé en France** auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités pharmaceutiques remboursables, inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le montant des ventes de médicaments orphelins n'est pas inclus dans l'assiette de la contribution.

Il est, en outre, précisé qu'il n'est tenu compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution, que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros, augmenté de la marge maximum que les entreprises taxées sont autorisées à percevoir sur cette somme.

d'intérêt général suffisant ; qu'il y a lieu en conséquence, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres griefs de la saisine, de déclarer cet article contraire à la Constitution ».

Cette assiette présente donc un caractère « *quasi rétroactif* », pour reprendre l'expression de notre collègue député Pierre-Louis Fagniez, rapporteur du présent projet de loi pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

L'assiette de la contribution est composée de deux parts :

- une première part constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année 2006 : le taux de la contribution sur cette part est fixé à 0,28 % ;

- une seconde part constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de 2006 et celui réalisé au cours de l'année 2005 : le taux de la contribution sur cette part est fixé à 1,5 %.

Si la seconde part est négative, le produit de la seconde part s'impute sur le produit de la première part, mais il est précisé que la contribution totale ne peut être négative.

La contribution est recouvrée le 1^{er} septembre 2007, dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale. Son produit sera versé à l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés, qui les répartira entre les divers régimes d'assurance maladie selon des modalités fixées par décret.

(2) Une régulation nécessaire

Le rapport annuel de juin 2006 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) souligne part que l'organisation du système de distribution des médicaments présente de grandes qualités en termes de distribution, de dispensation et d'accès rapide de la population à des médicaments efficaces et sûrs, mais qu'il induit des coûts particuliers, estimés à environ 30 % du prix public hors taxe.

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006 indique qu'en 2005, en moyenne, 71 % du prix public hors taxes des médicaments reviennent aux industriels, 23 % aux pharmaciens et 6 % aux grossistes. En considérant le prix public TTC et en incluant les marges arrière, la répartition devient 66 % pour les industriels, 25 % pour les pharmaciens, 3 % pour les grossistes et 6 % pour l'Etat.

Le rapport du HCAAM indique également que le mode de rémunération initial de la distribution et de la dispensation a eu longtemps un effet très inflationniste sur les marges des distributeurs. Les réformes de la marge intervenues depuis 1990 (pour les pharmaciens) et 1999 (pour les grossistes) ont substitué au système de marge proportionnelle une formule dégressive par tranche de prix. Cependant, si le taux de marge moyen diminue, la marge brute a régulièrement continué d'augmenter, motivant des modifications supplémentaires visant à diminuer les marges de distribution et de dispensation.

L'exposé des motifs de cet article indique qu'une baisse des marges serait justifiée, mais qu'elle aurait un rendement faible en 2006 du fait des délais de « revignettage » et d'écoulement des stocks aux anciens prix. C'est la raison pour laquelle la voie de la création d'une contribution a été choisie. Il précise qu'elle devrait rapporter 50 millions d'euros.

b) Un nouveau taux majoré à titre exceptionnel pour la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques

L'article 18 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale modifie le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie, définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Le taux de cette contribution, normalement fixé à **0,6 % du chiffre d'affaires hors taxes**, avait été porté par l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹, à titre exceptionnel, à **1,76 % pour l'année 2006**.

L'article 18 du présent projet de loi fixe le taux de cette contribution à **1 % en 2007**. L'Assemblée nationale a précisé, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, que ce taux était fixé « *à titre exceptionnel* ». Ce taux devrait générer une recette supplémentaire de 100 millions d'euros par rapport au taux de 0,6 %, selon les données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement.

4. Les dispositions renforçant les procédures de recours contre tiers et les pouvoirs des organismes chargés du recouvrement (articles 20 et 20 ter)

a) L'amélioration de la procédure de recours contre tiers

L'article 20 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte plusieurs mesures destinées à améliorer le dispositif de recours contre tiers.

On rappellera que le recours des caisses de sécurité sociale contre les tiers responsables est une procédure régie par les articles L. 376-1 à L. 376-3 du code de la sécurité sociale et l'article L. 454-1 du même code pour les accidents du travail. Les caisses bénéficient ainsi d'un droit d'action propre contre le tiers responsable pour obtenir le remboursement des prestations servies à la victime.

Le I de l'article 20 vise à harmoniser les conditions de recours contre tiers en ce qui concerne l'information de l'assuré et de la caisse de sécurité sociale. En effet, en matière d'accident du travail, la procédure de recours contre tiers prévue par l'article L. 455-2 du code de la sécurité sociale oblige

¹ Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005.

la caisse de sécurité sociale à informer la victime de son recours contre le tiers. Or cette obligation ne s'applique pas à la caisse dans le cadre de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, applicable aux autres prestations versées par les régimes de la sécurité sociale. Il est donc proposé de modifier le sixième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale en ce sens. **Le V** porte la même modification au sein de l'article L. 752-23 du code rural.

Le II de l'article 20 modifie l'article L. 455-2 précité du code de la sécurité sociale. En effet, celui-ci ne prévoit pas que la nullité du jugement puisse être demandée si l'intéressé ou ses ayants droit n'appelle pas la caisse de sécurité sociale en déclaration de jugement commun. Le II de cet article propose donc que, en cas d'absence d'appel en jugement commun des caisses, la nullité du jugement sur le fond puisse être demandée pendant deux ans à compter de la date à laquelle le jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y ont intérêt. Cette mesure est donc favorable au droit de recours des caisses contre les tiers responsables en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le III de cet article permet aux caisses d'allocations familiales, dans le cas d'un accident de la circulation, d'exercer un recours contre le tiers responsable des dommages aux fins de récupérer les prestations familiales versées suite à ces dommages. Il est précisé que les prestations familiales qui ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur sont définies par décret.

Le IV de cet article tend à permettre aux juridictions pénales de condamner l'auteur de l'infraction à payer aux organismes tiers payeurs les frais auxquels ils ont pu s'exposer.

D'après les données figurant dans l'annexe 9 au présent projet de loi de financement, **ces mesures devraient rapporter 150 millions d'euros supplémentaires en 2007**, soit une augmentation relative du montant total des produits issus du recours contre tiers d'environ 10 %.

b) L'extension des pouvoirs des organismes chargés du recouvrement

L'article 20 ter du présent projet de loi de financement est issu de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par notre collègue député Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sous-amendé par le gouvernement.

Il tend à modifier l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, afin de prévoir que les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul d'une part, des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, et d'autre part, des contributions d'assurance chômage pour le compte des institutions

gestionnaires. Il précise que le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.

Il prévoit, en outre, que des conventions conclues entre l'ACOSS et les organismes nationaux intéressés fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.

Si votre rapporteur se montre sensible à l'intérêt de cette mesure, il s'interroge sur la place de cet article au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

C. LES AUTRES MESURES

1. La modification de l'assiette des cotisations et contributions sociales des professions indépendantes (article 10)

L'article 10 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale a **trois objets**.

a) Neutraliser certains effets de la réforme de l'impôt sur le revenu

Le I de cet article propose tout d'abord **d'adapter l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale des professions indépendantes à la réforme de l'impôt sur le revenu opérée par la loi de finances pour 2006**.

En application des articles 75 et 76 de la loi de finances pour 2006, le nombre des tranches du barème de l'impôt sur le revenu est ramené de sept à cinq. A compter de cette même date, l'abattement de 20 %, jusqu'alors déductible de certains revenus nets de charges, est supprimé. Cette suppression s'accompagne d'une diminution des taux marginaux et d'un ajustement des limites de tranches de l'impôt sur le revenu.

On rappellera que cet abattement de 20 % sur l'assiette des revenus était autrefois réservé aux seuls traitements et salaires et, sous certaines conditions, à d'autres revenus d'activité ; s'agissant des revenus non salariaux des professions indépendantes, le passage par une structure agréée permettait de profiter de cet abattement.

Afin de tirer les conséquences de la suppression de l'abattement de 20 % et de conserver le décalage existant entre les revenus qui ouvraient droit à l'abattement et ceux qui n'ouvraient pas droit à l'abattement, certaines mesures de correction ont été prévues. Ainsi, **le 7 de l'article 158 du code général des impôts, qui concerne le calcul de l'assiette de l'impôt sur le revenu, applique désormais aux revenus et charges un coefficient multiplicateur de 1,25**. Ce coefficient s'applique aux titulaires de revenus passibles de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéficiaires non commerciaux (BNC) ou des

bénéfices agricoles (BA), réalisés par des contribuables soumis à un régime réel d'imposition qui ne sont pas adhérents d'un centre de gestion ou d'une association agréés. L'application de ce coefficient permet, sur le plan fiscal, de compenser la suppression de l'abattement pour des revenus qui avant l'application de la loi de finances pour 2006, ne bénéficiait pas de cet abattement.

Le revenu professionnel servant d'assiette aux cotisations et contributions de sécurité sociale des professions indépendantes correspondant, sous certaines réserves, au revenu retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu l'application mécanique de la suppression de l'abattement et l'application d'un coefficient multiplicateur de 1,25 entraîne mécaniquement une augmentation de l'assiette de ces cotisations et contributions sociales.

L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale définit l'assiette des travailleurs non salariés non agricoles et les cotisations d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales comme le « revenu professionnel non salarié » (ou, le cas échéant, les revenus forfaitaires).

Le deuxième alinéa de cet article dispose que le revenu professionnel pris en compte est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant la prise en compte d'un certain nombre de déductions, abattements et exonérations, dont les dispositifs suivants : allègement fiscal mentionné par l'article 44 *sexies* du code général des impôts (entreprises nouvelles) ; allègement fiscal mentionné par l'article 44 *septies* du code général des impôts (reprise d'entreprise industrielle en difficulté) ; allègement fiscal mentionné par l'article 44 *octies* du code général des impôts (exonération sur les bénéfices en zones franches urbaines) ; déduction des cotisations sociales complémentaires facultatives ; abattement accordé aux adhérents des centres et association de gestion agréés.

Le 1° du I de l'article 10 du présent projet de loi de financement tend à réécrire cet alinéa de l'article L. 131-6 précité et à inclure dans l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale les revenus des dirigeants des entreprises installées en zones franches urbaines ou dans des zones de recherche et de développement d'un pôle de compétitivité. Cela permet notamment à ces personnes, exonérées temporairement de l'impôt sur le revenu, de pouvoir cotiser aux régimes de retraites.

Il propose également de ne pas tenir compte du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du CGI, pour calculer l'assiette des revenus soumis à cotisations. **Ce coefficient continuera donc à s'appliquer en matière fiscale, afin de compenser la suppression de l'abattement, mais son effet sera neutralisé pour calculer l'assiette du revenu professionnel soumis aux cotisations sociales.**

Le 2° du I du présent article vise à modifier le premier alinéa de l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale afin de neutraliser l'impact de la réforme de l'impôt sur le revenu sur la définition de l'assiette de la CSG due

par les employeurs et les travailleurs indépendants, définie par l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale.

Il est proposé de modifier le deuxième alinéa de cet article afin que la contribution soit assise sur les revenus déterminés par application des dispositions de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale. Compte tenu de la refonte de l'article L. 131-6 proposée par le 1° du I de cet article, le coefficient multiplicateur de 1,25 % de s'appliquera pas à l'assiette de la CSG.

En outre, il est prévu de prendre en compte une modification issue de la loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie, afin de permettre qu'un intéressement soit versé aux mandataires sociaux relevant des régimes des travailleurs non salariés, agricoles et non agricoles. Or, l'intéressement, s'il n'entre pas dans l'assiette des cotisations sociales, fait bien l'objet d'un prélèvement au titre de la CSG. Il est donc proposé d'intégrer les sommes versées au titre des articles L. 441-4 et L. 443-8 du code du travail dans l'assiette de la CSG.

Le 3° du I de l'article 10 procède aux mêmes modifications s'agissant de la définition de l'assiette de la CSG due par les exploitants agricoles.

Le II de l'article 10 propose de modifier dans le même sens l'article L. 731-15 du code rural, qui définit l'assiette des cotisations dues au régime de protection sociale des exploitants agricoles, en prévoyant d'écarter l'application du coefficient multiplicateur de 1,25.

Le IV de cet article propose que les modifications du calcul de l'assiette s'appliquent pour la première fois pour l'imposition des revenus et le calcul des cotisations et contributions dues au titre des revenus de l'année 2006, c'est-à-dire payées en 2007. L'impact financier de ces dispositions devrait être réduit, dans la mesure où elles visent à maintenir l'effet de ces règles existantes relatives à l'assiette de la CSG et des cotisations sociales.

b) Relever les taux d'abattement forfaitaire applicables dans les régimes d'impôt sur le revenu des micro-BNC et micro-BIC

Le III de l'article 10 du présent projet de loi de financement propose de modifier les articles 50-0 (régime des micro-entreprises) et 102 *ter* (régime déclaratif spécial. Recettes n'excédant pas 27.000 euros hors taxes) du code général des impôts.

Il vise à ce que les **taux d'abattement forfaitaire** appliqués au chiffre d'affaires ou aux recettes des contribuables titulaires de bénéfices industriels et commerciaux ou de bénéfices non commerciaux relevant des régimes « micro » fixés par les articles précités du code général des impôts soient **augmentés afin de revenir à des niveaux très proches de ceux applicables avant la réforme du barème de l'impôt réalisée par la loi de finances pour 2006.**

L'article 50-0 du code général des impôts dispose que le résultat imposable des entreprises relevant du régime micro, avant prise en compte des plus ou moins-values provenant de la cession des biens affectés à l'exploitation, est égal au montant du chiffre d'affaires hors taxes diminué d'un abattement de **68 %** pour le chiffre d'affaires provenant d'activités de la 1^{re} catégorie et d'un abattement de **45 %** pour le chiffre d'affaires provenant d'activités de la 2^{ème} catégorie. Ces abattements ne peuvent être inférieurs à 305 euros.

Le 1° du III de cet article propose de relever ces taux à respectivement **71 %** (contre 72% avant réforme de l'impôt sur le revenu) et **50 %** (contre 52 % avant réforme).

L'article 102 ter du code général des impôts dispose que le bénéfice imposable des contribuables qui perçoivent des revenus non commerciaux d'un montant annuel, ajusté s'il y a lieu au prorata du temps d'activité au cours de l'année civile, n'excédant pas 27 000 euros hors taxes est égal au montant brut des recettes annuelles diminué d'une réfaction forfaitaire de **25 %** avec un minimum de 305 euros. **Le 2° du III de cet article propose de porter le taux de la réfaction forfaitaire à 34 % (contre 37 % avant réforme).**

Le III de cet article vise ainsi à atteindre, pour les entreprises sous régime micro BNC et micro BIC, un point global de neutralité « fiscalosociale ». En effet, l'impact de la modification opérée sur l'assiette des cotisations sociales n'avait pas été pris en compte lors de la réforme du barème de l'impôt sur le revenu. Dans ce cas, contrairement à ce qui est prévu pour les professions indépendantes, il a été jugé préférable de conserver la même assiette de cotisations sociales que celle applicable pour l'impôt sur le revenu et d'ajuster les taux d'abattement forfaitaire pris en compte pour ce dernier, ce qui devrait se traduire par une perte de recettes pour l'Etat comprise entre 30 et 40 millions d'euros.

2. Des précisions relatives à l'agrément des associations, établissements et services d'aides à la personne (article 12)

L'article 12 du présent projet de loi de financement modifie l'article L. 129-1 du code du travail, qui s'insère dans le chapitre relatif aux aides à la personne

Cet article prévoit une procédure d'agrément par l'Etat des associations et les entreprises dont l'activité porte sur la garde des enfants ou l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale au titre de leur activité de garde d'enfants de moins de trois ans à domicile.

Le dernier alinéa de cet article prévoit que cet agrément est délivré au regard de critères de qualité de service et à condition que l'association ou l'entreprise se consacre exclusivement aux activités mentionnées au présent article.

Toutefois, il précise que *« les associations intermédiaires et, lorsque leurs activités comprennent également l'assistance à domicile aux personnes âgées ou handicapées, les établissements publics assurant l'hébergement des personnes âgées peuvent être agréés »*.

L'article 12 du présent projet de loi modifie cette dernière disposition, en détaillant la liste des associations, établissements et services qui peuvent faire l'objet d'un agrément. L'exposé des motifs précise qu'*« il s'agit, d'une part, d'apporter une sécurité juridique à différentes structures intervenant historiquement dans le domaine de l'aide à domicile et jouant un rôle essentiel auprès des publics vulnérables, et, d'autre part, d'encourager le développement de nouvelles formes de logement comme les résidences-services pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées, conformément aux objectifs du plan de solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006 »*. Il apporte ensuite les mesures de coordination nécessaires au sein des articles concernés du code de la sécurité sociale, du code de l'action sociale et des familles et du code rural.

3. La validation de l'accord conventionnel sur les 39 heures dans l'hôtellerie-restauration (article 12 bis)

Le I de l'article 12 *bis* du présent projet de loi de financement, issu de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de nos collègues députés les présidents Jean-Michel Dubernard, Patrick Ollier et Pierre Méhaignerie, prévoit que, dans l'attente d'une convention ou d'un accord collectif de branche, au plus tard avant le 31 janvier 2007, dans les entreprises et unités économiques et sociales de la branche des **hôtels, cafés et restaurants, la durée équivalente à la durée légale** prévue au premier alinéa de l'article L. 212-1 du code du travail **est fixée à trente-neuf heures**.

Par dérogation, dans les entreprises et unités économiques et sociales de plus de vingt salariés de la branche des hôtels, cafés et restaurants où la durée collective de présence au travail a été fixée par décret à trente-sept heures en 2002, la durée équivalente à la durée légale prévue au premier alinéa de l'article L. 212-1 du code du travail est fixée à trente-sept heures. Les heures comprises entre la durée légale et la durée équivalente ouvrent droit aux mêmes exonérations que les heures comprises dans la durée légale du travail.

Il ajoute que **les salariés de ces entreprises bénéficient de six jours ouvrables supplémentaires de congés** visés à l'article L. 223-2 du code du travail, ainsi que d'un jour férié supplémentaire à partir du 1^{er} juillet 2006 et d'un autre jour férié supplémentaire à partir du 1^{er} juillet 2007. Ces

dispositions s'appliquent à tous les salariés à temps partiel. Elles sont facultatives pour les salariés à temps complet ou à temps partiel qui bénéficient déjà à due concurrence d'un nombre de jours de congés de même nature ou ayant le même objet par décision de l'employeur ou par accord collectif, national, régional ou départemental, notamment à des jours de réduction du temps de travail ou à des jours de congés supplémentaires ou à des jours fériés.

Le II de cet article indique que ces dispositions entrent en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2005**, ce qui donne à cet article un **caractère rétroactif**. Le gouvernement a accepté, lors de l'examen de ces dispositions à l'Assemblée nationale, de lever le gage initialement prévu.

Cet article fait suite à l'arrêt du Conseil d'Etat, rendu le 18 octobre 2006, qui a annulé le décret n° 2004-1356 du 30 décembre 2004 reprenant les termes de l'accord collectif du 13 juillet 2004 qui fixait la durée de travail hebdomadaire dans le secteur de l'hôtellerie-restauration à 39 heures.

L'exposé des motifs précise que *« cette décision menace la survie de nombreuses entreprises de ce secteur ainsi que leurs emplois, notamment du fait de son application rétroactive au 1er janvier 2005. Elle suscite l'inquiétude des salariés et crée une confusion juridique importante sur la durée du travail dans l'hôtellerie-restauration, puisqu'un accord collectif antérieur de 1999 en fixait la durée hebdomadaire à 43 heures »*.

Il ajoute que *« dans l'attente d'un nouvel accord de branche, il convient de sécuriser l'accord de 2004 signé par les partenaires sociaux qui permet en particulier aux salariés de bénéficier d'une semaine de congés payés supplémentaire ainsi que de 2 jours fériés. Afin de permettre la discussion de ce dispositif en séance publique, et selon la procédure habituelle, il est proposé un régime de réduction de cotisations sociales »*.

Votre rapporteur pour avis est sensible à l'intention de nos collègues députés. Il s'interroge toutefois sur sa validité, compte tenu des règles applicables en matière de validations législatives, celles-ci ne pouvant remettre en cause une décision de justice passée en force de chose jugée, conformément à la jurisprudence développée en ce sens par le Conseil constitutionnel.

Synthèse des critères retenus par le Conseil constitutionnel et la Cour européenne des droits de l'homme en matière de validations législatives

Conseil Constitutionnel	CEDH
La validation ne saurait remettre en cause une décision de justice devenue définitive ou, selon une expression équivalente, passée en force de chose jugée.	La Cour de Strasbourg considère que l'interdiction faite au pouvoir législatif de s'immiscer dans le cours de la justice implique que l'engagement d'une procédure de validation ne soit pas tardif par rapport au déroulement des procédures juridictionnelles.
La validation ne saurait rétroactivement fonder, au-delà du domaine pénal, à toute sanction ayant	une sanction pénale. Cette interdiction s'étend, le caractère d'une punition.
La validation doit être justifiée par la poursuite d'un « <i>objectif d'intérêt général suffisant</i> » (continuité d'un service public, menace pour la paix publique ...). Un motif purement financier n'est pas recevable à moins que les montants concernés soient tels qu'il y ait une menace économique, sociale ou budgétaire. L'acte validé ne doit contrevenir à aucun principe de valeur constitutionnelle, à moins que le but d'intérêt général poursuivi par la validation n'ait lui-même une portée constitutionnelle.	La validation doit être justifiée par « <i>d'impérieux motifs d'intérêt général</i> ». En particulier, la volonté de mettre fin à des divergences jurisprudentielles ne saurait constituer une justification. La Cour de Strasbourg exerce comme le juge constitutionnel un contrôle de proportionnalité sur le caractère suffisant du motif financier.
Pour le Conseil, la validation doit avoir une portée limitée : la mesure de validation doit comporter la mention de l'irrégularité sur le fondement de laquelle l'acte ou la procédure concerné ne pourra plus être à l'avenir contesté.	La Cour de Strasbourg prend également en considération l'existence de décisions juridictionnelles majoritairement favorables aux requérants, la bonne foi de ces derniers ainsi que le caractère prévisible du recours à la procédure de validation.

Source : Sénat, service des études juridiques, « *Le régime juridique des validations législatives* », note de synthèse du 10 février 2006

4. La modification de la répartition du produit de la CSG entre les organismes de sécurité sociale (article 17)

L'article 17 du présent projet de loi de financement modifie les règles de répartition du produit de la CSG entre les organismes de sécurité sociale.

L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale dispose que l'ACOSS centralise la part du produit de la CSG attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 du même code et la répartit entre ces régimes obligatoires.

Il précise que chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la CNAMTS, reçoit un montant égal à celui perçu au titre de l'année 1998 en ce qui concerne la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools, corrigé de l'impact sur douze mois civils de la substitution de la CSG aux cotisations d'assurance maladie.

Il ajoute que ce montant est réactualisé au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et

de remplacement attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie entre les deux derniers exercices connus. **Le 1^o du I de l'article 17** du présent projet de loi de financement modifie ce dispositif en indiquant qu'il sera réactualisé au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de **l'évolution, avant application de la réduction représentative de frais professionnels**, de l'assiette de la CSG précitée. Cette modification entrera en vigueur pour les attributions au titre de **l'année 2007**.

L'exposé des motifs précise que cette mesure tient compte des dispositions de l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui ont abaissé de 5 % à 3 % le taux forfaitaire de la réduction d'assiette de la CSG sur les salaires afin d'améliorer le rendement de cette recette en faveur de la CNAMTS : la modification proposée vise ainsi à ne pas reporter l'impact de cette majoration d'assiette sur la réactualisation annuelle des montants de CSG maladie attribués aux régimes autres que la CNAMTS.

Le troisième alinéa de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale dispose ensuite que ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la CSG, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale. **Le 2^o du I de l'article 17** complète ces dispositions en prévoyant que les montants fixés par cet arrêté peuvent être majorés tous les trois ans, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, sur demande des régimes intéressés adressée au président de la commission de répartition, lorsque la réactualisation opérée au 1^{er} janvier de chaque année, appliquée sur les trois derniers exercices, est inférieure à l'accroissement, sur la même période, de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur. Cette disposition entrera en vigueur à compter des attributions relatives à **l'année 2008**.

5. La dématérialisation de la déclaration et du paiement des contributions sociales (article 30)

L'article 30 du présent projet de loi de financement propose de modifier les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la déclaration et au paiement des cotisations, contributions et taxes sociales aux organismes de recouvrement, afin d'accélérer le processus de dématérialisation des déclarations sociales. Ceci vise à la fois à simplifier les démarches des entreprises et à permettre à la branche recouvrement de réaliser des gains de productivité.

Cette dématérialisation s'effectuera progressivement, en fonction du montant des cotisations, contributions et taxes dont l'entreprise est redevable annuellement.

D. LA QUESTION DE LA COMPENSATION DES PERTES DE RECETTES

1. L'affectation à la sécurité sociale des surplus de recettes fiscales liées à la compensation des exonérations de cotisations sociales (article 14)

L'article 14 du présent projet de loi financement de la sécurité sociale modifie le dispositif prévu par l'article 56 de la loi de finances pour 2006, qui a prévu l'affectation à la sécurité sociale de neuf taxes ou fractions de taxes en compensation des exonérations générales de cotisations sociales patronales.

La réforme du financement des allègements généraux de cotisations sociales patronales opérée par l'article 56 de la loi de finances pour 2006

Pour assurer le financement de la perte de recettes résultant des allègements généraux de cotisations sociales patronales, l'article 56 de la loi de finances pour 2006 a substitué à la dotation budgétaire auparavant inscrite sur le budget du travail les neuf taxes ou fractions de taxes suivantes, aujourd'hui affectées à la sécurité sociale :

- a) une fraction égale à 95 % de la taxe sur les salaires ;
- b) le droit sur les bières et les boissons non alcoolisées ;
- c) le droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels ;
- d) le droit de consommation sur les produits intermédiaires ;
- e) les droits de consommation sur les alcools ;
- f) la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire ;
- g) la taxe sur les primes d'assurance automobile ;
- h) la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques ;
- i) la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs.

Les régimes et caisses de sécurité sociale concernés par les mesures d'allègement général de cotisations sociales bénéficient d'une quote-part de ces recettes, au prorata de la part relative de chacun d'entre eux dans la perte de recettes. Cette quote-part devrait être définie définitivement avant le 1^{er} juillet 2007, sur la base des données effectives de l'année 2006.

Trois mécanismes sont prévus afin de garantir à la sécurité sociale, au travers des taxes qui lui sont transférées, une compensation équitable du manque à gagner résultant des allègements généraux de cotisations sociales :

- une régularisation en 2007 pour tenir compte du montant effectif des exonérations de cotisations sociales constaté en 2006 ;

- une modification de la liste des impôts et taxes affectés dans le cas où les allègements de charges seraient eux-mêmes modifiés ;

- des « rendez-vous » en 2008 et en 2009, le gouvernement devant remettre un rapport analysant les écarts éventuels entre les recettes des impôts et taxes affectés et la perte de recettes résultant des allègements de charges l'année précédente, c'est-à-dire en 2007 et en 2008. En cas d'écart supérieur à 2 %, une « commission indépendante » serait alors chargée de rendre un avis sur d'éventuelles mesures d'ajustement. Ceci signifie que la compensation ne serait pas forcément intégrale, en cas d'écart de moins de 2 %.

L'article 14 du présent projet de loi de financement prévoit que, à compter de l'exercice 2007, **en cas d'écart positif** entre le produit des impôts et taxes affectées et le montant de la perte de recettes liée aux allègements généraux de cotisations sociales patronales, le montant correspondant à cet écart **est affecté à la sécurité sociale**, dans les conditions fixées par la loi de financement de la sécurité sociale. **En 2007, il est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et fixé par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.** Le texte adopté par l'Assemblée nationale est plus large que le texte initial du gouvernement, modifié à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, puisque celui-ci prévoyait que ce surcroît de recettes revenait toujours à la CNAMTS. **Le surplus de recettes attendu est évalué à 250 millions d'euros pour 2007.**

En parallèle, l'article 23 du projet de loi de finances pour 2007 prévoit, par ailleurs, d'affecter à la CNAMTS le surplus de recettes constaté en 2006 au titre du financement des allègements généraux de charges patronales. **En effet, le produit des recettes transférées à la sécurité sociale en vertu des dispositions précitées de l'article 56 de la loi de finances initiale pour 2006 est supérieur de l'ordre de 300 millions d'euros aux pertes de recettes liées à ces allègements de charge.** Cet écart devrait, en outre, faire l'objet d'une régularisation définitive en 2007, sur la base des comptes définitifs.

Tout écart positif se traduira donc à l'avenir par un surcroît de recettes au profit de la sécurité sociale. Votre rapporteur pour avis observe que la clause selon laquelle, en cas d'écart supérieur à 2 %, une « *commission indépendante* » serait chargée de rendre un avis sur d'éventuelles mesures d'ajustement, n'est pas modifiée. **La symétrie n'est donc pas parfaite entre les surplus éventuels résultant de l'évolution du produit des taxes affectées et les pertes éventuelles.**

2. Les dispositions relatives au montant de la compensation des exonérations (articles 21 et 22)

L'article 22 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale porte approbation du montant correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale : celui-ci est fixé à 2,9 milliards d'euros pour 2007. L'annexe 5 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe plus précisément ce montant des compensations budgétaires versées par l'Etat à **2.884 millions d'euros**, soit un montant rigoureusement stable par rapport à 2006 (moins un million d'euros). On rappellera que ce montant s'ajoute aux exonérations générales de cotisations sociales patronales, compensées depuis 2006 par le produit de taxes affectées.

Par ailleurs, **l'article 21** du présent projet de loi de financement propose de faire déroger trois dispositifs au principe de compensation des exonérations de charges prévu par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale :

- l'exonération prévue en faveur du dispositif des stagiaires en entreprise, réformé par la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. L'exposé des motifs indique que « *ce dispositif devrait être financièrement équivalent pour la sécurité sociale par rapport à l'ancien dispositif* » ;

- l'exonération prévue pour les rémunérations versées à l'occasion d'un contrat de transition, conclu entre les entreprises envisageant de procéder à des licenciements économiques, et leurs salariés. Il s'agit d'un dispositif expérimental introduit par l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle, dont l'évaluation sera réalisée en juin 2008 ;

- les nouvelles exonérations prévues dans le cadre de l'article 11 du présent projet de loi, relatif à l'ACCRE.

Compte tenu de l'architecture actuelle de financement de la sécurité sociale, votre rapporteur pour avis considère qu'il n'y a pas lieu de prévoir de dérogation au principe de compensation et vous propose, en conséquence, de supprimer les dispositions de l'article 21.

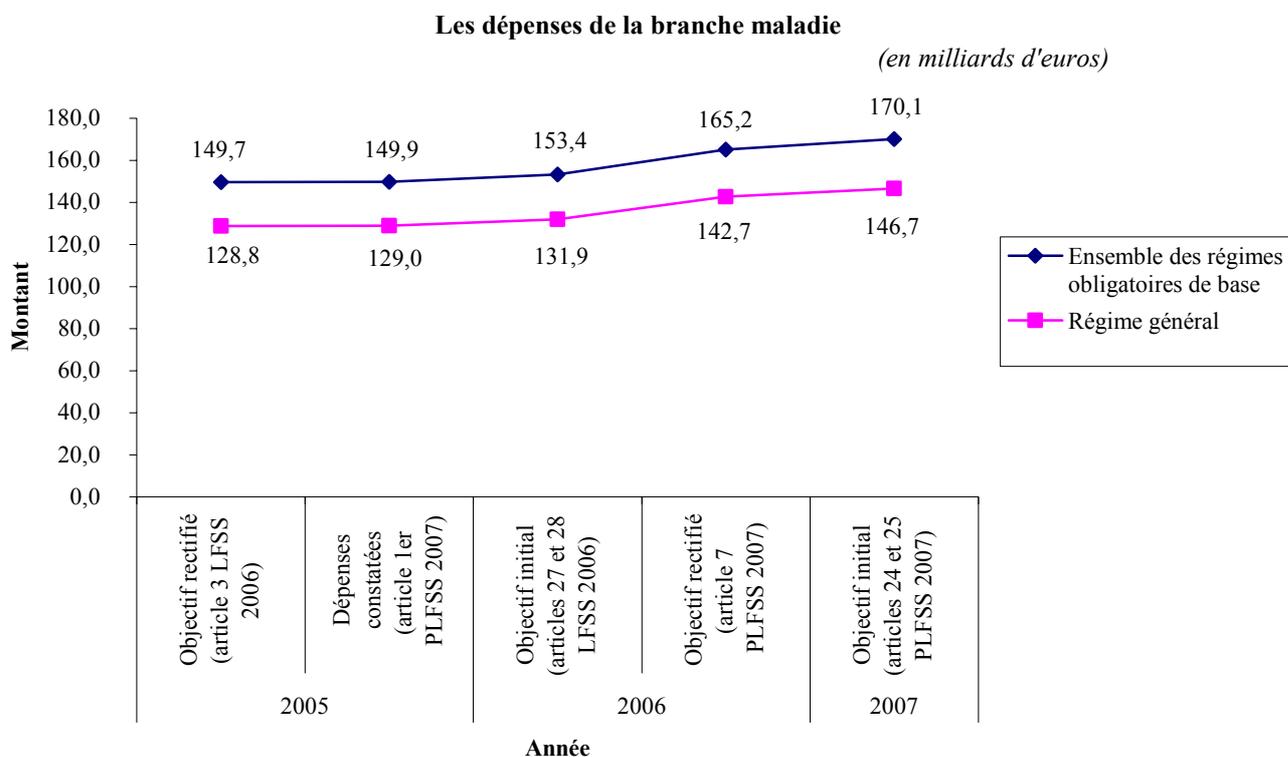
III. LES MESURES DE DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES

A. LA BRANCHE MALADIE

1. Les objectifs de dépenses pour 2007

a) *Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de l'objectif de dépenses de la branche maladie entre 2005 et 2007, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'une part, pour le seul régime général d'autre part. Il montre que les réalisations de dépenses se sont révélées supérieures aux objectifs fixés ainsi que la croissance continue des dépenses de la branche maladie sur cette période.



Source : commission des finances du Sénat

S'agissant des objectifs de dépenses fixés par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale :

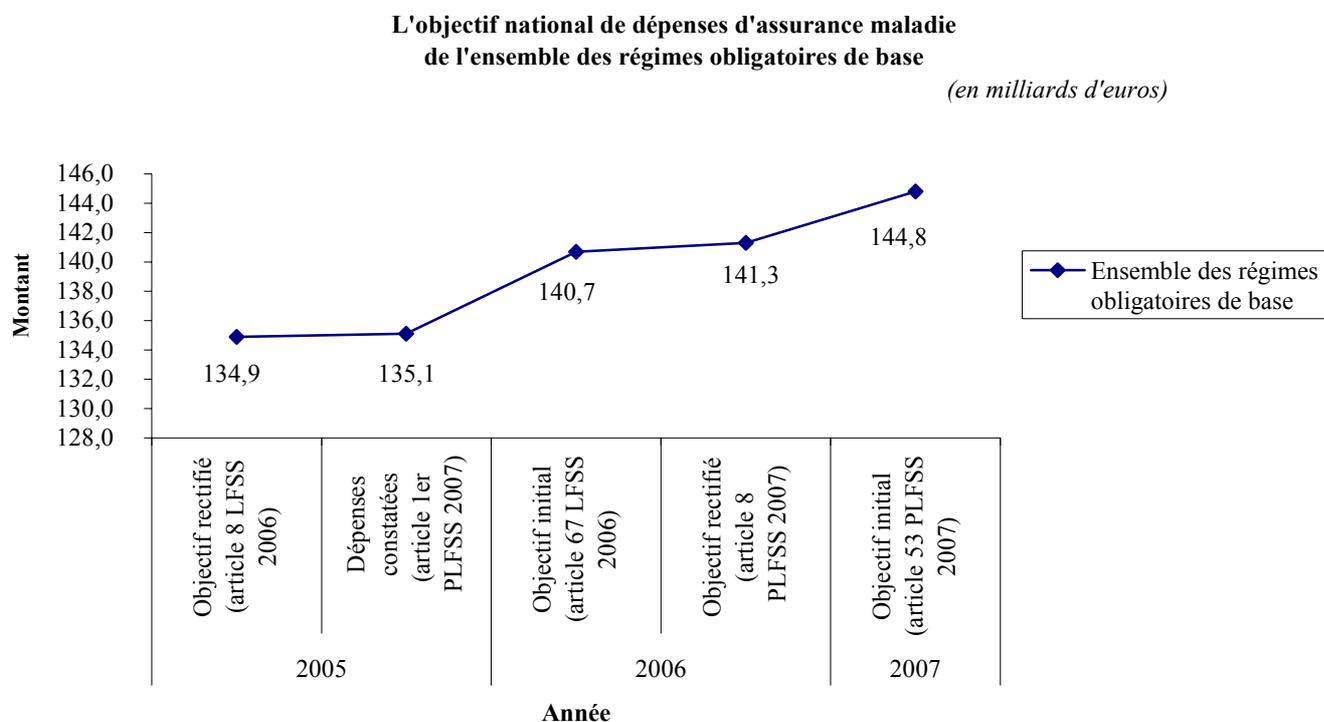
- **l'article 24** fixe l'objectif de la branche maladie pour 2007 à **170,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base**, soit une progression de + **13,5 %** par rapport aux dépenses constatées en 2005 et de + **3 %** par rapport à l'objectif rectifié pour 2006 ;

- **l'article 25** fixe l'objectif de la branche maladie pour 2007 à **146,7 milliards d'euros pour le seul régime général**, soit une progression de + **13,4 %** par rapport aux dépenses constatées en 2005 et de + **3 %** par rapport à l'objectif rectifié pour 2006.

Ces objectifs sont repris par **l'article 52** du présent projet de loi de financement. **Il faut préciser que ces objectifs ont été révisés par l'Assemblée nationale afin de tenir compte du relèvement de l'ONDAM soins de ville consenti par le gouvernement et dont la progression a été fixée à + 1,1 % par rapport à 2006, contre + 0,8 % dans le texte initialement proposé par le gouvernement.**

b) L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Le graphique suivant montre la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) entre les dépenses constatées pour 2005 et les dépenses prévues pour 2007 par le présent projet de loi de financement.



Source : commission des finances du Sénat

Ainsi que le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2006, en 2005, **les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM se sont élevées à 135,1 milliards d'euros, soit une progression de 4 % par rapport à 2004.** Ce montant est très proche de l'objectif qui avait été voté dans le cadre de la loi de financement pour 2004, à 180 milliards d'euros près.

L'objectif fixé pour 2006, soit 140,7 milliards d'euros, serait dépassé d'environ 600 millions d'euros. La croissance des dépenses maladie n'en marquerait pas moins un ralentissement sensible : elle est estimée à 2,7 %. Ce résultat prolonge la tendance à la décélération obtenue par rapport aux augmentations très fortes de la période 2000-2003.

La consommation de soins de ville tous régimes progresserait de 1,5 % en 2006 (1,7 % pour le régime général), ce qui représente un **ralentissement très net par rapport aux années précédentes.** L'inflexion porte principalement sur deux postes : les indemnités journalières, dont la réduction amorcée en 2004 et 2005 s'accroît en 2006 et la consommation de médicaments, qui pourrait être en légère baisse en 2006. En revanche, les honoraires des professionnels libéraux connaîtraient cette année une progression plus forte qu'en 2005 (4,4 % contre 2,5 % pour les soins remboursés par le régime général).

Malgré cette décélération, le sous-objectif « soins de ville » qui figurait dans la loi de financement pour 2006 serait dépassé de 650 millions d'euros, les économies sur les médicaments, estimées aujourd'hui à 1,4 milliard d'euros, restant inférieures à ce qui était visé au moment de la fixation de l'ONDAM.

Les établissements de santé présentent quant à eux un risque de dépassement qui pouvait être estimé autour de 300 millions d'euros au cours de l'été mais a été ramené à **une centaine de millions d'euros après les mesures correctrices annoncées par le ministre de la santé et des solidarités** au début du mois de septembre. **Compte tenu de ces mesures, les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé augmenteraient de 3,4 % en 2006.**

Enfin, il faut souligner que la commission des comptes de la sécurité sociale avait intégré, dans ses prévisions pour 2007, un ONDAM fixé à 144,6 milliards d'euros par le projet de loi de financement de la sécurité sociale, correspondant à une progression de 2,5 % des dépenses à champ comparable à celui de l'ONDAM pour 2006.

Toutefois, lors de son examen à l'Assemblée nationale, sur proposition de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, **l'article 53 du présent projet de loi de financement fixant l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2007 a été modifié afin d'intégrer une augmentation des dépenses de soins de ville de 200 millions d'euros,** soit une progression de l'ONDAM « soins de ville » de

+ 1,1 % par rapport aux réalisations de 2006, au lieu de + 0,8 % prévu initialement.

Dès lors, pour l'année 2007, l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ses sous-objectifs sont fixés comme suit.

Fixation de l'ONDAM et de ses sous-objectifs en 2006 et 2007

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses fixés pour 2006 (article 67 LFSS 2006) (1)	Objectifs de dépenses rectifiés pour 2006 (article 8 PLFSS 2007) (2)	Objectifs de dépenses fixés pour 2007 (article 53 PLFSS 2007) (3)	Evolution (3) / (1) %	Evolution (3) / (2) %
Dépenses de soins de ville	65,3	66	66,7 ^a	+ 2,1	+ 1,06
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8	46	47,5	+ 3,7	+ 3,26
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,9	17,7	18,3	+ 2,2	+ 3,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3	4,4	4,7	+ 9,3	+ 6,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et service pour personnes handicapées	6,6	6,6	7	+ 6	+ 6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7	0,6	0,7	-	+ 16,7
Total	140,7^b	141,3	144,8	+ 2,9	+ 2,47

^a Ce sous-objectif était fixé à 66,5 milliards d'euros pour 2007 dans le projet de loi de financement initialement présenté par le gouvernement.

^b En raison des arrondis approximatifs pratiqués par la loi de financement de la sécurité sociale qui fixe le montant des objectifs de dépenses d'assurance maladie en milliards d'euros, et non pas en millions d'euros, le total de l'ONDAM pour 2006 (140,7 milliards d'euros) fixé par l'article 67 de la LFSS 2006 ne correspond pas à la somme des sous-objectifs en milliards d'euros (140,6 milliards d'euros).

Source : article 53 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, après examen à l'Assemblée nationale

Votre rapporteur pour avis prend acte du compromis qui a pu être trouvé à l'Assemblée nationale permettant une augmentation plus réaliste du sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville. Il vous proposera toutefois une **solution alternative** à ce compromis permettant de conserver l'objectif de réévaluation des dépenses de soins de ville tout en supprimant les dispositions votées par l'Assemblée nationale modifiant l'article 16 du présent projet de loi de financement.

L'écart de 700 millions d'euros entre l'objectif rectifié pour 2006, figurant à l'article 8 du présent projet de loi de financement, et l'objectif fixé pour 2006 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹, laissait augurer d'un difficile respect de l'objectif fixé pour 2007, en augmentation de seulement 500 millions d'euros par rapport aux réalisations prévues pour 2006.

Lors de l'examen de ces dispositions à l'Assemblée nationale, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités a indiqué que « *politiquement, il est essentiel de comprendre que le relèvement de l'ONDAM pour les soins de ville doit bénéficier en priorité aux assurés sociaux, et ensuite aux professionnels de santé. Cette disposition n'aggrave pas le déficit : nous continuons donc notre effort* ».

A cet égard, l'annexe 9 du présent projet de loi de financement précise quelles sont les mesures qui doivent permettre de contenir la progression des dépenses d'assurance maladie pour 2007, entraînant des économies de 2,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et de près de 2,4 milliards d'euros pour le régime général.

Impact des mesures nouvelles 2007 sur les comptes 2007 du régime général de l'assurance maladie

(en millions d'euros)

Mesures d'économie nettes sur les dépenses d'assurance maladie (intégrées à l'ONDAM 2007)	2.376
Mesures d'économie nettes sur les soins de ville	1.992
Produits de santé hors maîtrise médicalisée	1.177
Hors produits de santé hors maîtrise médicalisée	50
Prescriptions hospitalières en ville	84
Maîtrise médicalisée	596
Lutte contre la fraude à la condition de résidence	84
Mesures d'économie nettes sur les établissements de santé	384
Revalorisation du forfait journalier	84
Mise en œuvre du ticket modérateur à 18 euros	67
Economie du plan assurance maladie	233

Source : annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

2. Les mesures relatives aux établissements de santé

a) La situation budgétaire des établissements de santé

(1) Les dépassements antérieurs de l'ONDAM hospitalier

Dans son rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé de juin 2006, le conseil de l'hospitalisation analyse la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie en matière d'hospitalisation et des dotations nationales ou régionales.

¹ Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005.

(a) En 2005

S'agissant du **dépassement de l'ONDAM hospitalier en 2005**, le conseil de l'hospitalisation note que l'évolution de l'activité 2005 constatée en mars 2006 conduit, pour les **établissements antérieurement sous dotation globale**, à un dépassement de 290 millions d'euros auquel s'ajoutent 45 millions d'euros au titre de la régularisation de l'activité 2004, soit un **dépassement total de 335 millions d'euros**.

Compte tenu du **rebasage de 188 millions d'euros** consenti pour ces établissements, le dépassement total pour les établissements s'établit à 102 millions d'euros auquel s'ajoutent les 45 millions d'euros au titre de la régularisation de l'activité 2004.

La **part activité** des établissements antérieurement sous dotation globale s'établit pour l'année 2005 à 8.811 milliards d'euros, contre un objectif de 8.521 milliards d'euros, soit un dépassement de 290 millions d'euros.

S'agissant des **cliniques privées**, le dépassement par rapport à l'objectif initial serait de 340 millions d'euros en ce qui concerne les établissements anciennement sous objectif quantifié national (OQN) pour le champ des dépenses MCO et de 123 millions d'euros pour le secteur sous OQN s'agissant du champ des dépenses de psychiatrie et soins de suite.

Le conseil de l'hospitalisation rappelle également que, pour contenir l'évolution de l'ONDAM hospitalier en 2005, **il a été décidé, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, de fixer le montant du rebasage à 625 millions d'euros** :

- 450 millions d'euros au titre du dépassement lié à l'activité 2005 ;
- 175 millions d'euros pour le dépassement autorisé globalement sur les dotations DAC, DAF et MIGAC.

Dès lors, le taux de progression réel de l'ONDAM 2005 par rapport à l'ONDAM 2004 initial a été supérieur à 4,6 %.

Toutefois, **comme ce rebasage n'apparaissait pas suffisant, compte tenu de la croissance des volumes d'activité connue en fin d'année, notamment dans les cliniques privées, un dépassement complémentaire à financer sur l'ONDAM 2006 a été évalué à 250 millions d'euros.**

Enfin, le rapport précité du conseil de l'hospitalisation indique que **le dépassement de 2005 trouve son origine dans plusieurs facteurs** :

• l'octroi, en cours de campagne, de mesures non budgétées en début de campagne telles que :

- la revalorisation au printemps 2006 du point fonction publique au-delà des positions initiales (110 millions d'euros) ;

- les décisions prises pour faire face à des situations de tension, notamment 100 millions d'euros pour les établissements PSPH au titre de la sortie des « aides Aubry » ;

• **l'augmentation de l'activité** se cumulant avec trois facteurs:

- la minoration du volume d'activité prévisionnel sur la base duquel ont été fixés les tarifs (1 % contre 2 % proposés par le Conseil de l'hospitalisation et 3,7 % réalisés) ;

- la décision de ne pas procéder en cours d'année à une régulation prix/volume ;

- l'absence de contrôle sur la mise en place de la tarification à l'activité, dans l'attente de la mise en œuvre du dispositif réglementaire de contrôle et de sanction des manquements aux règles de facturation applicables dans les établissements ;

• **la délégation d'une somme de 190 millions d'euros en début de campagne** afin d'éviter une trop forte augmentation des tarifs des prestations.

(b) En 2006

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a fixé :

- à 45,8 milliards d'euros le montant du sous-objectif « dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité » ;

- à 17,9 milliards d'euros le montant du sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».

Le montant de l'ONDAM voté par le Parlement correspond à une progression des dépenses d'assurance maladie de 2,5 %. **Le taux d'évolution pour l'ensemble des établissements sanitaires a été fixé à 3,44 %. Toutefois, la constitution d'une provision de 250 millions d'euros pour financer le dépassement de l'ONDAM 2005, ramène le taux effectif de progression de l'ONDAM hospitalier à 3,01 %.**

Ainsi que le souligne le conseil de l'hospitalisation dans son rapport précité, **des mesures de précaution ont été adoptées afin d'éviter un nouveau dépassement en 2006 :**

L'augmentation du volume d'activité a été évaluée à + 2,6 %. En 2005, la prévision d'augmentation avait été de + 1 % et l'exécution supérieure à + 3 %.

Ont été également retenues :

- la constitution d'une enveloppe d'aide à la contractualisation (MIGAC) de près de 174 millions d'euros, ou marge de manœuvre régionale, destinée en priorité à permettre aux ARH de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre ;

- la constitution d'une enveloppe spécifique pour les ARH des départements d'outre-mer (25 millions d'euros).

- la suspension, en 2006, de l'effort de convergence tarifaire intersectorielle dans l'attente de résultats significatifs des études engagées sur cette question.

Outre ces éléments, deux paramètres ont conduit à décider une baisse moyenne des tarifs de 1 % pour les deux secteurs, public et privé :

- la **constitution d'une provision de 250 millions d'euros pour couvrir en 2006 le dépassement 2005 non couvert par le rebasage** de 625 millions d'euros de l'objectif initial 2005, dépassement exclusivement imputable à la part tarifée à l'activité ;

- la progression de l'activité apparente consécutive à la mise en œuvre de la tarification à l'activité durant les premières années de mise en œuvre de celle-ci (exhaustivité et optimisation du codage).

La **fraction de tarif a été fixée à 35 %**, sauf en ce qui concerne les prestations réalisées dans le cadre de l'hospitalisation à domicile qui sont facturées intégralement sur la base des tarifs nationaux.

Enfin, **des mesures de gel d'un montant total de 200 millions d'euros ont été retenues**. Elles portent exclusivement sur les ressources allouées par dotations et non sur les mesures nouvelles financées par les tarifs, ceux-ci supportant déjà une baisse. Ces mesures de gel sont réparties comme suit :

- **167 millions d'euros sur l'ensemble des mesures de personnel ;**

- **33 millions d'euros au titre de la provision pour divers aléas** constituée sur les trois dotations.

Elles correspondent à des mesures dont la réalisation est susceptible d'être reportée.

(2) Les charges et la situation financière des établissements de santé

(a) Les charges de personnels

D'après les données fournies par le conseil de l'hospitalisation dans son rapport précité, **les charges de personnel représentaient environ 66 % des dépenses des hôpitaux en 2004**.

Selon les données statistiques sur le **personnel non médical** des établissements publics de santé, la progression des effectifs (hors ARTT) a été de 1,1 % par an en moyenne entre décembre 1998 et décembre 2004 avec une progression plus forte des personnels éducatifs et sociaux.

Les données statistiques sur le **personnel médical** des établissements disponibles montrent une **progression constante (+ 29 %) des effectifs des praticiens hospitaliers à temps plein entre 2001 et 2005** et une faible réduction (- 3,6 %) des effectifs à temps partiel.

En 2006, la progression des dépenses de personnel a été évaluée à un peu plus de 2,5%, compte tenu des mesures salariales et statutaires prévues ou prévisibles.

(b) Une situation financière dégradée : un tiers des EPRD votés en déficit en 2006

D'après les informations fournies à votre rapporteur pour avis par les services de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé et des solidarités, **en 2006, plus d'un tiers des établissements de santé public (34 %) a adopté un état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) en déficit.**

Il faut préciser que la faculté de présenter un compte de résultat prévisionnel de l'activité principal non équilibré est offerte, pour la première fois en 2006, aux établissements de santé publics jusque là soumis au régime de budget limitatif.

Les services de la DHOS ont tenu à souligner à votre rapporteur pour avis que trois raisons peuvent expliquer cette proportion importante d'EPRD votés en déséquilibre :

- pour la première année, les établissements qui étaient en situation de reports de charge ont été conduits à inscrire celles-ci dans leur EPRD ce qu'ils ne pouvaient faire auparavant provoquant ainsi un déficit prévisionnel ;

- un effet d'affichage a pu être recherché par certains conseils d'administration souhaitant protester contre le niveau des dotations allouées initialement, jugé insuffisant ;

- certaines agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont pu accepter des EPRD primitifs en déficit, considérant que les dotations complémentaires allouées en cours d'année permettraient de rétablir l'équilibre.

CAMPAGNE TARIFAIRE 2006

SYNTHESE : le 28/09/2006

		Etablissements ex DG	CHRU	CH	dont Ets psychiatriques	HL	EBNL (1)	Total	en % du nombre d'établissements
		Nombre d'établissements	28	576	84	307	629	1540	-
N o m b r e	E	Vote EPRD dans les délais	18	447	70	211	544	1220	79%
	b	Vote EPRD <u>hors</u> délais	8	103	8	70	62	243	16%
	r	Refus de vote	1	14	9	4	4	23	1%
			0	0	0	0	0	0	
N o m b r e	E	EPRD approuvé tacitement	5	165	21	117	179	466	30%
	b	<i>EPRD approuvé exprèsment</i>	4	120	13	58	149	331	21%
	r	<i>Observations faites dans le délai de 30 J sans refus d'approbation</i>	19	230	30	65	182	496	32%
	s	EPRD rejeté	3	69	6	22	90	184	12%
	e	<i>dont EPRD arrêté par le DARH</i>	2	15	4	5	11	33	2%
			0	0	0	0	0	0	
N o m b r e	E	Non-respect des recettes fixées par ARH	0	16	1	0	28	44	3%
	b	Prévisions de recettes d'activités manifestement erronées	1	5	0	0	2	8	1%
	r	Non respect des autres dispositions de l'article R 6145-11	1	19	2	10	17	47	3%
	s	CPOM non pris en compte	0	0	0	0	0	0	0%
	e	Mesures de redressement financier insuffisantes	3	16	0	3	15	37	2%
		Autre	1	21	1	4	37	63	4%
			0	0	0	0	0	0	
N e m b r e	E	EPRD avec CRPP en déficit prévisionnel	19	262	31	51	186	518	34%
	s	EPRD comportant un prélèvement sur fonds de roulement	14	322	39	102	230	668	43%
			0	0	0	0	0	0	

(1) Etablissements privés à but non
lucratif

Source : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la santé et des solidarités

En outre, d'après les informations fournies à votre rapporteur pour avis, **les établissements publics de santé ne seraient pas globalement en situation de surendettement** et présenteraient, dans l'ensemble en 2005, un **ratio d'indépendance financière de l'ordre de 35 %**. Ainsi, au 31 décembre 2005, globalement, les établissements publics de santé disposeraient de **réserves financières d'un montant de 3 milliards d'euros**, somme qui correspond à l'équivalent d'environ 20 jours d'exploitation.

(3) Le niveau élevé de l'ONDAM hospitalier fixé pour 2007 par le présent projet de loi de financement

L'article 53 du présent projet de loi de financement fixe, pour 2007, le montant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie en matière d'hospitalisation à **65,8 milliards d'euros**, dont **47,5 milliards d'euros au titre des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (T2A)** et **18,3 milliards d'euros au titre des autres dépenses relatives aux établissements de santé**.

Cet objectif est **en progression de + 3,3 %** par rapport aux objectifs rectifiés pour 2006 établis par le présent projet de loi de financement.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès des services de la DHOS, il faut toutefois préciser que, **d'une part, le taux global d'augmentation des charges hospitalières se situerait, en 2007, à + 4,21 % par rapport à 2006, d'autre part, l'augmentation de la masse salariale capterait près de la moitié (+ 1,4 %) du taux de progression de 3,3 % de l'ONDAM hospitalier pour 2007**.

b) L'application de la tarification à l'activité (T2A) et ses corollaires

(1) Dispositions relatives à la mise en œuvre de la T2A (article 39)

L'article 39 du présent projet de loi de financement contient diverses dispositions relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité et vise à corriger certaines dispositions contenues dans les lois de financement de la sécurité sociale antérieures.

Pour mémoire, votre rapporteur pour avis rappelle que la T2A, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹, a instauré un nouveau mode de financement des établissements de santé. Se substituant à la dotation globale de financement pour les établissements publics ou participant au service public hospitalier et à la tarification à la journée ou à la prestation pour les cliniques privées, elle vise à harmoniser les modes de financement des secteurs public et privé.

Sa mise en place s'effectue de manière progressive dans le secteur public et l'année 2005 a constitué une année transitoire en termes organisationnels, d'impact de trésorerie et de suivi comptable de l'activité des établissements publics de santé.

¹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

Bilan de la mise en œuvre de la tarification à l'activité

Les principes fondateurs de la tarification à l'activité ont été définis par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée. **La T2A s'applique, d'une part, dans les cliniques privées, depuis le 1er mars 2005, d'autre part dans les établissements publics de manière progressive, sur la période 2005-2012, pour ce qui concerne les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).** Durant la période de montée en charge, les établissements de santé anciennement sous dotation globale perçoivent une part de dotation globale, appelée dotation annuelle complémentaire (DAC), qui complète le financement par les tarifs.

En 2006, les tarifs représentaient 35 % du financement des hôpitaux publics et la dotation annuelle complémentaire (DAC) 65 %.

1 – Le champ d'application de la T2A

La loi fixe, d'une part, le champ des activités et, d'autre part, le champ des établissements concernés par la tarification à l'activité. **Celle-ci s'applique à l'ensemble des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)**, quel que soit le statut de l'établissement, public ou privé. Seuls les hôpitaux locaux, les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées (Fresnes), les établissements du service de santé des armées et les établissements de Saint Pierre et Miquelon et Mayotte sont maintenus en dehors du champ de la tarification à l'activité.

La loi a cependant modifié en conséquence **les dispositions relatives au financement et à la régulation des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie pour tenir compte de la réforme.**

Elle a restreint ainsi le système de tarification et de régulation des établissements privés anciennement sous objectif quantifié national (OQN) à ces seules activités. Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie des établissements anciennement sous dotation globale, la loi prévoit le maintien pour partie d'un financement par dotations annuelles (la dotation devient toutefois une dotation de recettes, sans lien automatique avec les dépenses). De même, les hôpitaux locaux, les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées (établissement de Fresnes), les établissements du service de santé des armées et les établissements de Saint Pierre et Miquelon et Mayotte reçoivent, pour la part des dépenses relatives aux soins dispensés aux assurés sociaux, une dotation annuelle de financement. Ces dépenses demeurent régulées par des enveloppes annuelles limitatives, réparties entre régions puis, entre établissements par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Le champ d'application est destiné à s'étendre aux grandes disciplines de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour lesquels, à l'issue d'une période d'expérimentation, la généralisation pourrait être envisagée pour 2008-2009. Des travaux sont en cours afin de se doter d'un modèle adapté à ce secteur, polymorphe, mais qui est fondamental en matière d'offre de soins.

2 – Le financement à l'activité des activités de MCO

L'activité MCO des établissements publics et privés de santé est désormais rémunérée par l'assurance maladie par :

- des **tarifs par séjour** : première source de financement des établissements, les tarifs (GHS) correspondent à la répartition des cas traités dans des groupes homogènes issus de la classification en groupe homogène de malades ;

- des **paiements supplémentaires** : afin de garantir l'accès des patients aux innovations thérapeutiques, certaines spécialités pharmaceutiques et certains dispositifs médicaux implantables, dont la liste est fixée par arrêté, sont pris en charge en plus du tarif des séjours. Il en est de même pour certains dispositifs médicaux dont la liste est également fixée par arrêté ;

- des **tarifs par prestations** : certaines activités non décrites par les GHS sont financées grâce à un tarif par prestation, tels que les **services d'urgence** autorisés bénéficient d'un financement mixte, **l'activité de prélèvement d'organes** sur personne décédée, les **consultations et actes externes**; les **soins réalisés en réanimation ou soins intensifs**, depuis 2006, la **prise en charge du patient en dialyse**, l'utilisation de matériel de petite chirurgie lors de la prise en charge non programmée de patient dans des établissements qui ne sont pas autorisés à pratiquer l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

- les **missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)** : certaines missions par nature, n'ont pas vocation à voir leurs ressources dépendre de l'activité réalisée. D'autres y ont été placées temporairement dans l'attente de réflexions complémentaires, car relevant plus équitablement d'une prise en compte de l'activité sur la base de grands indicateurs.

3 – La régulation des dépenses MCO

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a modifié profondément les mécanismes de régulation des dépenses.

L'enveloppe MCO commune aux secteurs public et privé constituée de l'ensemble des activités financées par tarifs est régulée par un dispositif de type prix volume. Ce dispositif a été mis en œuvre en 2006 au vu de l'augmentation des dépenses et s'est soldé par une baisse homothétique des tarifs dans les deux secteurs de 1%.

4 – Le statut comptable des établissements

La première étape, opérée en 2004, a maintenu la procédure budgétaire, mais l'allocation de ressources a été ajustée sur la base de l'activité mesurée par le PMSI et des tarifs de prestations nationaux, pris en compte à hauteur de 10% de leur valeur.

En 2005, les recettes liées à l'activité sortent de la dotation globale et le lien entre dépenses encadrées et recettes est rompue. Les données relatives à l'activité et prestations facturables en sus transitent par les ARH qui les valorisent aux tarifs nationaux et notifient ensuite à la caisse pivot de l'établissement le montant à payer à ce titre. **L'allocation de ressources est calculée sur la base d'une prise en compte des tarifs à hauteur de 25%.**

Une étape supplémentaire a été réalisée en **2006 avec l'entrée en vigueur de la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements**, caractérisée par le passage du budget limitatif à un **état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)** reposant sur des crédits évaluatifs et par une évolution profonde de la tutelle budgétaire des ARH. **Corrélativement, la part tarifs a été fixée à 35%.**

Il est prévu que cette part soit de 50% pour l'année 2007.

5 – La montée en charge de la T2A

La convergence intra sectorielle qui s'appuie sur le mécanisme de financement mixte sous la forme d'une fraction des tarifs des prestations et d'une dotation annuelle complémentaire pour les établissements antérieurement financés par dotation globale et pour les établissements privés auparavant sous OQN, sur un mécanisme de coefficients correcteurs de transition est régulièrement appliquée et devrait permettre **l'atteinte de l'objectif 100% en 2012.**

Pour être menée à bien (**convergence des tarifs à 50% en 2008**), la convergence intersectorielle introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 doit s'appuyer sur une transparence totale des différentiels de coûts entre secteurs. Des travaux engagés en 2006 se poursuivent pour mettre en place une étude de coût à méthodologie commune sur les deux secteurs et pour avancer sur un certain nombre d'études complémentaires visant à éclairer les différences d'activités ou de dépenses nécessaires à cet éclairage.

6 – Impact sur le financement des établissements

Le changement de mode de financement entraîne des effets de transferts de ressources importants entre établissements :

Sur le secteur antérieurement sous dotation globale de financement ce changement de mode financement conduirait à transférer environ 1,3 milliard d'euros entre les établissements pour lesquels la réforme est défavorable et ceux pour lesquels elle est favorable.

Pour le secteur antérieurement sous OQN, le montant du transfert serait de l'ordre 143 millions d'euros.

En 2005 comme en 2006, les dépenses d'assurance maladie versées aux établissements de santé ont augmenté, sans que les chiffres ne soient totalement stabilisés, entraînant l'application d'une **régulation sur les tarifs courant 2006.**

Ainsi, en 2005, les dépenses de l'ensemble des établissements de santé ont progressé de 4,2 %.

Source : ministère de la santé et des solidarités

L'article 39 du présent projet de loi de financement propose divers aménagements techniques aux conditions de mise en œuvre de la tarification à l'activité.

Le paragraphe **I** de cet article a pour objet d'avancer la date d'entrée en vigueur des forfaits annuels qui rémunèrent les activités de prélèvements, de transplantation et d'urgence du 1^{er} mars au 1^{er} janvier de l'année en cours. Ainsi, à partir de 2007, les forfaits annuels prendront effet au 1^{er} janvier, comme les dotations annuelles (DAC, DAF et MIGAC). Les tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation et les coefficients géographiques continueront d'entrer en vigueur le 1^{er} mars de l'année.

Le paragraphe **II** proroge, au plus tard jusqu'au 31 décembre 2008, plusieurs dispositions transitoires concernant la facturation des prestations par les établissements de santé, le calcul de la participation de l'assuré et les modalités de versement de la dotation annuelle complémentaire, des forfaits annuels et des MIGAC.

Le paragraphe **III** prévoit la suppression progressive du coefficient de haute technicité et le redéploiement des sommes qu'il produisait dans les tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation (GHS). Dans le droit actuel, le coefficient de haute technicité permet à un tiers des établissements antérieurement financés par un prix de journée de bénéficier d'un supplément de recettes de 1 % à 25 % grâce à une majoration de l'ensemble des tarifs des GHS et des suppléments journaliers au titre des lits classés en soins particulièrement coûteux. Ces suppléments représentaient 200 millions d'euros en 2005. Le III de cet article propose donc de réduire progressivement le coefficient de haute technicité, sur une période de six ans, pour le ramener à la valeur 1 en 2012. En outre, l'écart entre la valeur du coefficient et la cible 2012 devra être réduit d'au moins 50 % en 2009.

Le paragraphe **IV** supprime l'agrément ministériel des conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissements et accords de retraite applicables dans les établissements de santé privés à but non lucratif et le caractère opposable de ces conventions à l'autorité de tarification. Les paragraphes **V** et **VI** relèvent de la même logique que le paragraphe **IV**.

Enfin, les paragraphes **VII à IX** étendent les règles relatives à la tarification à l'activité aux activités de MCO des hôpitaux des armées en précisant que l'application de ces nouvelles dispositions devra intervenir au plus tard le 1^{er} juillet 2009.

(2) La modération des pénalités associées au non-respect des objectifs quantifiés de l'offre de soins par les établissements de santé (article 39 *bis*)

L'article 39 bis du présent projet de loi de financement, adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, avec l'avis favorable du gouvernement, vise à **modifier le régime des pénalités financières prévues en cas de non-respect des objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds fixés par les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de création d'activités ou d'équipements.**

En effet, l'article L. 6114-1 du code de la santé publique dispose que les agences régionales de l'hospitalisation concluent avec les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 du même code des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans.

En outre, l'article L. 6114-2 du même code précise que ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements, groupements de coopération sanitaire et titulaires d'autorisations sur la base des schémas d'organisation sanitaire et, notamment, qu'ils fixent, le cas échéant par avenant, les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en oeuvre, au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs.

L'article 39 bis du présent projet de loi de financement vise à **compléter les dispositions de l'article L. 6114-2 précité du code de la santé publique afin de préciser que les pénalités susmentionnées ne sont applicables qu'en cas de non-respect « substantiel » de ces objectifs.**

Il propose la même modification à l'article L. 6122-8 du même code qui traite de l'autorisation de l'ARH à laquelle sont soumis les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds, autorisation qui fixe les objectifs quantifiés des activités de soins ou des

équipements lourds autorisés lorsqu'ils n'ont pas été fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conformément et qui prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs.

Lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, le ministre de la santé et des solidarités, M. Xavier Bertrand, interrogé sur la notion de non-respect « substantiel » par notre collègue député Claude Evin, a précisé qu'un « *décret en Conseil d'Etat, soumis à concertation, notamment avec les fédérations, viendra préciser les choses* ».

Dès lors, **votre rapporteur pour avis, qui partage les préoccupations de notre collègue député Claude Evin sur la difficulté à mesurer le caractère substantiel du non-respect d'objectifs quantifiés d'offre de soins, souhaite corriger l'oubli qui s'est glissé dans la rédaction de l'article 39 bis car celle-ci ne prévoit, à ce stade, pas de décret en Conseil d'Etat pour l'application de cet article, contrairement aux propos tenus par le ministre à l'Assemblée nationale.**

(3) Dispositions relatives au financement des activités de psychiatrie et de soins de suite (articles 39 *quater* et 39 *sexies*)

• **L'article 39 *quater*** du présent projet de loi de financement, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, avec l'avis favorable du gouvernement, vise à **assouplir le dispositif de modification des tarifs des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements des centres anciennement sous objectif quantifié national (OQN).**

Lors de la présentation de cet article, notre collègue Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a, en effet, indiqué que, dans le droit existant, « *la modification des tarifs des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements des centres anciennement sous objectif quantifié national ne peut intervenir que sur la base des données de l'année antérieure ou du premier trimestre de l'année en cours* ».

Dès lors, l'article 39 *quater* précité vise à assouplir le dispositif en prévoyant la possibilité de faire jouer la régulation prix-volume sur la base des données collectées tout au long de l'année, en tant que de besoin. Il propose ainsi de modifier les dispositions de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que, lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées au fur et à mesure de l'année en cours n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, l'Etat peut modifier les tarifs des prestations d'hospitalisation.

• **L'article 39 *sexies*** du présent projet de loi de financement, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, vise à **permettre**

au gouvernement d'expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2007, pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé, fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité.

En outre, cet article précise que les expériences pourront être menées dans une zone géographique déterminée, pour les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon des modalités définies par décret. Il est également précisé que les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base qui résultent de ces expériences sont prises en compte dans l'ONDAM.

Enfin, cet article prévoit l'abrogation des dispositions du code de la santé publique qui prévoyait la possibilité d'expérimentation, à compter du 1^{er} janvier 2000 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des activités MCO dans le but de préparer la mise en œuvre de la T2A avant son entrée en vigueur, ces dispositions étant devenues caduques.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette possibilité d'expérimentation ouverte au gouvernement et souhaite que ce dernier l'exploite pleinement.

c) Les dispositions relatives à la gestion hospitalière

- (1) La création de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée (article 39 *ter*)

A l'initiative de notre collègue Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et avec l'avis favorable du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un nouvel **article 39 *ter*** visant à créer, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un **Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée**.

Le rôle de cet observatoire consisterait dans le **suivi, tout au long de l'année, des dépenses hospitalières** se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités. En outre, il **assisterait le Parlement dans le suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale** et remettrait au gouvernement et au Parlement un **rapport trimestriel** sur l'évolution des dépenses hospitalières.

Enfin, cet observatoire serait **composé à parité** de représentants des services de l'Etat et de représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés.

Lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, notre collègue député Jean-Marie Rolland a justifié la création de cet observatoire en soulignant qu'avec « *la mise en œuvre du financement à l'activité des*

établissements de santé et l'instauration d'un mécanisme de régulation prix-volume susceptible de conduire à des modifications de tarifs des prestations en cours d'année, il apparaît nécessaire de mettre en place un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée réunissant des représentants de l'État et des organisations représentatives des établissements de santé publics et privés. Celui-ci aurait pour mission d'analyser de manière concertée l'évolution des dépenses et de l'activité des établissements ainsi que d'assister le Parlement dans le suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale ».

En réponse à cette initiative, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que *« cet observatoire permettra d'y voir clair beaucoup plus facilement et rapidement. Toutefois, il faut éviter qu'il ne fasse doublon avec le Conseil de l'hospitalisation. Dès lors que cet observatoire est mis en place, il faut regarder s'il n'y a pas, à un moment ou à un autre, redondance avec un organisme qui existe, qui regroupe des directions du ministère et la Caisse nationale d'assurance maladie. Il faudra donc préciser sa composition ».*

Votre rapporteur pour avis n'est pas favorable à la création de cet observatoire, structure dont il ne comprend pas l'utilité au regard de celle du conseil de l'hospitalisation déjà existant. C'est pourquoi il vous proposera de supprimer l'article 39 *ter* adopté par l'Assemblée nationale.

(2) La création du Centre national de gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers (article 39 *quinquies*)

A l'initiative du gouvernement et avec l'avis favorable de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté un **nouvel article 39 *quinquies* visant à modifier l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière**, article lui-même créé par l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005.

Dans le droit existant, l'article 116 de la loi précitée du 9 janvier 1986 dispose que tout établissement public de santé visé par cette loi *« verse à l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers une contribution dont le montant est fixé par décret après avis du conseil d'administration de l'établissement public national. Le montant de cette contribution est déterminé en fonction du nombre des personnels de ces catégories qu'il emploie au 31 décembre de l'année précédente, dans la limite de 0,15 % des salaires versés aux personnels de l'établissement. Les ressources de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers comprennent également une dotation annuelle ».*

L'article 39 *quinquies* du présent projet de loi de financement propose de modifier les dispositions précitées de l'article 116 de la loi du 9 janvier

1986 portant diverses dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière afin de préciser les missions du Centre national de gestion, établissement public national placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, les catégories de personnel dont il assurera la gestion ainsi que les ressources financières dont il disposera.

Lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que *« le Centre national de gestion sera mis en place dès le début de l'année 2007. Cet établissement public national assurera, dans un premier temps, la gestion des praticiens hospitaliers et du personnel de direction de la fonction publique hospitalière. Sa création permettra également d'alléger les missions et les effectifs de l'administration centrale du ministère de la santé. Le personnel sera transféré, sur la base du volontariat, de l'administration vers le centre. Ce centre sera financé par une subvention de l'État, une contribution des établissements de santé ainsi que par une dotation d'assurance maladie compte tenu de sa mission au profit de l'ensemble du système hospitalier »*.

Ainsi, le paragraphe **I** de l'article 116 précité, proposé par l'article 39 *quinquies* du présent projet de loi de financement, dispose que le centre national de gestion assure, dans les conditions prévues par leur statuts, la gestion et, le cas échéant, la rémunération des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers, ainsi que d'autres catégories de personnels relevant de la fonction publique hospitalière ou de personnels placés auprès du ministre chargé de la santé.

Le paragraphe **II** de l'article 116 précité prévoit que les ressources du centre national de gestion sont constituées par :

- des subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'Etat ;
- une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- une contribution annuelle des établissements de santé publics dont l'assiette est constituée de la masse salariale des personnels employés par chaque établissement au 31 décembre de l'année précédente. Le taux uniforme de cette contribution est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite de 0,15 %.

Outre que votre rapporteur pour avis s'étonne de la présence au sein d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale de dispositions modifiant une ordonnance relative à la fonction publique hospitalière, il s'étonne de la méthode gouvernementale consistant à faire adopter, par le biais d'un amendement présenté à l'Assemblée nationale, un article de cette teneur sans apporter les précisions nécessaires s'agissant du financement de ce centre national de gestion : à quel montant s'élèveront la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie fixé par arrêté et la

contribution annuelle des établissements de santé ? Les modalités de calcul de l'assiette de la contribution des établissements publics de santé ont-elles été définies en concertation avec ces établissements ?

Votre rapporteur pour avis estime, en outre, que cet article aurait du faire l'objet d'un examen préalable par le Conseil d'Etat.

(3) La possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés (article 40)

L'article 40 du présent projet de loi de financement vise à compléter les dispositions de l'article L. 6152-4 du code de la santé publique afin de permettre aux hôpitaux locaux de recourir, pour chacune des activités de l'établissement soit aux médecins libéraux, soit, lorsque ceux-ci sont en nombre insuffisant, à des médecins salariés sous statut de praticien hospitalier ou recrutés par contrat.

Dans le droit existant, les hôpitaux locaux organisent leur offre de soins de la façon suivante : les soins courants de médecine sont assurés par des médecins généralistes libéraux payés à l'acte et les actes médicaux plus complexes sont dispensés par des praticiens hospitaliers exerçant dans un centre hospitalier public ou des médecins spécialistes travaillant dans un établissement de santé privé avec lesquels l'hôpital local a passé une convention. Ainsi, chaque hôpital local organise un partenariat avec un ou des établissements de santé pour disposer de compétences médicales spécialisées et d'un accès organisé à un plateau technique.

Au 1^{er} janvier 2000, les personnels médicaux des hôpitaux locaux étaient estimés à 2.283 praticiens libéraux et 970 médecins salariés, dont 903 à temps partiel.

En outre il faut préciser que pour l'activité de court séjour, les hôpitaux locaux n'ont pas, dans le droit existant, la faculté de recruter des médecins salariés ou sous statut hospitalier.

Dès lors, **l'article 40 du présent projet de loi de financement prévoit la possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés soit sous statut contractuel soit sous statut de praticien hospitalier.** Ainsi que le souligne l'exposé des motifs de cet article, cette dispositif a pour **double objectif de renforcer la médicalisation des hôpitaux locaux et de conforter l'attractivité des zones rurales qu'ils desservent.** En outre, il est précisé que cette option ne pourra être exercée par l'hôpital qu'après avis de la commission médicale d'établissement au regard de l'activité de l'établissement.

Votre rapporteur pour avis considère que cette disposition est de nature à aider certains établissements de santé locaux, situés dans certaines zones rurales, à faire face un problème de démographie médicale. Toutefois il tient à souligner que le Conseil d'Etat, dans son avis sur le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, avait

recommandé au gouvernement de disjoindre les dispositions de cet article du présent projet de loi estimant qu'elles n'y avaient pas leur place.

3. La politique du médicament

a) Les dispositions relatives aux autorisations temporaires d'utilisation ou de mise sur le marché des médicaments (articles 35 et 36)

(1) Les dispositions de l'article 35

L'article 35 du présent projet de loi de financement apporte plusieurs modifications au dispositif d'autorisations temporaires d'utilisation des médicaments.

D'une part, il tend à encadrer le prix des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), qui se révèlent très coûteux.

D'autre part, il tend à permettre, à titre dérogatoire, la prise en charge de certains médicaments pour des patients atteints de maladies rares ou graves, sous réserve que trois conditions soient remplies :

- le produit doit être prescrit, lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, pour le traitement d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une maladie rare ;

- il doit figurer dans un avis ou une recommandation de la Haute autorité de santé, concernant une catégorie de malades, le cas échéant après consultation de l'AFSSAPS pour certains produits relevant de sa compétence ;

- la prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

L'impact budgétaire de ces deux mesures n'est pas précisé.

(2) Les dispositions de l'article 36

L'article 36 du présent projet de loi de financement insère un **nouvel article L. 5121-9-1 au sein du code de la santé publique** afin de prévoir que, quand un médicament est autorisé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen mais qu'il ne fait l'objet en France ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni d'une demande en cours d'instruction en vue d'une telle autorisation, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) peut, pour des raisons de santé publique, autoriser la mise sur le marché de ce médicament. Il précise que l'autorisation peut être délivrée pour une durée déterminée et renouvelée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Cette disposition est conforme à la faculté permise par l'article 126 *bis* de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du

Conseil, du 6 novembre 2001, instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

Le II et le III de cet article complètent, par ailleurs, la liste des catégories de médicaments que les hôpitaux peuvent se procurer pour intégrer ces nouveaux médicaments et modifie en conséquence l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale relatif à la fixation du prix des médicaments. L'exposé des motifs précise qu'il convient « *d'assurer une cohérence complète avec les dispositions relatives aux médicaments possédant une AMM afin de ne pas favoriser ces médicaments pour lesquels l'exploitant fait preuve d'une mauvaise volonté à la mise sur le marché* ».

b) L'assouplissement de l'encadrement de la prise en charge de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un mésusage, d'un usage détourné ou abusif (article 37)

L'article 37 du présent projet de loi de financement vise à modifier les dispositions de l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale, introduites par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, selon lesquelles « *la prise en charge, par l'assurance maladie, de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, est soumise aux modalités prévues par l'article L. 324-1¹ et est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription, qui doit alors être exécutée par le pharmacien concerné pour ouvrir droit à la prise en charge* ».

Cet article visait avant tout les traitements de substitution aux opiacés pour lesquels la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) avait d'ailleurs mis en place, en 2004, un plan de contrôle des assurés suspects de détournement, voire de trafic, de ces traitements.

L'article 37 du présent projet de loi de financement propose de modifier les dispositions de l'article L. 162-4-2 précité afin d'assouplir la procédure d'encadrement de la prise en charge de ces traitements en distinguant deux cas de figure, selon que l'établissement d'un protocole de soins est ou non nécessaire.

Ainsi, cet article précise :

- d'une part, que **la prise en charge par l'assurance maladie, de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un mésusage, d'un usage détourné ou abusif**, dont la liste est fixée par arrêté après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), **est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au prescripteur, à**

¹ Cet article prévoit l'établissement d'un protocole de soins dans certains cas, en particulier pour les patients atteints d'une affection de longue durée.

chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription, qui doit alors être exécutée par ce pharmacien ;

- d'autre part, que **l'arrêté susmentionné désigne**, parmi les soins ou traitements figurant sur la liste, **ceux pour lesquels, compte tenu des risques importants de mésusage, d'usage détourné ou abusif, la prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée à l'élaboration d'un protocole de soins, soit pour l'ensemble des patients en cas de risque majeur pour leur santé, soit seulement en cas de constatations par les services du contrôle médical de l'assurance maladie d'usage détourné ou abusif.**

Votre rapporteur pour avis est favorable aux dispositions de cet article qui permettent d'assouplir le dispositif actuel et de définir un encadrement approprié à chaque produit. En outre, l'exposé des motifs de cet article précise que cet encadrement sera étendu à d'autres médicaments de consommation plus large, tels les psychotropes pouvant également faire l'objet d'un mésusage.

4. Les dispositions relatives au secteur médico-social

a) La répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée (article 42)

L'article 42 du présent projet de loi de financement vise à modifier les dispositions de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui avait mis en place une procédure de répartition des capacités d'accueil des unités de soins de longue durée (USLD) ainsi que de leurs ressources financières provenant de l'assurance maladie.

Les dispositions existantes de l'article 46 de la LFSS 2006

Les paragraphes **III** et **IV** de l'article 46 de la loi précitée de financement de la sécurité sociale pour 2006 visent les établissements de santé, publics ou privés, qui ont pour objet de dispenser des soins de longue durée, avec hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Les unités de soins de longue durée (USLD) offrent des prestations mêlant les soins de longue durée, le court et moyen séjour hospitalier, ainsi que l'accueil médico-social de personnes âgées comparable à celui fourni par de nombreuses maisons de retraite. **L'objectif de l'article 46 précité était de modifier la répartition des lits et des crédits entre les soins de longue durée et l'accueil médico-social.** Les premiers résultats des enquêtes menées au cours de l'année 2006 montrent que l'activité gériatrique effective des USLD se répartit en 70 % de médico-social et 30 % de soins de longue durée.

En outre, **en vertu des dispositions de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui ont la tutelle des établissements de soins et fixent le montant des dépenses de soins des USLD, et les préfets des départements, qui ont la tutelle des établissements sociaux et médico-sociaux dont la tarification relève de l'Etat, devaient avoir fixé conjointement, avant le 1^{er} janvier 2007, dans chaque département et par établissements accueillant des personnes relevant de soins de longue durée, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui englobe, à nouveau depuis 2006, les activités des USLD.** A défaut de la transmission de l'avis de l'organe délibérant de l'établissement concerné avant le 15 septembre 2006, le directeur de l'ARH arrêta, avant le 1^{er} avril 2007, la répartition des capacités d'accueil et des crédits des USLD qui devait alors prendre effet au 31 décembre 2007.

L'objectif de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 était donc de déterminer la nature des besoins en prestations des USLD selon leur caractère sanitaire ou médico-social afin de procéder à une répartition des places et des crédits selon qu'ils relèvent de l'ONDAM de droit commun ou de l'ONDAM médico-social. Cette réorganisation des dépenses relevant de l'ONDAM a été réalisée par les paragraphes I et II de l'article 46 précité qui ont transféré les dépenses des USLD de l'ONDAM médico-social vers l'ONDAM de droit commun.

La répartition des capacités d'accueil et des crédits des USLD doit être effectuée en fonction du résultat des analyses réalisées, dans chacune des régions, à partir d'un référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant des soins de longue durée.

L'arrêté conjoint du directeur de l'ARH et du préfet doit être pris au vu du résultat des analyses transversales réalisées. Il doit également tenir compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie institué par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. En outre, la répartition à laquelle procéderont les arrêtés conjoints fixera un pourcentage de places d'accueil de personnes nécessitant des soins hospitaliers et un pourcentage de places médico-sociales.

Source : loi n° 2005-1579 de financement de la sécurité sociale pour 2006

L'article 42 du présent projet de loi de financement modifie le calendrier établi par les dispositions des III et IV de l'article 46 de la loi précitée de financement de la sécurité sociale pour 2006 afin de prévoir que le directeur de l'ARH et le préfet du département fixent, **avant le 30 juin 2009**, par arrêté conjoint, la répartition des capacités d'accueil et des ressources des USLD.

Pour chaque établissement, **l'arrêté doit être pris au plus tard le 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle il prend effet**, au vue des analyses transversales réalisées dans chaque région. Cet arrêté prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant sa publication.

En outre, il est précisé qu'afin d'évaluer les moyens nécessaires à la mise en adéquation du budget de la section des USLD avec le résultat de l'analyse transversale, **chaque établissement fait connaître au directeur de l'ARH et au préfet, par décision de son organe délibérant, l'exercice annuel au cours duquel cette répartition est arrêtée**. Cette délibération doit parvenir au directeur de l'ARH et au préfet avant le 31 mars de l'exercice annuel au cours duquel la répartition est arrêtée.

Ainsi que le souligne l'exposé des motifs de cet article, le délai accordé aux établissements concernés est nécessaire afin de leur permettre de procéder aux réorganisations nécessaires pour mettre en œuvre cette réforme. Il précise également que le montant des dotations allouées aux dépenses d'USLD relevant de l'ONDAM médico-social qui sont réparties par la CNSA devrait être maintenu et que les dépenses liées aux capacités d'accueil en USLD relevant de l'ONDAM de droit commun recevront un abondement budgétaire pour tenir compte de la lourdeur de prise en charge des patients relevant de la section des USLD redéfinie, par nature plus importante que celle relevant d'une section médico-sociale.

En outre, lors de l'examen de l'article 42 du présent projet de loi de financement par l'Assemblée nationale, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a précisé que ces dispositions avaient pour but de *« donner le temps aux établissements hospitaliers comme aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes de mettre en œuvre de nouveaux outils qui nous permettront d'allouer les moyens en fonction de la réalité des besoins des patients »*. Il a ajouté : *« il n'a jamais été question que des personnes âgées accueillies dans des unités de soins de longue durée soient déplacées vers d'autres établissements. Il a simplement été prévu que, au sein même des établissements où ces personnes âgées se trouvent, elles puissent bénéficier, dès lors que leurs besoins particuliers le justifient, d'une prise en charge, non pas hospitalière, mais de même nature que dans une maison de retraite médicalisée »*.

Enfin, d'après les informations fournies par le gouvernement, **l'enveloppe budgétaire destinée aux places de soins de longue durée sera prélevée sur l'ONDAM hospitalier et devrait représenter 150 millions d'euros de dépenses supplémentaires sur la période 2007-2010**.

b) La création d'une Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (article 43)

L'article 43 du présent projet de loi de financement crée une Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui se substituerait au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale

En effet, l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles dispose actuellement que les établissements et services sociaux et médico-sociaux procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale.

Cette nouvelle agence serait un groupement d'intérêt public (GIP), constitué entre l'Etat, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et d'autres personnes morales, sans autres précisions quant à leur qualité que le renvoi aux dispositions générales des articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche relatifs aux groupements d'intérêt public.

Ses ressources seraient, « *notamment* », constituées par :

- des **subventions de l'Etat** ;

- une **dotation globale versée par la CNSA** : celle-ci s'imputerait sur l'ONDAM médico-social ;

- une **contribution financière** versée par les organismes gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux, **en contrepartie des services rendus** par l'agence.

Cet article précise que le personnel de l'agence peut comprendre des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement, des agents contractuels de droit public régis par les dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, recrutés par l'agence, ainsi que des agents contractuels de droit privé également recrutés par l'agence.

Votre rapporteur pour avis n'est pas convaincu par la nécessité de créer une nouvelle agence de ce type en lieu et place du conseil existant. Il observe que la Haute autorité de santé possède des compétences en matière d'évaluation et d'accréditation des établissements de santé et qu'il conviendrait donc, avant d'envisager la création d'une nouvelle structure, de considérer la voie d'un élargissement des compétences de la HAS. D'autre part, dans la mesure où il existe environ 32.000 établissements sociaux et

médico-sociaux, cette agence pourrait rapidement entraîner des dépenses importantes.

Dans son rapport, notre collègue député Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, indique qu'« *une mission ministérielle est en cours de travaux pour évaluer les modalités de fonctionnement de l'agence. Elle devrait rendre ses conclusions à la mi-novembre 2006. En première estimation, le budget de l'ANEQESSMS pourrait être de 5,2 millions d'euros. Sur 2007, 2,5 millions d'euros seraient nécessaires ; ils seraient fournis par un prélèvement d'un million d'euros sur les crédits de l'ONDAM médico-social gérés par la CNSA, une mise à disposition de personnels de l'Etat correspondant à une subvention de 0,75 million et une recette de 0,75 million provenant de la contribution financière. Le coût de la contribution financière devrait donc être insignifiant dans le budget des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont le montant total est de l'ordre de 6 milliards d'euros* ».

Votre rapporteur pour avis estime qu'il convient de prendre le temps d'analyser le futur rapport de la mission ministérielle en cours, avant d'adopter une position hâtive et potentiellement lourde de conséquences sur le plan budgétaire. En conséquence, il vous propose de supprimer cet article.

c) La prise en charge par l'assurance maladie des intérêts des emprunts immobiliers contractés par les établissements pour personnes âgées (article 44)

L'article 44 du présent projet de loi de financement prévoit que, en vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements pour personnes âgées ayant conclu une convention tripartite, les intérêts des emprunts contractés à cet effet peuvent être pris en charge par l'assurance maladie, d'une part, dans la limite des dotations départementales limitatives, d'autre part, selon des modalités et des conditions fixées par décret.

Cette disposition répond aux observations formulées par notre collègue députée Paulette Guinchard-Kunstler dans son rapport sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, rendu au nom de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale¹.

L'exposé des motifs du présent projet de loi indique que 25 millions d'euros sont prévus en 2007 sur l'ONDAM personnes âgées afin de neutraliser les surcoûts d'exploitation générés par des emprunts. Il précise que le décret mentionné par cet article devra prévoir que le montant limitatif de ces crédits est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale et que le préfet fixe par arrêté les opérations retenues et leurs montants dans le respect des crédits dont la gestion lui sera déléguée.

¹ Rapport n° 3091 - XII^{ème} législature, mai 2006.

d) La fourniture des médicaments aux EHPAD dépourvus de pharmacies à usage intérieur (article 45)

L'article 45 du présent projet de loi de financement tend à insérer un nouvel article L. 5126-6-1 au sein de du code de la santé publique.

Ce nouvel article a pour objet de prévoir que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**EHPAD**) qui ne disposent pas de **pharmacies à usage intérieur** ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des **conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein**.

Il ajoute que ces conventions doivent préciser les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec un **médecin coordonnateur, dont l'existence est élevée au niveau législatif, qui aura accès au dossier médical personnel du patient**. Elles sont transmises par les établissements à l'autorité administrative compétente ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent et par les pharmaciens au conseil compétent de l'ordre. Il précise, en outre, que les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix.

Les conventions devront reprendre les obligations figurant dans une convention type, définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Par ailleurs, le II de cet article repousse au 1^{er} janvier 2008 l'entrée en vigueur de la mesure instituant la prise en charge systématique par le forfait de soins des EHPAD des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations remboursables qui sont nécessaires à l'activité des établissements, étant d'usage collectif et non individualisable.

e) Une modification de la structure budgétaire de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonome (article 46)

(1) La structure actuelle

La structure du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est définie par l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Il comprend **six sections**.

En application du IV de cet article, la **section consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées** retrace :

- **en ressources** : une fraction du produit de la part de CSG affectée à la CNSA, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ;

- **en charges** : le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il précise que les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'Etat, qui recueille le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la CNSA.

(2) Les modifications proposées

Le I de l'article 46 du présent projet de loi de financement tend à élargir le champ de cette section budgétaire, qui serait alors consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service des personnes âgées **et des personnes handicapées**.

Elle serait divisée en deux sous-sections, l'une consacrée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées.

Les ressources et charges retracées dans la section personnes âgées sont inchangées par rapport au droit existant.

Il est prévu que la nouvelle sous-section consacrée aux personnes handicapées retrace :

- **en ressources** : une part de la fraction du produit des contributions de solidarité pour l'autonomie affectée à la section générale consacrée au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées, cette part étant fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

- **en charges** : le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.

Il est précisé, comme c'est aujourd'hui le cas, que les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'Etat, qui recueille le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la CNSA.

Il s'agit donc là d'une simple modification de la structure du budget et des comptes de la Caisse, qui n'appelle pas de remarque particulière sur le fond.

Le II de l'article 46 du présent projet de loi de financement modifie l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles afin de prévoir que **l'objectif de dépenses** relatif au financement des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale **sera fixé en fonction** d'une contribution des régimes d'assurance maladie, du montant prévisionnel des produits des cotisations de solidarité pour l'autonomie et le cas échéant, **ce qui est nouveau, de tout ou partie du montant prévisionnel de l'excédent de la section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées.**

Alors que les excédents constatés sur les sections de la caisse donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants, l'exposé des motifs du présent projet de loi note qu'il « *n'est pas prévu que l'objectif global de dépenses tienne compte de ces éventuels excédents : une sous-consommation réalisée une année donnée ne peut donc être intégrée dans le calcul des dotations qui seront versées l'année suivante aux établissements. Le présent article vise à corriger cette situation, qui ne présente pas de logique* ».

5. Les dispositifs spécifiques de la branche maladie

a) L'assouplissement du dispositif de contrôle des arrêts de travail (article 32)

L'article 32 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale modifie le 3° de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale

Celui-ci dispose actuellement que le service de l'indemnité journalière est, notamment, subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien, **qui ne peuvent excéder trois heures consécutives par jour.**

L'article 32 du présent projet de loi de financement supprime cette limite de trois heures consécutives par jour et prévoit que les heures de sorties autorisées par le praticien feront l'objet de règles et de modalités prévues par décret en Conseil d'Etat.

L'exposé des motifs du présent projet de loi indique que les dispositions actuelles s'avèrent trop contraignantes pour certaines pathologies pour lesquelles les sorties font partie intégrante de la thérapie du patient. Il précise que le décret prévu par cet article pourrait, le cas échéant, renvoyer au praticien le soin de définir les modalités de sortie les plus appropriées à la pathologie de son patient.

b) Le relèvement du plafond de ressources ouvrant droit à crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels (article 33)

L'article 33 du présent projet de loi, outre des modifications formelles tendant à faire apparaître plus clairement les dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé au sein du code de la sécurité sociale, apporte une modification de fond au dispositif de crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels, régi par l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

Cet article L. 863-1 précité dispose que les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise d'assurance ou d'une institution de prévoyance ouvrent droit à un crédit d'impôt venant en déduction du montant de la prime ou de la cotisation au contrat.

Ce crédit d'impôt s'applique si le contrat en cause est souscrit par des personnes résidant en France et dont les ressources sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale et ce même **plafond majoré de 15 %** : pour en bénéficier actuellement, une personne seule résidant en France métropolitaine doit ainsi avoir des revenus compris entre 7178,79 euros et 8.255,61 euros.

L'article 32 du présent projet de loi de financement propose de **rehausser, à compter du 1^{er} janvier 2007, le plafond majoré**, qui serait ainsi porté de 15 % à 20 % du plafond fixé par l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. **Dans l'exemple précité, la personne seule résidant en France métropolitaine devrait ainsi avoir des revenus compris entre 7.178,79 euros et 8.614,55 euros au lieu de 8.255,61 euros.**

Cet article précise en outre les règles applicables, à compter de la prochaine revalorisation du plafond, c'est-à-dire le 1^{er} juillet 2007, en matière d'arrondis du plafond de revenus pris en compte (somme arrondie à l'euro le plus proche, 0,5 étant arrondi à 1).

L'exposé des motifs précise que le relèvement du plafond permettra de porter de 2 millions à 2,9 millions le nombre de personnes susceptibles de bénéficier de ce crédit d'impôt.

Votre rapporteur pour avis observe que **le coût induit par cette mesure, qui se répercute *in fine* sur le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, ne devrait pas être très significatif à court terme mais pourrait être important à moyen-long terme.** En effet, il ressort du rapport remis au gouvernement par ce fonds que la montée en charge du dispositif est assez lente : **on comptait, au 31 décembre 2005, 402.261 bénéficiaires du dispositif de crédit d'impôt pour une population potentielle de 2 millions de personnes.**

c) La mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (article 48)

L'**article 48** du présent projet de loi de financement tend à permettre la mise en place effective des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) prévus par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui avait créé une nouvelle catégorie d'établissements et de services relevant du secteur médico-social, à savoir ceux qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical.

Conformément aux dispositions de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, figurent notamment parmi ces établissements les « *centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie* » (CSAPA) dont la création constitue l'une des priorités du plan global de lutte contre les addictions annoncées par le Président de la République au mois d'avril 2006.

L'article 48 du présent projet de loi de financement constitue la **traduction juridique concrète de la mise en œuvre des CSAPA en prévoyant l'unification du régime juridique des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA).**

Il accorde notamment aux gestionnaires des CSST et des CCAA un délai de trois ans à compter de la date de publication du présent projet de loi de financement pour demander l'autorisation en vue de la transformation de ces établissements en CSAPA.

Enfin, il permet également leur financement à compter du 1^{er} janvier 2007.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces dispositions de nature à permettre une prise en charge plus cohérente des différentes formes d'addiction toxicologique qui sont souvent des « poly-addictions ». Ainsi que le souligne l'exposé des motifs de cet article, il s'agit de permettre aux structures qui le souhaitent de développer une prise en charge multidisciplinaire et de diversifier l'offre pour une meilleure accessibilité des soins.

d) Le cas des travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation au régime suisse d'assurance maladie (article 32 bis)

L'Assemblée nationale a adopté un **article 32 bis**, à l'initiative de notre collègue député Bernard Accoyer, avec l'avis favorable de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et du gouvernement, visant à compléter les dispositions du II de l'article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale afin de prolonger la possibilité pour les travailleurs frontaliers

occupés en Suisse d'exercer un droit d'option, limité au seul risque maladie pour les prestations en nature.

En effet, depuis l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes le 1^{er} juin 2002, un droit d'option, limité au risque maladie pour les prestations en nature, est offert à titre dérogatoire aux travailleurs frontaliers occupés en Suisse et aux titulaires de pension et rentes suisses ne résidant pas en Suisse, ainsi qu'à leurs ayants droit.

Dès lors, ces personnes peuvent demander à être exemptées de l'affiliation au régime fédéral suisse d'assurance maladie à condition de bénéficier d'une couverture maladie dans leur Etat de résidence.

Le II de l'article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale prévoit que, pendant une période transitoire se terminant au plus tard sept ans après la date d'entrée en vigueur de l'accord avec la Suisse, les intéressés peuvent cependant conserver un contrat d'assurance les couvrant en France, ainsi que leurs ayants droit pour le risque maladie. Avec ce dispositif, les assurés, au bénéfice d'un contrat d'assurance, relèveront automatiquement du régime général de sécurité sociale sous critère de résidence.

Or, compte tenu de l'introduction de la libre circulation par étapes, et en cas de prolongation de l'accord de libre circulation entre la Suisse et la Communauté européenne en 2009, ce ne serait finalement qu'à partir du 1^{er} juin 2014, soit douze ans après sa date d'entrée en vigueur, que la liberté de circulation serait pleinement instaurée entre la Suisse et les pays signataires de l'accord.

L'article 32 *bis*, adopté par l'Assemblée nationale, vise à prendre en compte cette période de douze ans, date à laquelle la liberté de circulation entre la Suisse et les pays signataires de l'accord sera pleinement instaurée pour la mise en œuvre du dispositif.

e) Un dispositif de consultation de prévention gratuite en faveur des personnes âgées (article 47)

L'article 47 du présent projet de loi de financement, modifié par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, vise à modifier les dispositions de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale afin de permettre la **prise en charge par l'assurance maladie, par le biais d'une extension du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, de la mise en place d'une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de 70 ans.**

Il s'agit, selon l'exposé des motifs de cet article, de tenir compte du plan de solidarité grand âge, présenté par le Premier ministre le 27 juin 2006, qui a décidé la mise en place d'une consultation de prévention gratuite, réalisée par un médecin généraliste formé à cet effet selon un protocole

standardisé, pour toutes les personnes atteignant 70 ans pour le repérage précoce des troubles cliniques liés aux polyopathologies dues au vieillissement.

En outre, il est précisé qu'à l'issue d'une phase d'expérimentation, cette consultation sera mise en place à partir du 1^{er} juillet 2007. **Elle sera prise en charge intégralement par l'assurance maladie, ce qui représente un coût de l'ordre de 25 millions d'euros selon les informations communiquées par le gouvernement.**

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement les dispositions de cet article qui vont dans le sens d'un renforcement de la politique de prévention en faveur des personnes âgées.

Pour rendre le dispositif plus efficace, il vous proposera toutefois **un amendement qui modifie le dispositif sur deux points :**

- le premier visant à préciser que **la consultation unique de prévention est destinée aux personnes atteignant l'âge de 70 ans dans l'année civile en cours et non pas, plus largement, aux personnes de plus de 70 ans ;**

- le second afin de préciser que **les personnes âgées de plus de 70 ans relevant d'un protocole de soins en cas d'affection de longue durée ne sont pas concernées par cette consultation de prévention puisqu'elles font déjà l'objet d'un examen spécial périodique par leur médecin traitant en vertu de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.**

f) Le financement des divers fonds de l'assurance maladie (articles 49, 50 et 51)

(1) Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (article 49)

(a) Les missions actuelles et les comptes du FMESPP

Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé sous le nom de Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) par la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 (article 40 modifié).

Avant de financer des aides à l'investissement destinées à compenser les coûts induits par la modernisation des établissements de santé, ce dispositif a financé, à son origine, des mesures d'accompagnement social des opérations liées à cette modernisation, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels.

Les missions du fonds ont progressivement été élargies puisqu'il participe au financement :

- des contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales

- des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens

- des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation

- des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé publics et privés et des groupements sanitaires, en particulier dans le cadre du Plan « Hôpital 2007 ».

Il finance par ailleurs les missions créées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » : la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), la mission tarification à l'activité (MT2A), la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH) et les missions nationales régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.

L'extension des missions du fonds a conduit à distinguer deux grands volets – le volet « ressources humaines » et le volet « investissement » - auxquels s'ajoutent l'appui à la modernisation et à la mise en œuvre de la tarification à l'activité, l'appui aux autres actions de modernisation et le fonctionnement des missions « Hôpital 2007 ».

L'annexe 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale présente les comptes définitifs et prévisionnels du FMESPP pour 2005, 2006 et 2007, qui font apparaître un solde cumulé positif de plus de 200 millions d'euros en 2007.

Comptes définitifs 2005 et prévisionnels 2006 et 2007 du FMESPP

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007
PRODUITS	405,69	327	376
Financement principal : participation des régimes obligatoires d'assurance maladie	405	327	376
Produits financiers	0,686	0	0
Plus-values sur OPCVM à dominante monétaire	0,686		
Produits exceptionnels	0	0	0
CHARGES	406,819	352,5	376,8
Frais de gestion	0,709	0,75	0,80
Prestations servies	406,11	351,75	376
Résultat	-1,133	-25,5	-0,8
Soldes cumulés	227,235	201,735	200,935

Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

En outre, il faut préciser que la Caisse des dépôts et consignations, en tant que gestionnaire du fonds, met à la disposition du FMESPP des moyens en personnel, matériel, locaux et systèmes informatiques. En contrepartie de ses prestations, la CDC perçoit une rémunération représentant les frais engagés pour la gestion du fonds, de 750.000 euros en 2006 et de 800.000 euros prévus pour 2007.

(b) Les dispositions de l'article 49 du présent projet de loi de financement

L'article 49 du présent projet de loi de financement vise à préciser les missions assignées au FMESPP, d'une part, et à fixer le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP pour 2007, d'autre part.

Ainsi le **I** de cet article modifie les dispositions de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée afin de préciser et d'élargir les missions du fonds.

Le **1^o** propose une nouvelle rédaction du **III** de l'article 40 précité qui disposerait désormais que le FMESPP finance des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements ou de réorganisation de l'offre de soins.

La nouveauté apportée par la rédaction ainsi proposée consiste dans la possibilité pour le fonds de verser des avances remboursables. En effet, ainsi que le souligne l'exposé des motifs de l'article 49 du présent projet de loi de financement, le financement de la création d'activités nouvelles et de certaines opérations d'investissement requiert souvent des subventions mais parfois simplement des avances sur les recettes d'activité qu'induiront le démarrage ou le développement de l'activité ou la mise en service d'un bâtiment ou d'un équipement. L'Etat ne disposant pas actuellement d'instrument financier permettant de faire ces avances, cette mission est confiée au FMESPP par le présent projet de loi de financement.

Le **2^o** a pour objet d'insérer après le **III bis** de l'article 40 précité **deux nouveaux paragraphes, qui reprennent et complètent les dispositions figurant dans le III du même article, prévoyant le financement par le FMESPP des trois missions destinées à accompagner la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 ».**

Ainsi, le **III ter** prévoit que **le fonds prend en charge les frais de fonctionnement** d'une mission « chargée de concevoir les modalités de financement des activités de soins des établissements de santé » et de conduire les expérimentations visées à l'article L. 6122-19 du code de la santé publique (58), c'est-à-dire la **mission nationale sur la tarification à l'activité (MT2A).**

De même, le premier alinéa du nouveau paragraphe III *quater* de l'article 40 précité prévoit que **le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH)**, placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements des références et recommandations de gestion hospitalière.

Le second alinéa de ce paragraphe dispose également que **le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH)**, placée auprès du ministre chargé de la santé, et des missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs d'ARH.

Les dispositions de ces deux derniers paragraphes sont ainsi identiques à celles qui sont actuellement prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Budgets de fonctionnement alloués aux missions «Hôpital 2007» sur 2005-2007

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007
MT2A	5,30	3,65	6,55
MAINH	7,72	11,69	11,69
MEAH	18,15	28,4	29,9
Total	31,17	43,7	48,1

Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Par coordination, le 4° du I du présent article complète le IV de l'article 40 précité afin de préciser que le montant de chaque subvention ou avance du fonds est arrêté par le directeur de l'ARH, dans la limite des montants régionaux arrêtés par le ministre chargé de la santé.

De même, par cohérence avec les dispositions introduites par le 1° du I du présent article, le 5° modifie la rédaction du paragraphe V de l'article 40 précité, afin de préciser que les ressources du FMESPP, qui sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, comprennent également le reversement des avances récupérables mentionnées au III.

Le 6° prévoit par ailleurs une ressource supplémentaire pour le fonds, en complétant le premier alinéa du même paragraphe V. Ainsi, **en cas de fermeture définitive d'un établissement de santé privé, les fonds publics reçus par ces établissements devront désormais être reversés au FMESPP, et non plus à des collectivités publiques ou à d'autres établissements de santé.**

Le **II** de l'article 49 du présent projet de loi de financement tend à supprimer les dispositions de l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique, tel qu'issu de l'ordonnance du 2 mai 2005, qui prévoyaient que les conseillers généraux des établissements de santé soient placés auprès du ministre de la santé dans le cadre d'une mission de coordination financée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Désormais, le financement de la rémunération des conseillers généraux doit être intégralement pris en charge par l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, le centre de gestion national visé par l'article 39 *quinquies* du présent projet de loi de financement.

Le **III** a pour objet de modifier la rédaction de l'article L. 6161-3-2 du code la santé publique, par coordination avec les dispositions prévues par le 6° du I du présent article.

Enfin, le **IV** du présent article fixe à **376 millions d'euros pour l'année 2007 le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, soit une augmentation d'environ 15 % par rapport à la dotation fixée pour 2006 à 327 millions d'euros.**

(c) Les propositions de votre rapporteur pour avis

• **La diminution du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP pour 2007**

Compte tenu, d'une part, des éléments relatifs aux comptes du FMESPP fournis par l'annexe 8 du présent projet de loi de financement qui font état d'un **solde cumulé positif** de l'ordre de 200 millions d'euros en 2007, d'autre part de la **nécessité de rationaliser les coûts de fonctionnement** des différentes missions financées par le fonds, **votre rapporteur pour avis estime que le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour 2007 fixé à 376 millions d'euros par le présent projet de loi de financement est surévalué.**

C'est pourquoi, il vous proposera de réduire cette participation de 200 millions d'euros et de porter son montant à 176 millions d'euros pour 2007.

• **L'affectation au FMESPP d'une partie du produit de la cession du patrimoine des établissements de santé**

L'article 19 du présent projet de loi de financement dispose que les établissements de santé peuvent reverser à la CNAMTS une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments.

L'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Pierre-Louis Fagniez, rapporteur du présent projet de loi pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, familiales

et sociales, a précisé que ce versement était effectué « *en vue de contribuer au financement des investissements hospitaliers* ».

L'exposé des motifs de cet article indique qu'« *une première tranche de cession de 115 millions d'euros est prévue* », tandis que l'annexe 9 au présent projet de loi de financement comptabilise la totalité de cette somme en mesures nouvelles au profit de la CNAMTS.

Votre rapporteur pour avis souhaite faire deux observations :

- d'une part, **le tableau figurant en annexe 9 du présent projet de loi surévalue les produits revenant à la CNAMTS**, pour deux raisons : la première tient au fait qu'il n'est pas possible de comptabiliser la totalité des produits de cession au profit de la CNAMTS, l'article 19 prévoyant que seul une partie peut lui revenir. Le ministère de la santé et des solidarités a alors indiqué à votre rapporteur pour avis que le produit net des cessions atteindrait au moins 150 millions d'euros, ce qui signifie que les trois quarts des produits de cessions seraient transférés à la CNAMTS. Or, et c'est la seconde raison, plus prosaïque, aucun établissement de santé n'aura intérêt à transférer une partie du produit de ses cessions d'actifs, alors qu'il pourrait en conserver la totalité pour se moderniser. **L'article 19 semble à cet égard être dénué de toute portée effective ;**

- d'autre part, en dépit de la précision apportée par l'Assemblée nationale, **il n'apparaît pas satisfaisant de transférer le produit des cessions à la CNAMTS**, sans autre garantie sur le mécanisme de suivi de ces produits, alors qu'existe par ailleurs un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Votre rapporteur pour avis partage l'objectif de péréquation ou de mutualisation de moyens qui sous-tend cet article, et ce d'autant plus qu'il a pu constater que, si certains établissements rencontrent des difficultés budgétaires, le bilan des établissements de santé au 31 décembre 2005 fait apparaître un excédent comptable de 184,98 millions d'euros au total et des réserves globales de 9,62 milliards d'euros, dont 6,68 milliards d'euros d'excédents affectés à l'investissement hospitalier et 2,73 milliards d'euros de réserves de trésorerie.

S'inspirant du dispositif d'intéressement appliqué au budget de l'Etat pour les cessions du patrimoine immobilier, il vous proposera donc de réécrire cet article, afin de prévoir que les établissements de santé verseront à l'avenir 25 % du produit net comptable des cessions de leur terrain et bâtiments au FMESPP, en vue de contribuer au financement des investissements hospitaliers. Un droit d'opposition serait toutefois laissé aux établissements de santé, qui entraînerait alors l'ouverture de négociations avec l'agence régionale de l'hospitalisation concernée.

(2) Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) (articles 4 et 50)

(a) Les missions et les comptes du FAQSV

Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville a été créé, pour une durée de huit ans à compter du 1^{er} janvier 1999, au sein de la CNAMTS, par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 avait prolongé d'une année la durée de vie de ce fonds, ainsi portée de huit à neuf ans, jusqu'au 31 décembre 2007.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce fonds ont fait l'objet du décret n° 99-940 du 12 novembre 1999.

Ses ressources proviennent de l'assurance maladie et sont fixées annuellement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale en fonction des besoins du fonds.

Le rôle du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Le FAQSV a pour rôle de **soutenir des projets innovants en matière de qualité et de coordination des soins de ville**.

A ce titre, le fonds finance des **actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville**, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé.

Le fonds peut également contribuer au **financement des aides aux professionnels de santé, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offres de soins**.

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003¹ a étendu les missions du FAQSV au **financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles** des médecins libéraux organisées par les unions régionales de médecine libérale (URML).

En outre l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004² a étendu les missions du FAQSV définies par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée en vue du financement des infrastructures relatives au partage des données médicales, à travers l'expérimentation à compter de 2004 et jusqu'au 31 décembre 2006, de la mise en œuvre d'outils nécessaires à l'hébergement et au partage entre professionnels de santé des données médicales informatisées, dans quatre régions pilotes.

Enfin, l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006³ a étendu les missions du FAQSV en prévoyant que, d'une part, jusqu'au 31 décembre 2006, il peut contribuer à la **mise en œuvre du dossier médical personnel** au sens des articles L. 161-36-1 et suivants du code de la sécurité sociale, d'autre part, il peut **attribuer des aides pour le financement des structures participant à la permanence des soins**, notamment des maisons médicales, et contribuer au financement de toute action visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire.

¹ Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002.

² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

³ Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005.

L'annexe 8 du présent projet de loi de financement présente l'évolution des dépenses et recettes du FAQSV depuis 2002.

Comptes du FAQSV (2002-2006)

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006 (p)
Ressources	76,60	20	15,4	60	110
Dotation annuelle fixée en LFSS	76	20	15	60	110
Autres produits	0,400	0	0,4	0	0
Dépenses	50,3	54,5	59,4	67,8	100
Solde annuel	26,3	-34,5	-44,0	-7,8	10
Solde cumulé	143	108,5	64,500	56,7	66,7

Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

(b) Les dispositions du présent projet de loi de financement

Le présent projet de loi de financement contient deux types de dispositions relatives au FAQSV.

En premier lieu, **l'article 4** du présent projet de loi de financement vise à modifier les dispositions de l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 précité afin de rectifier, pour 2006 :

- le montant maximal de dépenses autorisé, initialement fixé à 165 millions d'euros et abaissé par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale à 115 millions d'euros, soit une baisse de 50 millions d'euros ;

- la dotation du fonds, initialement fixée à 110 millions d'euros et abaissé par le présent projet de loi de financement à 60 millions d'euros, soit une baisse de 50 millions d'euros.

Ainsi que le rappelle l'exposé des motifs de cet article, **le gouvernement avait annoncé le 5 septembre 2006 des économies sur le FAQSV à hauteur de 50 millions d'euros, compte tenu de la sous-consommation de crédits.** D'après les informations fournies à votre rapporteur pour avis, **la sous-consommation des crédits porte notamment sur les actions en faveur de la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) puisque sur les 92,5 millions d'euros dédiés initialement à son financement en 2006, les sommes accordées au titre de la première tranche n'ont été que de 57 millions d'euros.** Preuve, s'il en était besoin, que la politique gouvernementale en faveur de la mise en œuvre du DMP a pris beaucoup de retard, au point d'être aujourd'hui enlisée.

En second lieu, **l'article 50** du présent projet de loi de financement propose :

- de **prolonger jusqu'au 31 décembre 2007, la possibilité pour le FAQSV de contribuer** aux expérimentations d'une offre d'hébergement des

données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales ainsi qu'à la **mise en œuvre du DMP** ;

- de fixer, pour 2007, le montant maximal des dépenses du fonds à **195 millions d'euros** et sa dotation à **178 millions d'euros** au titre de l'exercice 2007.

(c) La position de votre rapporteur pour avis

Au vu des comptes précités du FAQSV, votre rapporteur pour avis constate, d'une part, qu'en moyenne, entre 2002 et 2005, les dépenses du fonds ont été de l'ordre de 60 millions d'euros par an, d'autre part, que le montant du solde cumulé du fonds en 2006 s'élèverait à 66,7 millions d'euros.

Si l'on fait l'hypothèse d'une norme de dépense équivalente en 2006 à celle constatée en moyenne sur les quatre dernières années, soit 60 millions d'euros, et en tenant compte de la dotation rectifiée du fonds pour 2006 fixée à 60 millions d'euros par le présent projet de loi de financement, votre rapporteur pour avis en arrive à la conclusion que la dotation du fonds prévue par l'article 50 du présent projet de loi de financement au titre de l'exercice 2007 (178 millions d'euros) est manifestement surévaluée. **Il vous proposera donc d'abaisser cette dotation, ainsi que le plafond de dépenses du fonds fixés par le présent projet de loi de financement, de 50 millions d'euros, ce qui constitue une réduction minimale.**

(3) La création du fonds de prévention des risques sanitaires (article 51)

(a) Les dispositions de l'article 51 : la création d'un établissement public national

L'article 51 du présent projet de loi de financement vise, dans son paragraphe **I**, à insérer trois nouveaux articles dans le code de la santé publique dans le but de créer un **nouvel établissement public national, dénommé « fonds de prévention des risques sanitaires »**.

Ainsi, le nouvel article L. 3110-5-1 du code de la santé publique prévoit la **mise en place du fonds de prévention des risques sanitaires qui finance la prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature**. Cet article précise également que ce fonds est un établissement public de l'Etat administré par un conseil d'administration constitué de représentants de l'Etat.

Le nouvel article L. 3110-5-2 décrit les **dépenses** de ce fonds qui sont constituées par :

- **la prise en charge, dans la limite des crédits disponibles, des dépenses de prévention des risques sanitaires exceptionnels** notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire

grave, quelles que soient son origine ou sa nature. En outre, il est précisé que les produits et traitements achetés pour la réalisation de ces mesures sont la propriété de l'Etat qui est l'autorité adjudicatrice des marchés. Le fond effectue l'ordonnancement et le paiement de la dépense ;

- les frais de gestion administrative du fonds.

Le nouvel article L. 3110-5-3 prévoit que les **recettes** du fonds sont constituées par :

- une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, répartie entre les régimes selon les règles définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

- des **subventions de l'Etat** ;
- des produits financiers ;
- des dons et legs.

Le paragraphe **II** de l'article 51 du présent projet de loi de financement prévoit qu'**à titre transitoire** et jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, **le Fonds de solidarités vieillesse est chargé de la gestion du fonds de prévention des risques sanitaires.**

(b) L'obligation faite au gouvernement par le Conseil constitutionnel de renoncer au recours au fonds de concours

Jusqu'en 2006, le financement des mesures de prévention de risque sanitaires graves était assuré, soit par le budget de l'Etat, soit par le biais d'un fonds de concours créé par l'Etat (article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002¹) et consacré à « *l'achat, [au] stockage et [à] la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelle que soit son origine ou sa nature* »².

Chaque année, depuis 2002, le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à ce fonds de concours était fixé en loi de financement de la sécurité sociale.

¹ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001.

² Jusqu'au vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, ce fonds de concours, créé en 2001, avait uniquement pour vocation de protéger les « personnes exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste », donc de financer le plan communément appelé « Biotox ». L'élargissement de ses missions, par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, à toute menace sanitaire grave quelle que soit sa nature avait précisément pour vocation de faire participer l'assurance maladie à la prévention et au traitement des crises sanitaires graves d'origine non terroriste telle que des épidémies (pandémie grippale) ou des alertes liées à des risques environnementaux. La contribution de l'assurance maladie à ce fonds aux missions élargies avait été fixée à 62 millions d'euros en 2004.

**Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie
au fonds de concours (2002-2006)**

(en millions d'euros)

2002	2003	2004	2005	2006
198,18	155,4	62	176	175

Source : lois de financement de la sécurité sociale

Il faut noter que, pour 2006, le ministre de la santé et des solidarités avait annoncé, au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, que le financement de l'assurance maladie serait « accompagné d'un effort supplémentaire conséquent du budget de l'Etat ».

Il avait notamment « annoncer que, d'ici la fin de l'année, des crédits complémentaires seront mobilisés sur le budget de l'Etat à hauteur de 177 millions d'euros (...) afin de permettre aux pouvoirs publics de mettre en œuvre au plus tôt les mesures de protection complémentaires nécessitées par l'actualisation du plan grippe aviaire ». Il avait, en outre, indiqué que ce financement complémentaire abonderait les crédits du programme « Veille et sécurité sanitaire » de la mission interministérielle « Sécurité sanitaire ». Votre rapporteur pour avis constate, qu'au jour d'aujourd'hui, des crédits supplémentaires de **150 millions d'euros** ont été inscrits sur le programme « Veille et sécurité sanitaires » de la mission « Sécurité sanitaire » au titre de la lutte contre la pandémie grippale.

La création d'un établissement public de l'Etat, dénommé fonds de prévention des risques sanitaires par l'article 51 du présent projet de loi de financement résulte de **la décision du Conseil constitutionnel sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹ qui avait mis fin, pour l'avenir, à la possibilité d'une contribution de l'assurance maladie, par le biais d'un fonds de concours, au financement du plan gouvernemental de prévention et de lutte contre la pandémie grippale.**

En effet, se saisissant d'office des articles 5 et 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006², **le Conseil constitutionnel a relevé que les dispositions de ces articles n'étaient pas conformes à la règle, fixée par l'article 17 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF)³ selon laquelle les versements aux fonds de concours ont un caractère volontaire.**

¹ Décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.

² Ces deux articles fixent, l'un pour 2005 et l'autre pour 2006, le montant de la contribution obligatoire des caisses d'assurance maladie au fonds de concours destiné à l'achat, au stockage et à la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelle que soit son origine ou sa nature (terrorisme biologique ou chimique, pandémie grippale...).

³ En vertu du premier alinéa du II de cet article, les fonds de concours sont constitués « d'une part, par des fonds à caractère non fiscal versés par des personnes morales ou physiques pour concourir à des dépenses d'intérêt public et, d'autre part, par le produit de legs et donations attribués à l'Etat » ; aux termes du dernier alinéa du paragraphe II : « l'emploi des fonds doit

Le Conseil constitutionnel a, en effet, estimé que la participation de l'assurance maladie au fonds de concours précité n'entraîne pas dans le cadre des dispositions de l'article 17 de la LOLF et qu'un tel prélèvement, en raison de son caractère obligatoire, ne figurait pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours.

Toutefois, **considérant que l'intérêt général de valeur constitutionnelle qui s'attache à la protection sanitaire de la population justifie que la participation de l'assurance maladie au fonds de concours, nécessaire en 2005 et 2006 à la mise en oeuvre des actions de prévention en cause, se poursuive jusqu'à la fin de l'année 2006, le Conseil constitutionnel a jugé que la méconnaissance, par les articles 5 et 64 de la loi déferée, des dispositions de la LOLF ne conduisait pas, en l'état, à les déclarer contraires à la Constitution.**

Il a cependant validé ces articles **sous la réserve que le financement de ces actions soit mis en conformité, à compter de l'année 2007, avec les nouvelles prescriptions organiques qui régissent les procédures comptables particulières d'affectation de recettes.** Dès lors, il semble qu'à défaut d'une mise en conformité des modalités de financement du plan gouvernemental avec les dispositions de la LOLF, *« la censure serait inévitable lors de l'examen de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale »*¹.

Dès lors, se posait la question de savoir quelle serait la solution juridique retenue par le gouvernement pour se mettre en conformité avec les dispositions organiques évoquées par le Conseil constitutionnel.

Dans le présent projet de loi de financement, le gouvernement a opté pour la **création d'un établissement public dédié à ce financement.**

Toutefois, votre rapporteur pour avis rappellera ici que, dans son avis du 5 mai 2006 sur le programme « Veille et sécurité sanitaire », le **comité interministériel d'audit des programmes (CIAP)** avait préconisé la **budgetisation du fonds de concours** relatif à la participation de l'assurance maladie à l'achat, au stockage et à la livraison des traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes ou de menaces sanitaires graves. Il avait, en effet, estimé que **ce fonds constituait l'instrument financier majeur mobilisé par le responsable de programme pour la gestion des crises sanitaires en France alors même qu'au moment du vote des crédits du programme, le Parlement ne disposait que d'une valeur indicative du niveau de la dotation annuelle attendue.** Dès lors, le CIAP avait souligné que cette situation privait le programme budgétaire de son élément de **signification essentiel.**

être conforme à l'intention de la partie versante. A cette fin, un décret en Conseil d'Etat définit les règles d'utilisation des crédits ouverts par voie de fonds de concours ».

¹ *Commentaire des Cahiers du Conseil constitutionnel n° 20 (décisions d'octobre 2005 à mars 2006).*

(c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis estime que les dispositions de l'article 51 du présent projet de loi de financement ont le mérite de sécuriser le financement du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire.

Toutefois, ces dispositions ne règlent pas la question de la clarification du financement de ce plan entre l'assurance maladie et l'Etat. En effet, ainsi qu'il l'avait déjà souligné dans son rapport pour avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹, **si l'assurance maladie peut légitimement être mobilisée pour financer des mesures de prévention et de protection de la population face à un risque de pandémie grippale, elle ne saurait supporter seule cette fonction. Il est, en effet, indispensable que l'Etat participe également au financement de ses mesures au titre de ses fonctions régaliennes en matière de santé publique.**

Or, d'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, **les recettes du nouveau fonds de prévention des risques sanitaires pour 2007 seraient constituées uniquement d'une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, à hauteur de 175 millions d'euros, tandis que l'Etat ne verserait aucune subvention à ce fonds.**

En tout état de cause, votre rapporteur pour avis vous proposera **trois modifications à l'article 51** du présent projet de loi de financement :

- un amendement tendant à préciser que le fonds est un établissement public **administratif**, car le texte actuel ne le qualifie pas ;

- un amendement visant à modifier la **composition du conseil d'administration** de ce fonds en précisant qu'il est constitué à parité de représentants de l'Etat et de représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie ;

- un amendement visant à préciser que **le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale** et non par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

¹ Avis n° 71 (2005-2006).

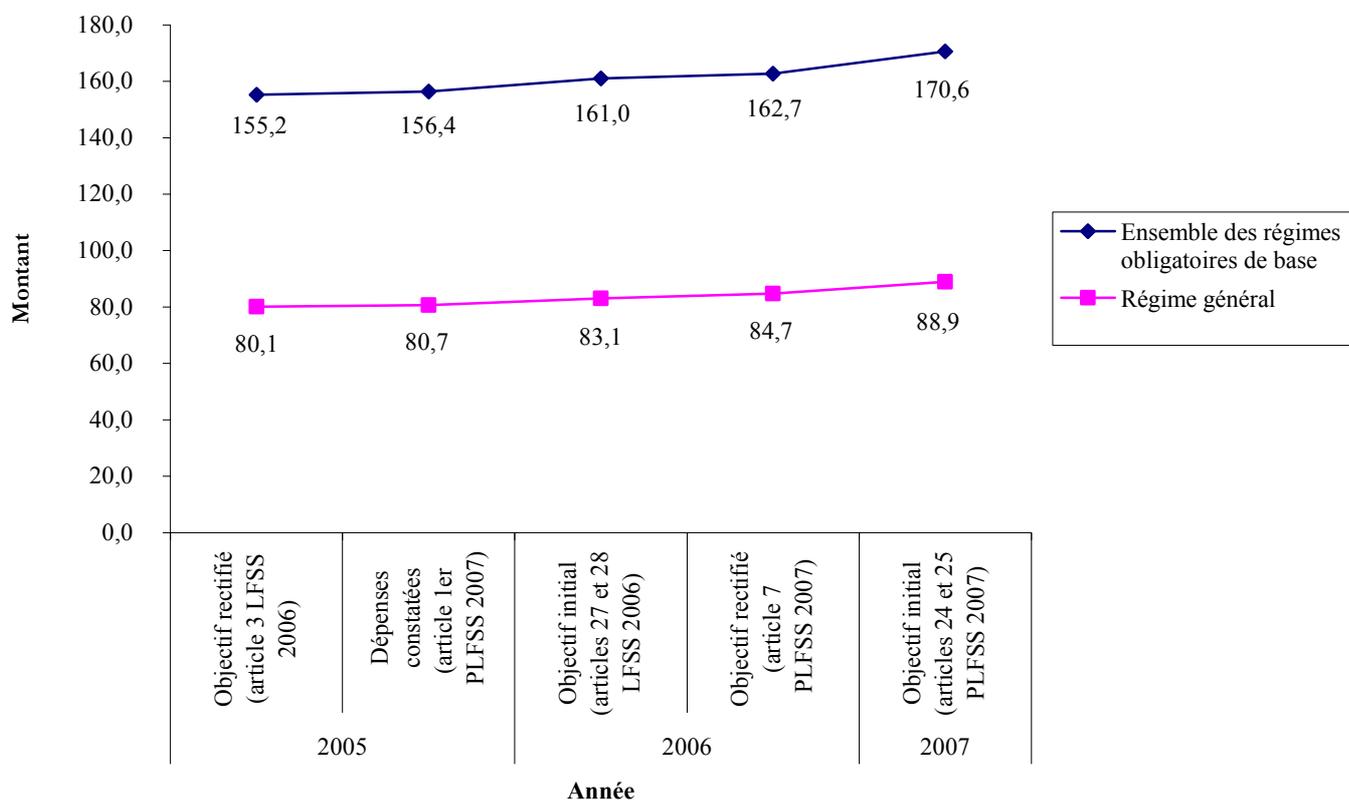
B. LA BRANCHE VIEILLESSE

1. L'objectif de dépenses de la branche pour 2007 : des prévisions optimistes

La situation générale de l'évolution des comptes ayant déjà été présentée précédemment, votre rapporteur pour avis se bornera ici à commenter l'objectif de dépenses de la branche. Le graphique qui suit retrace l'évolution de l'objectif de dépenses de la branche depuis 2005. Il montre que **les dépenses se sont toujours révélées supérieures aux prévisions initiales.**

Les dépenses de la branche vieillesse

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat

Les articles 24 et 25, ainsi que **l'article 59**, du présent projet de loi de financement fixent les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2007 à :

- **170,6 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, soit une **augmentation de près de 4,9 %** par rapport à l'objectif révisé pour 2006 ;

- **88,9 milliards d'euros** pour le seul régime général de la sécurité sociale, soit une **augmentation de près de 5 %** par rapport à l'objectif révisé pour 2006.

Dans son rapport de septembre 2006, la commission des comptes de la sécurité sociale indique que la progression des prestations versées par la CNAV, retracée dans le graphique ci-dessus, est très sensible aux hypothèses retenues, qui intègrent :

- une augmentation moins forte qu'en 2006 du coût de la mesure de retraite anticipée, qui ne contribuerait à la croissance des prestations qu'à hauteur de 0,3 point. Mme Danièle Karniewicz, présidente du conseil d'administration de la CNAV, a précisé devant nos collègues de la commission des affaires sociales que *« le nombre des nouveaux bénéficiaires de la mesure des carrières longues tend tout juste à se stabiliser, mais à un niveau très élevé : 102.000 en 2005, 105.000 en 2006 et probablement 95.000 en 2007 »*¹ ;

- une croissance des prestations amortie par les effets du « plan seniors ».

Le rapport précise que si les nouveaux retraités quittaient le travail un mois plus tôt ou plus tard que prévu, la masse des prestations versées augmenterait ou diminuerait de 350 millions d'euros.

Cette prévision paraît donc optimiste, ainsi que l'a relevé Mme Danièle Karniewicz devant nos collègues de la commission des affaires sociales : « les prévisions de déficit du régime général pour 2007 reposent sur l'idée d'une modification substantielle des comportements des assurés sociaux, en réponse à la mise en œuvre du plan national d'action en faveur des seniors : on suppose que 40.000 personnes choisiraient, dès l'année prochaine, de repousser la date de leur départ à la retraite, ce qui n'est pas avéré »².

¹ Réunion de la commission des affaires sociales du mardi 24 octobre 2006, Audition de Mme Danièle Karniewicz, présidente du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV), Bulletin des Commissions du Sénat n° 4 (session ordinaire 2006-2007), 28 octobre 2006.

² Ibidem.

2. Le Fonds de solidarité vieillesse : une situation qui s'améliore en flux mais qui reste très préoccupante en stock

a) Un déficit annuel en baisse

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) voit sa situation s'améliorer en flux, même si celle-ci reste nettement déficitaire, comme le montre le tableau suivant :

Evolution de la situation budgétaire du Fonds de solidarité vieillesse
(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007
Produits	13 362,9	12 663,5	13 479,9	13 885,0
Charges	14 001,9	14 668,2	14 696,1	14 549,0
Solde	-639,0	-2 004,7	-1 216,1	-664,0
Solde cumulé	-1 695,8	-3 700,5	-4 916,7	-5 580,7

Source: d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale
(septembre 2006)

Les articles 1^{er}, 3 et 26 du présent projet de loi de financement ont notamment pour objet d'approuver les tableaux d'équilibre (recettes, dépenses et solde) du FSV, respectivement pour les années 2005, 2006 et 2007. **Votre rapporteur pour avis regrette l'imprécision de ces tableaux d'équilibre**, les sommes étant présentées en milliards d'euros. Il relève au demeurant que **la règle d'arrondis n'est pas toujours appliquée de la même manière**, ce qui peut amener une **vision faussée des données**.

S'agissant de l'année 2007, le solde est arrondi à 0,6 milliard d'euros, dans le présenté à l'article 26 du présent projet de loi de financement : l'annexe 9 au présent projet de loi de financement intègre une amélioration des recettes de 73 millions d'euros par rapport aux données de la commission des comptes, ce qui ramènerait le déficit du FSV à 591 millions d'euros. En revanche, l'annexe B au présent projet de loi de financement, dans son scénario économique « bas », présente un déficit arrondi à 0,7 milliard d'euros, ce qui n'est pas cohérent avec les autres données du présent projet de loi de financement. En conséquence, votre rapporteur pour avis vous proposera de la rectifier.

Il convient de rappeler que la situation du FSV est dépendante de la situation économique, et en particulier de l'évolution du chômage : la commission des comptes de la sécurité sociale prévoit ainsi que les dépenses se stabiliseraient en raison de la baisse du chômage et du ralentissement de la progression du coût d'un chômeur en raison d'une revalorisation du SMIC horaire plus faible en 2006 qu'en 2005.

De plus, il faut souligner que la situation déficitaire du FSV rejaille sur la CNAVTS, qui doit supporter les charges de trésorerie qu'impliquent les retards de paiement de la part du FSV.

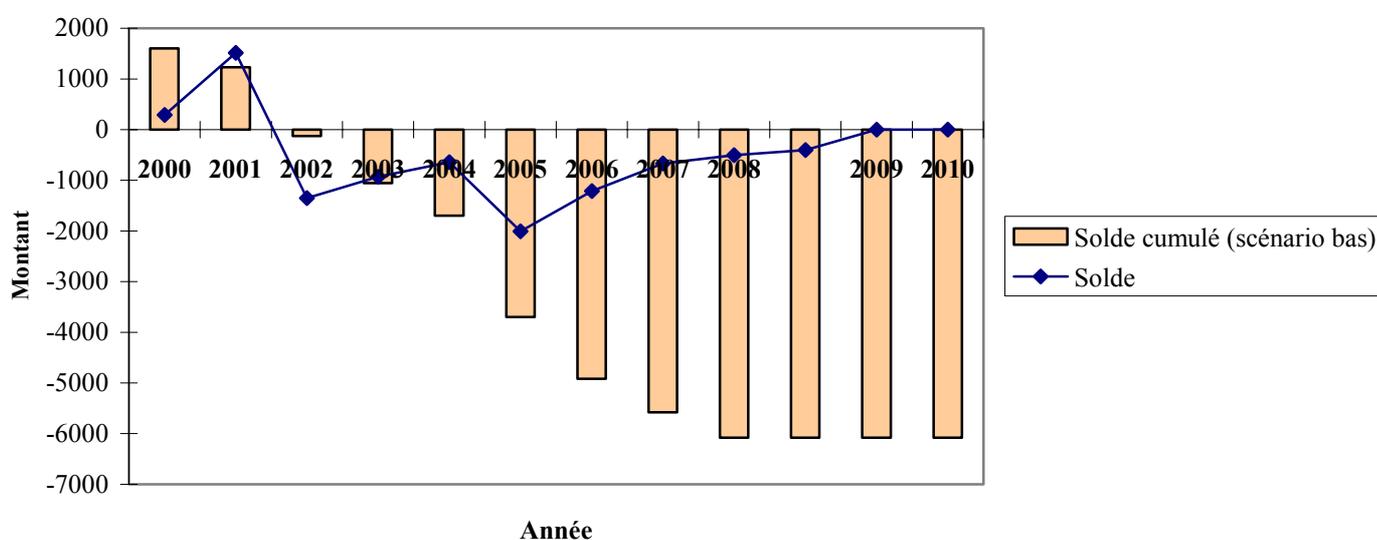
b) Un déficit cumulé qui continue de croître et place le FSV dans une situation préoccupante

Si la réduction du déficit annuel du FSV constitue une donnée satisfaisante, ceci ne parvient toutefois à éclaircir totalement l'horizon du fonds, comme le montre le graphique suivant, qui met en parallèle les évolutions du solde et du solde cumulé du FSV de 2000 à 2010.

Evolution du solde et du solde cumulé du FSV de 2000 à 2010

(en millions

d'euros)



Source : commission des finances du Sénat, d'après les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale pour la période 2000-2007, d'après l'annexe B au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale (scénario économique bas) pour les années 2008 à 2010.

Ainsi qu'il est précisé, ce graphique retient, pour les années 2008 à 2010, les prévisions présentées dans le cadre du scénario économique bas dans l'annexe B au présent projet de loi de financement. La différence avec le scénario économique haut, également présenté dans cette annexe, est minime et porte uniquement sur les années 2007 (600 millions d'euros de déficit au lieu de 700 millions d'euros) et 2008 (400 millions d'euros au lieu de 500 millions d'euros).

Dans les deux scénarios économiques retenus, le FSV serait à l'équilibre en 2010. **Votre rapporteur pour avis observe que cette identité de situation en dépit de deux situations économiques différentes est étrange, dans la mesure où le FSV est particulièrement sensible, tant en recettes qu'en dépenses, à la conjoncture économique.**

Cette présentation amène à s'interroger sur les hypothèses retenues pour élaborer ces projections pluriannuelles.

Votre rapporteur pour avis observe, par ailleurs, que, dans le scénario économique haut, présenté dans l'annexe B précitée, le FSV ne devrait pas être à l'équilibre, mais excédentaire : le tableau annexé au présent projet de loi de financement est donc inexact et votre rapporteur pour avis vous proposera de le rectifier. Il regrette toutefois la légèreté avec laquelle ces tableaux d'équilibre ont été conçus, compte tenu des erreurs y figurant s'agissant des données relatives au FSV.

3. Le Fonds de réserve pour les retraites

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été créé par la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il a d'abord été géré par le FSV au sein d'une section comptable spécifique, avant que la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social ne le transforme, à compter du 1^{er} janvier 2002, en **établissement public de l'Etat à caractère administratif**. Toutefois, dans l'attente de la constitution effective du fonds, et conformément à la loi, le FSV a continué, de manière transitoire et pour le compte du fonds, à gérer et à recueillir les recettes du FRR jusqu'au 30 juin 2002. Dans ce cadre, le FSV avait été autorisé à placer les recettes du FRR sur un compte de dépôt rémunéré au Trésor¹.

La **mission « principale »** du FRR consiste à **gérer les sommes qui lui sont affectées et mises en réserve jusqu'en 2020, pour permettre ensuite de lisser jusqu'en 2040 l'évolution des taux de cotisation aux régimes éligibles au fonds**, c'est-à-dire le régime général (CNAVTS), le régime des salariés agricoles, financièrement intégré au régime général, le régime des artisans (CANCAVA) et le régime des industriels et commerçants (ORGANIC), en application des articles L. 222-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale.

En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 lui a confié la mission de gérer, pour le compte de la CNAVTS, 40 % de la soulte (3,06 milliards d'euros) versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), en contrepartie de l'adossement du régime des IEG au régime général.

La direction du fonds est assurée par un directoire composé de trois membres, présidé par le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations, et un conseil de surveillance composé de 20 membres. La gestion administrative du fonds est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, sous l'autorité du directoire. La gestion financière est confiée par appel d'offres à des établissements financiers.

¹ Ce compte avait fait l'objet d'une rémunération sur la base du taux moyen des bons du Trésor à taux fixe et intérêts précomptés (BTF trois mois) moins 0,05 %, émis au cours de la période.

a) Des réserves qui devraient croître en 2007 jusqu'à 26,24 milliards d'euros

(1) 1,6 milliard d'euros de recettes en 2006 et 2007

L'article 6 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à **1,6 milliard d'euros** les prévisions rectifiées de recettes du FRR pour 2006 (au lieu des 1,4 milliard d'euros prévus par l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹). L'article 6 précité est moins précis que l'article 30 précité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, qui, comme le fait l'article 27, précisait les recettes par catégories. Cette remarque faite, la présentation en milliards d'euros retenue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale empêche de disposer d'une vision claire des sommes en jeu.

L'annexe 8 au présent projet de loi de financement est heureusement plus précise et permet de constater que les recettes du FRR devraient s'élever à 1.568 millions d'euros : **1.566 millions d'euros** résultant de la fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital et les produits de placement et **2 millions d'euros** au titre de la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieur à 2.300 euros au plan partenarial d'épargne salariale volontaire (PPESV) et des montants d'intéressement et de participation non réclamés par les salariés et reçus par la caisse des dépôts et consignations au terme du délai de prescription trentenaire.

Il convient de préciser que ces sommes ne correspondent pas à celles figurant dans le rapport présenté devant la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2006, qui prévoyait des recettes de 1.500 millions d'euros. Les services de la direction de la sécurité sociale ont indiqué à votre rapporteur pour avis qu'ils avaient révisé à la hausse les recettes liées au prélèvement social de 2 %.

L'article 27 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, retient le même montant de recettes qu'en 2006, soit 1,6 milliard d'euros. **L'annexe 8** précise que cette somme devrait s'élever à **1601,5 millions d'euros**, correspondant à : **1.581,5 millions d'euros** au titre du prélèvement social de 2 % et **20 millions d'euros** au titre d'une nouvelle recette affectée par l'article 15 du présent projet de loi de financement, à savoir les sommes inscrites sur des contrats de vie en déshérence.

¹ Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005.

(2) L'article 15 du présent projet de loi de financement prévoit d'affecter au FRR les sommes inscrites sur les contrats de vie en déshérence

(a) Le dispositif proposé

L'article 15 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale **modifie tout d'abord l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques**, qui dispose que sont acquis à l'Etat, à moins qu'il ne soit disposé de ces biens par des lois particulières :

- le montant des coupons, intérêts ou dividendes, atteints par la prescription quinquennale ou conventionnelle et afférents à des actions, parts de fondateur, obligations ou autres valeurs mobilières négociables, émises par toute société commerciale ou civile ou par toute collectivité privée ou publique ;

- les actions, parts de fondateur, obligations et autres valeurs mobilières des mêmes collectivités, lorsqu'elles sont atteintes par la prescription trentenaire ou conventionnelle ;

- les dépôts de sommes d'argent et, d'une manière générale, tous avoirs en espèces dans les banques, les établissements de crédit et tous autres établissements qui reçoivent des fonds en dépôt ou en compte courant, lorsque ces dépôts ou avoirs n'ont fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

- les dépôts de titres et, d'une manière générale, tous avoirs en titres dans les banques et autres établissements qui reçoivent des titres en dépôt ou pour tout autre cause lorsque ces dépôts ou avoirs n'ont fait l'objet, de la part des ayants droit, d'aucune opération ou réclamation depuis trente années.

Il ajoute un alinéa à l'article L. 1126-1 précité, en prévoyant que seront désormais acquis à l'Etat, à moins qu'il ne soit disposé de ces biens par des lois particulières, *« les sommes dues au titre de contrats d'assurance sur la vie comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation auprès de l'organisme d'assurance depuis trente années »*.

Le III de cet article complète la liste des ressources du FRR, fixée par l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, afin de préciser que ces sommes lui reviennent, et non au budget général de l'Etat. **Contrairement à ce qui était envisagé dans le texte initial du gouvernement¹, l'Assemblée nationale**, à l'initiative de nos collègues Pierre-Louis Fagniez et Yves Bur, respectivement rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, **a prévu que ces sommes seront gérées de la même manière que les autres avoirs du fonds.**

¹ Il prévoyait que ces sommes seraient placées directement en titres émis par l'Etat et que leur gestion serait confiée, sous l'autorité du directoire, à la Caisse des dépôts et consignations.

Cet article procède, en outre, à une **modification de coordination au sein de l'article L. 2222-21 du code général de la propriété des personnes publiques**, qui dispose que les agents désignés par l'autorité administrative compétente ont droit de prendre communication au siège des banques, établissements ou collectivités mentionnés dans l'article L. 1126-1 précité, ou dans leurs agences ou succursales, de tous registres, délibérations et documents quelconques pouvant servir au contrôle des sommes ou titres à remettre à l'Etat.

Il modifie également les articles L. 114-1 du code des assurances, L. 932-13 du code de la sécurité sociale et L. 221-11 du code de la mutualité, afin de prévoir que **pour les contrats d'assurance sur la vie, par dérogation** au principe qui veut que le délai de prescription des contrats ne court, en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là, **les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard par trente ans à compter du décès de l'assuré ou, dans le cas des contrats gérés par des mutuelles ou des institutions de prévoyance, du décès du membre participant.**

Le IV de cet article précise que les dispositions de cet article s'appliquent aux contrats d'assurance sur la vie en cours, comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation à la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

(b) Une évaluation aléatoire des recettes

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale évalue à 20 millions d'euros le montant, en 2007, des avoirs en déshérence pouvant revenir au FRR. Il convient toutefois de relever que **ce chiffrage est très approximatif**, ainsi que l'ont confirmé à votre rapporteur pour avis les services du ministère de la santé et des solidarités.

L'exposé des motifs du présent projet de loi indique que le montant des avoirs d'assurance vie en déshérence pourrait être compris entre un et deux milliards d'euros. Notre collègue Philippe Marini évoquait un **stock pouvant s'élever de 150.000 à 170.000 contrats d'assurance vie en situation de déshérence, pour un montant cumulé qui se chiffrerait alors en milliards d'euros**¹.

Votre rapporteur pour avis souhaite que **le gouvernement**, à l'occasion de l'examen du présent projet de loi de financement, **précise les données dont il dispose pour aboutir à ce chiffrage.**

¹ M. Philippe Marini, rapporteur général, rapport n° 368 (2004-2005) sur le projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance.

(3) Les réserves du fonds devraient atteindre 26,24 milliards d'euros fin 2007

L'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que **les réserves du FRR, hors soulte des industries électriques et gazières¹ et hors plus-values latentes, atteindront 23,49 milliards d'euros à la fin 2006 et 26,24 milliards d'euros fin 2007**, comme le retrace le tableau qui suit, qui présente les comptes du FRR :

Comptes définitifs 1999-2005 et prévisionnels 2006 et 2007 du FRR

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PRODUITS	306,4	2866,0	3862,0	5808,2	9645,7	2533,6	2877,0	2828,0	3301,5
Abondements	304,9	2832,9	3698,6	5571,2	3326,4	2158,0	1529,3	1568,0	1601,5
CSSS	304,9								
Excédents FSV (N-1)			286,6						
Excédent CNAVTS (N-1)		767,4	483,5	1518,2	1659,0	945,9	254,6	0,0	0,0
Prélèvement de 2% sur les revenus du capital		890,0	971,9	1115,5	1152,9	1211,6	1271,4	1566,0	1581,5
Assurance vie en deshérence									20,0
Caisses d'épargne		718,2	718,2	718,2	432,5				
Versement CDC		457,3							
UMTS			1238,5	619,2			0,1		
Recettes de privatisation (ouverture du capital ASF, crédit lyonnais...)				1600,0					
Contribution de 8,2% (PPESV) et consignations prescrites caisse des dépôts				0,1	0,2	0,5	3,2	2,0	
Réserves de la CPS de Mayotte					81,8				
Produits financiers	1,5	33,1	163,3	237,0	319,3	375,6	1347,7	1260,0	1700,0
Produits de trésorerie courante	1,5	33,1	163,3	237,0	319,3	306,7	175,2	120,0	
Produits de gestion financière						68,4	1172,5	1140,0	
Soulte IEG							3060,0		
Produits sur cessions de titres IEG									
Produits exceptionnels						0,5	0,8	0,2	
CHARGES	0,2	3,4	21,9	3,6	13,7	33,4	622,6	540,0	550,0
Frais de gestion administrative		0,0	0,0	0,0	13,7	17,7	60,4	66,0	
Fiscalité	0,2	3,4	15,7	0,0	0,0	0,0	0,0		
Charges de gestion financière			6,2	3,6		15,7	562,0	474,0	
Charges exceptionnelles							0,2		
Compte de résultat	1,4	29,7	141,4	233,4	305,6	342,2	725,1	720,0	1150,0
Solde annuel hors soulte et hors plus-values latentes	306,3	2862,7	3840,1	5804,6	3632,0	2500,2	2254,4	2288,0	2751,5
Solde cumulé hors soulte et hors plus-value latentes	306,3	3168,9	7009,0	12813,6	16445,5	18945,8	21200,1	23488,1	26239,6
Performance de placement						Depuis le 28 juin 2004	Sur l'année 2005	Sur le premier semestre 2006	
Performance de l'actif (y compris trésorerie)						15,70%	12,40%	1,90%	
Performance de mandats investis						29,30%	19,20%	1%	

Les performances (écarts d'estimation) sont calculées au 31 décembre 2004, au 31 décembre 2005 et au 30 juin 2006

Source : annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

¹ Depuis le 30 juin 2005, le FRR gère, pour le compte de la CNAVTS, 40 % de la soulte versée par les industries électriques et gazières en compensation de l'adossment du régime des IEG au régime général, soit 3,06 milliards d'euros. Les plus-values latentes sont estimées à 2 milliards d'euros fin 2006.

On relèvera que, **pour la première fois en 2007, les recettes issues de produits financiers devraient être supérieures aux recettes provenant des abondements annuels du fonds.**

Selon les estimations du Conseil d'orientation des retraites, à législation constante, **le montant des avoirs du FRR pourrait être compris entre 67 milliards d'euros et 127 milliards d'euros à l'horizon 2020**, soit moins que ce qui avait été envisagé lors de sa mise en place.

b) De nouvelles modalités de gestion

(1) Les modalités actuelles de gestion des avoirs du fonds

Les modalités de gestion des avoirs du fonds sont déterminées par l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale.

La Caisse des dépôts et consignations assure la gestion administrative du fonds, sous l'autorité du directoire, étant précisé que cette activité est indépendante de toute autre activité de la Caisse des dépôts et consignations et de ses filiales.

La gestion financière du fonds est confiée, par voie de mandats périodiquement renouvelés et dans le cadre des procédures prévues par le code des marchés publics, à des entreprises d'investissement qui exercent à titre principal la gestion de portefeuille pour le compte de tiers.

Toutefois, par dérogation à ce principe, dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds, leur gestion financière peut être assurée par ce dernier sans recourir aux entreprises d'investissement précitées.

Dans le cadre de la gestion financière déléguée, et à condition qu'il respecte les règles prudentielles définies à l'article R. 135-29 du code de la sécurité sociale, le FRR dispose d'une grande liberté de choix quant aux modalités d'investissement de ses ressources : celles-ci peuvent être placées en actions, titres de créances, parts ou actions d'organismes de placement collectifs et instruments financiers à terme. Les orientations de la politique de placement du FRR doivent toutefois prendre en compte des considérations sociales, environnementales et éthiques.

Lors de sa réunion du 2 avril 2003, le conseil de surveillance du fonds avait arrêté les grandes orientations de placement suivantes : les investissements du fonds seraient répartis entre les principales classes d'actifs à hauteur de 55 % en actions et 45 % en obligations, dont 38 % pour les actions et les obligations de la zone euro.

Au 30 juin 2006, la répartition des actifs du FRR était la suivante : 56,2 % d'actions, 23,5 % d'obligations et 20,3 % en trésorerie.

Lors de sa réunion du 16 mai 2006, le conseil de surveillance du FRR a arrêté une nouvelle allocation stratégique de placements afin d'accroître la diversification de son portefeuille. Sa stratégie

d'investissement intègre un allongement de l'horizon d'investissement du fonds, ainsi que le précise sa délibération du 16 mai 2006 : les travaux du Conseil d'orientation des retraites « *mettent en évidence des besoins de financement croissants, en particulier entre 2030 et 2040 ; (...) en conséquence, le scénario retenu en 2003 d'un décaissement linéaire du Fonds entre 2020 et 2030 mérite d'être étendu jusqu'en 2040 ; (...) ce faisant, l'horizon d'investissement du FRR s'en trouve allongé* ».

La délibération précitée indique que « *l'allongement supplémentaire de l'horizon d'investissement du Fonds renforce sa dimension d'investisseur de long terme et lui permet, en conséquence, sous les contraintes de risques ci-dessus définies, d'investir dans des actifs présentant, sur le long terme, une espérance de rendement plus élevée en contrepartie d'une volatilité plus importante à court terme* ».

La nouvelle allocation d'actifs accroît ainsi la part des actions par rapport à celle des obligations et accorde une place aux actifs de diversification, ainsi que le montre le tableau qui suit :

L'évolution de l'allocation stratégique des actifs du FRR

	Allocation stratégique définie le 2 avril 2003	Allocation stratégique définie le 16 mai 2006
Actions	55 %	60 %
<i>Dont actions de la zone euro</i>	<i>38 %</i>	<i>33 %</i>
<i>Dont actions internationales</i>	<i>17 %</i>	<i>27 %</i>
Obligations	45 %	30 %
<i>Dont obligations de la zone euro</i>	<i>38 %</i>	<i>21 %</i>
<i>Dont obligations internationales</i>	<i>7 %</i>	<i>9 %</i>
Actifs de diversification (capital-investissement, immobilier, matières premières et infrastructures)	0 %	10 %

Source: d'après les délibérations du conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites du 2 avril 2003 et du 16 mai 2006

(2) Les possibilités offertes par l'article 15 bis

L'article 15 bis du présent projet de loi, introduit par l'Assemblée nationale sur proposition de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, offre de nouvelles possibilités de gestion au FRR.

Il modifie l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale, afin de lui permettre de certaines facultés de placement dont disposent d'autres fonds de réserve européens ayant des missions identiques à celles du FRR.

Il apporte ainsi **quatre** modifications importantes :

1) il autorise le FRR à placer ses actifs auprès de prestataires de services d'investissement qui exercent la gestion de portefeuille pour le compte de tiers, et non plus d'entreprises d'investissement qui exercent à titre principal la gestion de portefeuille pour le compte de tiers, comme le

prévoit le texte actuel de l'article L. 135-10 précité : l'exposé des motifs précise que cette modification permettrait des placements auprès d'établissements de crédits performants, pouvant présenter des garanties en termes de qualité de leurs services de gestion de portefeuille égales ou même supérieures à celles présentées par des entreprises d'investissement exerçant à titre principal le service de gestion de portefeuille pour le compte de tiers ;

2) la condition d'exercice d'un service de gestion d'actifs pour le compte de tiers **à titre principal** est donc **supprimée**, en raison « *du contrôle presque impossible de cette condition lorsque le placement est fait hors zone euro* », selon les termes de l'exposé des motifs. Il précise que le FRR n'est pas en mesure de vérifier que des établissements d'origine étrangère, qui seraient autorisés à exercer leurs activités en France sur le fondement de la reconnaissance mutuelle prévue par les directives européennes, exercent ou non à titre principal le service de gestion de portefeuille pour le compte de tiers ;

3) il modifie le troisième alinéa de l'article L. 135-10 précité, qui dispose notamment que « *dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds, leur gestion financière peut être assurée par ce dernier sans recourir aux entreprises d'investissement visées audit alinéa* ».

Il permet au FRR de saisir des opportunités occasionnelles d'investissement et de désinvestissement sur la partie de ses actifs dans des fonds ouverts ou fermés, sans recourir à la procédure d'attribution de mandats de gestion périodiquement renouvelés.

Il prévoit ainsi que la gestion financière des actifs du fonds pourra être assurée par ce dernier, sans recourir aux prestataires précédemment mentionnés :

- soit dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds, ce qui correspond au **droit existant** ;

- soit, ce qui constitue une **nouveauté, quand le fonds décide d'investir dans des parts ou actions d'organismes de placement collectif et des parts, actions ou droits représentatifs d'un placement financier émis par ou dans des organismes de droit étranger ayant un objet équivalent, quelle que soit leur forme.**

Les conditions d'application de cette dérogation devraient être fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale.

L'exposé des motifs relève que la facilité offerte par cette disposition est acceptée par la Commission européenne et que tous les homologues européens du FRR en disposent » ;

4) enfin, il prévoit que les actifs financiers que le FRR est autorisé à détenir ou à utiliser sont les instruments financiers énumérés au I de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier et, ce qui est **nouveau, les droits représentatifs d'un placement financier. Il s'agit là de permettre au FRR de placer ses actifs dans des instruments innovants employés dans le domaine du capital-risque.**

4. Les autres mesures relatives à la branche vieillesse

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale comprend également plusieurs mesures plus ciblées relatives à la branche vieillesse.

a) L'assouplissement du dispositif de cumul emploi-retraite (article 54)

L'article 54 du présent projet de loi de financement propose d'assouplir le dispositif de cumul emploi-retraite, dans un sens plus favorable aux personnes percevant des bas salaires en fin de carrière et au développement du tutorat en entreprises.

Le I de cet article modifie tout d'abord le deuxième alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale. Celui-ci autorise la reprise d'une activité procurant des revenus qui, ajoutés aux pensions servies par les régimes obligatoires et les régimes complémentaires légalement obligatoires de retraite, sont inférieurs au dernier salaire d'activité perçu avant la liquidation de la ou desdites pensions, et sous réserve que cette reprise d'activité, lorsqu'elle a lieu chez le dernier employeur, intervienne au plus tôt six mois après la date d'entrée en jouissance de la pension.

Pour que les personnes percevant de bas salaires ne soient pas pénalisées, il est prévu de compléter ces dispositions afin d'autoriser le cumul emploi-retraite **sous réserve que la somme des revenus professionnels après liquidation et des revenus de pensions de base et complémentaires n'excède pas 160 % du SMIC.**

Le 2° du I de l'article 54 tend à promouvoir le développement du tutorat en entreprise. Il complète ainsi la liste fixée par l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale afin de soustraire des règles de cumul emploi-retraite les revenus perçus au titre des activités de tutorat d'un ou de plusieurs salariés par un ancien salarié de l'entreprise exerçant, après la liquidation de sa pension, cette activité, à titre exclusif, auprès du même employeur sous le régime d'un contrat de travail à durée déterminée pour une durée maximale et dans la limite d'un montant de cumul fixés par décret.

Le II de cet article insère également un nouvel article L. 992-9 au sein du code du travail, afin de prévoir que le contrat de travail conclu pour ces activités de tutorat par un salarié, après la liquidation de sa pension, auprès

du même employeur, est un contrat de travail à durée déterminée, en application de l'article L. 122-2 du code du travail.

b) La fin de la mise à la retraite d'office des salariés avant 65 ans (article 55)

A la suite de la réforme des retraites menée en 2003, l'âge auquel il est possible de mettre à la retraite d'office des salariés ayant le taux plein (40 années d'assurance) a été repoussé de 60 à 65 ans, sauf en cas de signature d'un accord dérogatoire au niveau de la branche entre les employeurs et certains syndicats.

Dans le cadre de la mise à la retraite d'office, une indemnité est versée au salarié et assimilée à une indemnité de rupture : à ce titre, elle n'est pas soumise à impôts ni à cotisations sociales (tant pour le salarié que l'employeur). Elle se substitue alors à l'indemnité de départ à la retraite (obligatoire) qui est versée dans le cadre d'un départ volontaire à la retraite et donc soumise à cotisations sociales. Certaines entreprises optimisent ainsi l'écart de régime social entre les deux indemnités.

Afin de développer l'emploi des seniors, **l'article 55** du présent projet de loi de financement propose de mettre fin à la possibilité pour les branches de conclure des accords abaissant en dessous de 65 ans l'âge à partir duquel les employeurs peuvent recourir à la mise à la retraite d'office de leurs salariés pouvant bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein¹.

Toutefois, afin de ménager une période de transition pour les branches concernées, il est prévu que les accords déjà conclus ne cesseront de produire leurs effets que le 31 décembre 2009.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure qui permet à la fois de créer un cadre plus favorable à l'emploi des seniors et de mettre fin à certaines stratégies d'optimisation fiscale et sociale.

c) La neutralisation des effets de l'allongement de la durée d'activité pour les baby-boomers (article 56)

Le 1° de **l'article 56** du présent projet de loi de financement tend à compléter le V de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Celui-ci prévoit que les droits à pension sont ouverts conformément aux règles en vigueur à la date à laquelle l'assuré demande l'ouverture de ses droits et atteint l'âge légal de départ en retraite, aujourd'hui fixé à 60 ans. La durée d'assurance requise pour obtenir une liquidation à taux plein de la

¹ Sont toutefois maintenues des exceptions en voie d'extinction, antérieures à la loi portant réforme des retraites : mécanismes d'indemnisation de la privation partielle d'emploi et de préretraite établis par voie conventionnelle (article L. 352-3 du code du travail), préretraites progressives (3° de l'article L. 322-4 du même code, aujourd'hui abrogé), et tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la publication de la loi portant réforme des retraites.

pension de retraite est donc appréciée par rapport au droit en vigueur à ces dates.

Toutefois, l'exposé des motifs de cet article relève que « *la perspective du prochain rendez-vous de la réforme prévu en 2008 pourrait conduire certains salariés qui ont déjà atteint l'âge de soixante ans à anticiper leurs départs par crainte de nouvelles modifications législatives* ».

Le 1^o de cet article a donc pour objet d'éviter des départs massifs à la retraite avant 2008, en affirmant que la personne qui atteint l'âge légal de la retraite pourra conserver le bénéfice des règles qui lui étaient applicables à la date à laquelle il remplit cette condition, pour la détermination de la durée d'assurance maximale et du nombre d'années de salaire ou de revenu servant de base au calcul de sa pension.

Le 2^o de cet article modifie ensuite la rédaction du II de l'article 22 de la loi du 21 août 2003 précitée, afin de préciser que les règles d'ouverture du droit à pension figurant au troisième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale ne s'appliquent non seulement qu'aux pensions prenant effet après le 31 décembre 2007, ce qui est déjà le cas, mais aussi uniquement aux assurés nés après 1947, c'est-à-dire ceux qui atteindront l'âge de 60 ans à partir de 2008.

Le troisième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale prévoit, en effet, que si l'assuré a accompli dans le régime général une durée d'assurance inférieure à la limite de durée d'assurance servant au calcul de la pension, la pension versée par le régime général est calculée sur la base de cette durée maximale puis est proratisée en fonction de la durée réelle d'assurance dans le régime. Or, le salaire annuel moyen sera calculé en 2007 sur la base des 24 meilleures années en termes de revenus d'activité, alors qu'il devrait être calculé à partir de 2008 sur la base des 25 meilleures années.

La modification proposée vise ainsi à éviter les départs anticipés en 2007 des assurés nés en 1947 : quel que soit leur moment de départ en retraite, leur salaire annuel moyen sera calculé sur les 24 meilleures années.

d) L'affiliation des moniteurs de ski à l'assurance vieillesse obligatoire des professions libérales (article 57)

L'article 57 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe les modalités d'affiliation des moniteurs de ski auprès des régimes de base et des régimes complémentaires d'assurance vieillesse des professions libérales (Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse, qui constitue l'une des sections de la précédente)

Au regard des règles de l'assurance vieillesse, les moniteurs de ski et le Syndicat national des moniteurs de ski français (SNMSF) sont dans l'illégalité depuis 1978. En effet, ce syndicat gère les 250 écoles du ski français qui réalise un chiffre d'affaires annuel de près de 250 millions d'euros

et regroupe environ 90 % des moniteurs. Les 10 % restant sont adhérents du Syndicat international des moniteurs de ski qui n'a pas mis en place de système spécifique de retraite : ses adhérents n'ont donc acquitté aucune cotisation de retraite et accumulé aucuns droits à la retraite : ils ne sont pas concernés par la reprise des droits organisée par le présent article mais sont soumis à l'obligation d'affiliation à la CNAVPL et à la CIPAV qui leur apportera des points de retraite à compter du 1^{er} janvier 2007.

En 1963, le SNMSF a mis en place pour ses adhérents un système d'assurance vieillesse reposant sur le principe de la répartition. A partir du 1^{er} janvier 1978, l'affiliation au régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales est devenue obligatoire pour les travailleurs exerçant à titre indépendant la profession d'enseignant et aurait dû être opérée auprès de la Caisse de retraite de l'enseignement, des arts appliqués, du sport et du tourisme (CREA). La CREA a depuis lors été intégrée dans la CIPAV. Selon les données de notre collègue député Denis Jacquat, seule une quarantaine de moniteurs de ski se sont affiliés à la CREA, tous les autres restant adhérents du système de retraite géré par le SNMSF.

L'article 57 **régularise la situation des moniteurs de ski affiliés au SNMSF**, en les affiliant au régime de la CNAVPL et de la CIPAV et en considérant qu'ils ont satisfait aux obligations résultant de leur affiliation à ce régime depuis le 1^{er} janvier 1978, date à laquelle l'affiliation était devenue obligatoire pour les enseignants exerçant à titre libéral. Cette mesure n'est pas neutre pour la CNAVPL et pourrait lui coûter 115 millions d'euros. Le transfert vers cette caisse des réserves du SNMSF est toutefois également prévu par cet article.

e) La participation des employeurs à la constitution des droits à la retraite des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires (article 58)

L'article 58 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que les établissements publics de santé et les autres établissements de santé ou organismes publics ou privés associés par convention participent à la constitution de droits à retraite au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires des centres hospitaliers et universitaires, sous deux conditions :

- que ces personnels ne soient pas assujettis à cotisations dans le régime de retraite complémentaire dont bénéficient les agents non titulaires de la fonction publique ;

- qu'ils acquittent au titre de ces opérations un montant minimal de cotisations.

Cette participation s'effectuerait dans le cadre d'opérations régies par l'article L. 441-1 du code des assurances (opération d'assurance fournie par une entreprise d'assurance sur la vie), par l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale (opération d'assurance fournie par une entreprise d'assurance

sur la vie) ou par l'article L. 222-1 du code de la mutualité (opération d'assurance fournie par une mutuelle).

Elle serait assise sur les émoluments hospitaliers versés ou pris en charge par ces établissements ou organismes, dans des limites fixées par décret en fonction, notamment, des cotisations personnelles des bénéficiaires.

Elle serait à la charge des établissements ou organismes versant les émoluments sur lesquels elle est assise.

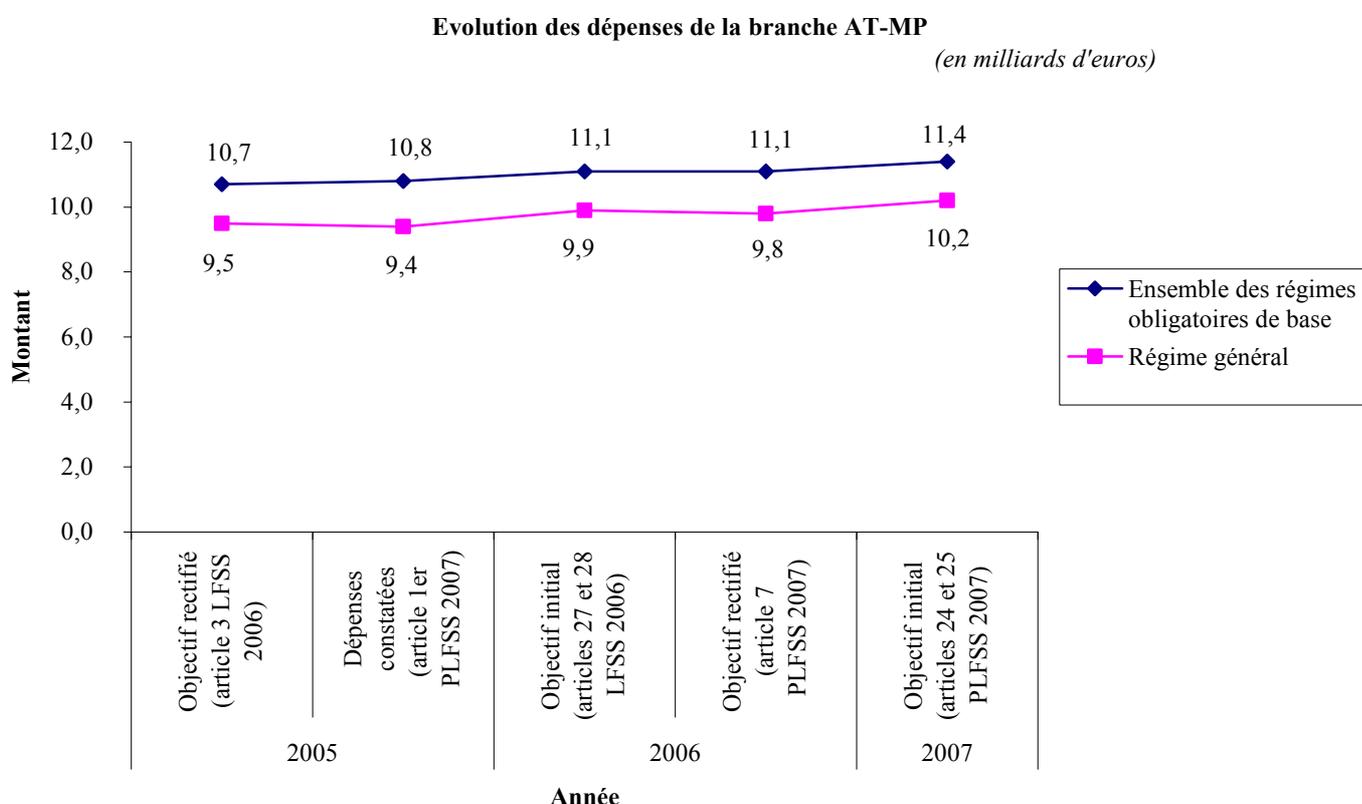
Sur la base d'une participation de l'employeur plafonnée à 5 % des émoluments versés au praticien et dans la limite de 2.000 euros bruts par an, le coût de cette mesure est évalué à 13,4 millions d'euros en 2007, et à 17,6 millions d'euros à terme, compte tenu de l'intégration de nouvelles spécialités dans les corps des personnels enseignants et hospitaliers des CHU.

C. LA BRANCHE ACCIDENT DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

1. L'objectif de dépenses de la branche pour 2007

a) L'objectif de dépenses pour 2006

Le graphique qui suit retrace l'évolution des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). On observe que, s'agissant du régime général, les dépenses constatées se révèlent moins fortes que les dépenses initialement envisagées.



Source : commission des finances du Sénat

L'article 62 du présent projet de loi de financement fixe à :

- **11,4 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour **l'ensemble des régimes obligatoires de base en 2007**, soit une augmentation de **2,7 %** par rapport à l'objectif rectifié pour 2006 ;

- **10,2 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de cette branche pour **le seul régime général**, soit une augmentation de **4,1 %** par rapport à l'objectif rectifié pour 2006.

S'agissant des charges (en progression de 300 millions d'euros par rapport à 2006, soit + 3 %), le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006 relève que les prestations légales (pour incapacité temporaire et pour incapacité permanente, y compris les dotations aux provisions) augmenteraient d'environ 205 millions d'euros (+ 2,9 %).

b) La compensation versée à la branche maladie : un montant réévalué

L'article 61 du présent projet de loi propose de fixer le versement à la branche maladie à **410 millions d'euros en 2007**, soit une réévaluation de plus de 24 % par rapport au montant versé en 2003, 2004, 2005 et 2006.

Ce versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général a pour but de **compenser les conséquences financières de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles**, phénomène qui a été exposé par de nombreux rapports.

Une commission spécialisée est chargée d'évaluer, tous les trois ans, le coût de cette sous-déclaration. Le rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, remis au Parlement et au gouvernement en juin 2005, aboutit à « *la conclusion que la dépense en cause atteint probablement, a minima, une fourchette située entre 355 et 750 millions d'euros (hors IJ en ce qui concerne les maladies)* ».

Votre rapporteur pour avis se félicite de la réévaluation proposée par l'article 61. Il avait, en effet, critiqué l'an passé le maintien de la dotation versée par la branche AT-MP au niveau des années antérieures, alors qu'une nouvelle évaluation avait été réalisée. Il observe d'ailleurs que le montant de la dotation fixé pour 2007 est supérieur au montant minimal des sous-déclarations évalué par le rapport de juin 2005, alors qu'il était traditionnellement fixé à ce niveau.

2. Le drame de l'amiante : un enjeu budgétaire majeur

Le coût du drame de l'amiante monte progressivement en puissance, maintenant que les principaux éléments du cadre législatif sont fixés.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général est le principal contributeur des deux fonds créés pour assurer l'indemnisation des victimes de l'amiante : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les contributions de la branche AT-MP à ces fonds pèsent de plus en plus sur les comptes de la branche. La CNAM AT-MP contribuerait ainsi pour près de 5,4 milliards d'euros au financement des fonds sur la période 2002-2007.

Le tableau suivant retrace les dotations versées par la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante, qui **augmentent de 100 millions d'euros en 2007 par rapport aux dotations versées en 2006.**

Les dotations de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

Contributions de la CNAM AT-MP	2002	2003	2004	2005	2006	2007
au FCAATA	300	450	500	600	700	800
au FIVA	180	190	100	200	315	315
Total annuel	480	640	600	800	1 015	1 115
Total cumulé	1 227	1 867	2 467	3 267	4 282	5 397

Source : d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale

a) *Les projections relatives au coût des indemnisations des victimes de l'amiante*

L'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 avait prévu la remise au Parlement d'un rapport présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

La troisième partie de ce rapport présente les perspectives financières pour les vingt prochaines années, tant pour l'indemnisation des victimes que pour la cessation anticipée d'activité, même s'il est précisé que, compte tenu de l'insuffisance des informations disponibles, s'agissant des éléments financiers comme des données épidémiologiques, ces estimations « *doivent être regardées comme des tendances que la littérature actuelle permet de tracer mais qui seront révisées dans les années futures* ».

Dans ce cadre, le rapport estime que le coût annuel moyen de la prise en charge des **pathologies malignes** liées à l'amiante (victimes de mésothéliomes et cancers broncho pulmonaires ainsi que leurs ayants droit) pourrait être compris **entre 493 millions et 928 millions d'euros par an** et, sur 20 ans, entre 9,9 et 18,5 milliards d'euros. Le coût annuel en fin de période devrait être nettement supérieur au coût constaté en début de période (rapport de 1 à 4 au moins).

L'indemnisation des **pathologies bénignes** liées à l'amiante serait quant à elle comprise au total **entre 91 et 177 millions d'euros par an** en moyenne et entre 1,8 et 3,6 milliards d'euros sur les 20 prochaines années, la quasi-totalité de l'indemnisation de ces pathologies étant prise en charge par le FIVA.

Le coût annuel de l'indemnisation de l'ensemble des pathologies liées à l'amiante (hors dispositif de cessation anticipée d'activité) serait donc compris entre 584 millions et 1,1 milliard d'euros par an en moyenne et le coût total sur 20 ans compris entre 11,7 et 22 milliards d'euros. L'essentiel de l'écart entre les hypothèses basse et haute s'explique par les écarts dans les prévisions épidémiologiques qui sont particulièrement importantes pour les cancers broncho-pulmonaires.

Le coût de la cessation anticipée d'activité, financé par le FCAATA, serait également important. Selon les hypothèses retenues pour évaluer ce coût, le nombre de bénéficiaires au titre des listes continuerait à augmenter jusqu'en 2006, pour atteindre un pic de près de 32.000 allocataires. Il diminuerait ensuite progressivement, cette baisse s'accéléralant par la suite pour atteindre environ 6.400 bénéficiaires à l'horizon 2022. Pour les salariés entrant dans le dispositif au titre de la maladie professionnelle, la montée en charge du dispositif serait régulière jusqu'en 2016, avec un plafond de 14.395 bénéficiaires, stable jusqu'en 2022.

Sur cette base, **la fourchette de coût de la prise en charge des victimes de l'amiante (indemnisation et cessation anticipée d'activité) serait comprise entre 1,3 et 1,9 milliard d'euros par an et entre 26,8 et 37,2 milliards d'euros pour les vingt prochaines années.** Cet écart important est directement lié à l'état des évaluations épidémiologiques disponibles.

Le tableau suivant retrace ces projections, en indiquant la charge incombant aux différents organismes intervenant dans le champ de prise en charge particulière des victimes de l'amiante :

**Répartition du coût de l'indemnisation de l'amiante
entre les différents organismes**

(en millions d'euros)

	coût annuel		coût sur 20 ans	
	hypothèse basse	hypothèse haute	hypothèse basse	hypothèse haute
Sécurité sociale	264	501	5 823	10 019
FIVA	323	610	6 476	12 206
FCAATA	751	751	15 013	15 013
Total	1 338	1 862	26 772	37 238

Source: rapport du gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2004)

C'est dans ce contexte qu'il convient d'examiner la situation du FCAATA et du FIVA.

b) La situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé une allocation de cessation anticipée d'activité, c'est-à-dire une préretraite, destinée aux travailleurs de l'amiante âgés de plus de 50 ans, et a également institué le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) qui finance cette allocation.

Le dispositif était initialement ouvert aux personnes atteintes d'une maladie professionnelle liée à l'amiante et aux personnes ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a élargi le dispositif aux personnes ayant travaillé dans un établissement de flochage et de calorifugeage à l'amiante, de même qu'il a été étendu aux personnes qui avaient exercé un métier dans un établissement de construction ou de réparation navale ou avaient été « ouvriers dockers professionnels ».

Un arrêté du 3 décembre 2001 a étendu le dispositif aux personnes atteintes de plaques pleurales. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a également étendu le dispositif aux salariés agricoles reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Depuis le 1^{er} janvier 2003, quatre arrêtés complétant et modifiant les listes d'établissements ouvrant droit au bénéfice de l'allocation ont été pris. Le dispositif couvrant les secteurs d'activité où l'amiante a été le plus largement utilisé, il n'est pas envisagé de nouvelle extension de son périmètre.

Si la montée en charge du dispositif se poursuit, le nombre de sorties du dispositif est de plus en plus important, ce qui explique un **léger fléchissement de l'augmentation du nombre des allocations versées**, ainsi que le montre le tableau suivant :

Nombre d'entrées et de sorties et nombre d'allocations versées par le FCAATA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Entrées	3 894	9 697	18 032	25 717	33 361	40 397
Sorties	109	545	1 351	3 201	5 962	9 029
Nombre d'allocations versées	3 785	9 152	16 681	22 516	27 409	31 368

Source: réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

Le tableau qui suit retrace l'évolution de la situation budgétaire du FCAATA.

Evolution de la situation budgétaire du FCAATA

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 (prév.)
CHARGES	9	54	166	325	516	650	787	901
Charges gérées par la branche AT/MP	8	50	151	285	442	564	678	784
ATA brute	7	39	123	231	358	455	549	632
Cotisations assurance vieillesse	1	9	26	49	77	100	118	139
Charges de gestion des CRAM	0,1	0,5	2	5	7	9	11	13
Charges gérées par la CDC	1	13	81	40	74	86	109	117
Cotisations de retraite complémentaire	1	13	81	40	74	86	103	117
Charges de gestion CDC	0	0	0	0,1	0,1	0	6	0
PRODUITS	9	134	238	335	483	528	697	787
Contribution de la branche AT/MP	0	103	206	300	450	500	600	700
État – droits tabacs	9	31	32	34	32	28	29	30
Produits financiers CDC	0	0	1	1	0	0	0	0
Nouvelle contribution employeurs							68	58
Résultat net	0	80	72	10	-33	-122	-90	-114
Réserve cumulée		80	152	161	128	6	-84	-198

Source: réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

c) La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de procéder à la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou par les personnes ayant été directement exposées à l'amiante.

Depuis sa création effective, en juillet 2002, et jusqu'au 31 mai 2006, le fonds a reçu 31.262 dossiers, dont 8.469 en 2005 et 3.750 au cours des cinq premiers mois de l'année 2006.

Sur la période, 24.132 offres d'indemnisation ont été faites par le FIVA et le montant des indemnisations versées s'élève à **1.031,5 millions d'euros**.

La commission des comptes de la sécurité sociale évalue à 495 millions d'euros les dépenses d'indemnisation pour l'année 2006, tandis que le FIVA estime que les dépenses d'indemnisation atteindront 536 millions d'euros en 2007.

Le tableau suivant retrace l'évolution du FIVA depuis sa création :

Evolution de la situation du FIVA

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Contribution de la branche AT-MP	438,3	180,0	190,0	100,0	200,0	315,0	315,0	1 738,3
Contribution de l'Etat		38,0	40,0	52,0	0,0	50,0	50,0	230,0
Dotations	438,3	218,0	230,0	152,0	200,0	365,0	365,0	1 968,3
Dotations cumulées	438,3	656,3	886,3	1 038,3	1 238,3	1 603,3	1 968,3	
Dépenses	0,0	14,1	176,7	462,0	431,0	494,9	536,0	2 114,7

Source: d'après les réponses au questionnaire de votre rapporteur pour avis

On observe que, **pour la première fois, si les prévisions de dépenses du FIVA se réalisent, ce fonds se trouvera en situation de déficit cumulé.**

d) Les conclusions de la mission commune d'information du Sénat sur l'amiante

La mission commune d'information sur l'amiante constituée par le Sénat a rendu, l'année dernière, ses conclusions¹ dont votre rapporteur pour avis tient à souligner la qualité et la pertinence. Elle relève que l'amiante a été à l'origine de plus de 35.000 décès, depuis le milieu des années 60 jusqu'à son interdiction en 1997. Compte tenu des très longs délais de latence des pathologies malignes, et notamment du cancer de la plèvre (mésothéliome), **60.000 à 100.000 décès sont attendus dans les 20 à 25 ans à venir.**

La mission note que la France n'est pas le seul pays touché par cette catastrophe sanitaire, mais souligne que les carences du système de santé au travail et de prévention des risques professionnels, l'absence à l'époque de tout système de veille et d'alerte ainsi que l'existence d'un lobby industriel de l'amiante ont contribué à une prise de conscience tardive de ce drame.

Elle observe que la responsabilité civile des employeurs pour faute inexcusable est désormais systématiquement reconnue par les tribunaux et que la responsabilité de l'Etat a été affirmée en 2004 par le Conseil d'Etat pour défaut de réglementation spécifique avant 1977, et pour le caractère tardif et insuffisant de la réglementation après cette date.

Quant à la responsabilité pénale des employeurs, de nombreuses procédures sont actuellement pendantes devant les tribunaux et pourraient aboutir à des condamnations, sous réserve d'un feu vert de la Cour de cassation.

La mission d'information relève le problème de financement posé par l'indemnisation des victimes de l'amiante et a constaté que le risque ne relevait pas seulement du passé, du fait de l'amiante résiduel et environnemental auquel sont plus particulièrement exposées certaines

¹ « Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir », rapport d'information n° 37 (2005-2006) de nos collègues Gérard Dériot et Jean-Pierre Godefroy.

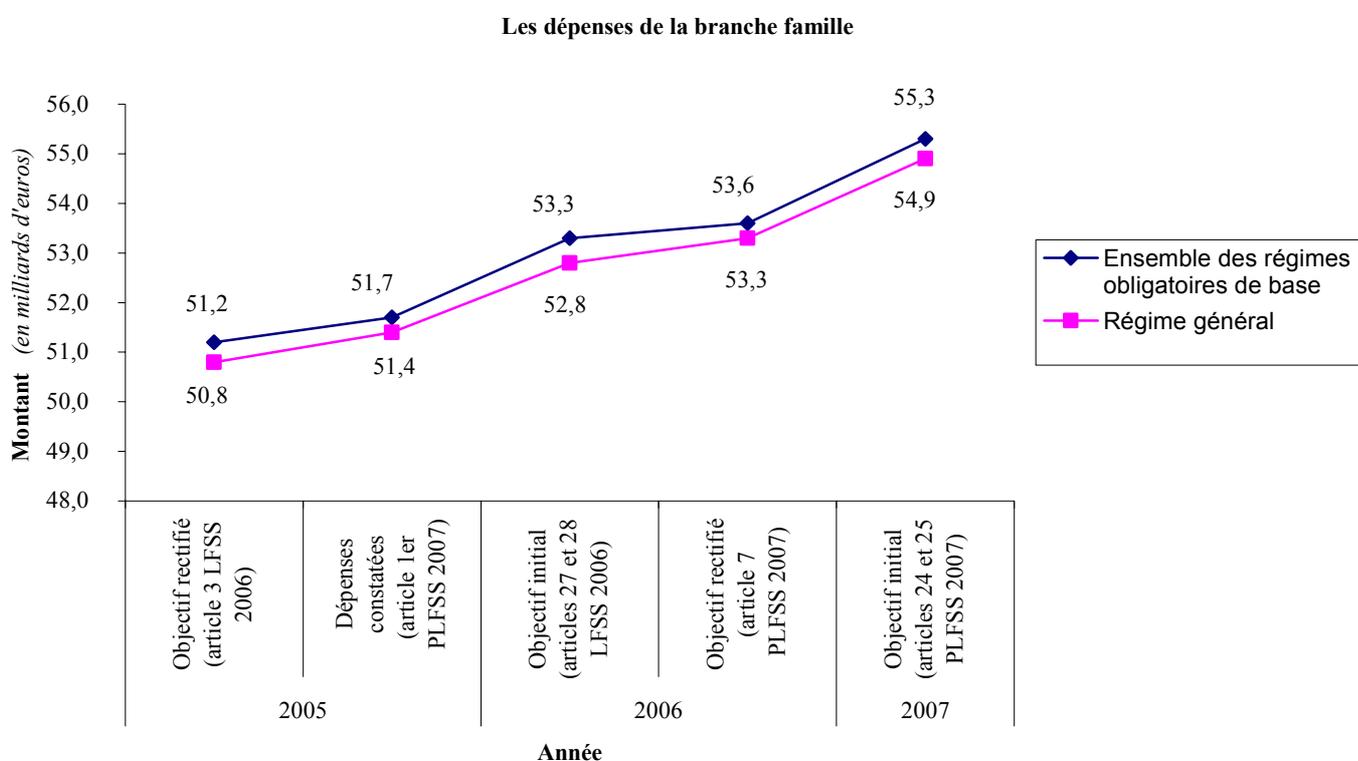
populations (professions de « second œuvre » dans le bâtiment, personnels de maintenance et d'entretien, ouvriers des chantiers de désamiantage...). Elle a ainsi estimé nécessaire de prévenir de nouvelles contaminations en renforçant les dispositifs de précaution, de s'assurer de l'innocuité des produits de substitution, comme les fibres céramiques réfractaires, et de réglementer la mise sur le marché des produits chimiques.

Au total, la mission a constaté que la gestion du problème de l'amiante en France a été défailante, et que cette défailance met en cause la responsabilité de l'Etat, justifiant par là la mise en place de dispositifs de réparation, dont les défauts et dérives doivent être corrigés. Elle considère cependant que l'affirmation de la responsabilité de l'Etat, si elle est naturellement essentielle pour faire la lumière sur ce drame qui s'est déroulé sur plusieurs décennies, ne saurait être suffisante et constituer l'explication générale d'une responsabilité collective, tellement large qu'elle éluderait la question de l'enchaînement des responsabilités des différents acteurs.

D. LA BRANCHE FAMILLE

1. L'objectif de dépenses de la branche pour 2007

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de l'objectif de dépenses de la branche famille entre 2005 et 2007, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'une part, pour le seul régime général d'autre part. Il montre que les réalisations de dépenses se sont révélées supérieures aux objectifs fixés ainsi que la croissance continue des dépenses de la branche famille sur cette période.



Source : commission des finances du Sénat

S'agissant de l'objectif de dépenses fixé par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale :

- **l'article 24** fixe l'objectif de la branche famille pour 2007 à **55,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base**, soit une progression de + 7 % par rapport aux dépenses constatées en 2005 et de + 3 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2006 ;

- **l'article 25** fixe l'objectif de la branche famille pour 2007 à **54,9 milliards d'euros pour le seul régime général**, soit une progression de + 7 % par rapport aux dépenses constatées en 2005 et de + 3 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2006.

Ces objectifs sont repris par **l'article 68** du présent projet de loi de financement.

Ainsi que le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2006, la détérioration du solde financier de la branche famille est du majoritairement à la **croissance rapide des charges** de cette branche, dans un contexte de progression très modérée de ses produits. Cette croissance des charges résulte notamment de la **forte augmentation des prestations sociales (+ 4,5 % par an), liée à la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), mais aussi des dépenses d'action sociale et des aides au logement.**

La commission des comptes de la sécurité sociale note toutefois que **la croissance des charges de la branche famille s'infléchirait en 2006 tout en restant très forte (+ 4,3 %), puis, plus nettement, en 2007 (+ 3,2 %) en raison du ralentissement de la montée en charge de la PAJE.**

Coûts cumulés des mesures nouvelles prises depuis 2004

(en millions d'euros)

Dispositifs	2004	2005	2006	2007
Allocations familiales	98	111	113	114
PAJE	301	889	1.393	1.664
Doublement de la prime à l'adoption		1	1	1
ALF	- 20	- 40	- 42	- 43
AAH		17	117	97
AJPP			21	35
Allocation d'éducation spéciale			12	12
Total des mesures sur prestations légales	379	978	1.614	1.880
Dotation FNH- FNAL	- 20	220	224	223
Plans crèches	92	98	105	87

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2006)

Il faut rappeler que la croissance des charges de la branche famille relève avant tout de celle des aides à la petite enfance et notamment de celle de la PAJE qui a connu une montée en puissance exponentielle depuis son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004.

Ainsi, **les aides à la petite enfance¹ représenteraient, d'après les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, une charge de 10,2 milliards d'euros en 2006 (dont 8,6 milliards d'euros au seul titre de la PAJE) et de 10,7 milliards d'euros en 2007 (dont 10,1 milliards d'euros au titre de la PAJE).**

¹ Outre la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant), les aides à la petite enfance comprennent l'APJE (allocation pour jeune enfant, comptabilisée parmi les prestations d'entretien), l'APE (allocation parentale d'éducation), l'AFEAMA (aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée) et l'AGED (allocation de garde d'enfant à domicile).

Ces dépenses représentent une augmentation de 7,7 % en 2006 et de 4,9 % en 2007. Le ralentissement attendu en 2007 s'explique par la fin de la montée en puissance de la PAJE concernant les enfants de moins de trois ans, l'APJE et l'APE n'étant plus servies à compter du 1^{er} janvier 2007 et l'AFEAMA et l'AGED ne pouvant plus bénéficier, à taux réduits, qu'aux parents d'enfants de plus de trois ans.

Evolution des prestations à destination de la petite enfance (PAJE et anciens dispositifs)

(en millions d'euros)

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
PAJE et autres prestations petite enfance	8.648	9.494	9,8	10.229	7,7	10.735	4,9
Prime de naissance + allocation de base + APJE + adoption	3.126	3.716	18,9	4.392	18,2	4.753	8,2
Complément d'aide à la garde + AFEAMA + AGED	2.519	3.039	20,6	3.383	11,3	3.599	6,4
Complément d'activité + APE	3.002	2.739	- 8,8	2.454	- 10,4	2.383	- 2,9

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2006)

2. Les mesures relatives aux prestations familiales contenues dans le présent projet de loi de financement

L'annexe 9 du présent projet de loi de financement estime que les mesures nouvelles impactant la branche famille pour 2007 entraîneront, au total, des économies évaluées à 60 millions d'euros en 2007 pour la branche du régime général.

Mesures nouvelles¹ impactant l'équilibre de la branche famille du régime général en 2007

(en millions d'euros)

Subsidiarité de l'API sur l'ASF	- 115
Date d'ouverture du droit à l'allocation de base de la PAJE	100
Prêt avenir jeunes	- 15
Fonds de financement de la protection de l'enfance	- 30
Lutte contre la fraude et meilleur recouvrement des indus	120
Total	60

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Ainsi, la branche famille du régime générale sera exposée à **trois types de dépenses nouvelles** en 2007 :

- la mesure prévue à l'article 56 du projet de loi de finances pour 2007 consistant à rendre subsidiaire l'allocation de parent isolé (API) sur les autres prestations sociales, et notamment l'allocation de soutien familial

¹ Les mesures d'économie, ayant un impact positif sur le solde de la branche, sont positives tandis que les mesures entraînant des dépenses nouvelles au titre de la branche sont négatives.

(ASF). Elle représente une dépense supplémentaire pour la CNAF de **115 millions d'euros en 2007** et de **140 millions d'euros en année pleine** ;

- le financement par la CNAF, à hauteur de **15 millions d'euros**, des intérêts et de la garantie des **prêts « avenir jeunes »** qui pourront être octroyés par le fonds de cohésion sociale à des jeunes de moins de 25 ans pour les aides dans leur insertion professionnelle (article 67 du présent projet de loi de financement) ;

- la contribution de la CNAF au **financement du fonds de la protection de l'enfance**, à hauteur de **30 millions d'euros** en 2007. Ce fonds sera créé par la loi réformant la protection de l'enfance adoptée par le Sénat en première lecture le 21 juin 2006. Il financera les dépenses nouvelles introduites par cette loi qui prévoit un renforcement de la prévention de la maltraitance, l'amélioration du signalement de l'enfance en danger et la diversification des modes de prise en charge des mineurs.

A l'inverse, les **mesures d'économies** pour la branche famille contenues dans le présent projet de loi de financement pour 2007 sont les suivantes :

- **l'article 64** du présent projet de loi de financement prévoit de fixer la date d'ouverture du droit à l'allocation de base de la PAJE au premier jour du mois civil suivant la naissance ou de l'arrivée de l'enfant afin d'aligner les règles d'ouverture sur celles du droit commun des prestations familiales. Cette mesure doit entraîner une économie de **100 millions d'euros** pour la branche famille ;

- l'amélioration du taux de recouvrement des indus et de la lutte contre les fraudes en matière de prestations familiales doit engendrer des recettes supplémentaires de **120 millions d'euros** pour la branche famille.

a) L'attribution du complément de libre de choix du mode de garde de la PAJE aux familles ayant recours à des établissements d'accueil expérimentaux (article 63)

L'article 63 du présent projet de loi de financement vise à compléter l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale afin de préciser que le complément de libre choix du mode de garde (CMG), qui est une des composantes de la PAJE, peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil expérimental, dont la capacité d'accueil ne dépasse pas un seuil fixé par décret.

En effet, dans le droit existant, le CMG est versé aux familles qui recourent à un mode de garde individuel – assistant maternel agréé ou garde à domicile – pour un enfant âgé de moins de six ans. Compte tenu des difficultés de certaines familles dans la recherche d'un mode de garde sur le territoire, le gouvernement souhaite encourager la création et le développement de modes d'accueil alternatifs et innovants par le biais de la création de structures

expérimentales dérogeant à la réglementation de droit commun, se situant à mi-chemin entre l'accueil individuel et l'accueil collectif.

Votre rapporteur pour avis note toutefois que, lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, le gouvernement n'a pas fourni de précision quant à la nature exacte des établissements expérimentaux visés par cette mesure ni quant à l'impact financier de cette mesure.

b) Le report de la date de versement de l'allocation de base de la PAJE (article 64)

L'article 64 du présent projet de loi de financement vise à modifier les dispositions de l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que l'allocation de base de la PAJE est attribuée à ses bénéficiaire à compter de la date de la naissance du ou des enfants, et non plus à compter du premier jour du mois de la naissance du ou des enfants.

Dans sa version initiale proposée par le gouvernement, cet article prévoyait un alignement de la règle actuelle d'ouverture du droit de l'allocation de base de la PAJE sur celle du droit commun des prestations familiales et proposait donc de fixer la date d'ouverture du droit de l'allocation de base au premier jour du mois civil suivant la naissance ou l'arrivée du ou des enfants. Toutefois, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, avec l'avis favorable du gouvernement, visant à préciser que le versement de l'allocation de base aura lieu à compter du jour de la naissance du ou des enfants.

Lors de l'examen de cet amendement, M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a ainsi indiqué que *« toutes les allocations familiales sont dues (...) au premier jour suivant la naissance de l'enfant. Par exception, l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant était due le premier jour du mois de la naissance et non pas le premier jour du mois suivant. Nous voulions, c'est vrai, dans cet article, aligner le système de la prestation d'accueil du jeune enfant sur toutes les autres allocations familiales et cela nous faisait faire en effet une économie de l'ordre de 100 millions d'euros. Mais, d'une certaine façon, on peut considérer que cela prive les familles d'une partie des droits qui leur ont été reconnus depuis 2004, lesquels droits n'existaient pas avant. Par conséquent, nous pouvons trouver une solution de compromis, qui consiste à prendre non pas le premier jour du mois de la naissance, comme aujourd'hui, non pas le premier jour du mois suivant la naissance, comme le proposait le gouvernement dans l'article 64, mais la date de la naissance »*.

Votre rapporteur pour avis se félicite de la solution de compromis adoptée par l'Assemblée nationale. Il note toutefois que le gouvernement n'a pas précisé, à l'occasion de l'adoption de cette modification, quelle serait l'économie finalement réalisée par la branche famille. Elle était initialement chiffrée à 100 millions d'euros par le gouvernement.

Bilan de la mise en œuvre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 pour tous les enfants nés ou adoptés à compter de cette date.

Les données quantitatives disponibles montrent une **croissance soutenue des prestations familiales relatives à la petite enfance**. Le montant cumulé des dépenses liées à la PAJE et aux prestations auxquelles elle se substitue, croît de 9,8 % en 2005 et de 8,0 % en 2006. Les aides à la garde, en particulier, connaissent de fortes croissances.

La montée en charge de la **prime à la naissance ou à l'adoption** est achevée en 2005 ; elle représente aujourd'hui une dépense de l'ordre de **600 millions d'euros par an**. De 50.000 à 55.000 familles sont bénéficiaires chaque mois de la mesure.

Le nombre de bénéficiaires de **l'allocation pour jeune enfant (APJE) ou de l'allocation de base de la PAJE** progresse de 14 % entre 2003 et 2005. **En 2005, environ 980.000 bénéficiaires de l'allocation de base sont dénombrés pour un coût de 2,1 milliards d'euros**. Près de 500.000 familles perçoivent encore l'APJE en 2005. On dénombre environ 180.000 familles bénéficiaires supplémentaires par rapport à l'effectif de l'APJE en 2003. La montée en charge de l'allocation de base et l'extinction de l'APJE seront achevées en 2010.

En 2005, le complément de libre choix d'activité compte 37.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang un, 150.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang deux et 89.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang trois et plus, soit 276.000 bénéficiaires au total, pour un coût de 1,2 milliard d'euros.

Par ailleurs, **on dénombre en 2005 environ 210.000 bénéficiaires du complément de libre choix du mode de garde de la PAJE, dont environ 190.000 au titre de la garde par un assistant maternel agréé, pour un coût total de 1,3 milliard d'euros**.

En application de la loi du 4 juillet 2005 relative à l'adoption, le montant de la prime à l'adoption de la PAJE a été doublé par rapport à la prime à la naissance à compter du 1^{er} août 2005, soit 1.660 euros, afin d'aider les familles à supporter les charges supplémentaires liées à l'adoption d'un enfant.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a créé un **complément optionnel de libre choix d'activité**, pour les personnes assumant la charge d'au moins trois enfants. Le montant de ce complément est majoré (750 euros) et offre au parent qui le souhaite la possibilité de s'occuper de son enfant pendant une durée maximale d'un an, lui permettant ainsi de reprendre son activité professionnelle au terme de cette période. Cette mesure est entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2006 pour les enfants nés ou adoptés à compter de cette date.

Pour 2007, les prévisions de dépenses au titre de la PAJE s'élèvent à 10,685 milliards d'euros.

Source : ministère de la santé et des solidarités

c) La possibilité de partage des allocations familiales entre les parents séparés en cas de garde alternée des enfants (article 65)

Dans le droit existant, le premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale dispose que **les allocations familiales sont versées à la personne qui assume, dans quelques conditions que ce soit, la charge effective et permanente de l'enfant**. Lorsque la personne qui assume la charge effective et permanente de l'enfant ne remplit pas les conditions prévues par le même code pour l'ouverture du droit aux allocations familiales, ce droit s'ouvre du chef du père ou, à défaut, du chef de la mère.

L'article 65 du présent projet de loi de financement, adopté par l'Assemblée nationale avec un amendement rédactionnel, propose d'insérer un nouvel alinéa à l'article L. 521-2 précité précisant qu'en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents, mise en œuvre de manière effective, les parents désignent l'allocataire. Cependant, **la charge de l'enfant pour le calcul des allocations familiales est partagée par moitié entre les deux parents, soit sur demande conjointe des parents, soit si les parents sont en désaccord sur la désignation de l'allocataire.** Un décret en Conseil d'Etat devra fixer les conditions d'application des dispositions précitées.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement les dispositions de l'article 65 du présent projet de loi de financement, de nature à remédier à certaines situations délicates et source d'injustices dans lesquelles un parent qui assumerait une partie de la charge de l'enfant en résidence alternée ne pourrait bénéficier d'une partie des prestations familiales versées en raison d'un désaccord entre les parents séparés. Ainsi qu'il l'a annoncé, le gouvernement a limité, dans un premier temps, sa réforme aux seules allocations familiales, qui représentent plus du tiers du montant total des prestations familiales versées, en raison des difficultés techniques liées à la mise en œuvre du partage de l'ensemble des prestations familiales.

Selon les informations fournies par la CNAF, les juges aux affaires matrimoniales statuent en faveur de la résidence alternée dans environ 10 % des divorces, soit quelque 10.000 décisions par an.

En outre, ainsi que l'a souligné notre collègue député, Marie-Françoise Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale¹, cette mesure devrait avoir un impact financier pour la branche famille quelles que soient les modalités de calcul retenues, en raison de la progressivité du barème des allocations familiales établi en fonction du nombre d'enfants.

Allocations familiales versées avant et après partage des prestations

(en euros)

Situation des parents au regard des allocations familiales en cas de garde alternée	Situation en 2006	Hypothèse de proratisation entre les deux parents
1. Parent seul avec 2 enfants en garde alternée	115,07	57,54
2. Famille recomposée avec 2 enfants et 2 enfants en garde alternée	115,07	307,43
Total mensuel (1+2)	230,14	364,97
Total annuel	2.761,68	4.379,61
Surcoût annuel		1.617,93

Source : commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale

¹ Rapport n° 3384, tome 3, XII^{ème} législature, Assemblée nationale.

d) La création du congé de soutien familial (article 66)

L'article 66 du présent projet de loi de financement, adopté par l'Assemblée nationale, avec quelques modifications rédactionnelles, propose la **création, au sein du code du travail, d'un congé dit de soutien familial, d'une durée de trois mois, renouvelable dans la limite d'une année, ouvert aux personnes qui exercent une activité professionnelle et qui souhaitent l'interrompre pour s'occuper d'un membre de leur famille atteint d'un handicap ou d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité.**

Ce congé de soutien familial est de droit pour les salariés sous réserve de respecter une condition d'ancienneté dans l'entreprise. Il concerne les aidants familiaux auprès des personnes âgées ou des personnes handicapées dont le handicap est particulièrement lourd (taux d'incapacité supérieur à 80 %) ainsi que les parents assumant la charge d'un enfant handicapé et bénéficiant à ce titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) versée par les caisses d'allocations familiales.

• Les conditions d'ouverture de droits au congé de soutien familial

Le congé de soutien familial est ouvert à tout salarié justifiant d'une ancienneté minimale de deux ans dans l'entreprise, dont l'ascendant, le descendant ou l'enfant dont il assume la charge ou le collatéral jusqu'au quatrième degré présente un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité rendant nécessaire qu'un proche cesse son activité pour le prendre en charge.

La personne aidée doit résider en France de manière stable et régulière et ne pas vivre dans un établissement ou chez un tiers autre que le salarié sollicitant le congé.

• Les éléments visant à protéger le salarié suspendant son activité

L'article 66 du présent projet de loi de financement prévoit plusieurs dispositions permettant de protéger le salarié qui suspend son activité pour éviter qu'il ne soit pénalisé dans sa rémunération ou dans son déroulement de carrière lorsqu'il reprendra son travail.

Ainsi, il est précisé qu'il doit pouvoir retrouver le poste qu'il occupait antérieurement ou un emploi similaire en termes de qualification, sa rémunération devant être au moins équivalente à celle qu'il percevait avant son départ en congé. En outre, le congé ne doit pas entraîner de pénalisation en termes d'avantages liés à l'ancienneté ou d'autres avantages sociaux acquis dans le début du congé.

• **Le maintien des droits à formation et à retraite du salarié**

L'article 66 précité prévoit également :

- que la période d'absence au titre du congé de soutien familial est intégralement prise en compte pour le calcul de l'ancienneté dans l'entreprise permettant de bénéficier d'un congé individuel de formation ;

- le maintien des droits à retraite pour le bénéficiaire du congé de soutien familial en prévoyant une affiliation à l'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF). Créée en 1972, cette affiliation gratuite à l'assurance vieillesse garantit à la personne qui cesse ou réduit son activité professionnelle pour s'occuper de l'éducation de ses enfants ou d'un enfant handicapé, une continuité de ses droits à la retraite. Il est précisé que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) remboursera à la CNAF les cotisations acquittées par les organismes débiteurs des prestations familiales pour les personnes en congé de soutien familial lorsque la personne aidée est une personne âgée.

D'après les informations fournies par le gouvernement, le congé de soutien familial est susceptible de bénéficier, à compter du 1^{er} janvier 2007, à plus de 15.000 personnes par an, pour un coût total de 10,5 millions d'euros, à la charge de la CNSA.

e) La création d'un prêt à taux zéro pour les jeunes entrant dans la vie active (article 67)

L'article 67 du présent projet de loi de financement traduit une annonce faite par le Premier ministre lors de la conférence de la famille du 3 juin 2006 de création d'un prêt « avenir jeunes ». D'après l'exposé des motifs de cet article, il propose la mise en place de « **prêts à taux zéro** », **bénéficiant d'une garantie de l'Etat, grâce au fonds de cohésion sociale, destinés aux jeunes adultes de 18 à 25 ans pour financer des dépenses liées à leur entrée dans la vie active** (achat d'un véhicule, habillement, équipement professionnel, etc.).

D'après les informations fournies par le gouvernement, ces prêts devraient être d'un montant maximal unitaire de 5.000 euros pour une durée de remboursement de cinq ans et seront accordés sous condition de ressources. Ils seront distribués par les réseaux bancaires partenaires, selon des modalités définies par convention. **La première année, une enveloppe de 150 millions d'euros de prêts devrait être garantie et bonifiée tandis que le coût de cette mesure pour la CNAF est estimé à 15 millions d'euros.**

Ainsi, le **premier alinéa** de l'article 67 précité dispose que le fonds de cohésion sociale, créé par la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale, peut garantir des avances

remboursables à taux bonifié¹ accordées, par des établissements de crédit avec lesquels il a passé convention, à des personnes de moins de vingt-cinq ans pour les aider dans leur insertion professionnelle.

Le **deuxième alinéa** de cet article précise que le coût de la bonification d'intérêts est à la charge de la CNAF qui peut également participer au financement de la garantie.

Le fonds de cohésion sociale

Le fonds de cohésion sociale est un fonds sans personnalité morale dont la gestion est confiée, par mandat, à la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre de ses missions d'intérêt général. Une convention entre l'Etat et la Caisse a été signée en avril 2005 pour une durée de cinq ans pour organiser cette délégation.

Le fonds de cohésion sociale est destiné à garantir des prêts accordés par les établissements bancaires conventionnés par la Caisse des dépôts dans deux domaines. Le premier secteur concerne la garantie de micro-crédits professionnels pour permettre à des personnes en difficulté créant ou reprenant une entreprise d'obtenir un prêt bancaire.

Le deuxième domaine d'intervention concerne la garantie de micro-crédits sociaux. Il s'agit de permettre à des personnes à faibles revenus, habituellement exclues du système bancaire traditionnel, d'obtenir un prêt pour des projets permettant leur insertion sociale et professionnelle.

L'intervention du fonds de cohésion sociale va toujours de pair avec un accompagnement social adapté, assuré par des associations, pour éviter les incidents de paiements. **En moyenne les prêts accordés sont compris dans une fourchette de 300 à 4.000 euros sur une durée de six à soixante mois.**

Le fonds est financé par des contributions de l'Etat dont le montant a été fixé dans la loi de programmation pour la cohésion sociale pour la période de 2005 à 2009 ; sur cette période ses crédits devraient s'élever à 73 millions d'euros.

En 2005 le fonds a abondé plusieurs fonds de garantie spécialisés dans **l'aide à l'insertion économique pour un montant de crédits de 3,2 millions d'euros.**

Quant au **micro-crédit social**, il a représenté **4 millions de crédits pour l'année 2005.**

La gestion de la garantie des prêts à taux zéro pour l'insertion professionnelle des jeunes représente une nouvelle mission pour le Fonds de cohésion car les sommes en jeu sont d'une ampleur bien supérieure que celles attribuées au micro-crédit.

Source : commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, le fonds de cohésion sociale serait actuellement en cours de négociation de convention avec les établissements de crédit susceptible d'accorder des avances remboursables aux jeunes entrant dans la vie professionnelle. En outre, les modalités précises de gestion des prêts, et en particulier les relations

¹ La notion d'avance remboursable à taux bonifié est plus large que celle de « prêt à taux zéro » figurant dans l'exposé des motifs de l'article 67 mais elle permet de mettre en place ce type de prêt.

entre les établissements de crédit, le fonds de cohésion sociale et la CNAF, sont encore en cours de discussion.

Votre rapporteur pour avis estime que les dispositions de l'article 67 du présent projet de loi de financement peuvent être considérées comme un véritable « coup de pouce » donné aux jeunes entrant dans la vie professionnelle. Il considère toutefois que la rédaction de cet article peut être améliorée afin de préciser :

- d'une part, que les bénéficiaires de ces avances remboursables sont des **personnes âgées de 18 à 25 ans** (l'article prévoit, dans sa rédaction adoptée à l'Assemblée nationale que sont concernées les personnes de moins de vingt-cinq ans, sans limite d'âge inférieure) ;

- d'autre part, que **les modalités d'application de cet article**, notamment les conditions d'accès aux avances remboursables par les bénéficiaires visés ainsi que les conditions de cumul de ces avances remboursables avec les autres aides financières pouvant être allouées aux bénéficiaires de ces avances, **devront être fixées par décret en Conseil d'Etat.**

IV. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE, À LA COMPTABILITÉ ET À LA GESTION DU RISQUE

A. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE

L'analyse des plafonds d'avances de trésorerie ayant été menée dans le cadre de la première partie de ce rapport, votre rapporteur pour avis se contentera ici de commenter les autres mesures du présent projet de loi de financement ayant un impact sur la gestion de la trésorerie des régimes.

L'article 28 du présent projet de loi de financement modernise ainsi les conditions de gestion de la trésorerie du régime général, en autorisant l'ACOSS à émettre des titres de créances négociables.

Il complète, à cette fin, la liste arrêtée par l'article 213-3 du code monétaire et financier, qui détermine les établissements habilités à émettre ces titres de créances négociables.

L'annexe 5 au présent projet de loi de financement indique que l'intérêt de diversifier les modes de financement de l'ACOSS, notamment par l'émission de billets de trésorerie, est **triple** :

- **réduire les coûts de financement** des besoins de trésorerie. Les économies pourraient être de l'ordre de 500.000 euros pour un programme d'émission de billets de trésorerie d'un milliard d'euros ;

- **compléter les avances** consenties par la Caisse des dépôts et consignations afin de couvrir l'ensemble des besoins de trésorerie de l'ACOSS ;

- **optimiser la gestion de trésorerie** des administrations publiques.

Les modalités actuelles de gestion de la trésorerie de l'ACOSS

• La Caisse des dépôts et consignations (CDC) est le partenaire financier historique du régime général. Les avances de trésorerie qu'elle consent à celui-ci étaient jusqu'à présent régies par une convention signée le 16 octobre 2001. **Une nouvelle convention vient d'être signée le 21 septembre 2006**, qui améliore, à compter du **1^{er} octobre 2006**, les conditions de financement des besoins de trésorerie. Cette nouvelle convention est composée de deux parties : l'une relative aux comptes et à la tenue de ceux-ci, l'autre relative aux avances de trésorerie et aux placements.

Concernant la tenue de compte, depuis 2001, la CDC facture à l'ACOSS le coût lié à la tenue de compte. Cette facturation est reprise dans la nouvelle convention et doit s'élever à 3,7 millions d'euros par an. La convention prévoit la possibilité d'une réduction de coût en cas d'économie réalisée par l'ACOSS ou par le réseau de la CDC.

Concernant les types d'avances, dans l'ancienne convention de 2001, quatre types d'avances permettaient le financement de l'ACOSS : les avances prédéterminées sur 1 à 6 mois, les avances prédéterminées sur 4 jours à 1 mois, les avances à 24 heures et les avances le jour même. La nouvelle convention prévoit, d'une part, de reconduire les types d'avances consenties auparavant par la CDC dans des conditions financières parfois plus avantageuses pour l'ACOSS et, d'autre part, d'introduire de nouveaux types de modes de financement (billets de trésorerie, avances prédéterminées sur 7 à 13 jours).

De plus, l'ACOSS n'est plus limitée dans la part des avances consenties par la CDC sous forme d'avances prédéterminées (limitation en 2005 à 8 milliards d'euros) qui présentent l'avantage d'être moins coûteuses que les avances à 24 heures. En outre, les prévisions de l'ACOSS sont désormais transmises le 20 du mois pour le mois suivant contre le 1^{er} du mois pour le mois suivant dans l'ancienne convention.

Enfin, les maturités de placements et d'avances ne sont plus limitées au 31 décembre, mais peuvent déborder jusqu'au 31 mars de l'année suivante. Concernant les rémunérations d'excédents, les modalités de rémunération prévues dans la nouvelle convention sont identiques à celles de 2001.

Le tableau suivant reprend les conditions de la convention 2001, les conditions actuelles compte tenu des négociations annuelles menées depuis la signature et les conditions 2006 telles qu'elles figurent dans la convention signée le 21 septembre 2006 (le taux de référence est Eonia, le terme « bp » signifie « point de base » et équivaut à un taux d'intérêt de 0,01 %).

	Mode de financement Ou rémunération des placements	Convention 2001	Conditions actuelles (jusqu'à signature de la nouvelle convention)	Nouvelle Convention
Financements	Avances prédéterminées à 30 jours et plus	Non existantes	+ 5 bp	+ 5 bp
	Avances prédéterminées de 14 à 29 jours	Non existantes	+ 10 bp	+ 10 bp
	Avances prédéterminées de 7 à 13 jours	Non existantes	Non existantes	+ 11,5 bp
	Avances à 24h - encours < 3 M€	+ 16,5 bp	+ 16,5 bp	+ 15 bp
	Avances à 24h - Encours > 3 Md€	+ 21,5 bp	+ 21,5 bp	+ 15 bp
	Avances exceptionnelles en J pour J	Non existants	Non existants	+ 40 bp
Placements	Certificats de dépôts 1 mois	Non existants	- 2 bp	- 2 bp
	Certificats de dépôts < 3 semaines	Non existants	- 3 bp	- 3 bp
	Certificats de dépôts > 3 semaines	Non existants	- 4 bp	- 4 bp
	Soldes créditeurs à 24h - encours < 3 M€	- 10 bp	- 10 bp	- 10 bp
	Soldes créditeurs à 24h - Encours > 3 Md€	- 5 bp	- 5 bp	- 5 bp

Source : ACOSS

Toutes les marges sont ramenées à une base nombre de jours exacts/360

En contrepartie de ces avantages, l'ACOSS s'engage à fournir à la CDC des prévisions, qui valent engagement, sur trois mois. Des pénalités sont liées à ce nouveau calendrier de transmission des prévisions et sont applicables lorsque les réalisations s'écartent du tunnel de prévisions. En outre, la nouvelle convention prévoit la mise en place de billets de trésorerie, autorisés par l'article 28 du présent projet de loi de financement.

- En 2006 comme en 2005, l'ACOSS n'a pas eu recours à d'autres intermédiaires financiers que la CDC pour couvrir ses besoins de trésorerie.

Source : annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale ; réponses au questionnaire de votre rapporteur pour avis

B. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA COMPTABILITÉ ET AU RECOUVREMENT

1. Les dispositions relatives aux inscriptions hypothécaires et aux inscriptions obligatoires du privilège (article 29)

L'article 29 du présent projet de loi de financement comprend deux mesures :

- il prévoit que **l'inscription de l'hypothèque légale** des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale est réputée d'un **rang antérieur** à celui conféré à la convention de rechargement lorsque la publicité de cette convention est postérieure à l'inscription de cette hypothèque en cause. L'exposé des motifs précise qu'à défaut d'une telle règle, ces conventions de rechargement prendraient rang à la date de l'inscription initiale et pourraient ainsi primer les hypothèques des organismes de sécurité sociale. L'Assemblée nationale a adopté un amendement de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, d'une part afin de tenir compte des règles spécifiques existant en Alsace-Moselle, d'autre part afin d'assurer une coordination entre le dispositif proposé et celui prévu par l'article 4 du projet de loi de finances pour 2007 ;

- il modifie l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale pour **réintroduire la référence à un montant de créances pour l'inscription obligatoire du privilège**, en renvoyant au décret le soin de préciser ce montant en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise. L'exposé des motifs précise que le droit existant, qui impose aux organismes de recouvrement cette inscription, dans un délai maximum de six mois suivant la date limite de paiement et ce quel que soit le montant de la créance, emporte des conséquences parfois lourdes pour les débiteurs dans la mesure où elle constitue une mesure de publicité qui est, dans certains cas, disproportionnée et entraîne une rupture dans le crédit et la confiance accordés à l'entreprise.

2. La suppression du contrôle préalable des comptes par les comités régionaux d'examen des comptes (article 30 bis)

L'article 30 bis du présent du présent projet de loi résulte de l'adoption, par l'Assemblée nationale, d'un amendement présenté par le gouvernement.

Le I de cet article **abroge l'article L. 134-2 du code des juridictions financières**, qui dispose que **les comptes annuels** tous les organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l'autonomie financière qui assurent en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire d'assurance couvrant la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de

prestations familiales **sont vérifiés, sous la surveillance de la Cour des comptes, par les comités régionaux ou départementaux d'examen des comptes, dans des conditions déterminées par décret.**

Le II de cet article modifie ensuite les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale, relatifs au contrôle exercé par la Cour des comptes :

- il supprime la dernière phrase de l'article L. 154-1 précité qui dispose que les sanctions applicables à l'encontre des organismes de sécurité sociale à la suite des contrôles exercés par la Cour des comptes seront prévues par une loi ultérieure ;

- il supprime le dernier alinéa de l'article L. 154-2 précité qui dispose que les frais du contrôle exercé par la Cour des comptes sur les organismes de sécurité sociale sont supportés par le budget général.

Le III modifie l'article L. 723-7 du code rural. Celui-ci dispose que lorsque la participation financière, directe ou indirecte, des caisses de mutualité sociale agricole et de leurs associations atteint ou dépasse la majorité des parts du capital social des unions d'économie sociale, groupements d'intérêt économique ou sociétés civiles immobilières auxquels elles sont autorisées à participer, les budgets et comptes annuels des unions d'économie sociale, groupements d'intérêt économique et sociétés civiles immobilières **sont soumis à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat – les COREC – dans les mêmes conditions que celles prévues pour les caisses de mutualité sociale agricole.** **Le III** de l'article 30 bis du présent projet de loi transfère cette responsabilité à **l'organisme de mutualité sociale agricole détenant la participation majoritaire.**

Le IV précise que ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2008.

L'exposé des motifs de l'amendement présenté par le gouvernement précise que ces modifications sont justifiées par le fait que les comptes des organismes de sécurité sociale seront dorénavant établis et contrôlés selon un référentiel de validation pré-établi et par le fait que la Cour des comptes développe un réseau d'alerte lui permettant de mieux cibler les contrôles qu'elle doit mener.

3. La gestion de la trésorerie de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (article 30 *ter*)

L'article 30 *ter* du présent projet de loi de financement est issu de l'adoption, par l'Assemblée nationale, d'un amendement présenté par le gouvernement.

Il apporte deux modifications à la gestion des réserves de la caisse de sécurité sociale de Mayotte :

- il prévoit que, à compter de l'exercice 2007, les sommes constitutives des réserves de la caisse de sécurité sociale de Mayotte constatées au titre des résultats excédentaires des années antérieures des différents risques et actions autres que le régime d'assurance vieillesse, sont affectées au financement du régime d'assurance maladie-maternité, à l'exception d'une somme affectée au financement du programme immobilier nécessaire au fonctionnement de la caisse ;

- il propose par ailleurs que, à compter du 1^{er} janvier 2008, l'ACOSS soit chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte. En vue de clarifier la gestion des différents régimes et actions gérés par la caisse de Mayotte, l'ACOSS devra assurer l'individualisation de la trésorerie de chaque régime et action par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable et établir l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque régime et action.

L'exposé des motifs de cet article précise que **la caisse de sécurité sociale de Mayotte s'intègre progressivement dans le cadre du régime général de sécurité sociale et que cet article a pour objet de parachever cette évolution**, en rattachant la caisse de Mayotte au circuit de trésorerie national géré par l'ACOSS.

Cette mesure a un impact positif sur les comptes du régime général, évalué à 40 millions d'euros en 2007 par l'annexe 9 au présent projet de loi de financement.

C. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DU RISQUE ET À L'ORGANISATION OU À LA GESTION INTERNE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE OU DES RÉGIMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT

1. La situation des travailleurs et de leurs familles venus en France dans le cadre d'un détachement organisé par un accord international de sécurité sociale (article 69)

L'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale dispose que toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

L'article L. 380-3 du même code prévoit toutefois des exceptions à ce principe. **Le I de l'article 69** du présent projet de loi de financement visé à intégrer dans la liste de ces exceptions les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement

communautaire, ainsi que les personnes appartenant à leur famille ou les personnes à leur charge.

Le II de l'article 69 vise à exclure ces mêmes personnes du bénéfice des allocations familiales.

L'exposé des motifs du présent article indique que ces travailleurs et leurs familles, bien qu'ayant souhaité s'exclure du régime français, peuvent accéder, du fait de leur simple résidence en France, à la couverture maladie universelle et aux prestations familiales françaises, aucune interdiction du bénéfice de ces prestations n'étant expressément prévue par la loi française. Il précise que cet article a pour objet de revenir sur cette situation, l'objectif central de cette disposition étant de « *garantir, pour ces catégories de personnes, l'effectivité du lien entre contribution au système de solidarité nationale et bénéfice des prestations* ».

Votre rapporteur pour avis souscrit pleinement à la philosophie de cet article. Son impact budgétaire n'est pas précisé.

2. Le renforcement des moyens de contrôle des conditions d'ouverture de droits aux prestations des personnes résidant à l'étranger (article 69 bis)

L'article 69 bis du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale résulte de l'adoption, par l'Assemblée nationale, d'un amendement présenté par le gouvernement.

L'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale dispose que les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, **bénéficient**, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, **du maintien de leur droit aux prestations** des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces. Ces périodes s'appliquent également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Toutefois, si pendant ces périodes, l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.

Le I de l'article 69 bis complète l'article L. 161-8 précité afin de prévoir que ces dispositions ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France, ce qui paraît cohérent.

Le II de cet article insère par ailleurs un nouvel article L. 161-15-3 au sein du code de la sécurité sociale, afin de prévoir que toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie en application de ces nouvelles dispositions ou de l'article L. 380-1 du code de la

sécurité sociale¹ est tenue d'en informer l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée et de restituer la carte Vitale qui lui a été délivrée. En cas de manquement à ces obligations, des pénalités pourront être infligées, suivant les modalités prévues par l'article L. 162-1-14 du même code.

Votre rapporteur pour avis souscrit aux objectifs de cet article, qui prolonge les dispositions de l'article 69 précédemment commenté.

3. Le renforcement des contrôles en cas de disproportion marquée entre le train de vie et les ressources déclarées (article 69 ter)

L'article 69 ter du présent projet de loi de financement résulte de l'adoption, par l'Assemblée nationale, d'un amendement présenté par le gouvernement.

L'exposé des motifs indique qu'il vise à mieux appréhender l'ensemble des ressources des demandeurs de prestations sous conditions de ressources (CMUc, RMI, prestations familiales) ainsi qu'à renforcer le contrôle de l'ouverture des droits aux prestations sous conditions de ressources.

Il précise que les dispositions proposées tendent à mettre en place d'une procédure dérogatoire comparable à celle qui existe dans l'article 168 du code général des impôts afin, en cas de disproportion marquée entre les revenus déclarés et le train de vie du demandeur, de permettre d'évaluer les ressources en fonction des éléments de train de vie.

Cet article retient ainsi une formule générique qui prévoit que, lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit aux prestations familiales (I), à la CMU complémentaire (II), au RMI (III) et à la CMU de base (IV).

Il précise que les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

¹ Celui dispose que toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité. La modification apportée par l'article 69 du présent projet de loi de financement a un impact sur les modalités d'application de cet article.

Contrairement à l'article 168 du code général des impôts, l'article 69 *ter* du présent projet de loi de financement ne définit toutefois ni les garanties dont bénéficie la personne concernée, ni les modalités de cette évaluation forfaitaire, laissant le soin à un décret en Conseil d'Etat de les fixer. L'exposé des motifs précise que ce décret devrait préciser :

« - les éléments de train devant faire l'objet de cette évaluation forfaitaire : le nombre et la valeur des véhicules automobile, moto, la valeur locative du ou des biens immobiliers détenus ou mis à disposition, les avantages en nature ou espèces servis par des tiers, la fréquence et le coût des voyages à l'étranger, etc. ;

« - le caractère de disproportion marquée : Lorsque à l'issue de cette évaluation, le montant de ressources sera supérieur de 50 % au niveau des ressources exigés, le bénéfice de la prestation sera remis en cause ;

« - enfin les garanties procédurales offertes au demandeur avec la nécessité d'organiser un débat contradictoire lors de la phase d'évaluation forfaitaire ».

Votre rapporteur pour avis estime qu'il ne peut revenir à un décret, mais bien à la loi, de fixer ces éléments et estime nécessaire de renforcer la coordination entre le dispositif prévu par l'article 168 du code général des impôts et l'article proposé. Il vous proposera donc un amendement en ce sens, qui tend également à renforcer la coordination entre les services fiscaux et les organismes de sécurité sociale en la matière.

4. Les modalités de versement des indemnités journalières du régime social des indépendants (article 70)

L'article 70 modifie l'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale, afin d'appliquer au régime sociale des indépendants permettant au directeur de l'organisme local d'assurance maladie de décider, après respect de certaines formalités, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical le versement des indemnités journalières en cas, soit de non respect par le médecin des conditions de prescription des arrêts de travail, soit de constatation d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits supérieurs aux données moyennes constatées au sein d'une union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

5. La création d'un répertoire national commun aux organismes de sécurité sociale (article 70 bis)

a) Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A l'initiative de nos collègues députés Pierre Morange, Jean-Pierre Door et Jean-Michel Dubernard, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un **nouvel article 70 bis** visant, dans son paragraphe **I**, à insérer un article L. 114-12-1 dans le code de la sécurité sociale **créant un répertoire national commun** aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du travail (ASSEDIC), relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent. Il est précisé que ce répertoire est utilisé par ces organismes pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du même code¹, et pour ceux prévus avec les administrations fiscales.

En outre, cet article prévoit que **les données de ce répertoire seront également accessibles** :

- aux **organismes de la branche de recouvrement du régime général** dans le cadre de l'exercice de leurs missions, particulièrement celles touchant à la lutte contre le travail illégal pour laquelle les informations contenues peuvent s'avérer précieuses dans les procédures à mettre en œuvre et les actions à conduire face aux irrégularités constatées ainsi que le précise l'exposé des motifs de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale ;

- aux **collectivités territoriales** pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale.

Les données contenues dans ce répertoire seront les suivantes :

- les données communes d'identification des individus ;
- les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers ;

¹ L'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale dispose que, pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et les organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du travail se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements : 1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ; 2° Sont nécessaires à l'information des ressortissants sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ; 3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits, notamment à pension de vieillesse et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes.

- l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir.

En outre, il est précisé que **l'identifiant utilisé pour ce nouveau répertoire commun sera le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR), plus connu sous le nom de numéro INSEE**, afin d'assurer une « *mise en œuvre rapide* » de ce dispositif ainsi que le souligne l'exposé des motifs de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale, qui précise également que ce numéro, qui permettra de garantir la fiabilité de l'identification des individus, a vocation à être utilisé par les organismes pour tous les échanges d'information avec le répertoire commun, ainsi que pour les échanges entre les systèmes d'information des organismes.

Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire devront être fixés **par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**.

Enfin, le paragraphe **II** du nouvel article 70 *bis* du présent projet de loi de financement prévoit **l'abrogation de l'article L. 161 du livre des procédures fiscales**, qui dispose que, lorsqu'ils doivent connaître les ressources ou un élément quelconque de la situation fiscale ou immobilière de leurs prestataires ou de leurs assujettis, les organismes ou services qui ont besoin de ces informations pour établir des cotisations, accorder ou maintenir des prestations ou avantages quelconques prévus par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur font souscrire une **déclaration par les intéressés**. En outre, cet article précise que l'administration des impôts assure le contrôle de cette déclaration par rapprochement avec les renseignements de toute nature qu'elle détient et se trouve alors déliée de l'obligation du secret professionnel à l'égard des services ou organismes dont il s'agit. **Selon les auteurs de cet amendement, cette abrogation aurait pour but de simplifier et d'alléger la consultation des fichiers du fisc et, ainsi, d'homogénéiser et de contrôler l'ensemble des informations.**

Lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, notre collègue député Pierre Morange a indiqué que ses objectifs étaient simples : « *renforcer la qualité du service rendu à l'assuré, améliorer la productivité et l'efficience des acteurs du régime assurantiel et s'assurer que les prestations de service servies aux assurés sont bien conformes aux attentes et aux documents opposables* ». Il a ajouté : « *la multiplicité des documents et des fichiers d'information, d'ailleurs conformes à la réglementation de la CNIL, prêche pour l'unicité d'un fichier. Le fichier informatique commun et le numéro identifiant unique permettront de rendre le système encore plus efficace* ».

b) La position de votre commission des finances

Même s'il en comprend la finalité, votre rapporteur pour avis ne peut que s'interroger sur la pertinence du dispositif adopté à l'Assemblée nationale. En effet, la création d'un tel répertoire national commun et l'utilisation comme identifiant de ce nouveau répertoire du numéro d'inscription au répertoire nationale d'identification des personnes physiques (NIR), sans consultation préalable approfondie de la CNIL, paraît précipitée à votre rapporteur pour avis, s'agissant d'un sujet aussi sensible.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, **compte tenu de l'ampleur du dispositif projeté et des enjeux importants qu'il soulève au regard des principes de protection des données à caractère personnel, ce dispositif aurait dû appeler nécessairement un examen approfondi de la CNIL**, qui n'a, en l'espèce, pas été sollicitée, et qui a toujours fait preuve d'une grande vigilance à l'égard de la création de fichiers nationaux tout particulièrement lorsqu'ils sont fondés sur l'utilisation du numéro de sécurité sociale.

(1) La question des interconnexions de fichiers

S'agissant des interconnexions de fichiers, il faut rappeler que la CNIL autorise les échanges d'information destinés à lutter contre la fraude. En effet, d'après les éléments fournis à votre rapporteur pour avis, aucun principe de protection des données personnelles n'interdit les interconnexions. Mais la plupart des législations de protection des données soumettent les interconnexions entre fichiers à finalité différente, fussent-ils détenus dans le cadre d'une même administration, à un régime particulier de contrôle par l'autorité de protection des données. Tel est le cas en France, les traitements d'interconnexions étant soumis, sous certaines conditions à demandes d'avis ou d'autorisation de la CNIL.

Dès lors que les droits des personnes concernées sont reconnus (et qu'en particulier elles sont informées de ces échanges) et que des mesures de sécurité appropriées sont prévues, la CNIL admet que les fichiers puissent être interconnectés si un intérêt public le justifie, étant observé qu'une vigilance particulière s'impose si les informations susceptibles d'être rapprochées sont protégées par un secret professionnel. Dans ce cas l'échange d'informations couvertes par un secret (bancaire, social, fiscal) ne peut intervenir que si ce secret est préalablement levé.

Dans le droit existant, les rapprochements de fichiers résultent tous de dispositions législatives spécifiques précisant les finalités de ces rapprochements. Il en est ainsi, en particulier:

- des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale eux-mêmes (article L. 115-2 du code de la sécurité sociale), dès lors que ces échanges sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont

sont chargés ces organismes : la CNIL a autorisé dès 1989 la Caisse nationale des allocations familiales à constituer un fichier national de contrôle des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ;

- de la **possibilité pour les organismes payant le RMI**, afin de vérifier les déclarations de ressources des personnes concernées, **de demander toutes les informations nécessaires auprès notamment des administrations financières, des organismes de sécurité sociale, des organismes d'aide à l'emploi** (article 21 de la loi du 1er décembre 1988);

- de la faculté pour les organismes versant des prestations familiales de vérifier les déclarations des allocataires, en demandant les informations nécessaires aux administrations publiques et notamment les administrations financières, aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage (article L 583-3 du code de la sécurité sociale).

Ainsi que le souligne la CNIL, **les interconnexions mises en oeuvre et qui se sont considérablement développées avec le RMI, ont généralement pour but de vérifier la réalité de la situation administrative ou socio-économique des usagers, notamment de contrôler, auprès des administrations financières, les déclarations de ressources établies par les allocataires.**

La CNIL n'a jamais contesté la légitimité de cet objectif de contrôle mais elle a systématiquement recommandé que la **mise en place des interconnexions soit transparente** grâce à une parfaite information des personnes et qu'elle puisse être l'occasion d'envisager, en contrepartie, de réelles simplifications des démarches administratives. Ainsi, la CNIL a-t-elle approuvé les échanges d'informations instaurés, depuis 1995, entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse et la Direction Générale des Impôts, qui évitent aux personnes retraitées d'avoir à adresser deux fois le même document à deux administrations différentes.

La CNIL est également particulièrement vigilante sur les mesures de sécurité devant entourer ces échanges (contrôles d'accès, chiffrement des données). En effet en application de la loi, le responsable du traitement est tenu de prendre toutes précautions utiles pour préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher leur divulgation.

(2) L'utilisation du NIR comme identifiant

Il faut rappeler que, depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **l'utilisation du NIR dans les fichiers doit être autorisée, soit par décret en Conseil d'Etat ou arrêté pris après avis de la CNIL, soit sur autorisation de la CNIL.**

Par ailleurs, la CNIL estime, de façon constante, que **la seule nécessité d'établir une interconnexion entre fichiers ne justifie pas, à elle**

seule, qu'un organisme qui ne dispose pas du NIR puisse s'en doter ou encore que le NIR devienne un élément identifiant dans l'ensemble des fichiers dudit organisme. Toutefois, la CNIL rappelle également que, dès lors que l'utilisation du NIR (ou de son équivalent) a été précédemment autorisée dans les fichiers concernés par l'interconnexion, elle a admis que ce numéro puisse être également utilisé dans les échanges d'informations.

Votre rapporteur pour avis estime qu'un examen approfondi par la CNIL des conditions d'échange d'informations en fonction de la nature des organismes interconnectés s'impose préalablement à toute disposition législative qui poserait le principe de l'utilisation du NIR comme identifiant d'un répertoire commun national.

A cet égard, il s'inscrit dans la continuité de la position adoptée votre commission des finances au moment de l'examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie. Notre collègue Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis de ce projet de loi, s'était, en effet, opposé à l'utilisation d'un identifiant santé, dérivé du NIR, pour l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel ainsi que pour les dossiers médicaux créés par les réseaux de santé¹.

C'est pourquoi, votre rapporteur pour avis estime que la création d'un répertoire national commun utilisant le NIR comme identifiant est aujourd'hui prématurée et nécessiterait un examen préalable plus approfondi de la CNIL. Dès lors, votre rapporteur pour avis vous proposera de supprimer, à titre conservatoire, le nouvel article 70 bis.

6. La possibilité d'opérer des mutualisations afin d'optimiser la gestion des branches (article 70 ter)

L'article 70 ter du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par nos collègues députés Pierre Morange, Jean-Pierre Door et Jean-Michel Dubernard.

Il vise à mettre en œuvre certaines propositions du rapport d'information de la MECSS consacré à la gestion de la sécurité sociale².

L'exposé des motifs indique que les règles aujourd'hui applicables aux organismes de sécurité sociale sont fondées sur l'autonomie juridique de chaque organisme local tandis que l'échelon national, responsable du pilotage du réseau, ne dispose pas des outils permettant, sans risque juridique, de piloter efficacement les regroupements d'activités ou de missions nécessaires.

Cet article ouvre ainsi aux différentes branches du régime général la possibilité, dans le respect des principes d'organisation actuelle, d'opérer des

¹ Cf avis n° 425 (2003-2004) de la commission des finances du Sénat sur le projet de loi relatif à l'assurance maladie.

² M. Jean-Pierre Door, « Gérer la sécurité sociale », rapport d'information n° 2680 - XII^{ème} législature, novembre 2005.

mutualisations afin d'optimiser la gestion des branches. L'exposé des motifs précise que cette mutualisation devrait concerner aussi bien les fonctions support, notamment celles touchant aux achats, à l'édition, à la gestion de la paye que les fonctions concernant l'accomplissement de missions du service public en matière de prestations, comme l'accueil des bénéficiaires, l'exercice de poursuites contentieuses ou de recouvrement.

Ce nouveau cadre, fixé par le III de cet article, tend à permettre aux caisses nationales d'être habilitées, sur la base des orientations de leur conseil d'administration respectif, à confier à des organismes locaux qu'elles auront désignées une ou des missions précitées pour les organismes compris dans le champ de la mutualisation. Les conseils d'administration seront consultés sur ces projets. La mutualisation, au regard de choix d'efficacité et d'efficience, pourra prendre la forme soit d'une délégation à un organisme qui agira au nom et pour le compte des organismes délégataires, soit d'un transfert de compétences entre organismes concernés. Les modalités de ces mutualisations sont précisées par convention.

Dans le domaine de la gestion, cet article prévoit également que la mutualisation puisse être opérée entre organismes de base par convention, sous réserve de l'approbation de la ou des caisses nationales compétentes.

Il étend au recouvrement et au contentieux la possibilité de délégation entre URSSAF existant actuellement en matière de contrôle et apporte des précisions complémentaires pour la branche maladie, concernant les compétences du directeur général en matière de délégation.

Enfin, il abroge l'article L. 231-1 du code de la sécurité sociale qui dispose qu'une même personne ne peut être membre du conseil ou administrateur de plusieurs caisses locales, de plusieurs unions de recouvrement ou de plusieurs caisses régionales du régime général de sécurité sociale, *« compte tenu des difficultés rencontrées lors des derniers renouvellements par les partenaires sociaux pour trouver des candidats pour les représenter dans les différents conseils ou conseils d'administration »*.

7. La possibilité de créer des caisses communes de sécurité sociale dans les départements situés en zones de revitalisation rurale (article 70 quater)

L'article 70 quater du présent projet de loi de financement est issu de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par nos collègues députés Pierre Morel-A-L'Huissier, Francis Saint-Léger et Yves Bur, rapporteur pour avis du présent projet de loi de financement au nom de la commission des finances.

Il tend à insérer dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 216-4, afin de prévoir que des organismes locaux du régime général de sécurité sociale des **départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale**, peuvent, sur l'initiative de leurs conseils et

conseils d'administration, proposer la création, **à titre expérimental pour une durée de cinq ans, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés.** Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.

Il prévoit également d'insérer deux nouveaux articles L. 216-5 et L. 216-6 précisant l'organisation et la composition du conseil de la caisse.

Cet article tient compte, notamment, de la situation du département de la Lozère, où les trois organismes locaux de sécurité sociale du régime général (CPAM, CAF et URSSAF) souhaitent aujourd'hui la création d'une caisse commune multi-branches de sécurité sociale pour répondre au contexte particulier dans lequel se trouve ce département rural.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours d'une réunion tenue le mercredi 8 novembre 2006, sous la présidence de M. Jean Arthuis, président, la commission a procédé à l'examen du projet de loi n° 51 (2006-2007), adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2007, sur le rapport de M. Jean Jacques Jégou, rapporteur pour avis.

Procédant à l'aide d'une vidéo-projection, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a tout d'abord dressé le bilan de l'évolution des comptes de la sécurité sociale au cours de la présente législature (2002-2007).

Il a relevé un début de redressement des comptes en 2006, après deux années de déficit record en 2004 et 2005, précisant que le déficit du régime général avait atteint ses niveaux les plus élevés en 2004 (- 11,9 milliards d'euros) et 2005 (- 11,6 milliards d'euros), et qu'il serait ramené à - 9,7 milliards d'euros en 2006, grâce notamment à une croissance des produits supérieure à celle des charges.

Il a ajouté que la prévision tendancielle pour 2007, incluant l'objectif d'une croissance des dépenses d'assurance maladie de 2,5 %, conduisait à un déficit de - 9,4 milliards d'euros, le solde de l'ensemble des régimes de base et des fonds de financement ayant connu un profil proche de celui du régime général, même si son déficit avait continué de se creuser en 2005 en raison de la dégradation des soldes du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA).

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a mis en évidence que la réduction du déficit obtenue en 2006 portait principalement sur l'assurance maladie et prolongeait l'amélioration engagée en 2005. En effet, en deux ans, le déficit de la branche maladie du régime général avait été réduit de 5,6 milliards d'euros, grâce à l'apport de recettes nouvelles et à un ralentissement très net de ses dépenses.

Il a estimé que le ralentissement des dépenses d'assurance maladie était un fait marquant de la législature. Il a indiqué que la consommation de soins de ville au sein de tous les régimes avait progressé de 1,5 % en 2006 (1,7 % pour le régime général), ce qui représentait un ralentissement très net par rapport aux années précédentes. Il a précisé que cette inflexion avait porté principalement sur deux postes de dépenses : les indemnités journalières et la consommation de médicaments, qui pourrait être en légère baisse en 2006. En revanche, il a observé que les honoraires des professionnels libéraux devraient connaître, en 2006, une progression plus forte qu'en 2005.

Concernant les établissements de santé, il a noté que ceux-ci présentaient un risque de dépassement de l'objectif de dépenses estimé à environ 300 millions d'euros au cours de l'été 2006, mais que ce risque avait été ramené à une centaine de millions d'euros après les mesures correctrices annoncées par le ministre de la santé et des solidarités au début du mois de

septembre 2006. Compte tenu de ces mesures, les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé augmenteraient de 3,4 % en 2006. Au total, il a indiqué que les dépenses d'assurance maladie dépasseraient d'environ 700 millions d'euros, en 2006, l'objectif fixé par la loi de financement initiale.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a relevé que, à l'inverse, le déficit de la branche vieillesse apparu en 2005 continuait de se creuser en raison d'une forte augmentation des prestations. Il a précisé que cela résultait de la montée en charge du dispositif de retraites anticipées et de l'arrivée à l'âge de 60 ans des premières générations du baby boom. L'augmentation des charges s'était ainsi établie à plus de 5,5 % par an en 2005 et 2006 et devrait être encore d'environ 5 % en 2007, malgré l'hypothèse du décalage de certains départs à la retraite grâce aux nouvelles incitations à la poursuite d'activité.

Il a noté que l'accélération des rentrées de recettes permettait un retour à l'équilibre de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'une stabilisation du déficit de la branche famille, après la forte dégradation constatée en 2005. Il a observé que les prestations familiales connaissaient depuis 2004 une croissance supérieure à 4 %, qui se poursuivrait en 2006 mais s'infléchirait à partir de 2007, du fait de la décélération de la montée en charge de la PAJE.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ensuite relevé que la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) avait connu une augmentation très nette de ses charges au cours de la présente législature : au total, 45,62 milliards d'euros lui avaient été ainsi transférés depuis 2004. Il a précisé que, au 6 octobre 2006, le montant total de la dette reprise par la CADES s'établissait à 107,676 milliards d'euros et qu'il lui restait donc encore 77,08 milliards d'euros à amortir.

Il a toutefois ajouté qu'un des apports majeurs de la législature résidait dans le coup d'arrêt porté au transfert sur les générations futures de la charge de la dette sociale, l'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) disposant que « tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale ».

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ensuite mis en évidence une tendance très nette à la hausse des charges financières du régime général, particulièrement marquée en 2007, après deux années de charges financières plus maîtrisées pour l'assurance maladie grâce aux transferts opérés vers la CADES. Il a estimé que cette tendance illustre les difficultés auxquelles était confronté le régime général aujourd'hui. Il a remarqué que l'Etat, du fait de ses dettes à l'égard de la sécurité sociale, était responsable d'une partie de ces charges financières, l'article 23 du projet de loi de finances prévoyant, au demeurant, d'affecter, à ce titre, une fraction de droits sur les

tabacs au régime général de la sécurité sociale, à hauteur de 160 millions d'euros.

Il a indiqué que, en parallèle, le plafond d'avances de trésorerie du régime général connaissait une nouvelle envolée. Il a précisé que l'article 31 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 proposait de fixer à 28 milliards d'euros le plafond d'avances de trésorerie du régime général pour 2007, et qu'il s'agissait là du plafond le plus élevé fixé depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale, après le « record » enregistré en 2004. Il a indiqué qu'il proposerait toutefois un amendement tendant à légèrement réduire le montant de ce plafond.

Il a ensuite noté, sur le long terme, une tendance de fond à l'accroissement de la part des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale dans le financement du système de sécurité sociale. Il a, toutefois, mis en évidence le fait que les impôts et taxes affectés avaient connu une évolution hachée au cours de la présente législature, celle-ci s'expliquant essentiellement par l'évolution du mode de financement des allègements généraux de cotisations sociales.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ensuite présenté les principales mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il a précisé que le texte transmis au Sénat comprenait 94 articles, contre 71 dans le projet de loi initial, dont de nombreuses mesures techniques et plusieurs dispositions étrangères au champ des lois de financement de la sécurité sociale.

Il a relevé que le projet de loi comportait peu de mesures nouvelles d'économie et se contentait, pour l'essentiel, d'enregistrer les effets des mesures antérieures, ce qui pouvait le faire apparaître comme manquant d'envergure. Puis il a estimé que la démarche de performance restait embryonnaire, les programmes de qualité et d'efficience, perfectibles, ne permettant pas de juger de la performance de l'action publique en matière de sécurité sociale.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ensuite présenté les principales mesures du projet de loi de financement concernant les recettes. Il a, à cet égard, indiqué que la recette de 115 millions d'euros correspondant à l'affectation à l'assurance maladie d'une partie des produits de cession du patrimoine immobilier des établissements de santé était fictive, ce qui soulevait un problème de sincérité.

Il a indiqué que celui-ci contenait plusieurs mesures entraînant des pertes de recettes, sans toujours justifier précisément leur utilité. Il a noté qu'il validait l'accord sur les 39 heures dans l'hôtellerie-restauration, à la suite de l'annulation par le Conseil d'Etat des dispositions réglementaires portant validation et extension de cet accord.

Puis il a relevé qu'il accroissait le champ possible des bénéficiaires du crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé

individuels et qu'il neutralisait les effets de la réforme de l'imposition sur le revenu sur l'assiette des cotisations sociales des indépendants et réajustait les taux d'abattement forfaitaires à l'impôt sur le revenu applicables pour les régimes des micro-entreprises, ce qui entraînait une perte de recettes de 30 à 40 millions d'euros pour l'Etat.

Il a ensuite observé que l'article 16 modifiait substantiellement les règles relatives à la taxation de l'épargne. Il a précisé que, à la suite d'une modification adoptée par l'Assemblée nationale dans le but de fournir 200 millions d'euros de recettes supplémentaires pour financer l'augmentation des dépenses de « soins de ville », cet article conduisait à complexifier les règles applicables en matière de prélèvements sociaux sur l'épargne.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ensuite présenté les objectifs de dépenses des différentes branches.

S'agissant de la branche maladie, il a indiqué que le projet de loi initial fixait à 144,6 milliards d'euros le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), soit une progression de 2,5 % des dépenses à périmètre constant. Il a précisé que l'Assemblée nationale avait, toutefois, sur proposition de sa commission des affaires culturelles, familiales et sociales, relevé le montant de l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2007, afin d'intégrer une augmentation des dépenses de soins de ville de 200 millions d'euros, ce qui représentait une progression de l'ONDAM « soins de ville » de + 1,1 % par rapport aux réalisations de 2006, au lieu de + 0,8 % dans le projet de loi initial.

Il a ensuite détaillé la situation de la branche vieillesse, en soulignant que la progression des prestations versées par la CNAV était très sensible aux hypothèses retenues, qui intégraient, notamment, une augmentation moins forte qu'en 2006 du coût de la mesure de retraite anticipée et une croissance des prestations amortie par les effets du « plan seniors ». A titre d'illustration, il a précisé que si les nouveaux retraités quittaient le travail un mois plus tôt ou plus tard que prévu, la masse des prestations versées augmentait ou diminuait de 350 millions d'euros.

Puis il a présenté la situation de la branche « accidents du travail - maladies professionnelles » (AT-MP) et mis en évidence la progression de 100 millions d'euros des dotations versées par la branche AT-MP aux fonds liés à l'amiante, les dotations totales versées s'élevant à près de 5,4 milliards d'euros sur la période 2002 2007.

S'agissant de la branche famille, il a relevé que la croissance de ses charges s'infléchissait en 2006 tout en restant très forte (+ 4,3 %), et ralentissait encore en 2007 (+ 3,2 %), en raison du ralentissement de la montée en charge de la PAJE.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, s'est enfin interrogé sur la crédibilité des projections quadriennales annexées au PLFSS, relevant leur caractère très optimiste. Il a relevé que, dans le « pire » des scénarios

présentés, le régime général serait quasiment à l'équilibre en 2010. Seule la branche vieillesse connaîtrait un déficit évalué à 5,1 milliards d'euros, alors que la branche maladie serait excédentaire à hauteur de 2,4 milliards d'euros. Il a souligné que, dans le scénario le plus favorable, le régime général connaîtrait en 2010 un excédent de 4,5 milliards d'euros, le déficit de la branche vieillesse s'établissant à 3,3 milliards d'euros, tandis que la branche maladie serait excédentaire de 4 milliards d'euros.

Après avoir fait état des critiques formulées par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale devant la commission des affaires sociales du Sénat, il a souligné que les hypothèses retenues étaient très volontaristes, puisqu'elles intégraient, notamment, un taux de progression de l'ONDAM compris entre 2,2 % et 2,5 % par an, soit un rythme inférieur à la richesse nationale, alors que, à l'inverse, la masse salariale s'accroîtrait plus vite que le produit intérieur brut (PIB).

Un large débat s'est ensuite instauré.

M. Serge Dassault a estimé que l'attention ne se focalisait pas suffisamment sur les recettes. En effet, les prélèvements sociaux pesaient essentiellement sur le travail, ce qui s'avérait nuisible à la compétitivité des entreprises et à l'emploi. Il convenait, selon lui, de mettre en œuvre un « coefficient emploi activité » qui s'appliquerait à une base constituée du chiffre d'affaires diminué des salaires, afin de participer au financement de la sécurité sociale. Par ailleurs, **M. Serge Dassault** a estimé qu'il fallait donc réduire concomitamment le niveau des exonérations générales de cotisations sociales sur les bas salaires.

M. Henri de Raincourt a remercié le rapporteur pour avis pour la qualité de son exposé et s'est déclaré en accord avec ses observations et ses recommandations. Toutefois, il a estimé que certains intitulés figurant dans sa présentation en commission étaient marqués par une sévérité qui, à la réflexion, semblait excéder le contenu, au fond, de son rapport. Il a précisé qu'il partageait cependant la démarche de critique constructive adoptée par le rapporteur pour avis.

M. Joël Bourdin a observé que si les dépenses de la branche « famille » étaient en augmentation, certaines dépenses d'intervention ne semblaient pas suivre cette tendance, s'il s'en tenait aux difficultés croissantes rencontrées sur le terrain avec les caisses d'allocations familiales pour la mise en œuvre de diverses mesures. Il s'est par ailleurs étonné des déclarations récentes faites par M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, sur la création de 40.000 places en crèches, précisant que le financement des nouvelles places de crèches était à la charge, soit de la branche famille, soit des collectivités territoriales, mais pas de l'Etat.

M. Alain Lambert a contesté l'idée selon laquelle la sécurité sociale avait des comptes indépendants de ceux de l'Etat. En effet, la sécurité sociale était incapable de se suffire à elle-même, puisqu'elle était en partie financée

par des ressources fiscales. Par ailleurs, **M. Alain Lambert** a estimé illégitime que le coût des allègements généraux de charges sociales sur les bas salaires soit intégralement compensé à la sécurité sociale car, selon lui, ces allègements participaient au soutien de l'emploi et procuraient donc à la sécurité sociale des ressources nouvelles. Par ailleurs, l'éclatement des comptes publics engendrait un certain nombre de « rivalités » nuisibles à la gouvernance globale de l'action publique, qu'il s'agisse des dissensions parfois observées entre le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministère des affaires sociales, où des divergences de sensibilité qui se manifestaient entre commissions. Enfin, si une dette de l'Etat envers la sécurité sociale devait être constatée, il conviendrait alors de la « purger » définitivement afin que la sécurité sociale cesse alors d'être alimentée par des ressources fiscales.

M. Jean Arthuis, président, après avoir précisé que les intitulés présentés dans la vidéoprojection n'avaient pas tous vocation à être repris dans le rapport écrit, a observé, à la faveur du dernier débat sur les prélèvements obligatoires, une convergence croissante des opinions exprimées par la commission des finances et par la commission des affaires sociales. En revanche, il ne pouvait en dire autant des ministères. Il a estimé qu'il convenait, aujourd'hui, de promouvoir une « agenciarisation » des branches maladie et famille, les autres branches devant relever de la politique paritaire.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, faisant suite aux préoccupations exprimées, a précisé que le manque de sincérité du projet de loi de financement de la sécurité sociale correspondait en réalité à l'existence de 115 millions d'euros de recettes fictives, au titre de la cession des terrains et des bâtiments des établissements de santé. En effet, les produits de ces aliénations, évalués à 150 millions d'euros au total, avaient, d'une façon générale, peu de chances d'être attribués spontanément à la sécurité sociale. M. Jean Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a fait part de son intention de proposer à la commission un amendement sur ce point.

M. Jean Arthuis, président, a rappelé que le concept de « sincérité » n'était pas facile à appréhender, tandis que **M. Henri de Raincourt** a observé que, au regard du volume global du budget de la sécurité sociale, les 115 millions d'euros de recettes incertaines ne représentaient pas une part des ressources telle que le qualificatif d'insincérité fût parfaitement proportionné. Ils se sont tous deux félicités que la commission puisse ainsi faire les constats et formuler les propositions qui lui semblaient justes.

M. Maurice Blin a considéré que le rapporteur pour avis avait, en effet, souligné les améliorations incontestables résultant de l'action du gouvernement, même s'il a jugé que leur insuffisance pour résorber les difficultés à venir était incontestable. Par ailleurs, il a indiqué que les allègements de charges développaient leurs effets sur l'emploi dans le temps, alors que la dépense correspondante était immédiate.

En réponse à M. Serge Dassault, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a indiqué, d'une part, que des prévisions détaillées sur chacune des recettes figureraient dans son rapport écrit et, d'autre part, que la commission avait choisi de promouvoir la TVA sociale, qui constituait une première réponse à la même problématique que celle déjà évoquée par M. Serge Dassault.

Il a précisé à M. Joël Bourdin que l'annonce des 40.000 places en crèches n'étaient pas sans rappeler certains propos alors tenus par Mme Ségolène Royal lorsqu'elle était ministre déléguée auprès du ministre de l'emploi et de la solidarité, à la famille et à l'enfance. Il convenait de rappeler que ce n'était pas l'Etat qui créait les places de crèches, mais les communes et les départements. Or les propos tenus par M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, étaient de nature à accréditer l'idée d'une omnipotence de l'Etat. En réalité, les caisses d'allocations familiales finançaient en principe 40 % des investissements concernés, dont la finalisation aboutissait à une augmentation des dépenses des collectivités territoriales auxquelles, d'ailleurs, il était parfois reproché l'augmentation du niveau des prélèvements obligatoires.

M. Jean Arthuis, président, a alors évoqué une expérimentation qu'il avait menée en Mayenne et à laquelle l'administration et la caisse d'allocations familiales avaient été, à l'origine, défavorables. Il s'agissait d'organiser le regroupement de plusieurs assistantes maternelles en un lieu qui n'était pas le domicile de l'une d'entre elles. L'expérimentation avait été autorisée, même si le ministre délégué à la sécurité sociale avait finalement pris un décret limitant à neuf le nombre d'enfants susceptibles d'être ainsi accueillis en un même lieu. Après que **M. Jean Arthuis, président**, eut déploré qu'une initiative favorable à la petite enfance et à la profession d'assistante maternelle fût ainsi contrariée, **M. Adrien Gouteyron** a manifesté, pour sa part, un grand intérêt pour la formule expérimentée en Mayenne.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, revenant sur les annonces de M. Philippe Bas, s'est également étonné de la perspective d'une nouvelle amélioration du statut des assistantes maternelles, qui semblait aujourd'hui atteindre un point d'équilibre entre une promotion nécessaire et la rigueur qu'impliquaient cependant les contraintes budgétaires actuelles. En France, les aides à la petite enfance, évaluées à 10,2 milliards d'euros en 2006, atteindraient 10,7 milliards d'euros pour 2007, amenant ainsi la caisse nationale d'allocations familiales à connaître une situation déficitaire.

Enfin, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, est revenu sur la nécessité de clarifier les relations entre la sécurité sociale et l'Etat.

La commission a alors procédé à l'examen des amendements présentés par **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, sur les articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Elle a adopté deux amendements à l'article 9 (approbation de l'annexe B 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), tendant à corriger des erreurs matérielles dans les tableaux figurant au sein de ladite annexe B.

Elle a ensuite adopté un amendement à l'article 11 (aide aux chômeurs créateurs d'entreprise), afin de supprimer les nouvelles exonérations de cotisations sociales instituées par cet article, dans le cadre du régime de l'aide à la création ou à la reprise d'entreprise (ACCRE), au profit des personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible et au profit des bénéficiaires du complément de libre choix d'activité.

Puis elle adopté, à titre conservatoire, un amendement de suppression de l'article 13 (cadre fiscal et social des indemnités de départ versées dans le cadre de plans de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences), en donnant mandat au rapporteur pour avis pour le rectifier, le cas échéant, afin de mieux encadrer le dispositif proposé.

Elle a également adopté un amendement de suppression de l'article 13 bis (instauration d'un départ à la retraite décidé d'un commun accord entre le salarié et l'employeur, assimilé pour ses effets à une mise à la retraite).

Puis **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a alors présenté une solution alternative globale à celle trouvée par l'Assemblée nationale afin de financer l'augmentation de l'ONDAM « soins de ville ». Il a indiqué que cette solution consistait à :

- supprimer les modifications adoptées par l'Assemblée nationale à l'article 16, qui pénalisaient les épargnants les plus modestes et complexifiaient la gestion de l'impôt ;

- réduire de 200 millions d'euros la dotation 2007, prévue par l'article 49, du fonds de modernisation des établissements de santé publiques et privés (FMESPP), qui disposerait d'un solde positif cumulé de 200 millions d'euros en 2007 ;

- par coordination, réduire d'un montant équivalent l'ONDAM hospitalier, tout en maintenant l'ONDAM « soins de ville » adopté par l'Assemblée nationale (article 53) ;

- affecter, sous certaines conditions, 25 % du produit net des cessions immobilières des établissements de santé au FMESPP (article 19).

A la suite de ces explications, la commission a adopté un premier amendement à l'article 16 (modalités de versement par les établissements financiers des contributions sociales sur les revenus de placement), afin

d'extraire du dispositif d'acompte de versement de la CSG sur les produits de placements les produits à forte variabilité et de remplacer la majoration de 5 %, qui pouvait s'appliquer aux établissements bancaires, par un intérêt de retard.

Elle a adopté un second amendement à l'article 16, tendant à supprimer les modifications apportées par l'Assemblée nationale.

Elle a adopté un amendement proposant une nouvelle rédaction de l'article 19 (valorisation du patrimoine hospitalier et affectation du produit des cessions à la CNAMTS), afin de prévoir que sauf opposition de leur part, entraînant l'ouverture de négociations avec l'agence régionale de l'hospitalisation concernée, les établissements de santé versent au FMESPP 25 % du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments, en vue de contribuer au financement des investissements hospitaliers.

Afin de permettre un débat en séance publique, elle a ensuite adopté un amendement portant article additionnel après l'article 20, pour rendre obligatoire la dotation budgétaire d'équilibre versée par l'Etat au fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA).

La commission a adopté un amendement tendant à supprimer l'article 21 (dérogation au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales).

Elle a ensuite adopté deux amendements à l'article 31 (plafonds de recours à des ressources non permanentes afin de couvrir des besoins de trésorerie) :

- le premier, afin d'abaisser de 200 millions d'euros le plafond d'avances de trésorerie fixé pour le régime général ;

- le second, afin de supprimer le plafond fixé pour la Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens (RATP).

La commission a adopté un amendement à l'article 39 bis (suppression des pénalités financières associées au non respect des objectifs quantifiés de l'offre de soins), afin de prévoir de façon expresse qu'un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités d'application de cet article.

Elle a ensuite adopté un amendement tendant à supprimer l'article 39 ter (création de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée) et un amendement tendant à supprimer l'article 43 (création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).

Puis elle adopté un amendement à l'article 47 (consultation gratuite de prévention pour les personnes âgées de plus de 70 ans), tendant à préciser que la consultation unique prévue par cet article s'applique aux personnes atteignant 70 ans dans l'année civile en cours.

Elle a adopté un amendement à l'article 49 (dotation du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés), tendant à réduire de 200 millions d'euros la dotation accordée au FMESPP en 2007.

Elle a adopté un amendement à l'article 50 (dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville), tendant à réduire de 50 millions d'euros la dotation versée à ce fonds en 2007.

Puis la commission a adopté deux amendements à l'article 51 (création d'un fonds de prévention des risques sanitaires, établissement public de l'Etat) :

- le premier, tendant à prévoir que le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au nouveau fonds de prévention des risques sanitaires est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale et non par arrêté interministériel ;

- le second, tendant à préciser que le fonds de prévention des risques sanitaires est un établissement public administratif et que son conseil d'administration est composé, à parité, de représentants de l'Etat et de représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie qui contribuent aux recettes du fonds, et non uniquement de représentants de l'Etat.

Par coordination avec l'amendement adopté à l'article 49, elle a adopté un amendement à l'article 53 (fixation de l'ONDAM et de ses sous-objectifs pour 2007), afin de réduire de 200 millions d'euros le montant de l'ONDAM hospitalier pour 2007.

Puis elle a adopté deux amendements à l'article 67 (aide à l'insertion professionnelle des jeunes adultes) :

- le premier afin d'encadrer le dispositif du prêt à taux zéro destiné aux jeunes adultes entrant dans la vie professionnelle, en précisant que ce dispositif s'adresse aux personnes âgées de 18 à 25 ans, et non aux personnes de moins de 25 ans ;

- le second tendant à prévoir qu'un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités d'application de cet article.

La commission a adopté un amendement à l'article 69 ter (possibilité de contrôle par les organismes locaux de sécurité sociale en cas de disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare), tendant d'une part, à aligner sur le régime de l'article 168 du code général des impôts, la définition du barème d'évaluation forfaitaire des éléments du train de vie et à préciser, suivant les mêmes principes, la définition de la « disproportion marquée » entre les ressources déclarées et les ressources constatées, d'autre part, à préciser que les organismes de sécurité sociale usant de cette procédure doivent en informer les services de l'administration fiscale, et réciproquement, afin d'assurer en la matière une meilleure coordination entre services fiscaux et services sociaux.

La commission a enfin adopté un amendement tendant à supprimer l'article 70 bis (création d'un répertoire national commun).

La commission a alors émis un avis favorable à l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, ainsi amendé.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

ARTICLE 9 ANNEXE B

I. Dans la deuxième ligne (Recettes) de la quatrième colonne (2007) du quatrième tableau (Fonds de solidarité vieillesse) de cette annexe, remplacer le chiffre:

13,8

par le chiffre:

13,9

II. En conséquence, dans la dernière ligne (Solde) de la quatrième colonne (2007) du quatrième tableau (Fonds de solidarité vieillesse) de l'annexe B, remplacer le chiffre:

- 0,7

par le chiffre:

- 0,6

ARTICLE 9 ANNEXE B

Dans la dernière ligne (Solde) de la dernière colonne (2010) de l'avant-dernier tableau (Fonds de solidarité vieillesse) de cette annexe, remplacer le chiffre:

0,0

par le chiffre:

0,1

ARTICLE 11

I. Supprimer le I de cet article.

II. Supprimer le 2° du II de cet article.

ARTICLE 13

Supprimer cet article.

ARTICLE 13 BIS

Supprimer cet article.

ARTICLE 16

I. Dans le premier alinéa du texte proposé par le 1° du I de cet article pour le 1 du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, après les mots:

mentionnés au présent article

insérer les mots:

, à l'exception de ceux visés au 5°, 6°, 7° et 8° du II,

II. Rédiger ainsi le texte proposé par le 3° du I de cet article pour le 4 du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale:

"4. Lorsque la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application du 2, l'intérêt de retard prévu à l'article 1727 du code général des impôts s'applique à la différence entre le montant du versement calculé dans les conditions du 1 et celui réduit dans les conditions du 2."

ARTICLE 16

Supprimer les III, IV, V, VI, VII, VIII et IX de cet article.

ARTICLE 19

Rédiger ainsi cet article :

Sauf opposition de leur part, entraînant l'ouverture de négociations avec l'agence régionale de l'hospitalisation concernée, les établissements de santé versent 25 % du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments au fonds mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), en vue de contribuer au financement des investissements hospitaliers.

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 20

Après l'article 20, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le 9° du I de l'article L. 731-4 du code rural, les mots « , le cas échéant, » sont supprimés.

ARTICLE 21

Supprimer cet article.

ARTICLE 31

Dans la deuxième ligne du tableau figurant à cet article, remplacer le chiffre:

28 000

par le chiffre:

27 800

ARTICLE 31

Supprimer la dernière ligne du tableau figurant à cet article.

ARTICLE 39 BIS

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

III.- Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

ARTICLE 39 TER

Supprimer cet article.

ARTICLE 43

Supprimer cet article.

ARTICLE 47

Rédiger comme suit le texte proposé par cet article pour le 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale :

« 16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes atteignant l'âge de soixante-dix ans dans l'année civile en cours. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'assuré relève de l'article L. 324-1 ;».

ARTICLE 49

A la fin du IV de cet article, remplacer la somme :

376 millions d'euros.

par la somme :

176 millions d'euros.

ARTICLE 50

I.- A la fin du premier alinéa du II de cet article, remplacer la somme :

195 millions d'euros.

par la somme :

145 millions d'euros.

II.- Dans le second alinéa du II de cet article, remplacer la somme :

178 millions d'euros

par la somme :

128 millions d'euros

ARTICLE 51

(art. L. 3110-5-1 du code de la santé publique)

Rédiger comme suit le second alinéa du texte proposé par le 1° du I de cet article pour l'article L. 3110-5-1 du code de la santé publique :

« Le fonds est un établissement public administratif administré par un conseil d'administration constitué, à parité, de représentants de l'Etat et de représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie.

ARTICLE 51

(art. L. 3110-5-3 du code de la santé publique)

Dans le deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le 1° du I de cet article pour l'article L. 3110-5-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget

par les mots :

la loi de financement de la sécurité sociale

ARTICLE 53

I.- Dans le tableau figurant à cet article, à la ligne « Autres dépenses relatives aux établissements de santé », remplacer le chiffre :

18,3

par le chiffre :

18,1

II.- En conséquence, à la ligne « Total », remplacer le chiffre :

144,8

par le chiffre :

144,6

ARTICLE 67

Dans le premier alinéa de cet article, remplacer les mots :

de moins de vingt-cinq ans

par les mots :

âgées de dix-huit à vingt-cinq ans

ARTICLE 67

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions d'accès aux avances remboursables par les bénéficiaires visés ainsi que les conditions de cumul de ces avances remboursables avec les autres aides financières pouvant être allouées aux bénéficiaires de ces avances, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 69 TER

Rédiger ainsi cet article:

I. - Après l'article L. 553-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 553-5 ainsi rédigé:

« Art. L. 553-5 – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, les ressources prises en compte pour la détermination du droit aux prestations prévues au présent livre à l'exception de l'allocation de logement servie en application de l'article L. 542-1 sont portées à une somme forfaitaire déterminée en appliquant à certains éléments de ce train de vie le barème défini à l'article 168 du code général des impôts, compte tenu, le cas échéant, des majorations prévues.

« La disproportion marquée entre le train de vie d'un demandeur ou d'un bénéficiaire et les ressources qu'il déclare est établie lorsque la somme forfaitaire qui résulte de l'application du barème et de la majoration mentionnés à l'alinéa précédent excède d'au moins un tiers, pour l'année considérée, le montant des ressources déclarées.

« L'organisme local de sécurité sociale mentionné au premier alinéa informe les services compétents de l'administration fiscale de la réévaluation forfaitaire minimale des ressources du demandeur ou du bénéficiaire opérée en application des dispositions de cet alinéa.

« Le contribuable peut apporter la preuve que ses revenus ou l'utilisation de son capital ou les emprunts qu'il a contractés lui ont permis d'assurer son train de vie.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application de cet article. »

II. Après l'article L. 861-2 du même code, il est inséré un article L. 861-2-1 ainsi rédigé:

« Art. L. 861-2-1 – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, les ressources prises en compte pour la détermination du droit à la prestation sont portées à une somme forfaitaire déterminée en appliquant à certains éléments de ce train

de vie le barème défini à l'article 168 du code général des impôts, compte tenu, le cas échéant, des majorations prévues.

« La disproportion marquée entre le train de vie d'un demandeur ou d'un bénéficiaire et les ressources qu'il déclare est établie lorsque la somme forfaitaire qui résulte de l'application du barème et de la majoration mentionnés à l'alinéa précédent excède d'au moins un tiers, pour l'année considérée, le montant des ressources déclarées.

« L'organisme local de sécurité sociale mentionné au premier alinéa informe les services compétents de l'administration fiscale de la réévaluation forfaitaire minimale des ressources du demandeur ou du bénéficiaire opérée en application des dispositions de cet alinéa.

« Le contribuable peut apporter la preuve que ses revenus ou l'utilisation de son capital ou les emprunts qu'il a contractés lui ont permis d'assurer son train de vie.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application de cet article. »

III. Dans le premier alinéa de l'article L. 863-1 du même code, les mots: « à l'article L. 861-2 » sont remplacés par les mots: « aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1 ».

IV. Après l'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 262-10-1 ainsi rédigé:

« Art. L. 262-10-1 – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, les ressources prises en compte pour la détermination du droit à la prestation sont portées à une somme forfaitaire déterminée en appliquant à certains éléments de ce train de vie le barème défini à l'article 168 du code général des impôts, compte tenu, le cas échéant, des majorations prévues.

« La disproportion marquée entre le train de vie d'un demandeur ou d'un bénéficiaire et les ressources qu'il déclare est établie lorsque la somme forfaitaire qui résulte de l'application du barème et de la majoration mentionnés à l'alinéa précédent excède d'au moins un tiers, pour l'année considérée, le montant des ressources déclarées.

« L'organisme local de sécurité sociale mentionné au premier alinéa informe les services compétents de l'administration fiscale de la réévaluation forfaitaire minimale des ressources du demandeur ou du bénéficiaire opérée en application des dispositions de cet alinéa.

« Le contribuable peut apporter la preuve que ses revenus ou l'utilisation de son capital ou les emprunts qu'il a contractés lui ont permis d'assurer son train de vie.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application de cet article. »

V. Après le deuxième alinéa de l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé:

« Lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application de l'article 1417 du code général des impôts et lorsque l'organisme local de sécurité sociale constate, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, les éléments de train de vie dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé servent également au calcul de l'assiette de la cotisation. Ces éléments sont évalués selon le barème défini à l'article 168 du code général des impôts, compte tenu, le cas échéant, des majorations prévues. La disproportion marquée entre le train de vie d'un demandeur ou d'un bénéficiaire et les ressources qu'il déclare est établie lorsque la somme forfaitaire qui résulte de l'application du barème et de la majoration précités excède d'au moins un tiers, pour l'année considérée, le montant des ressources déclarées. L'organisme local de sécurité sociale informe les services compétents de l'administration fiscale de la réévaluation forfaitaire minimale des ressources du demandeur ou du bénéficiaire opérée en application de ces dispositions. Le contribuable peut apporter la preuve que ses revenus ou l'utilisation de son capital ou les emprunts qu'il a contractés lui ont permis d'assurer son train de vie. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de cet alinéa. »

VI. L'article 168 du code général des impôts est complété par un alinéa ainsi rédigé:

« 4. Lorsque les services de l'administration fiscale procèdent à une évaluation forfaitaire minimale du revenu imposable d'après certains éléments du train de vie en application des dispositions du présent article, ils en informent les organismes locaux de sécurité sociale mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 380-2 et aux articles L. 553-5 et L. 861-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles. »

ARTICLE 70 BIS

Supprimer cet article.