

N° 84

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

Annexe au procès-verbal de la séance du 5 novembre 2008

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, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2009**,*

Par M. Jean-Jacques JÉGOU,

Sénateur

(1) *Cette commission est composée de : M. Jean Arthuis, président ; M. Yann Gaillard, Mme Nicole Bricq, MM. Jean-Jacques Jégou, Thierry Foucaud, Aymeri de Montesquiou, Joël Bourdin, François Marc, Alain Lambert, vice-présidents ; MM. Philippe Adnot, Jean-Claude Frécon, Mme Fabienne Keller, MM. Michel Sergent, François Trucy, secrétaires ; M. Philippe Marini, rapporteur général ; Mme Michèle André, MM. Bernard Angels, Bertrand Auban, Denis Badré, Mme Marie-France Beaufils, MM. Claude Belot, Pierre Bernard-Reymond, Auguste Cazalet, Michel Charasse, Yvon Collin, Philippe Dallier, Serge Dassault, Jean-Pierre Demerliat, Éric Doligé, André Ferrand, Jean-Pierre Fourcade, Christian Gaudin, Adrien Gouteyron, Charles Guené, Claude Haut, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Yves Krattinger, Gérard Longuet, Roland du Luart, Jean-Pierre Masseret, Marc Massion, Gérard Miquel, Albéric de Montgolfier, Henri de Raincourt, François Rebsamen, Jean-Marc Todeschini, Bernard Vera.*

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 1157, 1211, 1212 et T.A. 202

Sénat : 80 et 83 (2008-2009)

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER : LES GRANDS ÉQUILIBRES DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT	11
I. UNE NOUVELLE REPRISE DE DETTES À L'ORIGINE DE NOMBREUX TRANSFERTS INTERNES DE RECETTES ET DE DÉPENSES	11
A. LA CADES REPRENDRA LES DÉFICITS DES BRANCHES MALADIE ET VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DU FSV	11
1. <i>La reprise de dette est plafonnée à 27 milliards d'euros</i>	13
2. <i>Cette reprise était rendue nécessaire par l'impossibilité de maintenir le cadre actuel de refinancement à court terme</i>	15
3. <i>Une fraction de CSG sera affectée à la CADES</i>	21
B. LE FFIPSA DISPARAÎT ET SA DETTE EST REPRISE PAR L'ÉTAT	22
1. <i>La dette de 3,162 milliards d'euros « héritée » du BAPSA a été apurée</i>	23
2. <i>La situation financière du FFIPSA apparaît néanmoins particulièrement dégradée</i>	23
3. <i>Le dispositif proposé par le présent projet de loi de financement</i>	26
4. <i>Les modifications apportées par l'Assemblée nationale</i>	29
5. <i>La position de votre rapporteur pour avis</i>	30
C. LE FSV APPARAÎT COMME LA VARIABLE D'AJUSTEMENT DES FLUX FINANCIERS RÉSULTANT DE LA REPRISE DE DETTES	32
1. <i>En tendance, avant mesures nouvelles, la situation du FSV s'améliorait</i>	32
2. <i>Les diverses mesures proposées contribuent à replacer le FSV en déficit, tout en l'allégeant de son déficit cumulé antérieur</i>	33
3. <i>Le déficit du FSV pourrait être supérieur aux prévisions</i>	35
D. LES PLAFONDS D'AVANCES DE TRÉSORERIE RESTENT TRÈS ÉLEVÉS	35
1. <i>Le plafond d'avances de trésorerie du régime général est fixé à 17 milliards d'euros</i>	35
2. <i>Les plafonds d'avances fixés pour les autres régimes connaissent des variations de moindre importance</i>	36
II. UNE TRAJECTOIRE DE RETOUR VERS L'ÉQUILIBRE QUI DEVRAIT ÊTRE REVUE	39
A. LE PLFSS TENTE D'ENRAYER LA DÉRIVE SPONTANÉE DES DÉFICITS	39
1. <i>Le déficit spontané des régimes de base aurait atteint près de 15 milliards d'euros en 2009</i>	39
2. <i>Le déficit des régimes obligatoires de base devrait être ramené à 9,5 milliards d'euros</i>	39
B. LES PROJECTIONS PLURIANNUELLES LAISSENT ENVISAGER UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE EN 2012	41
1. <i>Les hypothèses retenues</i>	41
2. <i>Un retour à l'équilibre après une nouvelle accumulation de déficit</i>	42

C. LA RÉVISION DU CADRAGE PLURIANNUEL OPÉRÉ PAR LE GOUVERNEMENT DEVRAIT TOUTEFOIS SE RÉPECUTER SUR CES PROJECTIONS	44
1. La révision des hypothèses économiques opérée lors de l'examen du projet de loi de programmation des finances publiques	44
2. Des effets à préciser s'agissant des régimes de sécurité sociale et des modalités de financement des régimes de retraite	45
III. UNE MISE À CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES QUI AMÈNE À S'INTERROGER SUR L'ÉVOLUTION À MOYEN TERME DE L'ASSURANCE MALADIE	47
A. LA SITUATION ACTUELLE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE	47
1. Il finance la CMU complémentaire et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	47
2. Son mode de financement a profondément évolué au cours des dernières années	49
B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ PAR L'ARTICLE 12	51
1. Un relèvement de la contribution versée par les organismes complémentaires	51
2. Une réallocation des autres recettes du fonds	52
3. L'équilibre prévisionnel du fonds CMU en 2009	53
C. LES CONSÉQUENCES DE CE NOUVEAU PARTAGE ET LES QUESTIONS QUI EN RÉSULTENT	55
1. Sur la capacité des organismes complémentaires à absorber ce transfert sans en répercuter le coût sur l'assuré	55
2. Sur le changement plus profond du partage des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire	57
CHAPITRE II : LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES	59
I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES	59
A. L'INSTAURATION D'UN FORFAIT SOCIAL	59
1. Le droit existant	59
2. Le dispositif proposé par l'article 13	62
3. La position de votre rapporteur pour avis	64
B. L'AJUSTEMENT DES TAXES AFFECTANT LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT ET LES GROSSISTES-RÉPARTITEURS	64
1. Les mesures proposées par les articles 14 et 17 bis	65
2. Votre rapporteur pour avis souhaite remettre la fiscalité du médicament en perspective	71
C. LES MESURES FAISANT SUITE AU « RAPPORT FOUQUET » SUR LA SÉCURITÉ JURIDIQUE DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS SOCIALES (ARTICLES 19 ET 20)	74
1. L'extension de la procédure d'arbitrage de l'ACOSS	74
2. La sécurisation juridique du dispositif de rescrit social	75
3. La clarification juridique de la notion d'abus de droit	77
4. L'opposabilité des décisions des URSSAF	77
5. La responsabilité des sociétés mères et des holdings en cas de travail dissimulé	78
6. La clarification du régime d'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus distribués aux travailleurs indépendants (article 20)	78

D. LES AUTRES DISPOSITIONS AFFECTANT LES RECETTES	85
1. La prise en charge des frais de transport entre le domicile et le travail (article 18)	85
2. L'indexation des droits indirects applicables aux boissons alcoolisées et l'augmentation du tarif de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25° (article 15).....	90
3. L'ajustement des cotisations sociales dues dans le secteur agricole (article 17).....	92
4. L'application de taux de cotisation majorés sur les revenus imposables à l'étranger (article 21).....	94
E. LES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES ET LEUR COMPENSATION	95
1. Les dérogations apportées au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales (article 22)	95
2. Un montant de compensation des exonérations ciblées fixé à 3,4 milliards d'euros (article 23).....	97
II. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE	101
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2009.....	101
1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (article 49).....	101
2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (article 50).....	102
B. LES MESURES RELATIVES À LA GOUVERNANCE	107
1. L'association de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) aux négociations conventionnelles (article 31)	107
2. La prise en charge par l'assurance maladie d'une part des cotisations des chirurgiens-dentistes (article 31 bis)	112
3. Le contenu du rapport transmis au Parlement par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) (article 32)	112
C. LES MESURES RELATIVES À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE.....	114
1. La rémunération complémentaire au profit des enseignants de médecine générale (article 33).....	114
2. La contribution forfaitaire des professionnels n'assurant pas une transmission électronique de leurs actes (article 33 bis)	116
3. La mise à disposition des professionnels de santé de référentiels validés par la HAS (article 34).....	117
4. La mise à disposition des patients de la liste des professionnels de santé ayant conclu un contrat d'engagements individualisés (article 34 bis)	119
5. L'analyse des dépenses de médicaments figurant sur la « liste en sus » et la prescription des médicaments orphelins (article 36).....	119
6. La définition du mode de financement des médicaments non-rétrocédables et non disponibles en officine de ville (article 37)	122
7. Les dispositions relatives à la prescription de génériques (articles 37 bis et 37 ter)	124
8. L'évaluation des molécules innovantes (article 37 quater).....	125
9. La diffusion des actes et dispositifs médicaux innovants (article 38).....	125
10. L'évaluation des dépenses en matière de contraception (article 38 bis).....	126
D. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	127
1. L'amélioration du suivi des dépenses hospitalières et diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé (article 39)	127
2. La facturation directe aux caisses d'assurance maladie des établissements de santé antérieurement en dotation globale (article 39 bis)	135
3. Les procédures de redressement et la procédure de certification des comptes des établissements de santé en situation financière difficile (articles 40 et 40 bis)	136
4. La procédure de recouvrement des contributions versées par chaque établissement public au centre national de gestion (article 40 ter)	140
5. L'extension de la procédure de mise sous accord préalable (article 42)	141

6. Le suivi des dépenses de personnel au sein des établissements de santé (article 42 bis)	142
E. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ	143
1. La prise en compte du constat dressé par votre commission des finances	143
2. La création d'une agence pour les systèmes d'information de santé partagés (article 35).....	147
3. La possibilité d'expérimenter un dossier médical enregistré sur clé USB (article 35 bis)	149
4. La création d'une nouvelle agence d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (article 41)	149
F. LE FINANCEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES.....	152
1. L'instauration d'une d'indemnisation à l'amiable des patients contaminés par le virus de l'hépatite C (article 47).....	152
2. Les crédits du FIQCS, du FMESPP et de l'EPRUS pour 2009 (article 48)	154
3. Les mesures relatives à l'épargne retraite des personnels hospitaliers (article 48 bis).....	159
III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE ET AU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES	161
A. LES MESURES AFFECTANT À LA BRANCHE VIEILLESSE	161
1. La révision des modalités d'indexation des pensions (articles 6 et 54).....	161
2. Les mesures en faveur de publics ciblés	164
3. La réforme de l'indemnité temporaire de retraite (ITR) en outre-mer (article 63)	174
4. De nouvelles mesures visant à développer l'emploi des seniors	177
5. Les autres mesures contribuant à une maîtrise des dépenses	184
B. DANS UN CONTEXTE FINANCIER DIFFICILE, LE RÔLE DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES DOIT ÊTRE CLARIFIÉ.....	187
1. La mission du FRR doit être précisée.....	187
2. Le contexte est défavorable	188
3. Il est toutefois nécessaire de continuer à abonder le fonds.....	191
IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	195
A. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE EN 2009.....	195
1. L'objectif de dépenses de la branche famille pour 2009.....	195
2. L'impact financier des mesures adoptées dans les précédentes lois de financement.....	197
3. Les charges de la branche famille en 2009.....	198
B. LES MESURES DU PLFSS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE	199
1. Le transfert à la branche famille de l'intégralité du financement des majorations de pensions pour les parents de 3 enfants.....	200
2. La modulation du montant du complément de libre-choix du mode de garde en fonction des horaires de travail atypiques des parents.....	201
3. L'assouplissement des conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel	202
V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES	203
A. LA COMPENSATION VERSÉE À LA BRANCHE MALADIE : UN MONTANT EN AUGMENTATION DE 300 MILLIONS D'EUROS.....	203
1. L'objectif de dépenses de la branche pour 2009 (article 69)	203
2. La compensation versée à la branche maladie : un montant réévalué (article 68)	204

B. LA CONTRIBUTION AUX « FONDS AMIANTE » : ENVIRON 1,2 MILLIARD D'EUROS EN 2009	204
1. La situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et la suppression de la contribution patronale versée au fonds (article 67).....	207
2. La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (article 67)	209
C. LES AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP	210
1. L'amélioration de la prise en charge des dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles (article 65)	210
2. La transmission du rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité de travail en cas de contentieux (article 65 bis)	211
3. Les conditions de maintien des indemnités journalières versées à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle (article 66).....	212
VI. LES MESURES RELATIVES À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	213
A. LES MESURES RELATIVES AUX ÉCHANGES D'INFORMATIONS	213
1. La transmission aux caisses d'allocations familiales d'informations relatives aux indemnités journalières (article 77 A).....	213
2. Les échanges de données en matière de fraude internationale (article 79).....	213
B. LA RÉVISION DE LA PROCÉDURE DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES (ARTICLE 77).....	215
1. Les limites du dispositif actuel	215
2. Le dispositif proposé	216
C. LE RENFORCEMENT DES PROCÉDURES PERMETTANT LE RECOUVREMENT DES INDUS DE PRESTATIONS SOCIALES (ARTICLE 78)	218
1. Le renforcement des pouvoirs de contrainte	218
2. Une fongibilité des prestations pour favoriser la récupération des indus	219
D. LES AUTRES MESURES.....	222
1. La limitation du recours aux attestations sur l'honneur dans le cadre des régularisations des cotisations prescrites (article 80).....	222
2. Les annulations d'exonérations de cotisations sociales (article 77 bis)	222
EXAMEN EN COMMISSION	223
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	231
GLOSSAIRE	239

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale est marqué par une nouvelle reprise de dettes, à hauteur de 26,6 milliards d'euros, par la Caisse d'amortissement de la dette sociale et par la suppression du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA), la branche maladie du régime social agricole étant adossée au régime général.

Cet « apurement du passé » s'accompagne de mesures visant à enrayer la dérive tendancielle des comptes. Pourtant, la situation demeure préoccupante : d'ici à 2012, le régime général de sécurité sociale devrait à nouveau accumuler pas moins de 14,4 milliards d'euros de déficits, et le Fonds de solidarité vieillesse, 2 milliards d'euros.

Encore convient-il de prendre ces évaluations avec une grande précaution, le contexte économique actuel, très défavorable, ayant conduit le gouvernement à réviser ses hypothèses économiques lors de l'examen, au Sénat, du projet de loi de programmation pluriannuelle des finances publiques pour les années 2009 à 2012. Ceci nécessitera donc un ajustement des données générales du présent projet de loi de financement.

Cette situation illustre les défis à relever pour ramener durablement les régimes de sécurité sociale à l'équilibre. Elle conduit également à mettre en perspective certains éléments du présent projet de loi : va-t-on vers un nouvel équilibre entre régime de base et couverture complémentaire en matière d'assurance maladie ? Peut-on réellement, dans le contexte actuel, envisager de gager l'augmentation des cotisations vieillesse par une baisse des cotisations chômage ? Quel rôle entend-on donner au Fonds de réserve pour les retraites ?

Votre rapporteur pour avis souhaite que l'examen du présent projet de loi de financement par le Sénat permette d'apporter des réponses à ces questions essentielles.

CHAPITRE PREMIER :

LES GRANDS ÉQUILIBRES DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT

I. UNE NOUVELLE REPRISE DE DETTES À L'ORIGINE DE NOMBREUX TRANSFERTS INTERNES DE RECETTES ET DE DÉPENSES

A. LA CADES REPRENDRA LES DÉFICITS DES BRANCHES MALADIE ET VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DU FSV

L'article 10 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pose le cadre d'une **nouvelle reprise de dette** par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Il complète, à cette fin, les dispositions de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Il convient de rappeler que le total de la dette reprise par la CADES s'élève aujourd'hui à **107,6 milliards d'euros**.

Les dettes reprises par la CADES depuis 1996

► La mission initialement confiée à la CADES était :

- d'amortir sur une durée de treize années et un mois la dette cumulée du régime général de la sécurité sociale, correspondant au financement des déficits des exercices 1994 et 1995 à hauteur de 18,3 milliards d'euros au financement du déficit prévisionnel pour 1996 à hauteur de 2,6 milliards d'euros ;

- d'effectuer sur la même période un versement annuel de 1,9 milliard d'euros à l'Etat correspondant à l'emprunt de 16,8 milliards d'euros contracté en 1993 par celui-ci, afin de couvrir, pour partie, les dettes cumulées du régime général de sécurité sociale jusqu'en 1993 ;

- de verser, au cours de la seule année 1996, 450 millions d'euros à la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM) pour couvrir ses déficits 1995 et 1996.

► Au 1^{er} janvier 1998, la CADES a repris un montant de 13,2 milliards d'euros correspondant d'une part, à 11,4 milliards d'euros de dette cumulée au titre des exercices 1996 et 1997 et d'autre part, à 1,8 milliard d'euros, représentant le préfinancement du déficit prévisionnel de l'exercice 1998. La durée de vie de la CADES a ainsi été rallongée de 5 ans et la perception de la CRDS, dont le taux et l'assiette sont restés inchangés, a été prolongée de janvier 2009 à janvier 2014.

► A compter du 1^{er} janvier 2001, le versement annuel à l'État a été réduit à 1,85 milliard d'euros afin de partiellement compenser les mesures d'exonération de CRDS sur les indemnités des chômeurs non imposables. La loi de finances pour 2002 a prévu dans son article 38 de remplacer les 7 derniers versements de 1,85 milliard d'euros de la caisse à l'Etat (soit 12,97 milliards d'euros) par 4 versements de 3 milliards d'euros ramenant la fin des versements à l'Etat au 31 décembre 2005.

► Au 1^{er} avril 2003, la CADES a repris 1.282,4 millions d'euros de dette supplémentaire au titre de l'apurement partiel de la créance enregistrée en 2000 par les organismes de sécurité sociale au titre des exonérations de cotisations entrant dans le champ du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que la CADES verse le solde de l'apurement de cette même créance, soit 1.097 millions d'euros, en 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 avait également prévu 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 intégrait 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).

Source : commission des finances, d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale et de la CADES

Sur ce total, **la caisse** avait amorti près de 34,7 milliards d'euros au 31 décembre 2007 et **devrait avoir amorti près de 37,5 milliards d'euros à la fin de l'année 2008¹**, comme le montre le tableau suivant, qui intègre les effets de la reprise de dette envisagée pour 2009.

¹ L'objectif d'amortissement de la dette sociale est fixé par l'article 4 du présent projet de loi à 2,8 milliards d'euros au titre de l'année 2008, soit un montant identique à celui qui avait déterminé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Evolution de la dette sociale et de son amortissement

(en millions d'euros)

Année de reprise de dette	Dette reprise cumulée ⁽¹⁾	Amortissement annuel	Amortissement cumulé	Situation nette de l'année ⁽²⁾
1996	23 249	2 184	2 184	-21 065
1997	25 154	2 907	5 091	-20 063
1998	40 323	2 444	7 535	-32 788
1999	42 228	2 980	10 515	-31 713
2000	44 134	3 226	13 741	-30 393
2001	45 986	3 021	16 762	-29 224
2002	48 986	3 227	19 989	-28 997
2003	53 269	3 296	23 285	-29 984
2004	92 366	3 345	26 630	-65 736
2005	101 976	2 633 ⁽⁴⁾	29 263	-72 713
2006	107 676	2 815	32 078	-75 598
2007	107 611	2 578 ⁽⁵⁾	34 656	-72 955
2008 (3)	107 611	2 812	37 468	-70 143
2009 ⁽³⁾	134 211	4 073	41 541	-92 670

(1) Les montants de reprise de dettes ou de déficits indiqués comprennent les annuités de remboursements à l'Etat. Le versement de 3 milliards d'euros effectué en 2005 représente la dernière annuité de remboursement à l'Etat.

(2) La situation nette correspond à la dette restant à rembourser au 31 décembre de l'exercice.

(3) Montants prévisionnels.

(4) La diminution de l'amortissement annuel constatée entre 2004 et 2005 résulte de l'augmentation des intérêts à payer consécutive à la reprise de dette opérée en 2004.

(5) La diminution de l'amortissement annuel constatée entre 2007 et 2006 résulte de l'augmentation des intérêts à payer consécutive à la reprise de dette opérée en 2006.

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement

1. La reprise de dette est plafonnée à 27 milliards d'euros

Le 2° de l'article 10 prévoit de transférer à la CADES :

- les déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches maladie et vieillesse du régime général ;

- les déficits cumulés au 31 décembre 2008 du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Il est précisé que ces déficits cumulés sont établis compte tenu des reprises de dette antérieures ainsi que des transferts intervenant entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse et le FSV.

Ces transferts de déficits seraient **plafonnés à 27 milliards d'euros**. On rappellera qu'une limite de même nature avait été posée lors du dernier transfert de déficits, opéré par la loi relative à l'assurance maladie¹.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004.

Un **dispositif spécifique** est prévu au cas où le montant total des déficits cumulés des branches maladie et vieillesse ainsi que du FSV **excéderait 27 milliards d'euros**. Dans cette hypothèse, les transferts seraient affectés par **priorité** à la couverture des déficits les plus anciens, et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches et organismes mentionnés, c'est-à-dire, par ordre de priorité, la branche maladie, la branche vieillesse puis le FSV.

En pratique, cette disposition ne paraît pas devoir s'appliquer. Les **éléments transmis par l'ACOSS évaluent en effet à 26,6 milliards d'euros le montant des déficits qui devraient être transférés à la CADES** :

Détail des montants repris par la CADES

(en millions d'euros)

Résultat net annuel	CNAMTS	CNAVTS	FSV	Total
2004 et antérieur			-1 696	-1 696
2005		-1 876	-2 005	-3 881
2006		-1 855	-1 259	-3 114
2007	-4 629	-4 572	151	-9 050
2008	-4 009	-5 717	900	-8 826
Total	-8 638	-14 020	-3 909	-26 567

Source: ACOSS

Les transferts s'effectueraient au cours de l'année 2009, les montants et les dates des versements correspondants étant fixés par décret. Il en va de même pour les montants et les dates de la régularisation qui pourra, le cas échéant, être opérée au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2008. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, **trois versements** seraient envisagés, **avant le 31 mars 2009** : un versement de 10 milliards d'euros le 15 janvier 2009, un versement de 10 milliards d'euros le 6 février 2009 et un dernier versement le 6 mars 2009, correspondant au solde, dans la limite de 7 milliards d'euros.

La CADES n'effectuera des versements qu'au profit de l'ACOSS

Le texte de l'article 10 du présent projet de loi de financement fait mention de transferts de la CADES à l'ACOSS, et à elle seule. Le FSV ne recevra ainsi aucun versement, alors que son déficit cumulé est également repris par la caisse.

Il convient, à cet égard, de rappeler que le FSV n'est pas autorisé à emprunter. Son déficit pèse ainsi sur la trésorerie de la CNAV – à hauteur de 270 millions d'euros en 2007, selon les données transmises par le fonds.

Dans ces conditions, il est naturel que les versements de la CADES reviennent à l'ACOSS, et non au FSV. On notera toutefois qu'une partie que la dette du FSV touche la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), qui ne recevra rien de la part de la CADES.

Le texte du projet de loi précise, par ailleurs, que les opérations de produits et de charges enregistrées de manière réciproque entre les branches du régime général et entre ces mêmes branches et le fonds de solidarité vieillesse au titre de l'exercice 2008 et des exercices précédents sont

considérées comme définitives, sauf si une disposition législative dispose qu'il s'agit d'acomptes. Cette mesure vise à figer la situation résultant de l'apurement de la situation des deux caisses et du fonds. L'enregistrement ultérieur éventuel, dans les comptes des caisses du régime général ainsi que du FSV, de corrections d'erreurs anciennes dont l'incidence serait globalement neutre, n'aura donc pas d'incidence.

2. Cette reprise était rendue nécessaire par l'impossibilité de maintenir le cadre actuel de refinancement à court terme

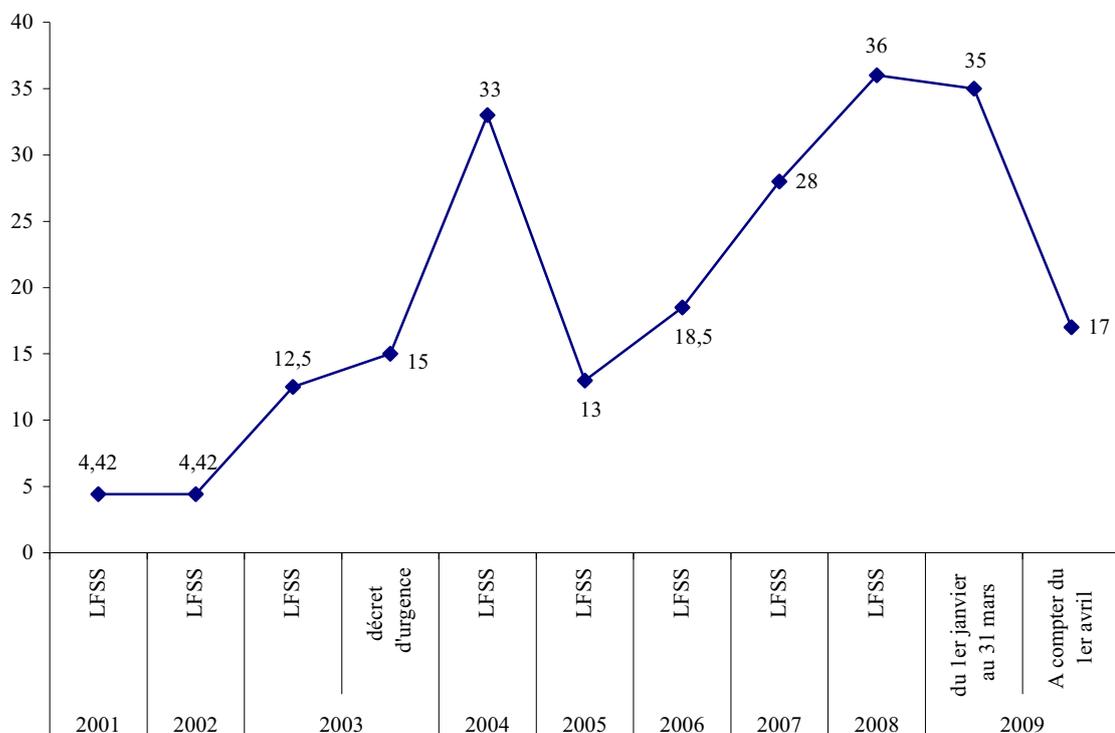
a) *Le plafond d'avances de trésorerie du régime général a atteint un niveau record en 2008*

Il convient de rappeler que le plafond d'avances de trésorerie du régime général de sécurité sociale a atteint, en 2008, un niveau record de **36 milliards d'euros**, comme le montre le graphique suivant.

Comme il le montre également, le plafond d'avances de trésorerie accordé à l'Agence centrale des organismes de sécurité social (ACOSS) devrait, du fait du nouveau transfert de déficits à la CADES, connaître une diminution significative à compter du mois d'avril, tout en restant élevé (cf. *infra*).

Evolution du plafond d'avances de trésorerie du régime général depuis 2000

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances

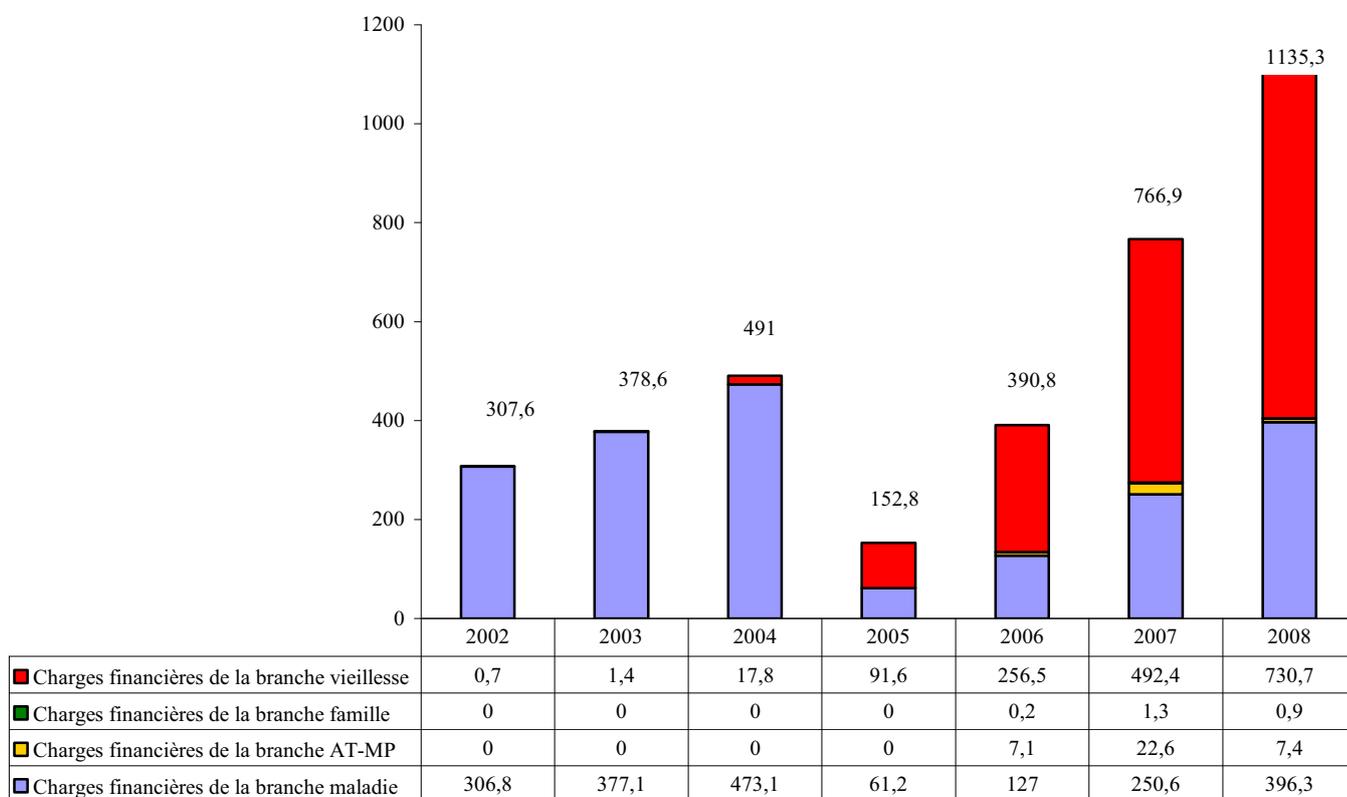
b) Les frais financiers de l'ACOSS ont « explosé »

En lien avec cette croissance du plafond d'avances de trésorerie, les frais financiers supportés par le régime général ont également « explosé », pour atteindre **plus de 1,1 milliard d'euros cette année.**

Il convient de noter que le résultat net est légèrement inférieur (1,02 milliard d'euros), la branche famille disposant de produits financiers, à hauteur de 115,5 millions d'euros (la branche AT-MP bénéficie également de très faibles produits financiers à hauteur de 400.000 euros).

Evolution des frais financiers des branches du régime général

(en millions d'euros)



Source : d'après les réponses au questionnaire de votre rapporteur pour avis

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès de l'ACOSS, la reprise, par la CADES, des déficits cumulés à fin 2008 devrait permettre à l'ACOSS de réaliser une **économie de frais financiers d'environ 1,1 milliard d'euros.**

D'après les prévisions élaborées par l'ACOSS fin septembre 2008, sur la base des données du PLFSS et d'un **taux Eonia à 4,20 %**, les **frais financiers supportés par la branche vieillesse s'élèveraient à 370 millions d'euros en 2009 et ceux de la branche maladie à 190 millions d'euros.**

Si le taux Eonia était ramené à 3,80 %, les frais financiers afférents à la branche vieillesse s'élèveraient à 335 millions d'euros et ceux afférents à la branche maladie à 175 millions d'euros.

c) La Caisse des dépôts et consignations n'est plus en mesure de prendre en charge de tels niveaux d'avances de trésorerie

(1) Le cadre général de gestion du plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS

La **Caisse des dépôts et consignations** (CDC) est le partenaire financier historique de l'ACOSS. Les avances de trésorerie qu'elle consent à celui-ci sont régies par une convention signée le 21 septembre 2006, qui améliore, à compter du 1^{er} octobre 2006, les conditions de financement des besoins de trésorerie par rapport à la précédente convention. Le tableau qui suit retrace les différentes conditions de financement fixées par cette convention.

Les conditions de financement de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations

	Mode de financement ou rémunération des placements	Convention 2001	Convention 2006-2010
Financements	Avances prédéterminées à 30 jours et plus	Non existantes	+ 5 bp
	Avances prédéterminées de 14 à 29 jours	Non existantes	+ 10 bp
	Avances prédéterminées de 7 à 13 jours	Non existantes	+ 11,5 bp
	Avances à 24 h - encours < 3 Md€	+ 16,5 bp	+ 15 bp
	Avances à 24 h - encours > 3 Md€	+ 21,5 bp	+ 15 bp
	Avances exceptionnelles en J pour J	Non existants	+ 40 bp
Placements	Certificats de dépôts 1 mois	Non existants	- 2 bp
	Certificats de dépôts < 3 semaines	Non existants	- 3 bp
	Certificats de dépôts > 3 semaines	Non existants	- 4 bp
	Soldes créditeurs à 24 h - encours < 3 Md€	- 10 bp	- 10 bp
	Soldes créditeurs à 24 h - encours > 3 Md€	- 5 bp	- 5 bp

Source : ACOSS

Par ailleurs, l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a autorisé l'ACOSS à faire appel au marché en **émettant des billets de trésorerie**. Cette diversification des modes de financement présente un triple intérêt pour l'ACOSS :

- elle peut permettre, en fonction de la situation des marchés, de réduire les coûts de financement des besoins de trésorerie ;

- elle complète les avances consenties par la CDC afin de couvrir l'ensemble des besoins de trésorerie de l'ACOSS ;

- enfin, elle répond à une volonté d'optimiser la gestion de trésorerie des administrations publiques.

(2) L'impossibilité pour la Caisse des dépôts et consignations de maintenir de telles conditions de financement

Compte tenu de la crise financière déclenchée à l'été 2007, la CDC a averti l'ACOSS, par lettre du 20 décembre 2007, qu'elle ne s'engagerait à financer les avances au taux fixé par la convention du 21 septembre 2006 qu'à hauteur de **25 milliards d'euros en 2008**, sur les 31 milliards d'euros demandés – l'ACOSS étant par ailleurs autorisée à émettre des billets de trésorerie.

En effet, compte tenu de l'importance des besoins de trésorerie de l'ACOSS, la CDC ne se refinance pas elle-même au jour le jour sur les marchés financiers, mais sur des durées plus longues. Elle supporte pleinement le risque de liquidité à l'intérieur du plafond de financement pour lequel elle s'est engagée auprès de l'ACOSS. La bonne gestion de ce risque l'amène à se refinancer sur des durées de 1 à 3 mois, durées pour lesquelles les taux de référence du marché sont l'Euribor de 1 à 3 mois, c'est-à-dire le taux de rémunération pratiqué entre banques de meilleures signatures sur des durées de 1 et 3 mois.

A compter de mi-2007, la crise de confiance et de liquidité s'est traduite par une augmentation très rapide des taux Euribor, renchérissant très lourdement le coût de la ressource de un à trois mois par rapport à celui du coût de la ressource au jour le jour.

C'est la raison pour laquelle une clause de révision de prix a été introduite pour les financements 2008 sur la tranche excédant 25 milliards d'euros et inférieure à 31 milliards d'euros : le prix des avances de la CDC est alors basé sur le taux EURIBOR 2 mois (soit l'équivalent, au mois d'août 2008, de EONIA + 45 points de base).

D'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, la CDC a fait savoir qu'elle ne pourrait pas conserver ce taux d'avances jusqu'à 25 milliards d'euros au-delà de 2008, la caisse n'ayant pas vocation à supporter elle-même pour tout ou partie les coûts générés par les besoins de trésorerie de l'ACOSS, dans un contexte de marché où la liquidité est chère. C'est, en outre, l'équilibre de bilan de la CDC lui-même qui pourrait être remis en cause si une telle situation perdurait.

Signalons en outre que, d'après les données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement, compte tenu des difficultés financières actuelles, l'Etat pourrait être amené à acheter lui-même, pour une période courte d'une

dizaine de jours, des billets de trésorerie émis par l'ACOSS pour environ 3 milliards d'euros en octobre et novembre 2008.

Cette situation souligne le caractère intenable d'un refinancement à court terme d'un déficit d'une telle ampleur, et qui présente de surcroît un caractère structurel. Une reprise de dette était dès lors inévitable. Elle oblige également à prendre des mesures afin de prévenir la survenance d'une situation identique d'ici quelques années – ce que le présent projet de loi de financement ne fait que très partiellement.

d) L'ACOSS pourra gérer la trésorerie de tiers contre rémunération

(1) Le champ du dispositif

L'article 29 du présent projet de loi de financement tire également les conséquences de cette situation en essayant de mutualiser et d'optimiser la gestion de la trésorerie d'un certain nombre d'organismes.

Il prévoit ainsi la **possibilité, pour certains organismes, de déposer, contre rémunération, leurs disponibilités auprès de l'ACOSS.**

Sont ainsi concernés : les régimes obligatoires de base de sécurité sociale autres que le régime général, les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à l'amortissement de leur dette (CADES) et à la mise en réserve de recettes à leur profit (FRR), les organismes financés par des régimes obligatoires de base (CNSA), les fonds comptables retraçant le financement de dépenses spécifiques relevant d'un régime obligatoire de base (par exemple le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante – FIVA) et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'ONDAM (comme la Haute autorité de santé).

Les modalités de ces dépôts seront fixées par une **convention**, qui sera soumise à l'approbation des ministres de tutelle de l'ACOSS et du régime, de l'organisme ou du fonds concerné.

Les intérêts créditeurs et débiteurs résultant de la gestion de cette trésorerie seront affectés à ces régimes, fonds ou organismes sur la base du solde comptable quotidien de leur trésorerie constaté par l'ACOSS, comme c'est le cas aujourd'hui pour les branches du régime général.

Un décret en Conseil d'État précisera les conditions d'application de ces dispositions, qui seront applicables aux conventions conclues à compter de 2008.

L'Assemblée nationale n'a apporté que des modifications rédactionnelles à cet article, à l'initiative de la commission des affaires culturelles.

(2) Les résultats attendus

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès de l'ACOSS, cet article conforte l'objectif d'optimisation de la trésorerie des organismes publics fixés par la convention d'objectifs et de gestion de l'agence.

Les discussions seraient notamment avancées avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), un décret devant paraître dans les prochains jours afin d'autoriser cette caisse à placer sa trésorerie auprès de l'ACOSS *via* un achat des billets de trésorerie émis ou un prêt de trésorerie. Des discussions ont également eu lieu avec la Haute autorité de santé, mais pas avec le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ou l'EPRUS.

L'ACOSS a précisé que cette possibilité devrait être mutuellement avantageuse, pour elle comme pour les organismes concernés. Lors des débats à l'Assemblée nationale, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique a précisé que *« la CNSA a 1,2 ou 1,3 milliard d'excédents de trésorerie. Cela permettra à l'ACOSS de s'autofinancer et de ne pas avoir recours sur les marchés à de l'argent, qui serait souvent moins bien rémunéré. Cela permet une meilleure gestion cumulée de l'ensemble de la trésorerie »*.

(3) Une information renforcée sur la gestion de la trésorerie des régimes et des organismes de sécurité sociale

Signalons, par ailleurs, que l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission et du gouvernement, un amendement présenté par notre collègue députée Marianne Montchamp, rapporteur pour avis du présent PLFSS au nom de la commission des finances, tendant à renforcer l'information du Parlement sur les politiques de financement et de placement de l'ensemble des institutions relevant de la sphère de ce projet de loi : régimes obligatoires de base, organismes et fonds mentionnés précédemment.

Le gouvernement devrait donc transmettre au Parlement, chaque année avant le 15 octobre, un rapport présentant un bilan de la politique financière d'emprunt ou de placement de ces structures.

Votre rapporteur pour avis observe que cette disposition **permettra d'enrichir la connaissance du Parlement**, même si de très nombreuses informations sont déjà disponibles dans les annexes au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ou dans les documents de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui pourraient donc être complétés pour satisfaire à cette exigence.

3. Une fraction de CSG sera affectée à la CADES

a) Un transfert rendu obligatoire par la LOLFSS...

La loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a encadré les reprises de dettes opérées par la CADES, en prévoyant dans son article 20 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* », cette dernière étant appréciée « *au vu des éléments présentés par la caisse dans ses estimations publiques* ».

La CADES estime actuellement qu'il existe une chance sur deux qu'elle ait amorti la dette qui lui a été confié d'ici 2021. La probabilité que cette dette soit remboursée dans 11 ans, soit en 2020, est de 5 % ; le risque qu'elle ne le soit pas dans un délai supérieur à 14 ans, soit en 2023, est également évalué à 5 %.

Compte tenu de ces projections, la caisse a effectué des simulations montrant qu'un maintien de la durée actuelle d'amortissement suppose de lui affecter l'équivalent de 0,7 point de CRDS par tranche de 10 milliards d'euros transférés.

En contrepartie de ce transfert de déficits, le 3° de l'article 10 du présent projet de loi de financement **affecte donc à la CADES 0,2 point de CSG**, qui venaient jusqu'alors abonder le FSV, ce qui **correspond aux exigences de la LOLFSS**.

Les justifications apportées par l'annexe 8 du projet de loi de financement

« Le PLFSS pour 2009 prévoit que le montant maximal de la reprise de dette sera de 27 milliards d'euros : il est par conséquent nécessaire de transférer l'équivalent de 0,189 point de CRDS, soit, selon les prévisions figurant dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, 2,29 milliards d'euros en 2009.

« Le PLFSS prévoit de transférer 0,2 point de CSG en provenance du FSV. Cette ressource est bien équivalente à 0,189 point de CRDS, à la fois en termes de niveau (selon les prévisions de la Commission des comptes, le rendement attendu pour 2009 de ces 0,2 point de CSG est de 2,29 milliards d'euros), et en termes de dynamique pluriannuelle compte tenu de la similarité de l'assiette des deux contributions ».

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

b) *Qui suscite néanmoins certaines interrogations*

Si les nouvelles ressources affectées à la CADES respectent bien les règles posées par l'article 20 de la LOLFSS, on peut regretter que la solution retenue conduise à replacer le FSV en position de déficit jusqu'en 2012(cf. infra I-C).

En outre, il convient d'observer que **les projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi de financement font apparaître un maintien des déficits global du régime général jusqu'en 2011 inclus**

(cf. *infra* II). Dès lors, on peut s'interroger sur la capacité future du gouvernement et du Parlement à faire face aux contraintes de financement des dépenses sociales sans recourir à des mesures très significatives d'ajustement à la baisse des dépenses, soit à une augmentation des prélèvements obligatoires.

Enfin, du point de vue de la **lisibilité** des prélèvements sociaux, **il aurait été préférable de réduire le taux de la CSG et d'accroître à due concurrence celui de la CRDS**, plutôt que d'affecter à la CADES une fraction de la CSG. Notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, a d'ailleurs présenté un amendement en ce sens. Celui-ci a toutefois été **repoussé par l'Assemblée nationale**, qui a considéré, suivant les arguments défendus par M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, qu'un relèvement de la CRDS ne serait pas opportun, car il donnerait un signal d'augmentation des prélèvements obligatoires qui ne serait pas compris. Votre rapporteur pour avis souscrit à cette analyse et remarque qu'**une diminution de la CSG aurait pu apparaître curieuse, compte tenu des déficits que continue d'enregistrer le régime général de sécurité sociale.**

B. LE FFIPSA DISPARAÎT ET SA DETTE EST REPRISE PAR L'ETAT

Le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) est un établissement public à caractère administratif, créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004¹. **Il remplace le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA)**, qui ne répondant plus à la définition des budgets annexes prescrite par la loi organique du 1^{er} janvier 2001 relative aux lois de finances (LOLF)², a été supprimé au 31 décembre 2004.

Doté d'un conseil d'administration et d'un comité de surveillance, le FFIPSA est un **fonds de financement destiné à faire transiter des ressources fiscales vers le régime agricole**. Le FFIPSA verse ainsi le produit de ces ressources à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) qui assure, quant à elle, le recouvrement des cotisations et le versement des prestations³.

¹ Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003.

² L'article 18 de la LOLF dispose que « des budgets annexes peuvent retracer, dans les conditions prévues par une loi de finances, les seules opérations de services de l'Etat non dotés de la personnalité morale résultant de leur activité de production de biens ou de prestation de services donnant lieu au paiement de redevances, lorsqu'elles sont effectuées à titre principal par lesdits services ».

³ Bien que destiné uniquement à faire transiter les ressources fiscales vers le régime agricole, le FFIPSA retrace dans ses comptes la totalité des charges et produits du régime.

1. La dette de 3,162 milliards d'euros « héritée » du BAPSA a été apurée

L'article 40 de la loi de finances pour 2004 précitée, supprimant le BAPSA et créant le FFIPSA, précisait que les droits et obligations de l'Etat au titre du BAPSA étaient transférés au FFIPSA au plus tard le 31 décembre 2004.

A sa clôture, le 31 décembre 2004, le BAPSA présentait **un déficit cumulé de 3,162 milliards d'euros qui ont été inscrits au bilan d'ouverture du FFIPSA**, sous la forme de fonds propres négatifs.

Cette dette « héritée » du BAPSA a fait l'objet de **deux opérations de reprises de dette** et est maintenant apurée.

Dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2005¹, la dette contractée pour le compte du FFIPSA par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) a en effet été partiellement transférée à l'Etat, à hauteur de 2,5 milliards d'euros.

Ce transfert a réduit d'autant la créance du FFIPSA sur l'Etat, laissant subsister, dans les comptes du fonds, une créance nette de 619 millions d'euros. Dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2007², le reliquat de cette dette a été transféré à l'Etat selon un dispositif identique.

Votre commission des finances avait approuvé cette mesure, tout en soulignant, d'une part, les **limites de la méthode comptable utilisée**³ ; d'autre part, la **nécessité de poursuivre les réflexions sur la recherche d'un mode de financement pérenne** du régime de protection sociale des non salariés agricoles.

2. La situation financière du FFIPSA apparaît néanmoins particulièrement dégradée

La situation financière du FFIPSA, après ces opérations de reprise de dette, n'en demeure pas moins particulièrement dégradée. Le régime social agricole est structurellement déficitaire, ce qui génère une dette cumulée estimée à près de 7,5 milliards d'euros à la fin de l'année 2008.

¹ Article 117 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005.

² Article 83 de la loi n° 2007-1824 du 25 décembre 2007 de finances rectificative pour 2007.

³ Votre commission des finances **s'était interrogée sur l'opportunité du traitement**, en comptabilité budgétaire, opéré par le gouvernement sur cette question : bien que générant une charge budgétaire – les intérêts précomptés – ces opérations de reprise de dette ont été considérées comme des opérations de trésorerie en application de l'article 25 de la LOLF et non comme une opération budgétaire.

a) *Un déficit structurel de près de 2,6 milliards d'euros pour 2008*

Les comptes du FFIPSA, qui figurent en annexe des projets de loi de financement de la sécurité sociale, font état d'un **déficit prévisionnel du FFIPSA en 2008 de près de 2,6 milliards d'euros**, contre 2,2 milliards d'euros en 2007 et 1,3 milliard d'euros en 2008.

Ce déficit est porté à part quasi égale entre la branche maladie (- 1,4 milliard d'euros en 2008) et la branche vieillesse (- 1,2 milliard d'euros en 2008).

Il tient, pour l'essentiel, au **déséquilibre démographique** du régime et au **caractère peu dynamique de ses ressources**.

En effet, comme le rappelle le rapport d'activité du FFIPSA pour l'année 2007, le régime de protection sociale des non-salariés agricoles se caractérise par un déclin continu des effectifs et un vieillissement de la population concernée. Il en résulte un rapport de 1 actif cotisant pour 3 pensionnés en 2007.

Le déséquilibre structurel entre les recettes et les dépenses du fonds s'explique ensuite par les modifications apportées au mode de financement du FFIPSA par rapport au BAPSA, principalement **la suppression d'affectations de recettes dynamiques** :

- substitution aux affectations de TVA d'une quote-part du produit des droits de consommation sur les tabacs qui ont subi une forte baisse depuis 2005 ;

- suppression de l'affectation d'une part du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) dont bénéficiait le BAPSA et qui n'a pas été remplacée ;

- **non-versement, depuis 2005, de la subvention d'équilibre incombant à l'Etat¹**.

Les **recettes du FFIPSA** se sont ainsi élevées, en 2008, à **14,4 milliards d'euros**, dont **88 % correspondent à des sources de financement extérieures** (compensation démographique entre régimes et taxes affectées).

¹ *Alors que le BAPSA, comme tout budget annexe, devait, en toute rigueur, bénéficier d'un équilibre automatique de ses comptes par le versement d'une subvention de l'Etat, les statuts du FFIPSA prévoient désormais « une dotation de l'Etat destinée, le cas échéant, à équilibrer le fonds ». Or, depuis 2005, l'Etat ne verse pas de subvention d'équilibre, s'appuyant sur la formule « le cas échéant » pour considérer que le législateur a entendu laisser à l'Etat le choix des moyens d'équilibre financier du FFIPSA » (Communication de la Cour des comptes, au sein du rapport d'information n° 304 (2006-2007) de notre collègue Jean-Marc Juilhard, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat). Cette analyse n'est pas partagée par votre commission des finances, comme elle l'a notamment rappelé lors de l'examen du projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2007.*

Les recettes du FFIPSA en 2008

(en millions d'euros)

Cotisations des assujettis	1.694,28
Cotisations prises en charge par l'Etat dans le cadre des exonérations « Perben / LOOM »	32,04
Cotisation de solidarité	19,96
Rachat de cotisations	27,06
Part de la CSG maladie affectée au régime des exploitants agricoles	1.022,06
Contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	679,68
Contribution de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)	123,48
Versement de l'Etat au titre de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)	39,81
Versement du Fonds spécial d'invalidité (FSI)	10,98
Versement du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	127,51
Compensation démographique	5.387,33
Taxes affectées	5.119,66
<i>Dont droits sur les tabacs</i>	<i>4.950,64</i>
Recettes diverses	53,57
Reprises de provisions sur cotisations	69,57
Remboursement du congé de paternité	4,78
TOTAL	14.411,76

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

b) Une dette « propre » cumulée de près de 7,5 milliards d'euros

De ce déficit structurel du régime social agricole résulte une **dette cumulée du FFIPSA** – dite dette « propre » car contractée par le FFIPSA depuis sa création – évaluée à près de **7,5 milliards d'euros au 31 décembre 2008**.

Déficits cumulés du FFIPSA depuis 2005

(en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008
Recettes	14,3	15,0	14,3	14,4
Dépenses	15,7	16,3	16,5	17,0
Solde annuel	-1,4	-1,3	-2,2	-2,6
Déficit cumulé	-1,4*	-2,7	-4,9*	-7,5

* Après effet des reprises de dette par l'Etat en 2005 et 2007

Source : loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Depuis le 1^{er} janvier 2008, le FFIPSA gère directement ses emprunts auprès d'établissements bancaires auxquels il est lié par des conventions d'ouverture de crédits à court terme.

La loi de financement de la sécurité sociale fixe, chaque année, le **plafond d'avances de trésorerie** du FFIPSA. Pour 2008, ce plafond s'est élevé à **8,4 milliards d'euros**, soit plus de la moitié des recettes du fonds.

Plafond d'emprunt du FFIPSA fixé en loi de financement

(en millions d'euros)

2005	2006	2007	2008
6.200	7.100	7.100	8.400

Source : lois de financement de la sécurité sociale correspondantes

La dégradation financière du FFIPSA a également pour conséquence un **alourdissement significatif des charges d'intérêts du FFIPSA**. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès du ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique, les charges d'intérêts supportées par le FFIPSA s'élèveraient à plus de **300 millions d'euros en 2008, soit près du double de celles de 2007** (186 millions d'euros).

Charges d'intérêts supportées par le FFIPSA

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008
Intérêts financiers	78,3	86,1	186,3	304,4

Source : ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

3. Le dispositif proposé par le présent projet de loi de financement

Le redressement financier du régime social agricole fait l'objet de mesures à la fois dans le cadre du **projet de loi de finances pour 2009** et dans le **présent projet de loi de financement de la sécurité sociale**. Ces mesures visent à répondre en partie à **deux problèmes distincts** : d'une part, la **dette cumulée du FFIPSA**, et, d'autre part, la **question du besoin de financement structurel du régime social agricole**.

a) La reprise de la dette propre du FFIPSA à hauteur de 7,5 milliards d'euros

L'article 27 du **projet de loi de finances pour 2009** propose, en effet, de **transférer à l'Etat la dette contractée depuis 2005 par le FFIPSA** selon un dispositif quasi similaire à ceux proposés en 2005 et en 2007, à hauteur de 7,5 milliards d'euros.

Si votre rapporteur pour avis approuve cette mesure, il s'interroge, une nouvelle fois, sur le **traitement en comptabilité budgétaire de cette opération**.

Quant à la question du besoin de financement structurel du régime social agricole, **l'article 16 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, propose une réforme globale du financement de l'assurance maladie du régime social agricole.** Cette réforme est destinée à trouver un schéma de financement pérenne de la protection sociale des exploitants agricoles, conformément aux engagements de M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, pris devant la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2008 et réitérés lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

b) L'intégration financière de la branche maladie du régime social agricole au régime général

L'article 16 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose ainsi **la suppression du FFIPSA et l'intégration de la branche maladie du régime social des non salariés agricoles à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS),** comme cela est déjà le cas pour les salariés agricoles.

Cette opération entraîne plusieurs conséquences :

(1) Une gestion de la trésorerie du régime social agricole par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

La gestion de la trésorerie des différentes branches du régime social des exploitants agricoles sera désormais confiée à la CCMSA (**4° du I**), qui assurerait jusqu'alors le recouvrement des cotisations et le versement des prestations du régime général des non salariés agricoles.

En conséquence, la **CCMSA se voit transférer**, à compter du 1^{er} janvier 2009, **les droits et obligations du FFIPSA (IV) et conférer l'autorisation d'emprunt pour financer ses besoins de financement,** autorisation jusqu'alors accordée au FFIPSA chaque année en loi de financement de la sécurité sociale (**4° du I**). Ce plafond est fixé à 3,2 milliards d'euros pour 2009 (article 30 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale).

(2) Une affectation de ressources nouvelles

Le **4 ° du I** énumère ensuite les ressources auparavant versées au FFIPSA qui seront désormais transférées à la CCMSA, en distinguant celles revenant respectivement à la branche vieillesse et à la branche maladie.

Il est à noter **trois éléments introduits** par le dispositif :

- **une fixation a priori d'une clé de répartition des droits sur les tabacs entre les deux branches vieillesse et maladie des non-salariés agricoles,** alors que, jusqu'à présent, le partage s'effectuait *a posteriori* au prorata des déficits constatés. Selon les données du ministère de l'agriculture et de la pêche, les deux taux d'affectation retenus (29,13 % pour le

financement de la branche maladie et 23,23 % pour le financement de la branche vieillesse – article 55 du projet de loi de finances pour 2009) entraînerait, pour 2009, un **déplacement de droits sur les tabacs de la branche vieillesse vers la branche maladie de 115 millions d’euros** ;

- **l’affectation d’une nouvelle ressource – l’intégralité du produit de la taxe sur les véhicules de société (TVS) – à la CCMSA** pour le financement des prestations d’assurance maladie, maternité et invalidité du régime de protection sociale. Cette mesure fait l’objet d’une disposition « miroir » à l’article 27 du projet de loi de finances pour 2009. Le produit de la TVS est évalué, pour 2009, à **1,2 milliard d’euros** selon les données transmises par le ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique ;

- l’intégration financière de la branche maladie du régime des exploitants agricoles au sein du régime général se traduira enfin concrètement par une intégration des charges et des produits des prestations maladie du régime des exploitants agricoles dans les comptes de la CNAMTS. En conséquence, le présent article prévoit, parmi les ressources affectées au financement de l’assurance maladie des non salariés agricoles une **dotation de la CNAMTS destinée à assurer l’équilibre financier de la branche maladie des exploitants agricoles**. Les comptes du régime social agricole demeureront isolés au sein des comptes de la CNAMTS.

(3) Des modalités spécifiques de consultation réciproque

Conséquence de l’intégration financière de la branche maladie des non salariés agricoles au régime général, le I du présent article prévoit, d’une part, une **association du ministère chargé de la sécurité sociale à la gestion du régime agricole** et, réciproquement, **un élargissement des modalités de consultation de la CCMSA** :

- le **1° du I** précise ainsi que la politique sociale agricole relève du ministère de l’agriculture et, désormais, conjointement du ministre chargé de la sécurité sociale en ce qui concerne la protection sociale agricole ;

- réciproquement, le **2° du I** élargit les modalités de consultation du conseil central d’administration de la mutualité sociale agricole qui sera saisi pour avis de tout projet de loi ou tout projet de mesure réglementaire ayant des incidences sur les régimes obligatoires de protection sociale des salariés et des non salariés des professions agricoles, sur l’action sanitaire et sociale ou sur l’équilibre des régimes, notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Pour cette dernière disposition, cela était déjà prévu à l’article L. 723-12 du code rural.

L’exposé des motifs du présent article précise que « *ces évolutions sur la gouvernance financière ne remettent pas en cause la gestion des régimes des salariés agricoles et des non salariés agricoles par les caisses de la MSA. Ces dernières continueront à exercer leurs missions de recouvrement des cotisations et de gestion des prestations* ». Par ailleurs, comme l’a indiqué

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 devant la commission des comptes de la sécurité sociale, la mise en place d'une **instance de concertation** sur la protection sociale agricole à partir du conseil supérieur des prestations sociales agricoles est également à l'étude.

4. Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Outre des amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue, Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux au nom de la commission des affaires culturelles, avec l'avis favorable du gouvernement, deux amendements visant à **modifier la répartition des taxes affectées au régime social agricole – droits sur les tabacs et sur les alcools**.

Un premier amendement vise ainsi à affecter à la CCMSA, au titre du financement de la branche vieillesse du régime social agricole, **l'intégralité du produit des droits de consommation sur les alcools** ainsi qu'une fraction majorée du produit des droits sur les vins (34,4 %).

Un second amendement prévoit que la branche maladie du régime social agricole bénéficiera, quant à elle, :

- de l'intégralité du produit des droits de consommation sur les produits intermédiaires, des droits de consommation sur les bières, ainsi que de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25°, dont le taux a été, par ailleurs, relevé de 0,13 euro à 0,16 euro¹ ;

- d'une fraction égale à 65,6 % du produit du droit de consommation sur les vins ;

- d'une fraction égale à (18,68 %) du produit du droit de consommation sur les tabacs, diminuée par rapport à la fraction initialement affectées (29,13 %).

Cette modification **ne modifie pas l'équilibre initial des recettes affectées au régime social agricole**. Cependant, se pose la question de **l'impact à long terme de cette nouvelle clé de répartition eu égard au dynamisme différencié de ces taxes**.

Par coordination, des modifications devront être apportées à l'article 55 du projet de loi de finances pour 2009.

Pour votre rapporteur pour avis, **ces modifications ne constituent pas une source de simplification**, contrairement à ce qu'indique l'exposé des motifs des amendements ainsi adoptés.

¹ L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et contre l'avis du gouvernement, un amendement en ce sens à l'article 15 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Affectation des droits sur les tabacs et les alcools au branches maladies et vieillesse du régime des non-salariés agricoles

(en millions d'euros)

	Avant PLFSS	PLFSS pour 2009	PLFSS pour 2009 après examen en première lecture à l'Assemblée nationale
Branche maladie	52,36 % tabac	29,13 % tabacs	18,68 % tabacs 65,6 % vins 100 % bières 100 % produits intermédiaires 100 % alcools de plus de 25°
Branche vieillesse		23,23 % tabacs 10,4 % vins	100 % alcools 34,4 % vins 1,52 % tabacs

Source : ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

5. La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis s'est montré depuis plusieurs années inquiet de la dégradation continue des comptes du FFIPSA. S'il accueille favorablement les mesures proposées par l'article 16 du présent projet de loi de financement de la sécurité social, il s'interroge néanmoins sur plusieurs points.

a) Une neutralité financière pour le régime général non assurée à long terme

Comme indiqué précédemment, l'intégration financière de la branche maladie du régime des exploitants agricoles au sein du régime général se traduira concrètement par une intégration des charges et des produits des prestations maladie du régime des exploitants agricoles dans les comptes de **la CNAMTS**. En vertu du nouvel article L. 731-1 que cet article 16 entend introduire dans le code rural, celle-ci **aura la charge d'assurer l'équilibre financier global de la branche**.

Afin de tendre vers la neutralité financière de cette opération, le projet de loi de finances pour 2009 prévoit l'affectation de l'intégralité du produit de la taxe sur les véhicules de société à la CCMSA. Le produit de la taxe sur les véhicules de société est évalué pour 2009 à 1,2 milliards d'euros selon les données transmises par le ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

Pour 2009, l'affectation de l'intégralité de la taxe sur les véhicules de société (TVS) à la CCMSA sera juste suffisante pour assurer la neutralité financière de l'opération décrite ci-dessus. En effet, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2008, le déficit de la branche maladie du régime social agricole s'élèvera en 2009 à - 1,482 milliard d'euros. Les recettes nouvelles affectées à la CCMSA pour

2009 permettront de faire face à ce déficit prévisionnel en ne nécessitant **un effort de la CNAMTS que d'environ 1,7 million d'euros.**

L'impact financier en 2009 pour la CNAMTS de l'intégration financière de la branche maladie du régime social agricole

(en millions d'euros)

Déficit prévisionnel de la branche maladie du régime social agricole	1.482
Recettes nouvelles pour la CCMSA en 2009	1.481
Dont :	
- affectation de l'intégralité du produit de la TVS	1.190
- affectation supérieure de droits tabacs en raison des nouvelles règles de partition entre la branche maladie et la branche vieillesse	115
- économies liées à la diminution des charges d'intérêts consécutives à la reprise de dette cumulée du BAPSA	176
Solde pour 2009 (subvention d'équilibre de la CNAMTS)	- 1*

* 1,7 million d'euros sans arrondi

Source : ministère de l'agriculture et de la pêche

Pendant, **la subvention d'équilibre de la CNAMTS s'accroîtra de façon substantielle à partir de 2010 en raison d'un « effet de ciseaux » entre, d'une part, l'évolution du rendement attendu de la TVS et, d'autre part, l'évolution des dépenses** de la branche maladie du régime social agricole. Alors que celles-ci devraient croître à un rythme annuel compris entre 2,5 % et 2,9 % entre 2010-2012, le rendement attendu de la TVS sur la même période serait de 1,8 % par an. Selon les données du ministère de l'agriculture et de la pêche, cet écart devrait générer une subvention d'équilibre de la CNAMTS de près de 84 millions d'euros en 2010 à 324 millions d'euros en 2012.

b) La question en suspens de la branche vieillesse

Enfin, votre rapporteur pour avis tient à souligner qu'**aucune mesure n'est prévue s'agissant du redressement de la branche vieillesse** du régime social agricole – à l'exception de l'économie de 148 millions d'euros attendue de l'allègement des frais financiers supportés par la branche en raison de la reprise de la dette cumulée du FFIPSA.

Or, parallèlement, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit des **mesures qui dégraderont le déficit** de cette branche :

- d'une part, comme indiqué précédemment, la nouvelle clé de répartition du produit des droits sur les tabacs entre la branche vieillesse et la branche maladie entraînera un transfert de **115 millions d'euros** de la branche vieillesse vers la branche maladie ;

- d'autre part, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale introduit deux nouvelles mesures – revalorisation des petites retraites des non-salariés agricoles et augmentation du taux de réversion – dont le coût global est évalué à **164 millions d'euros.**

L'impact financier en 2009 des mesures prévues dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale sur la branche vieillesse du régime social agricole

(en millions d'euros)

Allègement des frais financiers supportés par la branche en raison de la reprise de dette du FFIPSA	+ 148
Coût des mesures nouvelles introduites dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale	- 164
<i>Revalorisation des petites retraites</i>	<i>-116</i>
<i>Augmentation du taux de réversion</i>	<i>- 48</i>
Nouvelle clé de répartition du produit des droits sur les tabacs	- 115
Solde	- 131

Source : ministère de l'agriculture et de la pêche

Cette situation a été admise par M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, qui a déclaré lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 devant la commission des comptes de la sécurité sociale : « *Pour la branche vieillesse, la situation des finances publiques ne permet pas de résoudre dès 2009 l'intégralité des difficultés de financement. Des recettes nouvelles ponctuelles pourront être affectées mais cela ne suffira pas : le gouvernement s'engage, dans le cadre d'un point d'étape sur les retraites en 2010, à étudier la question du financement du régime d'assurance vieillesse des non salariés agricoles* ».

C. LE FSV APPARAÎT COMME LA VARIABLE D'AJUSTEMENT DES FLUX FINANCIERS RÉSULTANT DE LA REPRISE DE DETTES

1. En tendance, avant mesures nouvelles, la situation du FSV s'améliorait

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la situation est dépendante de la situation économique, et en particulier de l'évolution du chômage, a renoué avec les excédents depuis 2007, tout en conservant un déficit cumulé évalué à 3,9 milliards d'euros fin 2008.

Avant mesures nouvelles, et sous les hypothèses économiques générales du présent projet de loi de financement, la situation du FSV se serait une nouvelle fois améliorée en 2009, avant prise en compte des mesures du présent projet de loi, comme le montre le tableau qui suit.

Evolution de la situation budgétaire du Fonds de solidarité vieillesse

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	tendancier 2009 avant mesures nouvelles	situation 2009 après mesures nouvelles
Solde	-1 259,0	150,8	899,8	1 293,4	-752,0
Solde cumulé	-4 959,9	-4 809,1	-3 909,2	-2 615,8	-752,0

Source : d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale et de l'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

Ce tableau montre que **le présent projet de loi de financement est assez paradoxal pour le pour le FSV**, qui se verra alléger du fardeau de son déficit cumulé d'un côté, pour se retrouver une nouvelle fois en déficit, et d'une manière durable, l'annexe B au présent projet de loi de financement ne prévoyant un **retour à l'équilibre qu'en 2012, date à laquelle le fonds aura à nouveau accumulé un déficit de 2 milliards d'euros.**

2. Les diverses mesures proposées contribuent à replacer le FSV en déficit, tout en l'allégeant de son déficit cumulé antérieur

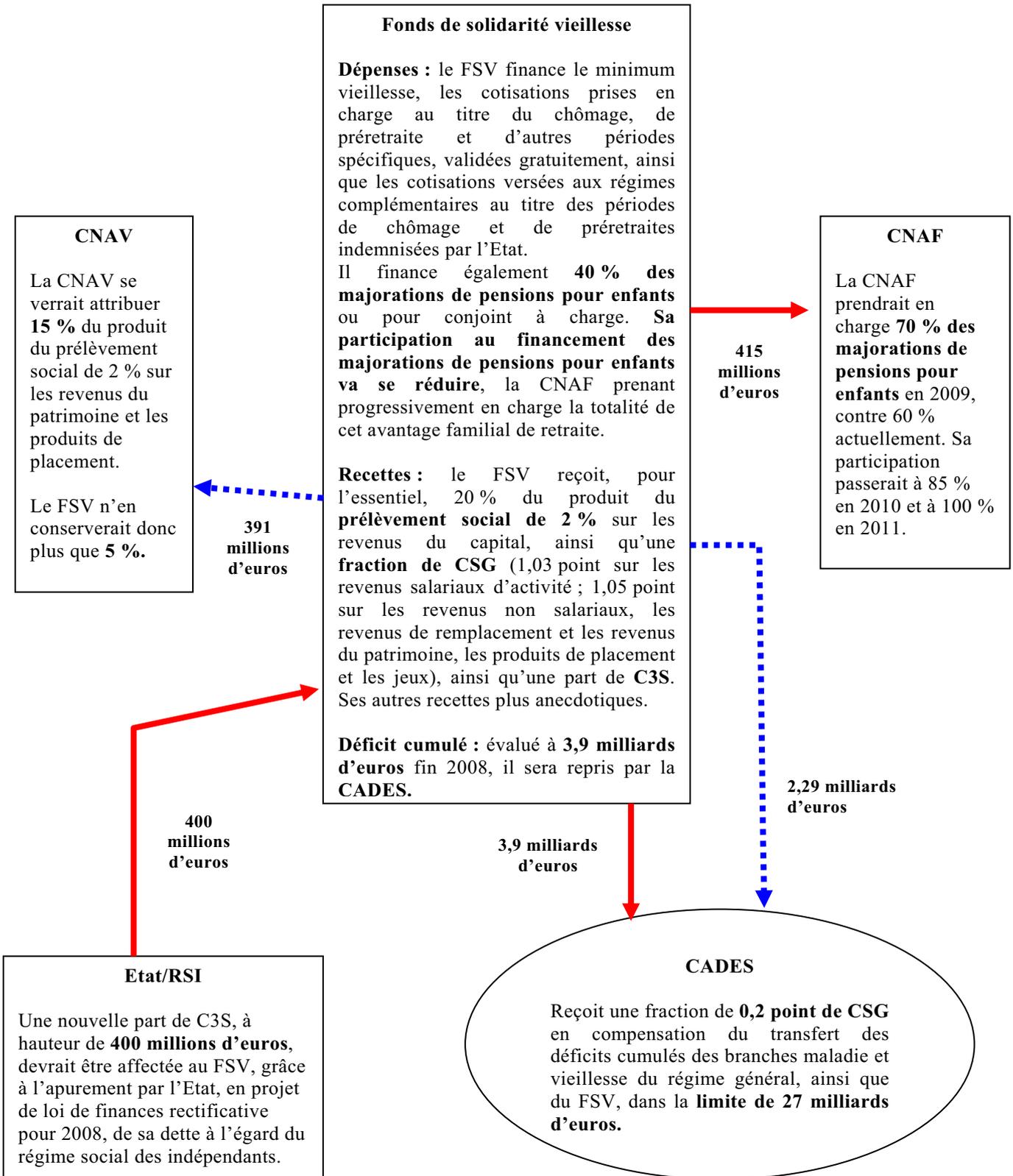
Deux mesures contribuent à accroître directement les charges du FSV en 2009 :

- **la revalorisation de 6,3 % du minimum vieillesse**, qui contribuera à accroître ses charges de 51 millions d'euros selon l'annexe 9 au présent PLFSS, de 72 millions d'euros selon les données communiquées par le fonds ;

- **l'augmentation des cotisations vieillesse**, qui se répercute sur le montant des cotisations prises en charge par le fonds au titre des validations des périodes de chômage (+ 131 millions d'euros).

Par ailleurs, **le fonds est placé au cœur de différents flux financiers**, retracés dans le schéma qui suit. On remarquera qu'il perdra 400 millions d'euros de recettes de prélèvement social de 2 % tout en recevant un montant équivalent de recettes de contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S), ce qui peut apparaître curieux. Cette solution paraît toutefois motivée par le fait que la CNAV ne reçoit pas aujourd'hui de recettes de C3S alors qu'elle bénéficie d'une fraction de prélèvement social de 2 % : ces différents flux aboutiraient donc à une **répartition plus lisible, à terme**, des prélèvements sociaux entre les différents organismes.

Les modifications apportées par le présent projet de loi de financement à l'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse



Note : les flèches bleues en pointillés indiquent des transferts négatifs pour le FSV ; les flèches rouges reflètent des transferts positifs pour le FSV.

Source : commission des finances

3. Le déficit du FSV pourrait être supérieur aux prévisions

Au total, le FSV devrait donc être déficitaire d'environ 800 millions d'euros en 2009, si les hypothèses macroéconomiques qui sous-tendent le présent projet de loi de financement se réalisent.

Or, la crise financière rend très incertaine la perspective d'une croissance de 1 % en 2009, comme les hypothèses retenues en matière d'évolution de la masse salariale et donc de la situation de l'emploi. Auditionné par nos collègues de la commission des affaires sociales, M. Pierre Burban, président de l'ACOSS, a ainsi indiqué que « *pour 2009, le Gouvernement table sur un accroissement de la masse salariale de 3,5 %. L'Acoss estime qu'au début de l'année ce chiffre ne devrait pas dépasser 3 %, ce qui exigera une reprise sensible de la croissance au deuxième semestre 2009 pour atteindre l'objectif fixé* »¹.

Dans ces conditions, il est **très probable que le déficit du FSV soit supérieur l'an prochain aux prévisions** figurant dans le présent projet de loi de financement.

Votre rapporteur pour avis comprend l'objectif global de maîtrise des prélèvements obligatoires dans le cadre d'une économie globalisée, notamment dans un contexte économique et financier difficile, de même que le rôle de « stabilisateur automatique » joué par le FSV, dont la situation se dégrade si la conjoncture évolue de manière défavorable. Pour autant, il regrette que la démarche retenue s'apparente davantage à un report des problèmes de financement plutôt qu'à leur traitement réel, même si des mesures sont prises afin d'enrayer l'accroissement spontané des déficits.

D. LES PLAFONDS D'AVANCES DE TRÉSORERIE RESTENT TRÈS ÉLEVÉS

L'**article 30** du présent projet de loi de financement détermine les plafonds d'avance de trésorerie : **7 régimes** sont ainsi autorisés à recourir des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

1. Le plafond d'avances de trésorerie du régime général est fixé à 17 milliards d'euros

Le plafond d'avances de trésorerie du régime général est fixé à **35 milliards d'euros** entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2009 et à **17 milliards d'euros** au-delà de cette date. S'il accuse une baisse certaine par rapport au

¹ Audition de MM. Pierre Burban et Pierre Ricordeau devant la commission des affaires sociales, mercredi 22 octobre 2008.

plafond fixé pour 2008 – qui constituait un record absolu –, il demeure néanmoins très élevé par rapport aux niveaux antérieurs, comme le montre le graphique qui suit.

L'annexe 9 au présent projet de loi de financement apporte des précisions sur les raisons ayant conduit à fixer un plafond aussi élevé.

Selon ces données, la trésorerie 2009 partirait ainsi d'un **point d'entrée de - 27,6 milliards d'euros**. La variation annuelle de trésorerie, compte tenu de la reprise de dette effectuée par la CADES, serait de - 12,5 milliards d'euros, **le solde au 31 décembre 2009 atteignant - 13,1 milliards d'euros**.

Le solde moyen au cours de l'exercice s'élèverait à - 7,7 milliards d'euros, tandis que le point le plus haut se situerait le 6 mars 2009 avec + 5,4 milliards d'euros. Le point bas, avant reprise de dette par la CADES, se situerait le 13 janvier 2009 et atteindrait - 30,6 milliards d'euros. Il s'élèverait à - 14,9 milliards d'euros après reprise de dette par la CADES.

Selon les données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement, **le solde du compte Acof devrait ainsi être positif pendant 14 jours au cours de l'exercice 2009**.

2. Les plafonds d'avances fixés pour les autres régimes connaissent des variations de moindre importance

Les plafonds fixés pour 2009 au titre des autres régimes et leur évolution sont retracés dans le tableau qui suit.

**Evolution des plafonds d'avances de trésorerie des régimes autres que le régime général
fixés en loi de financement de la sécurité sociale depuis 2000**

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Régime des exploitants agricoles - Caisse centrale de la MSA (ex BAPSA/FFIPSA)	1 906	1 906	2 210	2 100	4 100	6 200	7 100	7 100	8 400	3 200
CNRACL (agents des collectivités locales)	381	381	500	500	500	500	550	350	250	0
FSPOIE (ouvriers des établissements industriels de l'Etat)	76	76	80	80	50	0	150	150	150	100
CANSSM (mineurs)	351	351	350	200	200	200	300	200	400	700
CNIEG (industries électriques et gazières)						500	475	500	550	600
Caisse de retraite du personnel de la RATP							50	50	50	50
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF									1 700	2 100

Source: commission des finances

Le tableau qui précède appelle plusieurs remarques :

- la **CNRACL**, qui bénéficiait jusqu'à présent d'un plafond d'avances de trésorerie, ne sera pas autorisée à recourir aux ressources non permanentes pour couvrir ses besoins de trésorerie en 2009. Votre rapporteur pour avis s'était étonné, l'an passé, du montant du plafond d'avances qui avait été prévu pour ce régime, en décalage avec les projections d'évolution de la trésorerie alors présentées (point bas envisagé de 39 millions d'euros) qui se sont révélées très éloignées de la réalité : le point bas de l'exercice 2008 s'est situé à + 506 millions d'euros et le point haut à 1,71 milliard d'euros. L'annexe 9 au présent projet de loi de financement indique que la situation devrait être encore meilleure en 2009 et qu'avec un solde minimum de trésorerie de 820 millions d'euros au cours de cet exercice, la CNRACL bénéficiera d'une marge équivalente à 80 % d'un mois de prestations. **Il n'est dès lors pas nécessaire de reconduire un plafond d'avances de trésorerie ;**

- *a contrario*, le plafond d'avances (50 millions d'euros), prévu depuis plusieurs années pour la **Caisse de retraite du personnel de la RATP** et qui n'a jamais été utilisé pour le moment, est reconduit alors qu'aucun élément nouveau ne le justifie. Il convient, en effet, de rappeler qu'**un tel plafond d'avances de trésorerie ne se justifie que dans l'hypothèse de l'adossment de ce régime au régime général** : dans l'attente de cet adossement, l'Etat doit assurer l'équilibre financier de la caisse, par le biais de subventions inscrites sur la mission « Régimes sociaux et de retraites ». La présidente de la CNAV a indiqué à nos collègues de la commission des affaires sociales que « *le dernier secteur préoccupant est celui de l'adossment des régimes spéciaux, même si aucune évolution significative n'a*

été enregistrée au cours des derniers mois. Pour la RATP, les désaccords avec le ministère des finances sur la prise en charge des avantages familiaux et l'évolution du taux des annuités restent en l'état. Il s'agit en effet de questions de principe car il ne faudrait pas que ce dossier constitue un précédent pour les futurs adossements, comme celui de la Poste pour lequel les enjeux financiers sont bien plus considérables ».

Ce constat rejoint celui dressé par notre collègue Bertrand Auban. Dans son rapport de juillet 2008 sur la caisse de retraite de la RATP¹, il soulignait notamment que ce dossier nécessite un accord de la Commission européenne et que le montant de la soulte à octroyer au régime général d'assurance vieillesse en cas d'adossement n'était toujours pas fixé.

Dans ces conditions, votre rapporteur pour avis vous proposera un amendement de réduction à 40 millions d'euros de ce plafond d'avances de trésorerie, qui permettra au gouvernement de préciser l'état des négociations et ses intentions ;

- s'agissant du **régime des exploitants agricoles**, il convient de rappeler que les déficits cumulés du FFIPSA seront repris par l'Etat au 31 décembre 2008 (cf. *supra*) et que la gestion des branches maladie et vieillesse du régime incombera désormais à la Caisse centrale de la MSA. Celle-ci disposera donc d'un **plafond d'avances de trésorerie de 3,2 milliards d'euros**, destiné à faire face à un point bas de - 2,8 milliards d'euros en novembre 2009, selon les données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement.

De manière générale, votre rapporteur pour avis observe que des **efforts** ont été réalisés afin de mieux justifier les plafonds d'avances de trésorerie et de les ajuster aux besoins réels. Dès lors, il ne peut regretter plus encore le **caractère très insuffisant des informations** figurant dans l'annexe 9 du présent projet de loi de financement **concernant le plafond d'avances de trésorerie fixé pour la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF**, qui est porté de 1,7 milliard d'euros à 2,1 milliards d'euros.

¹ Bertrand Auban, « La caisse de retraite du personnel de la Ratp : comment maîtriser le financement du régime spécial de la Ratp ? », rapport d'information n° 452 (2007-2008).

II. UNE TRAJECTOIRE DE RETOUR VERS L'ÉQUILIBRE QUI DEVRAIT ÊTRE REVUE

A. LE PLFSS TENTE D'ENRAYER LA DÉRIVE SPONTANÉE DES DÉFICITS

1. Le déficit spontané des régimes de base aurait atteint près de 15 milliards d'euros en 2009

En tendance, le déficit de l'ensemble des régimes de base et des fonds de financement aurait dû atteindre, sans les mesures proposées dans le présent projet de loi de financement, **16,2 milliards d'euros** contre 10,4 milliards d'euros en 2008, d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, retracées dans le tableau qui suit.

Solde tendanciel des régimes de base et des fonds avant PLFSS

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009
Régime général	-8,7	-9,5	-8,9	-15
Autres régimes de base	0,9	0,4	0,3	0,2
Ensemble des régimes de base	-7,8	-9,1	-8,7	-14,7
FSV	-1,3	0,2	0,9	1,3
FFIPSA	-1,3	-2,2	-2,6	-2,8
Ensemble des régimes de base et des fonds	-10,4	-11,1	-10,4	-16,2

Source: commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008)

2. Le déficit des régimes obligatoires de base devrait être ramené à 9,5 milliards d'euros

a) L'équilibre proposé

Avec les mesures proposées par le présent projet de loi de financement, le déficit de l'ensemble des régimes de base devrait atteindre **9,5 milliards d'euros**, comme le montre le tableau qui suit, celui du régime général étant limité à 8,6 milliards d'euros environ¹, contre 15 milliards d'euros en tendance.

Par ailleurs, ainsi qu'on l'a relevé et sous réserve des observations précédentes, le FSV devrait également être déficitaire à hauteur de 800 millions d'euros, ce qui porte à **10,3 milliards d'euros le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des fonds**, contre 16,2 milliards d'euros en tendance.

¹ En fonction des arrondis retenus, le chiffre est parfois fixé à 8,5 milliards d'euros. Il appartiendra donc au gouvernement d'assurer la coordination des données figurant dans les différents tableaux, en fonction de la révision des hypothèses économiques et des mesures adoptées par le Sénat.

**Solde 2009 des régimes obligatoires de base
compte tenu des mesures du présent projet de loi**

(en milliards d'euros)

	Ensemble des régimes obligatoires de base	Régime général
Maladie	-2,5	-3,3
Vieillesse	-7	-5
Famille	-0,2	-0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	0,1	0
Total	-9,5	-8,6

Source : présent projet de loi de financement

*b) Un redressement qui passe essentiellement par un accroissement
des recettes*

L'annexe 9 au présent projet de loi de financement fait ainsi apparaître près de **6,2 milliards d'euros de redressement pour 2009 au titre du régime général et près de 8,1 milliards d'euros tous régimes confondus**, comme le montre le tableau qui suit.

**Impact des mesures nouvelles 2009 sur les comptes 2009 du régime général
et l'ensemble des régimes obligatoires de base**

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	2149	2473
Dont mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2009	1860	2168
Dont mesures d'économies hors ONDAM 2009	289	305
Mesures affectant les dépenses des autres branches	-649	-767
Dont branche famille	-562	-562
Dont branche AT-MP	-65	-65
Dont branche vieillesse	-22	-140
Mesures nouvelles sur les recettes	3561	4876
Economies de frais financiers liés aux reprises de dettes	1150	1530
Total	6211	8112

Source : annexe 9 du présent projet de loi de financement

Il convient toutefois d'observer que certaines mesures améliorant le solde de ces régimes résultent en réalité de transferts : recettes en provenance d'autres organismes, comme le FSV ou fonds CMU, ou transferts de déficits à la CADES ; transferts entre branches, notamment de la branche vieillesse vers la branche famille... Cette vision ne reflète donc pas la situation consolidée des finances publiques.

L'autre élément qui ressort de ce tableau est l'importance des nouvelles recettes, qui résultent pour une part significative de l'accroissement des cotisations vieillesse (1,8 milliard d'euros). Celle-ci devrait toutefois être compensée par une diminution des cotisations chômage, conformément au schéma imaginé lors de la réforme des retraites menée en 2003.

c) L'incertitude liée à l'évolution des cotisations et contributions sociales en 2009

Par ailleurs, le projet de loi de financement a été bâti sur une hypothèse de croissance de la masse salariale de 3,5 % en 2009.

Lors de leur audition devant nos collègues de la commission des affaires sociales, MM. Pierre Burban et Pierre Ricordeau, respectivement président et directeur de l'ACOSS, ont indiqué que selon les évaluations de cette agence, la croissance de la masse salariale ne devrait pas dépasser 3 % en début d'année 2009, ce qui exigera une reprise sensible de la croissance au deuxième semestre pour atteindre l'objectif fixé. A défaut, une dégradation des comptes serait constatée, ce qui ne peut être écarté, compte tenu de la conjoncture actuelle. **Un écart négatif de 0,5 point de masse salariale se traduirait ainsi par une perte de recettes de 800 à 900 millions d'euros.**

B. LES PROJECTIONS PLURIANNUELLES LAISSENT ENVISAGER UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE EN 2012

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. Ce 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. Les hypothèses retenues

Les hypothèses retenues pour établir ces projections sont les suivantes :

**Hypothèses d'évolution
moyenne sur la période 2009-2012**

	2009	2010-2012
Produit intérieur brut volume	1,00%	2,50%
Masse salariale du secteur privé	3,50%	4,60%
Objectif national de dépenses d'assurance maladie	3,30%	3,30%
Inflation hors tabac	2,00%	1,75%

Source : annexe B du présent projet de loi de financement

Elles s'intègrent dans le cadre du projet de loi de programmation pluriannuelle des finances publiques pour les années 2009 à 2012, qui a fait l'objet d'une analyse approfondie de notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, à laquelle votre rapporteur pour avis renvoie.

Votre rapporteur pour avis tient à souligner que la **crédibilité de la programmation pluriannuelle en ce qui concerne l'ONDAM tiendra à la capacité du gouvernement à réaliser des économies nettes par rapport à la tendance spontanée des dépenses.**

2. Un retour à l'équilibre après une nouvelle accumulation de déficit

En dépit d'hypothèses assez favorables à compter de 2010, les résultats ne laissent pas entrevoir de résorption des déficits du régime général avant 2012, comme le montre le tableau qui suit :

Evolution d'ensemble du régime général

Maladie						
Recettes	144,4	151	157,3	164	171,2	178,7
Dépenses	149	155	160,7	166,3	172,3	178,5
Solde	-4,6	-4	-3,4	-2,2	-1,1	0,2
AT/MP						
Recettes	10,2	11	11,4	11,9	12,5	13,2
Dépenses	10,6	10,6	11,4	11,6	11,8	12,1
Solde	-0,5	0,4	0	0,4	0,7	1,1
Famille						
Recettes	54,6	56,9	58,6	61,1	63,7	66,3
Dépenses	54,5	56,4	58,9	60,9	63	64,6
Solde	0,2	0,4	-0,2	0,2	0,6	1,7
Vieillesse						
Recettes	85,7	89,8	95,3	101,7	108,4	112,8
Dépense	90,3	95,6	100,3	105,3	110,1	115,1
Solde	-4,6	-5,7	-5	-3,6	-1,7	-2,3
Toutes branches consolidé						
Recettes	290	303,4	316,9	332,7	349,5	364,6
Dépenses	299,5	312,3	325,4	338	351	363,8
Solde	-9,5	-8,9	-8,5	-5,3	-1,4	0,8

Source : annexe B du présent projet de loi de financement

En revanche, les régimes obligatoires de base dans leur ensemble resteraient déficitaires, jusqu'en 2012 compris, comme le montrent les données suivantes.

Evolution d'ensemble des régimes obligatoires de base

	<i>(en milliards d'euros)</i>					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie						
Recettes	167,6	175,4	183,1	189,9	197,9	206
Dépenses	172,7	179,4	185,6	192	198,9	206,1
Solde	-5	-3,9	-2,5	-2,2	-1,1	0,3
AT/MP						
Recettes	11,7	12,6	13,1	13,7	14,3	15
Dépenses	12	12,2	13	13,2	13,5	13,8
Solde	-0,4	0,4	0,1	0,5	0,8	1,2
Famille						
Recettes	55,1	57,3	59,1	61,6	64,2	66,9
Dépenses	54,9	56,9	59,3	61,5	63,5	65,2
Solde	0,2	0,5	-0,2	0,2	0,7	1,7
Vieillesse						
Recettes	169	175,7	183,3	192,9	202,5	210,1
Dépenses	172,9	181,2	190,3	198,6	206,8	214,9
Solde	-3,9	-5,6	-7	-5,7	-4,3	-4,8
Toutes branches consolidé						
Recettes	398,3	415,6	432,7	451,8	472,4	491
Dépenses	407,4	424,3	442,2	459,1	476,3	493,3
Solde	-9,1	-8,7	-9,5	-7,3	-3,9	-1,6

Source : annexe B du présent projet de loi de financement

Ces projections, qui devraient être revues, compte tenu de l'ajustement des hypothèses réalisé par le gouvernement lors de l'examen du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012, donnent un **aperçu des difficultés à relever**, et ce en dépit du transfert de déficits vers la CADES opéré par le présent projet de loi de financement.

Ainsi, **sur la période 2009-2011, le régime général accumulerait 15,2 milliards d'euros de déficit supplémentaires** (14,4 milliards d'euros si l'on prend en compte l'excédent prévu en 2012).

Quant au déficit accumulé par l'ensemble des régimes obligatoires de base, il atteindrait 22,3 milliards d'euros sur la période 2009-2012. **Le FSV accumulerait de son côté 2 milliards d'euros de déficit supplémentaires au cours de cette période.**

Cette situation est difficilement tenable, dès lors qu'un transfert de déficits vers la CADES doit s'accompagner de ressources afin de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale. Dans ces conditions, un nouveau transfert en 2012 nécessiterait un transfert conséquent de recettes et représenterait un ajustement difficile.

Ceci souligne la nécessité de poursuivre des réformes structurelles de retour à l'équilibre et de mener une réflexion plus large sur le mode de financement de la protection sociale, thème qui a été abordé par votre commission à de nombreuses reprises.

C. LA RÉVISION DU CADRAGE PLURIANNUEL OPÉRÉ PAR LE GOUVERNEMENT DEVRAIT TOUTEFOIS SE RÉPECUTER SUR CES PROJECTIONS

1. La révision des hypothèses économiques opérée lors de l'examen du projet de loi de programmation des finances publiques

Le gouvernement a présenté, lors de son examen au Sénat le jeudi 6 novembre 2008, plusieurs amendements au projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 ; tendant à réviser les hypothèses macroéconomiques retenues, ce qui conduit notamment à dégrader les soldes des administrations de sécurité sociales (ASSO), qui comprennent, outre les régimes de base de sécurité sociale, le régime d'assurance chômage – UNEDIC – ainsi que les régimes de retraite complémentaires.

Le rapport annexé à ce projet de loi prévoyait initialement que le solde des administrations de sécurité sociale devait redevenir excédentaire dès 2010, pour atteindre 0,2 point de PIB en 2011 et 0,3 point de PIB en 2012.

Les amendements présentés par le gouvernement et adoptés par le Sénat, révisent nettement à la baisse ces projections. Ils prévoient en effet que le solde des administrations de sécurité sociale devrait « *se redresser dès 2010 pour atteindre l'équilibre en 2011* ».

Le tableau détaillant l'évolution du solde des ASSO, est désormais le suivant :

Evolution du solde des ASSO selon le projet de loi de programmation pluriannuelle des finances publiques, avant et après révision des hypothèses retenues par le gouvernement

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Solde avant révision	0,6	-3	0,7	4,3	7,5
<i>En % du PIB</i>	<i>0</i>	<i>-0,1</i>	<i>0</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3</i>
Solde révisé	-0,3	-5,9	-4	-0,7	2,2
<i>En % du PIB</i>	<i>0</i>	<i>-0,3</i>	<i>-0,2</i>	<i>0</i>	<i>0,1</i>

Source : commission des finances

On note donc une **dégradation de 900 millions d'euros du solde des ASSO en 2008 et de 2,9 milliards d'euros en 2009**, par rapport aux projections initiales.

Le redressement serait également beaucoup plus faible qu'escompté au titre de l'année 2010.

2. Des effets à préciser s'agissant des régimes de sécurité sociale et des modalités de financement des régimes de retraite

Au moment de la rédaction du présent rapport, votre rapporteur pour avis ne dispose pas du détail exact :

- des raisons conduisant à cette dégradation (impact des moindres recettes et nature des dépenses nouvelles) ;

- de la ventilation de cette dégradation entre les régimes de base de sécurité sociale, le régime d'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaires.

Ce point devra donc être précisé lors de l'examen du présent projet de loi de financement, dont les données devront de toute manière être ajustées en conséquence.

La révision de ces données est d'autant plus importante qu'elle amène à s'interroger sur la possibilité de respecter le schéma prévu par la réforme des retraites de 2003 – et évoquée dans l'annexe B au présent projet de loi de financement –, à savoir augmenter les cotisations vieillesse en diminuant à due concurrence les cotisations chômage. **Une augmentation des cotisations est bien prévue (0,3 point en 2009, 0,4 point en 2010 et 0,3 point en 2011).** Une réduction à due concurrence des cotisations chômage sera-t-elle possible, compte du contexte macro-économique actuel ? **L'équation paraît aujourd'hui difficile et votre rapporteur pour avis souhaite que l'examen du présent projet de loi de financement permette de préciser ce point essentiel.**

III. UNE MISE À CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES QUI AMÈNE À S'INTERROGER SUR L'ÉVOLUTION À MOYEN TERME DE L'ASSURANCE MALADIE

L'article 12 du présent projet de loi propose de mettre à contribution les organismes complémentaires à hauteur d'un milliard d'euros. Ceci passe par la majoration de la taxe versée par ces organismes au fonds de financement de la CMU et se traduit par des transferts annexes.

A. LA SITUATION ACTUELLE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE

1. Il finance la CMU complémentaire et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

En application de l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale, le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie – couramment appelé fonds CMU –, qui est un établissement public de l'Etat à caractère administratif, a **deux missions**.

D'une part, il **finance la CMU complémentaire. Plus de 4,8 millions de personnes en bénéficient en France**, soit un chiffre relativement stable (dont 4,21 millions de personnes en France métropolitaine et 637.000 personnes environ dans les départements d'outre-mer). **Les bénéficiaires de la CMU-C relèvent pour l'essentiel des régimes de base** (4,16 millions de bénéficiaires), le degré d'implication des organismes complémentaires étant assez faible (592.271 bénéficiaires au 31 décembre 2007) et en diminution depuis 2004, si l'on suit l'indicateur de performance présenté dans le projet annuel de performances.

Les dépenses moyennes de CMU complémentaire sont évaluées par le fonds CMU à 365 euros par bénéficiaire en 2007, en progression constante depuis 2005 (345 euros cette année-là, 325 euros en 2006).

En pratique, les dépenses du fonds sont uniquement liées au nombre de bénéficiaires. En effet, le fonds verse ensuite aux organismes gestionnaires un **forfait trimestriel de 85 euros** – soit 340 euros par an – par bénéficiaire du dispositif. Ce forfait est donc insuffisant pour faire face aux dépenses réellement constatées par les gestionnaires, comme le montre le tableau qui suit.

**Evolution du forfait annuel pris en charge par le fonds CMU et des dépenses
réellement constatées par les organismes gestionnaires**

(en euros, par bénéficiaire)

France entière	2002	2003	2004	2005	2006	2007 <i>(estimation)</i>
Montant du forfait	228	283	300	304,52	340	340
<i>Evolution</i>		24%	6%	2%	12%	0%
CNAMTS (y compris SLM)	294	303	318	330	351	370
<i>Evolution</i>		3%	5%	4%	7%	5%
CCMSA	247	272	287	304	326	357
<i>Evolution</i>		10%	6%	6%	7%	10%
RSI	248	269	273	301	312	326
<i>Evolution</i>		9%	1%	10%	4%	5%
Autres régimes	228	264	285	297	317	330
Organismes complémentaires	255	274	282	300	313	341
Moyenne pondérée France entière	286	297	312	325	345	365
<i>Evolution</i>		3,94%	4,76%	4,15%	6,18%	5,80%
Evolution ONDAM		6,4%	4,9%	4,0%	3,2%	4,3%
Différence CMU-C/ONDAM		-2,46%	-0,14%	0,15%	2,98%	1,50%

Source : rapport annuel 2007 du fonds CMU

D'autre part, le fonds a pour mission d'**assurer la gestion de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)**, qui prend la forme d'un crédit d'impôt. Le tableau qui suit retrace l'évolution du nombre de bénéficiaires de cette aide et de son coût.

Montée en charge de l'ACS

	Nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie	Nombre de bénéficiaires ayant effectivement utilisé l'attestation	Coût pour le Fonds CMU <i>(en milliers d'euros)</i>	Montant moyen déduction annuelle <i>(en euros)</i>
Février 2006	71 614	202 973	7 773	153
Mai 2006	170 068	226 352	9 507	168
Août 2006	255 576	234 237	10 792	184
Novembre 2006	359 486	240 664	12 105	201
Décembre 2006	391 330	-	-	-
Février 2007	89 638*	244 721	12 923	211
Mai 2007	217 416	275 480	14 887	216
Août 2007	338 734	304 771	16 597	218
Novembre 2007	461 956	329 549	17 935	218
Décembre 2007	511 519	-	-	-

* Remise à 0 du décompte en 2007

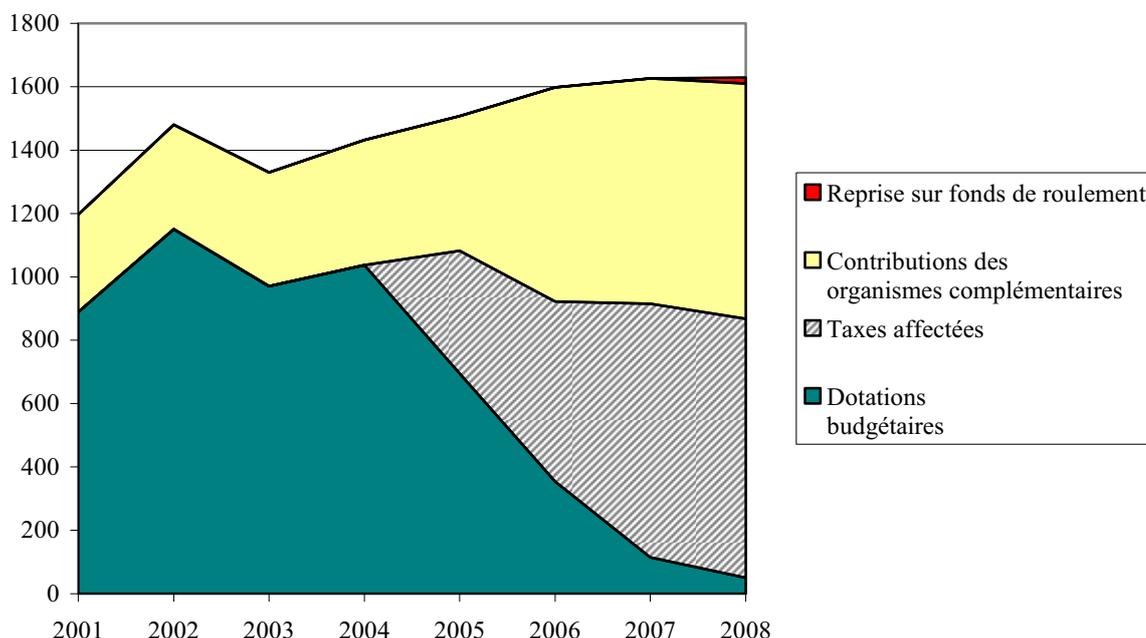
Source : rapport annuel 2007 du fonds CMU

2. Son mode de financement a profondément évolué au cours des dernières années

Le mode de financement du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU-C) a profondément évolué au cours des dernières années, comme le montre le graphique qui suit.

L'évolution de la structure des recettes du fonds de financement de la CMU-C

(en millions d'euros)



Note : ce graphique ne prend pas en compte la dotation versée par la CNAMTS afin de financer le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé.

Source : commission des finances du Sénat, d'après les données du fonds de financement de la CMU-C et du projet annuel de performances « Solidarité, insertion et égalité des chances » pour 2008

La subvention versée par l'Etat a ainsi connu une baisse continue, puisqu'elle s'élève à 47 millions d'euros en 2008, contre 114,66 millions d'euros en 2007, 323,53 millions d'euros en 2006 et 660,58 millions d'euros en 2005. Cette évolution s'explique par le fait que **le fonds de financement de la CMU-C est de plus alimenté par des taxes affectées** : le produit de la taxe sur les alcools de plus de 25° lui a été transféré en 2005, puis une fraction de 1,88 % du droit de consommation sur les tabacs en 2006. Dans le cadre d'un jeu de renvois particulièrement complexe¹, la loi de finances pour 2007 avait

¹ On se reportera au commentaire de notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, sur l'article 23 du projet de loi de finances pour 2007, au sein de son rapport général, tome II, fascicule 1, n° 78 (2006-2007).

poursuivi ce mouvement en lui affectant, par son article 41, une fraction supplémentaire de droit de consommation sur les tabacs, aujourd'hui fixée à 4,34 %.

Signalons que le fonds reçoit, par ailleurs, une **dotation globale de l'assurance maladie** destinée à financer l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Cette dotation s'élève à **87,3 millions d'euros en 2008**.

La dotation globale versée par l'assurance maladie

L'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale dispose que le fonds CMU reçoit « une dotation globale de l'assurance maladie versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 », destinée à financer l'aide complémentaire santé. Ce dernier article du code de la sécurité sociale renvoie, pour la ventilation de cette dotation entre les régimes d'assurance maladie, à la clé de répartition de la dotation globale hospitalière.

Le montant de cette dotation globale ainsi que sa répartition entre les régimes d'assurance maladie sont fixés, chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Il ne peut excéder, au titre d'un exercice, le montant total des déductions relatives à l'ACS opérées par les organismes complémentaires.

Dans le cas contraire, la différence entre le montant de la dotation versée et les déductions opérées donne lieu à une régularisation qui intervient dans l'arrêté pris au titre de l'année suivante. A l'inverse, si la dotation a été sous évaluée une année donnée, elle ne sera pas régularisée l'année suivante.

La dotation est versée au Fonds CMU par la CNAMTS, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Pour 2008, la dotation brute a été fixée à 90 millions d'euros, sur la base d'une prévision de dépense d'environ 82,5 millions d'euros, correspondant à une augmentation progressive du nombre de bénéficiaires au cours de l'année 2008 (pour atteindre environ 390.000 bénéficiaires en fin d'année), à raison d'un coût unitaire moyen de 55 euros par trimestre, soit 220 euros par an. De cette dotation brute a été retranché l'excédent non dépensé de 2007 (2.658.689 euros), le montant versé par l'assurance maladie pour 2008 étant ainsi fixé à 87.341.311 euros.

Source : rapport annuel 2007 du fonds CMU et réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ PAR L'ARTICLE 12

1. Un relèvement de la contribution versée par les organismes complémentaires

a) Une majoration d'un milliard d'euros des contributions versées par les organismes complémentaires

Le *a* du 5° de l'article 12 du présent projet de loi propose de porter le taux de la contribution versée par les organismes complémentaires **de 2,5 % à 5,9 %**. Sans autre précision, cette modification serait donc **permanente**.

Le mode de fonctionnement de cette contribution

Les règles applicables à cette contribution sont définies dans les articles L. 862-4 et suivants du code de la sécurité sociale.

Y sont assujetties : les mutuelles régies, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance, au titre de leur activité réalisée en France.

Cette contribution, qui donne lieu à versements trimestriels, est assise sur le **montant hors taxes des primes ou cotisations émises** (ou, à défaut d'émission, recouvrées) **au cours d'un trimestre civil**, déduction faite des annulations et des remboursements, **afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé**, à l'exclusion des réassurances.

Les organismes complémentaires déduisent toutefois de cette contribution deux sommes :

- un montant égal, pour chaque organisme, au forfait pris en charge par le fonds CMU (soit aujourd'hui 85 euros par trimestre) multiplié par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due, de la prise en charge des dépenses de CMU complémentaire ;

- un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due.

Lorsque le montant de la contribution due est inférieur au montant de ces déductions, les organismes complémentaires demandent au fonds le **versement de cette différence**.

Selon les données communiquées à votre rapporteur pour avis la contribution brute des organismes complémentaires devrait s'élever à 711 millions d'euros en 2008. Par ailleurs, ils devraient bénéficier de déductions à hauteur de 205 millions d'euros au titre des dépenses qu'ils gèrent et de 86 millions d'euros au titre de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, ce qui ramènerait leur contribution nette à 420 millions d'euros.

Le produit de la contribution brute versée par les organismes complémentaires s'est élevé à 684 millions d'euros en 2007 et devrait atteindre 711 millions d'euros en 2008, selon les données communiquées à votre rapporteur pour avis.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès du fonds CMU, **le montant de la contribution des organismes complémentaires devrait atteindre 1,76 milliard d'euros en 2009**.

b) Une remise à niveau du forfait pour l'aligner sur les dépenses moyennes des bénéficiaires en 2007

Le *b* du 5° de l'article 12 tend ensuite à accroître le forfait de dépenses prises en charge par le fonds CMU, en le portant de **85 euros à 92,50 euros par bénéficiaire et par trimestre**.

Ceci permettrait donc d'aligner ce forfait sur les **dépenses moyennes réellement constatées en 2007**, ce qui représenterait un gain d'environ **33 millions d'euros** pour les organismes complémentaires, qui seraient désormais correctement compensés. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, le coût moyen d'un bénéficiaire pris en charge par un organisme complémentaire est évalué à 363 euros en 2009.

La réévaluation du forfait profite également à la CNAMTS, dans la mesure où elle prend en charge le plus grand nombre de bénéficiaires de la CMU-C. Elle devrait ainsi voir ses **recettes majorées de 103 millions d'euros**, selon les données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement. **La réévaluation du forfait de prise en charge ne lui apportera toutefois pas une juste compensation** : le coût moyen d'un bénéficiaire est évalué à 410 euros. C'est ce qui **justifie que l'excédent 2008 du fonds CMU lui soit reversé**.

L'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, a adopté, contre l'avis du gouvernement, un amendement prévoyant la **compensation intégrale des charges supportées par la CNAMTS au titre des bénéficiaires de la CMU complémentaire**. La CNAMTS se verrait ainsi affecter une partie du produit de la contribution versée par les organismes complémentaires, en fonction des besoins, alors que les organismes complémentaires resteraient soumis à une compensation forfaitaire (370 euros par an et par bénéficiaire).

2. Une réallocation des autres recettes du fonds

a) L'excédent du fonds est repris par la CNAMTS

Le II de l'article 12 prévoit, tout d'abord, d'affecter à la CNAMTS tout ou partie du report à nouveau positif du fonds CMU au 1^{er} janvier 2009, « *dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget* ».

Ce sont ainsi 136 ou 138 millions d'euros qui devraient être transférés à la CNAMTS – les données figurant en projet de loi de finances et en projet de loi de financement de la sécurité sociale étant légèrement différentes sur ce point.

b) Les droits sur les tabacs sont transférés à la CNAMTS

La fraction de 4,34 % du droit de consommation sur les tabacs aujourd'hui affectée au fonds CMU devrait être transférée à la CNAMTS, pour un montant d'environ **415 millions d'euros**. Ce transfert fait l'objet d'une mesure de coordination prévue par l'**article 55 du projet de loi de finances pour 2009**.

Par ailleurs, le texte initial du 1° du I de l'article 12 prévoyait le transfert, du fonds CMU vers la CNAMTS, du produit de la **cotisation perçue sur les boissons alcooliques de plus de 25°**. Le produit de cette taxe devrait s'élever à 417 millions d'euros en 2008 et à 433 millions d'euros en 2009, selon les données du bleu « Evaluation des voies et moyens » annexé au projet de loi de finances pour 2009. Suivant l'initiative de notre collègue député Yves Bur, l'Assemblée nationale a toutefois décidé d'affecter le produit de cette cotisation au régime de protection sociale des non salariés agricoles, dont elle a par ailleurs relevé le tarif (cf. *infra*), ce qui nécessitera une modification de coordination de l'article 55 du projet de loi de finances.

c) La dotation globale de l'assurance maladie destinée à financer l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est supprimée

Le 4° du I de l'article 12 met également fin à la dotation globale versée par l'assurance maladie afin de financer l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

L'annexe 9 au présent projet de loi de financement évalue à 92 millions d'euros le gain en résultant pour l'assurance maladie, dont 79 millions d'euros pour le seul régime général.

d) L'Etat ne versera pas de subvention en 2009

Si la subvention d'équilibre de l'Etat est maintenue dans la liste des ressources du fonds CMU, le projet de loi de finances pour 2009 ne prévoit **pas de crédits à ce titre**.

La seule ressource du fonds CMU en 2009 devrait donc être les contributions versées par les organismes complémentaires.

3. L'équilibre prévisionnel du fonds CMU en 2009

a) L'équilibre prévisionnel résultant du texte initial

Au total, l'équilibre 2009 du fonds CMU devait être le suivant, avant prise en compte de la mesure de compensation intégrale des charges supportées par les organismes de base au titre des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

**Evaluation des recettes et des dépenses du fonds CMU
en 2009**

(en millions d'euros)

Recettes	1 760
Contribution des organismes complémentaires (OC)	1 760
Dotation de l'Etat	0
Dépenses	1 737
Remboursements aux régimes de base d'assurance maladie au titre des dépenses de CMU-C qu'ils gèrent	1 378
Déductions opérées par les OC au titre des dépenses de CMU-C qu'ils gèrent	238
Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	120
Dépenses de gestion administrative du fonds	1
Solde	23

Source: d'après les données recueillies auprès du fonds CMU

b) Un équilibre modifié par les amendements adoptés par l'Assemblée nationale

L'amendement adopté par l'Assemblée nationale remet toutefois en cause cet équilibre et présente plusieurs inconvénients :

- **compte tenu de son coût (plus de 140 millions d'euros), elle placerait le fonds CMU en situation de déficit, ce qui imposerait à l'Etat de lui verser une subvention en 2009**, ce qui n'est pas prévu par le projet de loi de finances ;

- **cela rendrait illisible la contribution demandée aux organismes complémentaires**, qui est déjà majorée d'un milliard d'euros en 2009, alors que la CNAMTS ne versera plus de dotation à ce fonds, dont elle récupérera par ailleurs l'excédent (soit 136 millions d'euros environ) ;

- **prévoir une disparité de traitement entre les organismes complémentaires et la CNAMTS**, s'agissant des modalités de prise en charge des dépenses qu'elles supportent au titre des bénéficiaires de la CMU-C, **n'apparaît pas souhaitable**. En outre, une compensation intégrale irait à l'encontre de la responsabilisation des gestionnaires recherchée ces dernières années.

Pour ces raisons, votre rapporteur pour avis vous propose un **amendement tendant à supprimer cette disposition** et donc à rétablir l'équilibre mentionné dans le tableau ci-dessus.

C. LES CONSÉQUENCES DE CE NOUVEAU PARTAGE ET LES QUESTIONS QUI EN RÉSULTENT

La mise à contribution des organismes complémentaires à hauteur d'un milliard d'euros n'est pas neutre – et ce d'autant moins que le dispositif proposé est « pérenne ».

Votre rapporteur pour avis s'interroge, à cet égard, sur les conséquences de ce transfert sur les cotisations demandées aux adhérents et, plus largement, quant à l'évolution du système de protection sociale.

1. Sur la capacité des organismes complémentaires à absorber ce transfert sans en répercuter le coût sur l'assuré

Il convient de s'interroger quant à la répercussion éventuelle de cette charge nouvelle sur les adhérents.

A l'occasion de son discours devant la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2008, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, avait motivé cette mise à contribution des organismes complémentaires par « *le déport mécanique [chaque année], à législation constante, de l'ordre de 600 millions d'euros, des dépenses prises en charge par les assurances complémentaires vers l'assurance maladie. Cet accroissement systématique, toutes choses égales par ailleurs, des dépenses d'assurance maladie, s'explique par l'effet combiné du vieillissement de la population et du régime de prise en charge intégrale des patients en affection de longue durée* ».

En se fondant sur des données de l'ACAM et sur l'enquête de la Cour des comptes remise à la commission des affaires sociales du Sénat¹, notre collègue député Yves Bur, rapporteur du présent projet de loi pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, mettait de son côté en avant les **réserves des organismes complémentaires – à savoir leurs provisions**. Il note que l'évolution des primes perçues par les organismes complémentaires au titre de la santé est dynamique (28,42 milliards d'euros en 2007, contre 27,08 milliard d'euros en 2006 et 24,95 milliards d'euros en 2005). Il souligne également que **le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires** (27,37 milliard d'euros en 2007, contre 26,04 milliards d'euros en 2006) **a crû plus rapidement que les prestations versées**, les sinistres en frais de santé étant évalués par l'ACAM à 22,18 milliards d'euros en 2007 (21,88 milliards d'euros en 2006).

Selon les données du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport de juillet 2008, au cours des quatre années qui

¹ *Se reporter au rapport d'information n° 385 (2007-2008) de notre collègue Alain Vasselle, « Santé : qui doit payer ? Une contribution au débat sur les transferts de charges entre l'assurance maladie, les complémentaires et les ménages ».*

viennent de s'écouler, « **la profitabilité des organismes complémentaires n'a cessé de s'améliorer** », le taux de marge des organismes complémentaires étant passé de 13 % à 27 % selon les familles d'organismes. **Dans ces conditions, la mise à contribution de ces organismes n'apparaît pas illégitime.**

Votre rapporteur pour avis observe que la lettre du 28 juillet 2008 cosignée par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et M. Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, semble garantir une stabilité des cotisations demandées par les mutuelles au titre de l'année 2009 : « **les mutuelles feront les meilleurs efforts, dans le contexte européen actuel, pour ne pas répercuter cette contribution dans les cotisations de leurs adhérents, dès lors qu'elles seront associées plus étroitement à la gestion du risque santé et que les règles du système de soins évolueront** ».

Cet engagement ne concerne toutefois que les mutuelles, et non les sociétés d'assurance ni les institutions de prévoyance. Celles-ci pourraient donc répercuter cette hausse, même si la concurrence entre acteurs jouera très probablement un rôle de frein en ce domaine. Par ailleurs, d'après l'analyse de la Mutualité française, la situation des mutuelles devrait être appréciée au cas par cas.

Votre rapporteur pour avis relève, à cet égard, **l'absence de données permettant d'apprécier concrètement les effets de cette hausse sur les organismes complémentaires.** Notre collègue Alain Vasselle l'avait déjà souligné, dans son rapport précité sur les transferts de charge entre l'assurance maladie, les complémentaires et les ménages.

Il se félicite donc de **l'amendement adopté par l'Assemblée nationale**, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, et avec l'avis favorable du gouvernement, tendant à demander à l'ACAM et au fonds CMU d'établir chaque année un **rapport**, remis au Parlement et au gouvernement avant le 15 septembre de chaque année, **sur les comptes des organismes complémentaires**, faisant apparaître :

- l'évolution des primes ou cotisations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé

- celle du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes ;

- l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;

- celle du montant des impôts, taxes et contributions acquittées par ces organismes ;

- la variation de leur rapport de solvabilité ainsi que de leurs fonds propres et provisions techniques.

Dans l'intervalle, votre rapporteur pour avis souhaite que l'examen du présent projet de loi de financement permette de faire toute la lumière sur l'impact de cette mesure au titre de l'année 2009, et qu'il soit également l'occasion d'adopter une vision plus prospective de la répartition des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire.

2. Sur le changement plus profond du partage des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire

Votre rapporteur pour avis avait déjà abordé ce thème dans son rapport sur la taxation de l'industrie du médicament¹, en notant que l'évolution globale du système de prise en charge des médicaments ne pouvait être envisagée qu'en prenant en compte la situation des organismes complémentaires, analysée par notre collègue Alain Vasselle, dans son rapport d'information précité.

Celui-ci a, sur la base d'une enquête de la Cour des comptes, mis en évidence **l'importance des coûts de gestion des organismes complémentaires par rapport à ceux de l'assurance maladie obligatoire (24,4 % contre 5,4 %)**. L'UNOCAM a, depuis lors, adressé une réponse à la Cour des comptes, dans le cadre de son rapport public annuel, dans laquelle elle conteste certaines analyses.

L'idée d'un basculement de certaines dépenses de l'assurance maladie obligatoire vers les assurances complémentaires a également été analysée dans le cadre des travaux menés sur la révision générale des politiques publiques (RGPP) et constitue le cœur du rapport précité du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Ce dernier indique qu'**un basculement de 3 à 4 milliards d'euros de dépenses sur les organismes complémentaires pourrait conduire à une augmentation des cotisations versées à ces organismes comprise entre 130 et 185 euros par an et par ménage, soit l'équivalent de 0,45 à 0,6 % du revenu disponible**. Il note toutefois qu'une politique volontariste de la gestion du risque et des efforts de productivité permettraient que l'augmentation des charges ne soit pas répercutée sur les cotisations *« ni de façon immédiate, ni pour sa totalité »*.

Par ailleurs, il souligne qu'**une intervention accrue des organismes complémentaires « ne peut se concevoir en dehors de garanties liées à la nature de la dépense et au souci de donner aux opérateurs les moyens**

¹ « Taxation de l'industrie du médicament : mettre la fiscalité en perspective », rapport d'information n° 427 (2007-2008)

nécessaires à leur gestion ». Cette problématique de la gestion du risque touche notamment à la possibilité, pour ces organismes, d'avoir accès à des certaines données, d'être en situation de « co-piloter » le risque – ce qui est renforcé par la place accrue accordée à l'UNOCAM – et d'être libre de contracter avec les offreurs de soins.

Votre rapporteur pour avis note, par ailleurs, que la mise en place du cinquième risque pourrait passer par l'instauration d'un partenariat entre la couverture obligatoire de base et les organismes complémentaires, comme l'a mis en évidence la mission commune d'information du Sénat présidée par notre collègue Philippe Marini¹.

C'est donc toute l'architecture du système de protection sociale qui est ici en jeu. Il est, dès lors, essentiel d'adopter en la matière une vision de moyen-long terme.

¹ Philippe Marini (président), Alain Vasselle (rapporteur), « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape », rapport d'information n° 447 (2007-2008).

CHAPITRE II :

LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES

Votre rapporteur pour avis ne s'est pas saisi des mesures relatives à l'organisation des branches, qui n'ont aucun impact financier, ni de la partie relative à l'ONDAM médico-social, compte tenu de la mise en place de la mission commune d'information du Sénat sur le cinquième risque¹.

I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES

A. L'INSTAURATION D'UN FORFAIT SOCIAL

L'article 13 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tend à créer **une contribution à la charge des employeur, dite « forfait social », sur les éléments de rémunération qui sont à la fois exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG).**

1. Le droit existant

a) La nature des « exemptions d'assiette » actuelles

En vertu de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, l'assiette des cotisations sociales de sécurité sociale du régime général comprend l'ensemble des salaires et avantages versés au salarié en contrepartie de son activité professionnelle.

Le même article prévoit cependant certaines exceptions pouvant être regroupées en quatre catégories selon la classification retenue par la commission des comptes dans son rapport de juin 2008 :

- **les dispositifs d'épargne salariale** qui peuvent prendre deux formes : l'actionnariat salarié (stock-options et actions gratuites) et la participation financière (plan d'épargne d'entreprise, plan d'épargne retraite, participation, intéressement) ;

- **les aides directes au financement de besoins précis des salariés** : titres-restaurant, chèques-vacances, chèque emploi service universel (CESU), chèques-transport ;

¹ Philippe Marini (président), Alain Vasselle (rapporteur), « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape », rapport d'information n° 447 (2007-2008).

- **les dispositifs de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire** : depuis la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, seules les contributions des employeurs à des régimes présentant un caractère collectif et obligatoire sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans certaines conditions ;

- **les indemnités versées dans certains en cas de rupture du contrat de travail**, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu.

Bien qu'exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, ces rémunérations ou gains particuliers sont, pour la majorité d'entre eux, assujettis à la CSG et à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

b) Des mesures récentes visant à réduire les « exemptions d'assiette »

Il est à noter que **certaines de ces « exemptions d'assiette » ont été révisées récemment, notamment par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008** :

- l'article 16 de la loi précitée a ainsi institué, à la charge des employeurs et au profit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), une contribution de 50 % sur les avantages de préretraites ou de cessation anticipée d'activité versés à d'anciens salariés (article L. 137-10 du code de la sécurité sociale) ;

- l'article 13 de cette même loi a créé deux contributions, l'une à la charge des employeurs, l'autre à celle des salariés, sur les stock-options et les actions gratuites, applicables aux options consenties à compter du 16 octobre 2007 (article L. 137-13 du code de la sécurité sociale).

c) Une perte d'assiette évaluée à 46,1 milliards d'euros pour 2009

Selon les données du ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique, les « exemptions d'assiette » s'élèveraient à 46,1 milliards d'euros en 2009. Les pertes de cotisations sociales afférentes représenteraient 9,8 milliards d'euros – avant mise en place du « forfait social ».

Montant des exemptions d'assiette en 2009

Dispositifs	Montants des exemptions d'assiette
I. Participation financière et actionnariat salariés	20
<i>Dont :</i>	
Participation	8,7
Intéressement	7,9
Plan d'épargne en entreprises (PEE)	1,3
Stock-options	2,1
II. Aides directes consenties aux salariés	5,4
<i>Dont :</i>	
Titres restaurant	2,4
Chèques vacances	0,3
Avantages accordés par les comités d'entreprise (2004)	2,6
Chèque emploi service universel (2006)	0,1
III. Prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire	17,1
<i>Dont :</i>	
Prévoyance complémentaire	13,1
Retraite supplémentaire	3,8
Plan d'épargne retraite collective (PERCO)	0,2
IV. Rupture du contrat de travail (2002)	3,5
<i>Dont :</i>	
Indemnités de licenciement	3,2
Indemnités de mise à la retraite	0,4
TOTAL	46,1

Source : annexe 5 du présent projet de loi de financement

Dans son rapport de juin 2008, la commission des comptes de la sécurité sociale soulignait, par ailleurs, le dynamisme de ces dispositifs. Elle relevait, en particulier, que le taux moyen d'évolution annuelle des sommes versées au titre de la participation financière s'est élevé, entre 2000 et 2005, à 8,3 %, soit un taux nettement supérieur à celui de l'évolution annuelle moyenne de la masse salariale sur la même période (+ 3,2 %).

On relèvera néanmoins le manque de fiabilité des données en la matière. La commission des comptes de la sécurité sociale notait ainsi : « *ces dispositifs ne faisant pas l'objet de déclarations systématiques par les employeurs et n'étant pas enregistrés isolément en comptabilité, leurs montants financiers sont moins bien connus que ceux des exonérations.* »

2. Le dispositif proposé par l'article 13

Le I de l'article 13 pose le **principe général d'un assujettissement à une nouvelle contribution à la charge de l'employeur de l'ensemble des rémunérations ou gains à la fois soumis à la CSG et exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale**, telles que définies à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 741-10 du code rural.

Par dérogation à ce principe, le nouvel article L. 137-15, qu'il est proposé d'introduire dans le code de la sécurité sociale, **énumère limitativement les rémunérations ou gains qui seraient exclus du dispositif** :

- **les stock-options et actions gratuites** (article L. 137-13 du code de la sécurité sociale), déjà soumises à une contribution patronale de 10 % ;

- **les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance** (2° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 2° de l'article L. 741-10 du code rural), assujetties à une contribution de 8 % (article L. 137-1 du code de la sécurité sociale) ;

- **les indemnités versées à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail** (12° alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 3° alinéa de l'article L. 740-10 du code rural) ;

- **les contributions des employeurs aux chèques vacances dans les entreprises de moins de 50 salariés** (article L. 411-9 du code du tourisme) : contrairement aux autres aides directes consenties aux salariées (titres restaurant, chèques emplois service universel) qui ne sont pas assujetties à la CSG et sont donc exclues du champ de la mesure proposée, les chèques vacances sont, eux, soumis à la CSG et exonérées de cotisations de sécurité sociale et devraient dès lors entrer dans le champ du forfait social.

Le dispositif retenu permet ainsi de soumettre automatiquement toute nouvelle exemption d'assiette de cotisations de sécurité sociale au « forfait social ». Pour en être exonérée, celle-ci devra être explicitement définie dans le code de la sécurité sociale.

Dans l'état actuel du droit et par déduction, seront ainsi **soumis au « forfait social »** :

- les sommes versées au titre de **l'intéressement**, du supplément d'intéressement et de l'intéressement de projet ;

- les sommes versées au titre de **la participation** et du supplément de réserve spéciale de participation ;

- les abondements de l'employeur aux **plans d'épargne** (plan épargne en entreprise (PEE) et plan d'épargne retraite collectif (PERCO)) ;

- les contributions des employeurs au financement des **régimes de retraite supplémentaire**¹.

Le présent article prévoit de fixer le taux de la contribution à **2 %**.

Le produit de cette nouvelle contribution, d'un rendement estimé par le ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique à **400 millions d'euros pour 2009**, sera affecté à la **caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**.

Le **II** de l'article 13 prévoit que la mesure est **applicable aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2009**.

L'Assemblée nationale n'a **pas apporté de modifications au dispositif du forfait social** et, en particulier, a rejeté un certain nombre d'amendements visant à soumettre au dispositif du forfait social les stock-options et actions gratuites ou encore les « parachutes dorés ».

En revanche, elle a adopté, à l'initiative de notre collègue député, Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux, l'article 13 *bis* qui **prévoit d'assujettir « au premier euro », aux cotisations de sécurité sociale :**

- les indemnités versées en cas de rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux et de dirigeants de société ;

- les indemnités versées à l'occasion d'une rupture conventionnelle de contrat de travail ;

- les indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,

lorsque le montant de ces indemnités est supérieur à trente fois le plafond annuel de la sécurité sociale, soit près de **1 million d'euros** – selon le montant du plafond de la sécurité sociale fixé au 1^{er} janvier 2008.

En l'état actuel du droit, comme l'a indiqué M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, **ces indemnités ne sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale qu'au delà d'un montant supérieur** à 6 fois le plafond de la sécurité sociale, soit environ **200.000 euros**. En effet :

- entre zéro euros et un montant légal ou conventionnel, ces indemnités ne sont assujetties ni la CSG, ni aux cotisations de sécurité sociale ;

¹ A l'exclusion des retraites supplémentaires régies par l'article 82 du code général des impôts dont seule une partie à un montant fixé par décret est exclue de l'assiette de cotisations de sécurité sociales.

- entre le montant légal ou conventionnel et 200.000 euros, ces indemnités sont assujetties à la CSG et à la CRDS ;

- au delà de 200.000 euros, elles sont soumises à la CSG, à la CRDS et aux cotisations de sécurité sociale au même taux que celui s'appliquant sur les salaires.

3. La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis est favorable à la présente mesure qui s'inscrit dans le cadre de nombreux travaux menés, notamment par la Cour des comptes¹ et par notre collègue député, Yves Bur, rapporteur de la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales², sur la question des « **niches sociales** ».

Votre rapporteur pour avis est favorable à **cette disposition qui tend ainsi à réduire le champ de celles-ci.**

S'agissant plus particulièrement de l'assujettissement au forfait social des abondements réalisés par les employeurs aux plans d'épargne entreprise, notamment le PERCO, ainsi qu'aux régimes de retraite supplémentaires, il ne paraît pas illégitime eu égard au **faible taux** de la nouvelle contribution. Par ailleurs, dans la mesure où il s'agit de **revenus différés** pour le salarié, leur imposition, en l'occurrence au forfait social, **évite un effet de substitution aux salaires.**

Votre rapporteur pour avis note également la volonté d'exclure du dispositif les rémunérations ou gains, certes exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, mais déjà soumis à un prélèvement spécifique.

Il tient néanmoins à souligner **le manque de cohérence** de cette mesure avec celles envisagées, dans le même temps, dans le cadre du projet de loi sur les revenus du travail et visant à favoriser le développement de la participation et de l'intéressement.

B. L'AJUSTEMENT DES TAXES AFFECTANT LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT ET LES GROSSISTES-RÉPARTITEURS

Votre rapporteur pour avis ayant récemment rendu public un **rapport d'information sur la taxation de l'industrie du médicament**³, analysant de façon détaillée la fiscalité applicable à ce secteur, il présentera ici de façon succincte les mesures proposées par le présent projet de loi et les mettra en perspective par rapport aux propositions formulées en juillet 2008.

¹ *Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007.*

² *Rapport d'information n° 1001 (XIII^{ème} législature).*

³ « *Taxation de l'industrie du médicament : mettre la fiscalité en perspective* », rapport d'information n° 427 (2007-2008).

1. Les mesures proposées par les articles 14 et 17 bis

Le présent projet de loi comporte plusieurs mesures relatives à la fiscalité du médicament, rassemblées au sein de l'**article 14**.

a) Le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires est rehaussé de 0,6 % à 1 % de manière permanente

Le texte initial du présent projet de loi de financement proposait, dans le 4° du I, pérenniser le taux de 1 % applicable, de façon « exceptionnelle » depuis 2006, à la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.

La contribution sur le chiffre d'affaires

En application des articles L. 245-6 et L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, cette contribution, dont le produit est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, est due par les entreprises assurant l'exploitation en France d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou des spécialités inscrites sur une liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Elle est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises.

Cette contribution avait été instaurée, à titre exceptionnel, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, avec un taux fixé à 0,525 %. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a pérennisé ce dispositif et fixé le taux de la contribution à 0,6 %. A titre exceptionnel, ce taux a été fixé à 1,76 % pour la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année 2006. Il a été fixé, toujours à titre exceptionnel, à 1 % pour 2007 et 2008.

Source : commission des finances

Il convient de rappeler que l'article 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait, initialement, de pérenniser ce taux de 1 %. A la suite de l'adoption, par l'Assemblée nationale, d'un amendement de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, le caractère « exceptionnel » du maintien à 1 % du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires pour 2008 avait finalement été conservé.

La même analyse a été menée par l'Assemblée nationale cette année : toujours à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, elle a redonné à ce taux de 1 % un caractère exceptionnel, limité à l'année 2009.

b) Le taux K est maintenu à 1,4 % en 2009

Le II de l'article 14 fixe le taux K à 1,4 % en 2009, soit le même montant qu'en 2008. Toutefois, il est en réalité plus contraignant, dans la mesure où le champ de la clause de sauvegarde est élargi aux médicaments inscrits sur la « liste en sus » (cf. *infra*).

On rappellera que cette clause de sauvegarde, instituée par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, consiste dans le versement, à l'assurance maladie¹, d'une contribution des laboratoires pharmaceutiques lorsque leur chiffre d'affaires global hors taxes réalisé en France au titre des spécialités remboursables a crû plus vite qu'un taux de progression défini en loi de financement de la sécurité sociale.

Ce taux – qui déclenche le mécanisme de la clause de sauvegarde – est appelé « taux K ». Selon les termes de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, il correspond au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année en cours et des années précédentes.

Les entreprises peuvent être exonérées du paiement de cette contribution si elles choisissent de contracter une convention avec le comité économique des produits de santé (CEPS). Elles s'acquittent alors en contrepartie de **remises conventionnelles**.

Le taux de contribution (50 %, 60 %, 70 %) varie en fonction du dépassement du « taux K » et s'applique successivement à une tranche déterminée de supplément de chiffre d'affaires constaté par rapport à celui qui aurait résulté si le « taux K » avait été respecté.

¹ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM), régimes des exploitants et salariés agricoles.

Exemple de calcul de la clause de sauvegarde

« On considère un marché dont le chiffre d'affaires hors taxes en année n atteint 18 milliards d'euros. Son taux de croissance t entre n et $n+1$ s'établit à 3,5 % pour un « taux K » de 1 %. Le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) s'élève donc à 18,63 milliards d'euros en $n+1$ contre 18,18 milliards d'euros si le « taux K » avait été respecté. Le dépassement atteint ainsi 450 millions d'euros. Cette somme va faire l'objet de la taxation selon le barème suivant, conformément à l'article L. 138-10 alinéa 1 du code de la sécurité sociale :

* 1^{ère} tranche : pour t compris entre k et $k+0,5$, taux de contribution = 50 % ;

* 2^e tranche : pour t compris entre $k+0,5$ et $k+1$, taux de contribution = 60 % ;

* 3^e tranche : pour t supérieur à $k+1$, taux de contribution = 70 %.

Le calcul de la taxe est le suivant :

* 1^{ère} tranche : $CAHT_n \times (k+0,5 - k) \times 50 \% = 18.000 \times (1,5-1) \times 50 \% = 45$ millions d'euros ;

* 2^e tranche : $CAHT_n \times (k+1 - k+0,5) \times 60 \% = 18.000 \times (2-1,5) \times 60 \% = 54$ millions d'euros ;

* 3^e tranche : $CAHT_n \times (t - k+1) \times 70 \% = 18.000 \times (3,5-2) \times 70 \% = 189$ millions d'euros.

NB : $18.000 \times (1,5-1) + 18.000 \times (2-1,5) + 18.000 \times (3,5-2) = 18.000 \times (t- k) = 450$ millions d'euros.

Le montant de la clause de sauvegarde atteint donc, dans cet exemple, 288 millions d'euros. »

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2007

Le montant global ainsi calculé est ensuite **réparti entre les entreprises redevables** selon trois critères :

- le niveau brut du chiffre d'affaires, pour 30 % ;
- la progression du chiffre d'affaires, pour 40 % ;
- les frais de publicité, pour 30 %.

En outre, en application de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes.

Dans son rapport précité sur la taxation de l'industrie du médicament, votre rapporteur pour avis avait relevé la variation erratique du taux K au cours des années passées. Ainsi, au titre de l'année 2000, l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a fixé un seuil de déclenchement de la contribution à 2 %, déconnecté de tout lien avec l'ONDAM. L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a, quant à lui, substitué **au taux de progression de l'ONDAM**, pour le seuil de déclenchement de la contribution, **un taux de progression fixé à 3 %**. De même, l'article 23 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a arrêté un « taux K » spécifique de 3 % pour 2002. Celui-ci a ensuite été

fixé à 4 %¹ en 2003 et à 3 %² en 2004. **Quant aux années 2005, 2006 et 2007, les seuils de déclenchement de la clause de sauvegarde ont été définis par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie³.** La valeur choisie – 1 % – s'est avérée très en deçà du taux de croissance des dépenses de santé sur cette période.

c) Les médicaments inscrits sur la « liste en sus » feront l'objet d'une régulation plus forte, en étant inclus dans le champ de la clause de sauvegarde

Le 1° du I de l'article 14 tend par ailleurs à inclure, dans le champ de la clause sauvegarde, le chiffre d'affaires réalisé par les entreprises pharmaceutiques au titre des médicaments inscrits sur la « liste en sus », visée à l'article L. 1622-22-7 du code de la sécurité sociale.

L'Etat fixe ainsi la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus de ces prestations d'hospitalisation.

Ce dispositif dérogatoire est prévu afin de garantir le financement des produits particulièrement onéreux, dont l'introduction dans les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS), n'est pas adaptée.

L'article 14 prévoit ainsi que la contribution des laboratoires pharmaceutiques sera due lorsque leur chiffre d'affaires global hors taxes réalisé en France au titre des spécialités remboursables **et de celles inscrites sur la liste en sus** aura crû plus vite que le taux K, fixé à **1,4 %**.

L'exposé des motifs précise, par ailleurs, que ces contributions viendront en déduction des dépenses de médicament et non plus en recettes de l'assurance maladie. Cette interprétation ne donne pas lieu à disposition législative. Votre rapporteur pour avis en prend acte mais s'interroge sur **la portée de cette mesure, qui ne suffira pas à rendre lisible le système actuel de régulation des dépenses de médicament.**

d) Les modalités de versement de la contribution sur les dépenses de promotion sont revues

Enfin, les 2° et 3° du I l'article 14 prévoient également de revoir les modalités de versement, par les entreprises pharmaceutiques, des contributions sur les dépenses de promotion du médicament et des dispositifs médicaux.

¹ Article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

² Article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

³ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Ces contributions sont versées **au plus tard le 1^{er} décembre** de chaque année, en application des articles L. 545-5-1 A et L. 245-5-5 du code de la sécurité sociale. **L'exposé des motifs du présent projet de loi note que ce versement tardif pèse sur la trésorerie de la CNAMTS et de la Haute autorité de santé.**

L'article 14 prévoit ainsi de mettre en place un paiement fractionné de ces contributions :

- la moitié au plus tard le 1^{er} juin de chaque année ;
- le solde au plus tard le 1^{er} décembre.

On rappellera que cette contribution fait l'objet d'appréciations contradictoires, comme le montre l'encadré qui suit.

La contribution sur les dépenses de publicité

• En application des articles L. 245-1 à L. 245-5-1-A du code de la sécurité sociale, cette contribution, dont le produit est affecté à la CNAMTS et à la HAS, est due par les laboratoires dont le chiffre d'affaires dépasse 15 millions d'euros. La contribution est assise sur les frais de prospection et d'information des praticiens (rémunération des visiteurs médicaux auprès des médecins de ville et des établissements de santé ; remboursement des frais de transport, de repas ou d'hébergement de ces visiteurs ; frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires, à l'exception de la presse médicale spécialisée). L'assiette de la contribution fait l'objet d'un abattement. Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème progressif, comprenant quatre tranches.

• **Cette contribution est fortement contestée par l'industrie.** Le LEEM a ainsi indiqué à votre rapporteur spécial que *« son intérêt n'apparaît plus aujourd'hui manifeste dans la mesure où les dépenses promotionnelles sont encadrées par une charte de la visite médicale en ville (...) élaborée par la HAS et appliquée par le Comité économique des produits de santé »*. En outre, il note que cette contribution *« est de fait devenue une taxe sur l'emploi de visiteur médical injustifiée depuis la conclusion de la charte de la visite médicale, sa mise en œuvre et les sanctions de son inobservation. Cette pénalité sur l'emploi est lourde : plus de 1 % du chiffre d'affaires, près de 10 % des dépenses de promotion. Sa non déductibilité n'est pas comprise. Son apport à la régulation n'est plus déterminant au regard des autres taxes, redevances ou remises, ou au regard de l'impact des politiques de prix ou de définition des génériques. Son illisibilité de taxe complexe et non déductible sur l'emploi de visiteur médical pose aujourd'hui, dans une perspective d'attractivité de la France y compris par une simplification de sa fiscalité, le problème de sa pure et simple suppression »*.

• **Un récent rapport de l'inspection générale des affaires sociales¹ va à l'encontre de cette vision.** Il note ainsi que « *l'industrie pharmaceutique, à travers l'importance des moyens qu'elle déploie pour la promotion [des médicaments], est un acteur prééminent dans le dispositif d'information des médecins. Elle y consacre au moins 3 milliards d'euros, aux trois-quarts sous la forme de la visite médicale, et encore cette estimation est-elle certainement sous-évaluée. L'information ainsi délivrée dans une perspective commerciale est affectée de biais structurels (sur-valorisation des produits promus, dévalorisation des produits anciens notamment dès lors qu'ils sont génériques...).* **La mise en place récente d'une charte de la qualité de la visite médicale ne devrait pas corriger en profondeur ces déficiences.** Les médecins, conscients de ces biais, accordent peu de crédibilité à la visite médicale mais restent majoritairement attachés à ce mode d'information pratique, adapté à leurs besoins et gratuit. Malgré le recul critique des médecins, **la visite médicale a eu une influence certaine sur les prescriptions.** (...) Si cette influence peut être bénéfique lorsque les objectifs commerciaux (expansion de la prescription) sont congruents avec les exigences du bon usage, cette congruence est **loin d'être systématique.** Enfin, la visite médicale, financée en fait par la collectivité à travers les prix administrés du médicament, s'avère un moyen très coûteux d'apporter de l'information aux généralistes : plus de 25.000 euros par médecin généraliste et par an ».

L'IGAS estime ainsi qu'« **une action plus vigoureuse des pouvoirs publics en matière de production et de diffusion de l'information sur le médicament doit s'accompagner d'une régulation du volume de l'effort promotionnel des laboratoires.** Il serait aberrant pour les finances publiques que les institutions publiques soient conduites à déployer des moyens importants, simplement pour faire contrepoids aux initiatives de l'industrie pharmaceutique. Un désarmement commercial organisé est aussi dans l'intérêt des laboratoires. Il s'avère que l'on dispose des outils pour organiser ce désarmement à travers soit la taxe sur la promotion soit les objectifs quantitatifs par classe. Il appartient aux pouvoirs publics d'utiliser ces outils dans le cadre d'une politique clairement affichée : réduction progressive de moitié des dépenses de promotion ».

e) Un allègement de la charge pesant sur les grossistes-répartiteurs

L'Assemblée nationale a, par ailleurs, adopté un nouvel article 17 bis, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, contre l'avis du gouvernement, qui a toutefois levé le gage.

Cet article vise à exonérer les grossistes-répartiteurs du paiement de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, pour la part de leur chiffre d'affaires qui dépasse la marge de 400 euros.

En application de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale, les grossistes répartiteurs doivent aujourd'hui acquitter une contribution assise sur leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste des médicaments remboursables, à l'exception des médicaments orphelins. Pour la détermination de l'assiette de cette contribution, il n'est tenu compte 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 visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme.**

¹ Pierre-Louis Bras, Pierre Ricordeau, Bernadette Roussille, Valérie Saintoyant, « L'information des médecins généralistes sur le médicament », rapport n° RM 2007-136P (septembre 2007).

L'article 17 *bis* prévoit que, pour les sociétés et entreprises assujetties à cette contribution, sont exclus de l'assiette de la C3S : le chiffre d'affaires retenu pour asséoir cette contribution et la partie supérieure à 400 euros du prix de vente hors taxe aux officines des spécialités pharmaceutiques remboursables augmenté de la marge maximum que ces entreprises sont autorisées à percevoir sur cette somme. Dans le droit en vigueur, le chiffre d'affaires sur lequel porte la contribution due par les grossistes en application de l'article L. 138-1 est déjà exclu de l'assiette de la C3S.

Notre collègue député Yves Bur, rappelant que la marge des grossistes-répartiteurs a été plafonnée à 400 euros, juge légitime de les exonérer de la C3S sur cette partie du chiffre d'affaires.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a indiqué que le chiffre d'affaires sur lequel porte la contribution due par les grossistes est déjà exclu de l'assiette de la C3S, ce qui revient à exclure de l'assiette de la C3S la partie du prix du médicament inférieure à 150 euros. Il a jugé inopportun d'aller au-delà et a précisé que le coût de cet amendement pouvait être évalué à 1,5 million d'euros.

Dans son rapport sur la taxation de l'industrie du médicament, votre rapporteur pour avis avait jugé nécessaire de **continuer à réduire les coûts de distribution du médicament.**

Dans ce contexte, et **faute de réels arguments justifiant cette exonération**, il est réservé sur le dispositif adopté par l'Assemblée nationale, dont le coût a été évalué par le gouvernement à 1,5 million d'euros.

En outre, de manière plus générale, **il n'apparaît pas opportun d'ouvrir une telle brèche dans le mécanisme d'assujettissement à la C3S.**

C'est la raison pour laquelle votre rapporteur pour avis vous présente un **amendement de suppression** de cette mesure.

2. Votre rapporteur pour avis souhaite remettre la fiscalité du médicament en perspective

a) La nécessité de donner une perspective pluriannuelle

Dans son rapport d'information précité de juillet 2008, votre rapporteur pour avis avait jugé nécessaire de remettre en perspective la fiscalité applicable à l'industrie du médicament.

Les dispositions de l'article n'y contribuent aucunement, et moins encore à l'issue de l'examen du présent projet de loi de financement par l'Assemblée nationale.

Dans ces conditions, votre rapporteur pour avis vous présente **deux amendements tendant à :**

- fixer à 1 % le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires au titre des années 2009, 2010 et 2011 ;
- fixer à 1,4 % le taux K au cours de la même période.

La première préconisation de votre rapporteur spécial consiste à **replacer l'instrument fiscal dans un cadre pluriannuel, afin de donner plus de sécurité et de visibilité aux entreprises.** Il est nécessaire d'assurer une plus grande stabilité des règles fiscales applicables à l'industrie du médicament, et donc d'éviter de recourir à des dispositifs de taxation « exceptionnels ». Les fluctuations incessantes de la législation fiscale sont contreproductives en termes d'image et déstabilisantes pour l'industrie, sans pour autant être efficaces sur le long terme du point de vue du redressement des comptes publics.

b) L'intérêt de conforter et de préciser le rôle du Conseil stratégique des industries de santé

Votre rapporteur pour avis souhaite également donner un rôle accru au Conseil stratégique des industries de santé. En effet, une meilleure visibilité pour les entreprises suppose un **meilleur pilotage global de notre système de régulation du secteur du médicament.**

Le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS)

Le CSIS a été créé en 2004, par le gouvernement, dans le but d'établir un **dialogue entre l'Etat et les industriels** sur les moyens de maintenir et renforcer l'attractivité de la France dans le secteur de la santé.

Le CSIS s'est réuni à **trois reprises** : le 29 septembre 2004, le 25 avril 2005 et le 5 février 2007. Lors de sa dernière réunion, présidée par M. Xavier Bertrand, alors ministre de la santé et des solidarités, et M. François Loos, alors ministre délégué à l'industrie, étaient représentés huit industriels des secteurs du médicament, du diagnostic et des dispositifs médicaux implantés en France : les laboratoires IPSEN, Sanofi-Aventis, Roche, Takeda France, Biomérieux, Becton Dickinson France, Lilly, GlaxoSmithKline (GSK), ainsi que l'agence française pour les investissements internationaux (AFII), le comité économique des produits de santé (CEPS) et le LEEM.

Partant d'une vision partagée de la nécessité de faire de la France un pays majeur des sciences du vivant, le CSIS a décidé plusieurs mesures concrètes, dont notamment en 2004 et 2005 :

- la création d'un **centre national de gestion des essais cliniques à promotion industrielle** (CeNGEPS) destiné à permettre d'augmenter le potentiel de réalisation d'essais cliniques, d'améliorer leur qualité, et d'établir une harmonisation des procédures entre centres d'essais et organisation de la recherche clinique dans les établissements de santé ;
- la mise en place de **crédits de remise** pour des entreprises ayant réalisé des investissements industriels et/ou de recherche sur le territoire européen ;
- la création d'un **centre de ressources de modèles expérimentaux de cancer** (projet CREMEC) devant permettre le recensement et le développement de modèles expérimentaux de cancer validés et caractérisés, spécialisé dans un premier temps sur le cancer du colon.

En 2007, quatre thèmes ont été abordés : l'élaboration d'une stratégie commune de développement entre l'Etat et les industriels du secteur du médicament ; l'encouragement à la recherche et à l'innovation ; l'accès des malades aux médicaments ; le développement de partenariats entre l'Etat et les industries de santé pour prévenir et traiter efficacement les situations de crise sanitaire.

Lors de son audition devant les membres de la mission de contrôle et d'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale*, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a indiqué que **le CSIS se réunirait, de nouveau en 2008, afin de relancer son action**. Les thèmes, qui devraient y être abordés, seront : l'indépendance sanitaire, les infrastructures propices au développement des activités de recherche et de production de médicaments sur notre territoire, ainsi que la recherche et l'innovation.

**Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, rapport d'information n° 848 (XIII^{ème} législature) de notre collègue députée, Catherine Lemorton.*

Le Conseil stratégique des industries de santé apparaît être un lieu idéal pour faire émerger cette vision globale des enjeux et assurer un réel pilotage stratégique. **Sa composition devrait toutefois être revue**, afin que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), en particulier, y soit représentée. En effet, seuls l'AFII et le CEPS sont aujourd'hui présents aux côtés des ministres, du côté des pouvoirs publics. Ceci permettrait ainsi d'avoir une vision transversale des enjeux.

Votre rapporteur pour avis vous propose donc un amendement portant article additionnel après l'article 14, donnant une base législative à ce conseil. Il prévoit une **réunion annuelle de cette instance**, qui donnera lieu à des **observations transmises au Parlement avant le 15 septembre**.

Afin d'aborder les enjeux de manière transversale, l'amendement prévoit la participation des **ministres chargés de la santé, du budget et de l'industrie**.

Il inclut également également dans la composition de ce conseil un **représentant de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie**, et ce afin d'avoir une **vision d'ensemble de la régulation du secteur du médicament et de la politique industrielle menée en faveur de ce secteur**.

C. LES MESURES FAISANT SUITE AU « RAPPORT FOUQUET » SUR LA SÉCURITÉ JURIDIQUE DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS SOCIALES (ARTICLES 19 ET 20)

Les articles 19 et 20 du présent projet de loi contiennent plusieurs mesures qui donnent suite aux préconisations du rapport de M. Olivier Fouquet sur la sécurité juridique en matière de cotisations et contributions sociales¹.

1. L'extension de la procédure d'arbitrage de l'ACOSS

a) La procédure d'arbitrage en vigueur

L'article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale prévoit une possibilité d'arbitrage lorsque le cotisant se retrouve confronté à des interprétations contradictoires.

Ainsi, tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires concernant plusieurs de ses établissements dans la même situation au regard de la législation relative aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, a la possibilité, sans préjudice des autres recours, de solliciter l'intervention de l'ACOSS en ce qui concerne l'appréciation portée sur sa situation par les URSSAF.

A la suite de l'analyse du litige, l'ACOSS peut demander aux organismes d'adopter une position dans un délai d'un mois. A l'expiration de ce délai, s'ils ne se sont pas conformés à cette instruction, l'ACOSS peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires.

b) Les observations du « rapport Fouquet »

Le rapport Fouquet relève que cette procédure ne concerne aujourd'hui que les **établissements sans personnalité morale** et propose **d'étendre cette procédure d'arbitrage aux filiales de l'entreprise qui constituent avec celle-ci un groupe au sens économique.**

Rappelant qu'il existe plusieurs acceptions à la notion de groupe, le rapport Fouquet préconise que soient retenus les critères utilisés par le code de commerce. La procédure d'arbitrage s'appliquerait ainsi, d'une part aux filiales stricto sensu de la société tête de groupe ou d'une société en dépendant et, d'autre part, aux sociétés contrôlées par la société tête de groupe ou par une société en dépendant.

¹ Olivier Fouquet (président), Thomas Wanecq (rapporteur général), « Cotisations sociales : stabiliser la norme, sécuriser les relations avec les URSSAF et prévenir les abus », rapport au ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, juillet 2008.

c) Le dispositif proposé par l'article 19

Le 2° de l'article 19 du présent projet de loi constitue la transcription de cette proposition.

La procédure d'arbitrage sera ainsi ouverte à un cotisant appartenant à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, en cas d'interprétations contradictoires concernant toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même ensemble.

Votre rapporteur pour avis ne voit aucune objection à cette modification.

2. La sécurisation juridique du dispositif de rescrit social

a) Le dispositif de rescrit social

L'ordonnance du 6 juin 2005, prise en application de la loi de simplification du droit du 9 décembre 2004, instaure une procédure de rescrit en matière sociale. Cette procédure est codifiée aux articles L. 243-6-3 et R. 243-43-2 du code de la sécurité sociale. Elle est entrée en vigueur le 31 décembre 2005.

Elle permet à un employeur d'interroger dans des cas particuliers, l'organisme de recouvrement sur l'application d'une réglementation et d'obtenir de celui-ci dans un délai déterminé, une réponse explicite sur sa situation au regard de la réglementation concernée.

La procédure de rescrit est aujourd'hui réservée à trois domaines de la législation sociale:

- les exonérations de cotisations limitées à une zone géographique dont la liste est fixée par voie réglementaire (zones franches urbaines, zones de revitalisation rurale et zones de redynamisation urbaine pour les embauches de 1 à 50 salariés) ;

- les contributions patronales destinées au financement de régimes complémentaires de retraite et de prévoyance mentionnés aux articles L. 242-1 et L. 137-11 du code de la sécurité sociale,

- les mesures réglementaires spécifiques relatives aux avantages en nature et aux frais professionnels prises en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Le cotisant doit adresser sa demande par courrier recommandé avec accusé de réception. L'organisme dispose alors d'un délai de quatre mois pour instruire et notifier la décision. Ce délai expiré, le cotisant peut considérer sa position comme validée et il ne pourra faire l'objet d'un redressement fondé sur le point visé par la saisine entre la date où le délai a expiré et la date de notification de la réponse explicite. La décision, explicite ou implicite, ne

s'applique que pour les établissements pour lesquels la question a été posée, mais lorsque l'organisme de recouvrement entend modifier sa position, il doit en informer l'entreprise par courrier recommandé avec accusé de réception.

b) Les observations du » rapport Fouquet »

Le rapport Fouquet note que, malgré les garanties offertes, les différentes formes de rescrit ne rencontrent qu'un **succès relatif** auprès des entreprises, bien qu'une montée en charge relative ait été observée entre 2006 et 2007.

En 2007, 213 demandes de rescrit ont été instruites par le réseau des Urssaf, soit 22,4 % d'augmentation par rapport à l'année précédente. Pour compléter le dispositif et répondre à une demande des entreprises en ce sens, le dispositif de la loi LME prévoit d'élargir les cas de rescrits à l'ensemble des exonérations et aux exemptions d'assiette mentionnées à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions devraient permettre de couvrir l'essentiel des interrogations des entreprises, mais **les réserves actuelles des employeurs sont essentiellement liées au bon fonctionnement des procédures informelles, qui doivent en conséquence être renforcées.**

Le rapport précise que si la question des thèmes pouvant faire l'objet d'un rescrit ne paraît ainsi plus centrale, le dispositif apparaît encore incomplet et que les conséquences du rescrit présentent encore certaines carences. Ainsi les entreprises ne sont-elles pas informées des réponses aux rescrits des autres cotisants et le rescrit ne peut-il faire l'objet d'aucune contestation juridictionnelle.

c) La modification proposée par l'article 19

Le 3° de l'article 19 prévoit ainsi de modifier l'article L. 243-6-3 du code de la sécurité sociale pour prévoir que si le demandeur appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, et que sa demande comporte expressément ces précisions, la décision s'applique à toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même ensemble.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un amendement présenté par notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, tendant à permettre une publication des rescrits lorsque leur anonymisation est possible, comme c'est le cas en matière fiscale. Un décret en Conseil d'Etat définirait les conditions de mise en œuvre de cette mesure, qui figurait également au nombre des recommandations du rapport Fouquet. **Votre rapporteur pour avis y est favorable.**

3. La clarification juridique de la notion d'abus de droit

a) La notion d'abus de droit a été introduite par votre rapporteur pour avis

A l'initiative de votre rapporteur pour avis, le Sénat avait adopté l'an dernier, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, un amendement introduisant dans le domaine social la notion d'abus de droit applicable dans le domaine fiscal.

Le rapport Fouquet estime que la rédaction alors retenue devrait revue et harmonisée avec le nouveau dispositif applicable en matière fiscale proposé par la commission Fouquet dans son rapport sur la sécurité juridique des relations entre l'administration fiscale et les contribuables¹.

b) La rédaction ici proposée correspond à ses objectifs

L'article 19 du présent projet de loi reprend ainsi les propositions formulées par le rapport Fouquet, ce qui **convient à votre rapporteur pour avis, dès lors que ses objectifs – transposition de la notion d'abus de droit et harmonisation entre les domaines fiscaux et sociaux – sont atteints.**

Les URSSAF auront désormais la possibilité de saisir le comité des abus de droit.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un amendement présenté par notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, tendant à **inverser la charge de la preuve devant le juge lorsque le comité des abus de droit a rendu un avis favorable à l'organisme de recouvrement.** Il conviendrait dès lors au cotisant de prouver qu'il n'a pas commis d'abus de droit. Il s'agit en fait d'un alignement sur la procédure en place en matière fiscale, où ce renversement de la charge de la preuve est d'ores et déjà prévu. **Votre rapporteur pour avis est favorable à cette modification.**

4. L'opposabilité des décisions des URSSAF

Le 4° de l'article du présent projet de loi donne suite à une autre proposition du rapport Fouquet, en rendant opposable les décisions d'une URSSAF en cas de changement d'implantation géographique.

Ainsi, le nouvel article L. 243-6-4 du code de la sécurité sociale prévoit que dans le cas d'un changement d'organisme de recouvrement lié à un changement d'implantation géographique de l'entreprise ou de l'un de ses

¹ Olivier Fouquet, président, Julie Burguburu, David Lubeck et Sylvie Guillemain (rapporteurs), « Améliorer la sécurité juridique des relations entre l'administration fiscale et les contribuables : une nouvelle approche », rapport remis au ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, juin 2008.

établissements, **un cotisant peut se prévaloir, auprès du nouvel organisme, des décisions explicites rendues par le précédent organisme dont il relevait**, dès lors qu'il établit que sa situation de fait ou de droit est identique à celle prise en compte par le précédent organisme.

Cette mesure apparaît en effet pertinente à votre rapporteur pour avis.

5. La responsabilité des sociétés mères et des holdings en cas de travail dissimulé

Par ailleurs, pour tenir compte, à l'échelle d'un groupe, des suites du constat d'une infraction de travail dissimulé établi à l'égard d'une personne morale appartenant à cet ensemble, l'article 19 crée une responsabilité subsidiaire et solidaire entre cette personne morale et la société mère ou la société holding, à l'égard du paiement des contributions et cotisations sociales ainsi que des majorations et pénalités dues à la suite de ce constat.

Cette mesure reçoit le **soutien de votre rapporteur pour avis**, qui proposera un **amendement à l'article 19, visant à transposer cette mesure et celle relative à l'abus de droit au sein du code rural, cette mesure de coordination ayant été oubliée.**

6. La clarification du régime d'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus distribués aux travailleurs indépendants (article 20)

a) La situation actuelle

La situation actuelle du régime d'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus distribués aux travailleurs indépendants, qui nécessite une clarification en raison d'une divergence de jurisprudence entre la Cour de cassation et le Conseil d'Etat, a fait l'objet d'une analyse très précise dans le rapport précité de M. Olivier Fouquet. Les paragraphes qui suivent reprennent pour l'essentiel cette analyse.

(1) Une optimisation fiscal-social

Les sociétés d'exercice libéral (SEL) ont été instituées par la loi du 30 décembre 1990 pour permettre aux membres des professions libérales réglementées d'exercer leur activité sous la forme de sociétés de capitaux. La forme la plus courante de SEL est la société d'exercice libérale à responsabilité limitée (SELARL), qui est le pendant de la SARL. Elle a pu susciter un intérêt chez certains professionnels comme outil d'optimisation de la gestion de l'entreprise. **Les gérants des SELARL peuvent en effet opter pour l'imposition des bénéfices au régime de l'impôt sur les sociétés au lieu de l'imposition sur les revenus au titre des bénéfices non commerciaux.**

L'ACOSS relève que les revenus des activités professionnelles demeurent soumis à des prélèvements sociaux environ 3 à 4 fois plus élevés que les revenus du capital. En effet, les dividendes ne sont pas soumis aux prélèvements sociaux applicables aux revenus d'activité, mais seulement aux contributions sociales assises sur les produits de placement, pour les dividendes versés à compter du 1^{er} janvier 2008. Les personnes mises en situation de pouvoir arbitrer, dans la répartition de leur revenu global, entre rémunération d'activité et rémunération du patrimoine sont donc logiquement incitées à « optimiser » la répartition afin de limiter leur contribution aux régimes obligatoires de sécurité sociale.

Des simulations permettent de mesurer les économies potentielles réalisées par les dirigeants des SEL en fonction du niveau de rémunération nette qu'ils s'octroient.

Dans le cas d'une exploitation réalisant 50.000 euros de bénéfices avant prélèvements fiscaux et sociaux, il apparaît, selon les données figurant dans le rapport Fouquet, que le revenu disponible après distribution de la totalité du bénéfice net est à son maximum lorsque la rémunération de gérance nette est fixée à 7.980 euros. Le revenu disponible après impôt sera alors de 36.873 euros. Dans le cas où le gérant attribue l'ensemble des bénéfices sous forme de dividendes, son revenu disponible sera de 35.289 euros. S'il s'attribue l'intégralité sous forme de rémunération de gérance, son revenu disponible sera de 34.060 euros. **En divisant par cinq son assiette sociale, le gérant majoritaire peut ainsi réaliser une économie annuelle de près de 3.000 euros sur ses prélèvements socialo-fiscaux.**

Ces résultats, ainsi que les simulations de la DGTPE, montrent que l'optimisation représente, au moins **théoriquement**, une perte d'assiette significative pour les caisses de sécurité sociale des indépendants. Le rapport Fouquet remarque ainsi que cette diminution d'assiette se fait essentiellement au profit d'une augmentation de l'assiette de l'impôt sur les sociétés. **L'optimisation des gérants de SEL consiste ainsi essentiellement, selon lui, en un transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'Etat**, le bénéfice de l'exploitant apparaissant à cette aune quantitativement peu important.

Le rapport Fouquet note également que la déclaration d'impôt sur le revenu n° 2042 ne permet pas de distinguer les dividendes versés à l'occasion d'une activité professionnelle de ceux qui résultent de la simple possession de valeurs mobilières et qu'il n'est donc **pas possible de mesurer quantitativement l'impact de cette optimisation**. Toutefois, l'augmentation rapide du nombre de professionnels libéraux exerçant en SEL dans certaines catégories tendrait à accréditer l'importance d'un phénomène redouté par les caisses de sécurité sociale : le nombre de médecins exerçant en SEL a ainsi augmenté de 92 % entre 2003 et 2006, la proportion des pharmaciens ayant choisi cette forme juridique a triplé entre 2000 et 2006 et la moitié des SEL de vétérinaires existant au 1^{er} janvier 2007 ont été créées au cours des trois années précédentes.

(2) Une divergence de jurisprudence entre la Cour de cassation et le Conseil d'Etat

Depuis quelques années, **trois caisses de retraite de professions libérales réglementées** (caisse nationale des barreaux français -CNBF-, caisse d'assurance retraite des médecins français -CARMF-, caisse d'assurance retraite des chirurgiens-dentistes -CARCD-) **ont décidé de réintégrer dans l'assiette des cotisations sociales les dividendes perçus par les avocats, médecins, chirurgiens-dentistes ayant opté pour l'organisation de leur activité sous forme de société d'exercice libéral soumise à l'impôt sur les sociétés.**

Ces caisses, s'appuyant sur **une jurisprudence de la Cour de cassation** selon laquelle l'inclusion d'une rémunération dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale n'est pas liée à la catégorie de revenus à laquelle est rattachée cette rémunération sur le plan fiscal, **n'ont pas tenu compte de la qualification fiscale des dividendes en tant que revenus de capitaux mobiliers.** Elles se sont appuyées, enfin, sur le fait que, dans le cas des professions réglementées, le regroupement en SEL ne remet nullement en cause la nature libérale de l'activité et **ont considéré que la totalité du revenu tiré de cette activité était de nature professionnelle.**

Cette position a donné lieu depuis 1997 à des recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale. Toutes les décisions de justice rendues par le juge judiciaire pour trancher les contestations émanant de professions libérales ont été favorables aux caisses. Toutefois, aucun arrêt de la Cour de cassation n'était venu confirmer cette position quand le Conseil d'Etat a rendu son arrêt du 14 novembre 2007, « Association nationale des sociétés d'exercice libéral », annulant la délibération de la CARMF prévoyant l'assujettissement aux cotisations retraites des dividendes versés par les SEL de médecins. Selon le Conseil d'Etat, les « *les dividendes versés aux associés des sociétés d'exercice libéral de médecin ne peuvent être regardés comme des revenus professionnels* ». Les conclusions du commissaire du gouvernement exposaient certes qu'il était « *très tentant de regarder les dividendes distribués aux médecins associés des SEL comme des revenus professionnels* » mais ces mêmes conclusions appelaient au rejet de cette solution devant le risque de double imposition aux contributions sociales (CSG et CRDS).

Le 15 mai 2008, **la Cour de cassation a rendu un arrêt prenant le contre-pied de la décision du Conseil d'Etat.** Elle a ainsi estimé que les revenus distribués par une SEL pouvaient être requalifiés en revenus professionnels passibles de cotisations de sécurité sociale, dès lors que ces dividendes étaient prélevés sur des bénéficiaires provenant de l'exercice d'une profession libérale.

La situation apparaît donc marquée par une **forte insécurité juridique**, d'autant que le régime social des indépendants, compétent pour les cotisations d'assurance-maladie des professions libérales, n'a pas, pour

l'heure, suivi les caisses de retraite des professions libérales dans leur démarches d'assujettissement des dividendes.

Une clarification s'imposait donc, ce que propose l'article 20 du présent projet de loi de financement, en retenant assez largement la proposition formulée par le rapport Fouquet.

b) La solution retenue par l'article 20 : l'assujettissement des dividendes aux prélèvements sociaux

(1) Une clarification nécessaire

(a) Les dividendes que s'attribuent les dirigeants de sociétés seront très largement assujettis aux cotisations et contributions sociales

L'objectif de cet article est de confirmer l'assujettissement aux cotisations et contributions sociales d'une partie des dividendes que s'attribuent les dirigeants de sociétés au titre de leur activité professionnelle, tout en évitant une double imposition de CSG-CRDS.

Il modifie ainsi l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale de la manière suivante : le principe d'assujettissement des travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales) sur le revenu de leur activité professionnelle demeure posé, inchangé, au premier alinéa : *« les cotisations d'assurance maladie et maternité et d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et les cotisations d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles ou commerciales sont assises sur le revenu professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires ».*

L'article 20 du présent projet de loi modifie en revanche le deuxième alinéa de l'article L. 131-6 précité, qui précise le champ de ce *« revenu professionnel »*, que l'article proposé qualifie désormais de *« revenu d'activité »*, compte tenu d'une modification apportée par l'Assemblée nationale.

<i>Le droit actuel</i>	<i>La rédaction proposée</i>
<i>Le revenu professionnel pris en compte est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant les déductions et exonérations mentionnées aux articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 octies, 44 octies A, 44 undecies et 151 septies A et au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs par les assurés ayant adhéré à ces régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.</i>	<i>Le revenu d'activité pris en compte est déterminé par référence à celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Ce revenu est majoré des déductions et exonérations mentionnées aux articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 octies, 44 octies A, 44 undecies et 151 septies A et au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs par les assurés ayant adhéré à ces régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.</i>

Cette modification de rédaction vise à « clarifier » le droit actuel, dans la mesure où la phrase figurant aujourd'hui dans le code pouvait laisser supposer un renvoi systématique de l'assiette sociale sur l'assiette fiscale et constituait l'une des difficultés rencontrées lors des contentieux.

L'article 20 tend ensuite à insérer un nouvel alinéa dans l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, qui pose le **principe de l'assujettissement aux cotisations et contributions sociales d'une partie des revenus distribués** par une société soumise à l'impôt sur les sociétés au travailleur non salarié non agricole, à son conjoint, son partenaire et ses enfants mineurs non émancipés. Seule la **part supérieure à 10 %** du montant des apports et primes d'émission compris dans la valeur des titres, détenus par ces mêmes personnes, serait assujettie.

Pour le formuler autrement, la fraction des revenus des revenus distribués qui excède 10 % du capital investi par le travailleur indépendant serait réintégrée dans l'assiette des cotisations sur les revenus d'activité.

Les services du ministère de la santé ont indiqué à votre rapporteur pour avis que « *cette proposition qui permet de clarifier définitivement le droit applicable, tout en assurant une égalité entre les différentes professions, constitue une voie médiane entre l'assujettissement de l'ensemble des dividendes (pratique des caisses des avocats, médecins et dentistes) et l'exclusion totale (position défendue dans les contentieux récents portés devant le Conseil d'Etat et la Cour de cassation pour ces professions, et des experts comptables)* ».

Le seuil choisi pour cette exonération est identique à celui prévu pour le plafonnement de l'exonération fiscale des produits des titres non cotés détenus dans un plan d'épargne en actions, en application du 5° bis de l'article 157 du code général des impôts.

(b) L'Assemblée nationale a limité le champ de la mesure

L'Assemblée nationale, à l'initiative de la commission des affaires culturelles et avec l'accord du gouvernement, a apporté **deux correctifs** à cette mesure :

- d'une part, elle a **élargi le champ de la part exonérée** : la part des revenus distribués prise en compte sera celle excédant 10 % du montant du capital social et des primes d'émission **ainsi que des sommes versées en compte courant**. Notre collègue député Yves Bur a précisé que « *les investissements lourds des SARL sont souvent en partie financés par des apports en compte courant, lesquels ne constituent pas des apports en capital* ». Cette mesure pourrait toutefois trouver à s'appliquer également aux sociétés d'exercice libéral ;

- d'autre part, elle a **limité cet assujettissement aux seules sociétés d'exercice libéral**, conformément aux recommandations du rapport Fouquet, ce qui conduit, selon les précisions recueillies par votre rapporteur pour avis, à **ne pas l'appliquer aux SARL**.

Ces dispositions seront applicables aux revenus distribués à compter du **1^{er} janvier de l'année 2009**.

Ces précisions devraient permettre d'**éviter que cette intégration ne constitue une charge trop lourde pour les artisans et les commerçants**.

Toutefois, les services du ministère de la santé ont indiqué à votre rapporteur pour avis qu'ils ne disposaient pas de simulations des effets des modifications apportées par l'Assemblée nationale (prise en compte des sommes inscrites au titre des comptes courants et limitation de la mesure aux SEL), « *s'agissant avant tout d'une mesure de clarification du droit ayant également une visée anti-évasion sociale* ».

(c) Une disposition permet d'éviter le risque de double imposition à la CSG et à la CRDS

Par ailleurs, il est explicitement prévu (5°) qu'une imposition à ce titre entraînera l'absence d'assujettissement à la CSG et aux autres prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine.

Les autres dispositions sont de coordination.

(2) L'analyse de votre rapporteur pour avis

(a) Concernant le choix de ne pas retenir la proposition du « rapport Fouquet » d'instaurer un abattement de 40 % sur les dividendes versés

Le rapport Fouquet recommandait de pratiquer un abattement de 40 % sur les dividendes versés, à l'instar de ce qui est fait en matière fiscale, pour neutraliser les effets de l'imposition en amont des bénéficiaires distribués à l'impôt sur les sociétés. Cette solution n'a pas été retenue dans le cadre du présent projet de loi.

Il convient de rappeler qu'en vue d'atténuer la charge fiscale pesant au final sur les bénéfices distribués (imposition à l'impôt sur les sociétés puis à l'impôt sur le revenu lors de leur distribution aux associés), le législateur avait institué le dispositif de l'avoir fiscal pour alléger le second stade d'imposition. Ce dispositif a été remplacé le 1^{er} janvier 2005 par un abattement de 40 % pratiqué sur le montant brut des dividendes et revenus assimilés distribués.

La direction de la sécurité sociale a indiqué à votre rapporteur pour avis que ce dispositif d'avoir fiscal n'existe pas en matière sociale, puisque ces revenus n'ont pas été imposés au préalable. Dans ces conditions, il n'y pas lieu d'instaurer un mécanisme d'« avoir social ».

(b) Concernant l'impact de cette mesure sur la trésorerie des personnes concernées

Votre rapporteur pour avis a été informé d'un décalage de trésorerie qui serait défavorable aux contribuables.

Il convient de rappeler que l'article 10 de la loi de finances pour 2008 a mis en place, depuis le 1^{er} janvier 2008, un prélèvement à la source des contributions sociales sur les dividendes, quel que soit leur régime d'imposition fiscale, et a créé un nouveau prélèvement libératoire forfaitaire sur option sur ces mêmes revenus (article 117 *quater* du code général des impôts).

D'après les informations recueillies auprès de la direction de la sécurité sociale du ministère de la santé, si l'on fait abstraction de la mesure proposée par l'article 20 du présent projet de loi de financement, les prélèvements sociaux seraient acquittés lors de la mise à disposition des dividendes.

En matière fiscale, soit le contribuable a opté pour le prélèvement libératoire forfaitaire de 18 %, auquel cas les sommes versées sont intégralement prélevées à la source ; soit il n'a pas opté pour ce mode de prélèvement et les sommes seront soumises au barème de l'impôt sur le revenu en année N+1.

Avec la mesure proposée par l'article 20, lorsque le taux de rentabilité du capital dépassera 10 %, il incombera à l'entreprise individuelle d'indiquer à son établissement payeur que seuls 10 % des sommes mises à disposition doivent faire l'objet du prélèvement social à la source, le reliquat étant déclaré en mai de l'année N sur la déclaration des revenus. Les prélèvements sociaux sur les revenus d'activité sont quant à eux acquittés en année N+1. Il convient à cet égard de préciser que les taux sociaux de prélèvements sociaux s'élèvent à 45,05 %, mais que leur taux effectif s'établit à 33 %, car les cotisations personnelles obligatoires supportées par les travailleurs indépendants présentent la particularité d'être déductibles de leur assiette.

On n'observe en revanche **aucun changement pour la partie fiscale.**

(c) Concernant les effets de cette mesure sur l'équilibre des finances publiques

L'annexe 9 au présent projet de loi de financement faisait état d'un gain de 45 millions d'euros pour les régimes de sécurité sociale, dont 25 millions d'euros pour le régime général. Les modifications apportées par l'Assemblée nationale devraient conduire à **minorer le rendement de cette mesure.**

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur **l'effet net de ces dispositions sur les finances publiques.** Le rapport Fouquet estime que l'optimisation actuelle s'apparente à un transfert des recettes de la sécurité sociale vers l'Etat. La direction de la sécurité sociale estime que la mesure proposée serait neutre pour le budget de l'Etat. **Des précisions devront donc être apportées sur ce point lors de l'examen de cet article en séance publique, de même que sur le coût réel global de ce changement pour les contribuables.**

D. LES AUTRES DISPOSITIONS AFFECTANT LES RECETTES

1. La prise en charge des frais de transport entre le domicile et le travail (article 18)

L'article 18 du présent projet de loi de financement tend à instaurer une prise en charge, par l'employeur, d'une partie des frais de transport supportés par les salariés entre leur domicile et leur travail.

a) Les mécanismes existants

(1) L'obligation pour l'employeur, en région parisienne, de prendre en charge au moins 50 % des frais d'abonnement aux transports en commun

Un mécanisme de ce type existe déjà en Ile-de-France depuis 1982. En effet, l'article L. 3261-2 du code du travail dispose que **l'employeur** situé à l'intérieur de la zone de compétence de l'autorité organisatrice des transports dans la région d'Ile-de-France – le syndicat des transports d'Ile-de-France (STIF) – **prend en charge une partie du prix des titres d'abonnements** souscrits par ses salariés pour leurs déplacements accomplis au moyen de **transports publics de personnes, entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.**

En pratique, cette proportion, déterminée par voie réglementaire, a été fixée à **50 % au moins.** La prise en charge est limitée aux parcours compris à l'intérieur de la zone de compétence de l'autorité organisatrice des transports dans la région Ile-de-France.

L'article 81 (19° *ter a*) du code général des impôts dispose que l'avantage résultant de cette prise en charge obligatoire par l'employeur est

affranchie de l'impôt sur le revenu. Le bleu « Evaluation des voies et moyens » annexé au projet de loi de finances pour 2009 évalue le montant de cette dépense fiscale à **60 millions d'euros, pour 1,62 million de ménages bénéficiaires en 2007.**

(2) La faculté de faire de même en dehors de la région Ile-de-France

En dehors de la zone de compétence du STIF, l'employeur peut, en application de l'article L. 3261-4 du code du travail, prendre en charge tout ou partie du prix des titres d'abonnement souscrits par ses salariés pour leurs déplacements au moyen de **transports publics** de personnes entre leur résidence et leur lieu de travail.

Il s'agit donc d'une **simple faculté en dehors de la région Ile-de-France.**

(3) Le chèque transport

Par ailleurs, la loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié a instauré le **chèque-transport.**

Il s'agit d'un titre spécial de paiement nominatif que tout employeur peut préfinancer au profit des salariés pour le paiement des dépenses liées au déplacement entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail. Les salariés peuvent utiliser ces chèques-transport pour financer une partie de leurs frais de transport public.

D'autre part, les salariés dont le lieu de travail est situé en dehors des périmètres de transports urbains, ou dont l'utilisation du véhicule personnel est rendue indispensable par des conditions d'horaires particuliers de travail ne permettant pas d'emprunter un mode collectif de transport, y compris à l'intérieur de la zone de compétence d'une autorité organisatrice de transports urbains, peuvent présenter les chèques-transport auprès des distributeurs de carburants au détail. En pratique, une limite de 100 euros par an a été instaurée.

Ce chèque, qui est valable un an et un mois, bénéficie **d'exonérations fiscales et sociales.**

L'article 81 du code général des impôts dispose en effet que la part contributive de l'employeur dans le chèque-transport est affranchie de l'impôt sur le revenu, dans la limite de 50 % du prix des abonnements de transport collectif pour les chèques-transport ou de la somme de 100 euros par an pour les personnes dont l'utilisation du véhicule personnel est rendue indispensable.

Les exonérations sociales s'appliquent dans les mêmes conditions et faisaient l'objet d'une compensation à la sécurité sociale. **10 millions d'euros avaient ainsi été inscrits à ce titre en loi de finances pour 2007 et 16,5 millions d'euros en 2008.**

b) Le dispositif prévu par l'article 18

L'article 18 tend à **généraliser** le dispositif applicable en région parisienne à l'ensemble du territoire national, en l'étendant également aux **frais de carburant supportés par les personnes qui ne peuvent pas emprunter les transports en commun**.

- (1) La généralisation du dispositif de prise en charge d'une partie du prix des titres d'abonnement aux transports publics

Le 3° du I de l'article 18 remplace les dispositions de l'actuel article L. 3261-1 du code du travail, afin d'étendre le dispositif aujourd'hui en vigueur en Ile-de-France à l'ensemble du territoire national.

Tous les employeurs devront ainsi prendre en charge une partie du prix des titres d'abonnements souscrits par leurs salariés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail accomplis au moyen de **transports publics** de personnes. Il s'agit bien là d'une **obligation**.

Cette proportion, de même que les conditions générales d'application de cette disposition, seront déterminées par voie réglementaire. D'après l'exposé des motifs, la même proportion que celle aujourd'hui en vigueur en Ile-de-France (**50 % au moins**) devrait être retenue.

A l'initiative de notre collègue député Philippe Goujon, contre l'avis de la commission et du gouvernement, l'Assemblée nationale a inclus dans ce champ les abonnements souscrits par les salariés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail accomplis au moyen de **services publics de location de vélos**. La portée concrète de cette mesure apparaît assez limitée.

- (2) La prise en charge, au moins partielle, des frais de carburants pour les personnes qui ne peuvent utiliser les transports en commun

- (a) Une faculté, et non une obligation

L'article 18 du présent projet de loi de financement prévoit également la possibilité, pour l'employeur, de prendre en charge, au moins partiellement, les frais de carburants supportés par les personnes qui ne peuvent pas emprunter les transports en commun. Ce mécanisme s'apparente assez largement à un **recyclage du chèque-transport, qui est supprimé**.

Le nouvel article L. 3261-3 du code du travail introduit par l'article 18 du présent projet de loi de financement pose ce principe, en prévoyant que **l'employeur peut prendre en charge tout ou partie des frais de carburant** engagés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail par certains de ses salariés. Contrairement à la disposition prévue en matière de transport public, il s'agit là d'une **simple faculté, et non d'une obligation**.

Deux catégories de salariés sont concernées par cette mesure :

- d'une part, ceux dont la résidence habituelle ou le lieu de travail est situé **en dehors d'un périmètre de transports urbains**. L'Assemblée nationale a précisé que la résidence habituelle ou le lieu de travail devait également être situé en dehors de la région Ile-de-France ;

- d'autre part, ceux pour lesquels **l'utilisation d'un véhicule personnel est rendue indispensable** par des conditions d'horaires de travail particuliers ne permettant pas d'emprunter un mode collectif de transport.

Il est également précisé que le bénéfice de cette prise en charge ne peut être cumulé avec celle du prix des titres d'abonnement aux transports publics, ce qui est de bon sens.

(b) Les modalités concrètes de mise en œuvre de la mesure

Le nouvel article L. 3261-4 du code du travail précise les modalités de mise en œuvre concrète de cette prise en charge facultative des frais de carburant.

Pour les entreprises dans lesquelles sont constituées une ou plusieurs sections syndicales d'organisations représentatives et soumises à négociation annuelle obligatoire, cette mise en œuvre s'effectuera *« par accord entre l'employeur et les représentants d'organisations syndicales représentatives dans l'entreprise »*. Lors de la négociation de cet accord, l'employeur devra proposer la mise en place, en liaison avec les autorités organisatrices des transports compétentes, d'un **plan de mobilité**¹.

Pour les autres entreprises, elle s'effectuera par **décision unilatérale de l'employeur, après consultation** du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel s'il en existe.

(3) Une négociation annuelle

En application de l'article L. 2241-1 du code du travail, les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels, se réunissent, au moins une fois par an, pour négocier sur les salaires.

Le 1° du I de l'article 18 prévoit que les modalités de prise en charge par l'employeur des frais de transport des salariés, dans les conditions prévues par cet article, seront examinées au moins une fois par an, au niveau de la branche, dans le cadre de cette négociation sur les salaires.

¹ Selon la définition proposée par l'ADEME, un plan de mobilité, ou plan de déplacement d'entreprise, est une démarche permettant, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une administration, de favoriser l'usage des modes de déplacements alternatifs à la voiture individuelle (transports collectifs, vélo, marche à pied, covoiturage...), et de rationaliser les déplacements liés au travail (domicile-travail, déplacements professionnels, visites ...).

Le 2° du I pose la même obligation s'agissant des négociations annuelles obligatoires en entreprise, prévue par l'article L. 2242-8 du code du travail.

(4) Des cas particuliers qui seront précisés par décret en Conseil d'Etat

Le nouvel article L. 3261-5 du code du travail précise qu'un décret en Conseil d'Etat déterminera les modalités des prises en charge des frais de transports instituées par cet article, notamment pour les **salariés ayant plusieurs employeurs et les salariés à temps partiel**.

Il précisera également les **sanctions pour contravention** à ces dispositions.

c) L'accompagnement fiscal et social du dispositif

Comme le chèque-transport jusqu'à présent, il est prévu que l'avantage résultant de la prise en charge par l'employeur des frais de carburant engagés par les salariés sera affranchi et dans la limite de la somme de **200 euros par an**, soit le **double du plafond actuellement retenu pour le chèque-transport**.

D'autre part, les sommes versées par l'employeur à ses salariés au titre de la prise en charge des frais de carburant seront **exonérées de toute cotisation et contribution d'origine légale ou d'origine conventionnelle** rendue obligatoire par la loi, dans la **même limite de 200 euros par an**. Contrairement à ce qui avait été prévu pour le chèque-transport, cette perte de recettes ne serait **pas compensée** à la sécurité sociale, en application de l'article 22 du présent projet de loi de financement.

L'Assemblée nationale a précisé que ce dispositif s'appliquerait également à Saint-Pierre-et-Miquelon.

d) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis observe que cette mesure présente **un double intérêt pour les salariés** :

- le recours au transport en commun sera effectivement favorisé, dans la mesure où l'obligation, pour l'employeur, de financer une partie de l'abonnement de transport public sera généralisée à l'ensemble du territoire national. Cela apparaît comme une bonne chose, mais il serait souhaitable de disposer d'évaluer chiffrées de son coût, dès lors que le public concerné est plus étendu qu'auparavant ;

- elle favorisera effectivement la prise en charge des frais de carburant par l'employeur pour les personnes qui ne peuvent avoir recours aux transports en commun, dès lors que cet élément fera partie des négociations annuelles obligatoires sur les salaires. Ce dispositif sera également plus attractif compte tenu du doublement du plafond de prise en charge. Pour autant, il demeure facultatif et, le chèque transport ayant été un échec, votre

rapporteur pour avis souhaite obtenir des précisions quant aux projections de coût d'un tel dispositif.

La dérogation apportée au principe de compensation des exonérations de charges sociales est discutable. Les pertes de recettes résultant du chèque transport faisaient l'objet d'une compensation par l'Etat et l'exposé des motifs du présent projet de loi de financement ne contient aucun élément permettant d'expliquer le revirement proposé. Toutefois, **votre rapporteur pour avis considère qu'elle peut être acceptée**, dans la mesure où la prise en charge d'une partie des abonnements de transport public en Ile-de-France ne faisait pas jusqu'à aujourd'hui l'objet de compensation – ce qui se justifie, la disposition étant antérieure au principe de compensation. Or il est important de traiter les deux aspects de cette question de la même manière, étant entendu que **la solution retenue est de toute façon neutre pour les finances publiques, considérées globalement.**

2. L'indexation des droits indirects applicables aux boissons alcoolisées et l'augmentation du tarif de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25° (article 15)

a) Le mécanisme d'indexation des droits sur les boissons alcoolisées

L'article 15 du présent projet de loi de financement tend à revaloriser les droits applicables aux boissons alcoolisées, à savoir :

- le **droit de consommation applicable aux produits intermédiaires**, dont le tarif par hectolitre est fixé, en application de l'article 402 *bis* du code général des impôts à 54 euros pour les vins doux naturels et les vins de liqueur et à 214 euros pour les autres produits ;

- le **droit de consommation applicable aux alcools**, dont le tarif par hectolitre d'alcool pur est fixé, en application de l'article 403 du code général des impôts à **835 euros**, dans la limite de 108.000 hectolitres d'alcool pur par an, pour le **rhum** produit dans les départements d'outre-mer à partir de canne à sucre récoltée sur le lieu d'habitation – sous réserve de respecter certaines contraintes d'alcoométrie – et à **1.450 euros pour les autres produits** ;

- le **droit de circulation sur les vins, les produits fermentés autres que le vin et la bière, les cidres, les poirés, les hydromels et les « pétillants de raisin »**. Le tarif par hectolitre de ce droit de circulation est fixé par l'article 438 du code général des impôts à 8,40 euros pour les vins mousseux, à 3,40 euros pour les autres vins et les produits fermentés autres que le vin et la bière ; enfin, à 1,20 euro pour les cidres, poirés, hydromels et « pétillants de raisin » ;

- le **droit spécifique sur les bières**, dont le tarif par hectolitre est fixé par le *a* du I de l'article 520 A du code général des impôts à 1,30 euro par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas

2,8 % par volume et à 2,60 euros pour les autres bières – les bières produites dans les petites brasseries indépendantes étant assujetties à un tarif moindre ;

- la **cotisation sur les boissons alcooliques** instaurée par l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale, due à raison de la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25 % par volume, dont le tarif est fixé à 0,13 euro par décilitre ou fraction de décilitre.

L'article 15 du présent projet de loi de financement prévoit une **mesure de revalorisation annuelle automatique de ces droits**, dont les tarifs seraient relevés au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au **taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année**.

Les tarifs, publiés au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget, seraient exprimés avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq.

Votre rapporteur pour avis est **favorable à cette mesure**, qui tend à maintenir la charge fiscale pesant sur ces produits en tenant compte de l'inflation. D'après l'annexe 9 au présent PLFSS, cette indexation apporterait **15 millions d'euros de recettes supplémentaires en 2009, qui bénéficieraient à la branche vieillesse du régime de protection sociale agricole**. En application de l'article 16 du présent projet de loi de financement, celle-ci se verrait en effet affecter une fraction de 10,4 % du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels, qui était jusqu'à présent intégralement affecté aux organismes de sécurité sociale en compensation des allègements généraux de charges sociales.

b) L'augmentation du taux de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25°

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, et contre l'avis du gouvernement, l'Assemblée nationale a relevé de 0,13 euro à 0,16 euro par décilitre ou fraction de décilitre le tarif de la **cotisation sur les boissons alcooliques** de plus de 25°.

Cette mesure devrait rapporter environ **80 millions d'euros de recettes supplémentaires**.

c) L'affectation des droits sur les alcools au régime de protection sociale des non-salariés agricoles

L'Assemblée nationale a, par ailleurs, suivi les propositions de notre collègue député Yves Bur en **affectant cette cotisation – de même que l'ensemble des droits sur les alcools – au financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles**.

A l'exception de la cotisation sur les boissons alcoolisées de plus de 25°, ces droits servaient aujourd'hui à compenser aux régimes de sécurité sociale les pertes de recettes résultant des allègements généraux de charges sociales. L'Assemblée nationale a donc décidé – le gouvernement s'en remettant à la sagesse de l'assemblée – de **majorer la part de droit de consommation sur les tabacs au sein du panier de recettes affecté aux organismes de sécurité sociale en compensation de ces allègements généraux**. Elle serait ainsi portée de 10,26 % du total à 37,95 % du total du produit du droit de consommation, soit l'équivalent de 2.648 millions d'euros supplémentaires. Le bleu « Evaluation des voies et moyens » annexé au projet de loi de finances pour 2009 évalue à 2.650 millions d'euros le produit des droits de consommation sur les alcools affectés aux organismes de sécurité sociale en compensation des allègements généraux de charges sociales

Ceci nécessitera, par coordination, une double modification de l'article 55 du projet de loi de finances pour 2009 :

- d'une part afin de majorer la fraction de droit de consommation sur les tabacs au sein du panier de recettes fiscales venant compenser les allègements généraux de charges sociales ;

- d'autre part afin de majorer de près de 433 ou 513 millions d'euros la part de droit de consommation sur les tabacs revenant à la CNAMTS – dès lors que celle-ci devait bénéficier du produit de cette cotisation en lieu et place du fonds CMU – en fonction de l'organisme que l'on entend faire bénéficier du surcroît de recettes attendu (80 millions d'euros).

Dans les deux cas, ceci viendrait réduire la part affectée au régime de protection sociale des non-salariés agricoles (aujourd'hui fixée à 52,36 % du produit du droit de consommation sur les tabacs et qui devrait être ramenée aux alentours de 20,2 %, en fonction du choix mentionné ci-dessus).

3. L'ajustement des cotisations sociales dues dans le secteur agricole (article 17)

L'article 17 prévoit diverses mesures relatives aux régimes agricoles.

a) Le principe d'annualité des cotisations en cas de cessation anticipée d'activité des chefs d'exploitations en cours d'année

L'article R. 731-57 du code rural prévoit que pour le calcul des cotisations dues par les non salariés des professions agricoles au titre des prestations familiales, des prestations maladie, invalidité et maternité, ainsi qu'au titre des prestations vieillesse, il est tenu compte de la situation des exploitants agricoles au premier jour de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues.

En cas de cessation anticipée d'activité en cours d'année, la Cour de cassation a considéré que ces cotisations devaient être calculées *au prorata* de la durée d'activité.

Le 1^o de l'article 17 propose de **revenir sur la jurisprudence de la Cour de cassation** en reprenant les dispositions de l'article R. 731-57 du code rural et en précisant qu'**en cas de cessation anticipée d'activité en cours d'année civile, le chef d'exploitation est tenu au paiement des cotisations sociales au titre de l'année civile entière.**

Une **dérogation** est néanmoins prévue **en cas de décès du non salarié agricole** : les cotisations dues par les héritiers au titre de l'année au cours de laquelle est survenu le décès sont **calculées au prorata** de la fraction de l'année considérée comprise entre le 1^{er} janvier et la date du décès.

Une **exception à cette dérogation** est possible **s'agissant des cotisations d'assurance vieillesse** : le conjoint survivant peut opter pour le principe d'annualité, plus favorable pour le calcul de la retraite de celui-ci.

b) Le régime social des stagiaires en exploitation agricole

Le 2^o de l'article 17 tend à **appliquer le principe de la franchise de cotisations et de contributions de sécurité sociale, aujourd'hui applicable aux stagiaires d'entreprises** (article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale), **aux stagiaires en exploitation agricole.**

Le nouvel article L. 741-10-4, qu'il est proposé d'introduire dans le code rural, prévoit ainsi que n'est pas soumise aux cotisations sociales dues au titre des assurances sociales agricoles, la fraction de la gratification, en espèces ou en nature, versées aux stagiaires en exploitation, qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire de la sécurité sociale et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré.

Les stagiaires concernaient sont :

- d'une part, les élèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricoles ;

- d'autre part, les élèves et étudiants d'autres établissements et effectuant auprès d'un employeur relevant du régime agricole un stage dans les conditions prévues à l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.

L'article 22 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit le **principe de non-compensation** aux régimes de sécurité sociale de ce dispositif, comme c'est le cas s'agissant des stagiaires en entreprise¹.

¹ Pour plus de développement, se reporter au commentaire de cet article dans le présent rapport.

Le 6° de l'article 17 exclut, par ailleurs, du versement d'une indemnité en capital attribuée, sous certaines conditions, en cas d'accident du travail (article L. 434-1 du code de la sécurité sociale), les élèves et étudiants d'établissements – autres que les établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricoles – effectuant auprès d'un employeur relevant du régime agricole un stage dans les conditions prévues à l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député, Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux au nom de la commission des affaires culturelles et avec l'avis favorable du gouvernement, un amendement visant à transposer au régime agricole le principe d'interdiction des exonérations totales de cotisations patronales au titre des accidents du travail- maladies professionnelles introduit pour le régime général par l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

c) La suppression de l'exonération de cotisations d'accidents du travail pour les travailleurs occasionnels et les demandeurs d'emploi

L'article L. 741-16 du code rural prévoit des taux réduits de cotisations d'assurance sociales à la charge des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole employant des travailleurs occasionnels ou des demandeurs d'emploi. L'article L. 751-18 du code rural prévoit que ces dispositions s'appliquent également aux cotisations d'accident du travail.

Le 7° de l'article 17 **supprime cette exonération de cotisations patronales d'accidents du travail pour les travailleurs occasionnels et les demandeurs d'emploi.**

Cette disposition s'inscrit dans la continuité des dispositions introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui ont posé un principe général d'absence d'exonération de ces cotisations, en proscrivant les exonérations totales de cotisations patronales.

Le 3° procède à une mesure de coordination et le 4° procède à des rectifications de référence de code nécessaires à la suite de l'entrée en vigueur du nouveau code du travail.

4. L'application de taux de cotisation majorés sur les revenus imposables à l'étranger (article 21)

L'article 21 tend à assujettir, à un taux majoré de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, les revenus d'activité imposables à l'étranger des personnes qui exercent une activité en France et à l'étranger.

L'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que sont soumis à la CSG et à la CRDS les revenus d'activité et de remplacement des personnes à la fois domiciliées fiscalement en France et à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

L'exposé des motifs de l'article 21 indique que « *ces contributions étant pour partie affectées aux régimes obligatoires d'assurance maladie, elles se sont progressivement substituées aux cotisations d'assurance maladie, dont les taux ont été réduits à due concurrence* ».

S'agissant des personnes non domiciliées fiscalement en France, mais qui relèvent d'un régime obligatoire d'assurance maladie en France, l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale prévoit, en contrepartie à leur non-assujettissement à la CSG et à la CRDS, des taux majorés de cotisations d'assurance maladie applicables à leur revenu d'activité et de remplacement réalisé à l'étranger.

S'agissant des personnes exerçant une activité à la fois en France et à l'étranger, elles sont, du fait de leur activité en France, assujetties aux régimes d'assurance maladie dont elles perçoivent l'intégralité des prestations. Mais, dans certains cas, elles ne s'acquittent de la CSG et de la CRDS que sur la partie de leurs revenus issus de leur activité professionnelle réalisée en France. En effet, afin d'éviter des situations de double imposition, des conventions fiscales internationales peuvent prévoir que les revenus perçus à l'étranger sont uniquement imposables dans le pays où ils ont été perçus.

L'article 21 tend ainsi, pour ces cas particuliers, à prévoir l'application des taux majorés de cotisations d'assurance maladie - aujourd'hui applicables aux revenus perçus à l'étranger des personnes exerçant la totalité de leur activité à l'étranger - à la part des revenus perçus à l'étranger des personnes qui exercent une double activité en France et à l'étranger. La part de revenus de ces personnes issus de l'activité réalisée en France étant soumise à la CSG et à la CRDS.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, un amendement visant à spécifier que la cotisation serait assise sur la totalité des revenus concernés par cette cotisation.

E. LES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES ET LEUR COMPENSATION

1. Les dérogations apportées au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales (article 22)

Depuis l'adoption de la LOLFSS, l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que **seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base.**

Depuis lors, chaque projet de loi de financement contient un article apportant une dérogation au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales, posé par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Tel est l'objet de **l'article 22** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui propose que **huit dispositifs** ne fassent pas l'objet d'une compensation aux organismes de sécurité sociale. Sont ainsi concernés :

- l'exonération, dans la limite des frais réellement engagés, attachée à la prise en charge par l'employeur des titres d'**abonnements** souscrits par ses salariés pour leurs déplacements accomplis en **transports publics**, entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail, créée par l'article 18 du présent projet de loi ;

- l'exonération de cotisations de sécurité sociale applicable au remboursement par l'employeur des frais de carburant engagés par son salarié, pour ses trajets domicile-travail, également instaurée par l'article 18 du présent projet de loi ;

- l'exonération, pour leur fraction non assujettie à l'impôt sur le revenu, des **indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle du contrat de travail**. Cette indemnité a été instaurée par la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail et est exonérée dans les mêmes conditions que l'indemnité de licenciement. L'exonération de cette dernière ne faisant pas l'objet d'une compensation, il paraît légitime de traiter cette nouvelle exonération de manière identique ;

- l'exonération liée à l'avantage résultant, pour le salarié, de la **remise gratuite par son employeur de matériels informatiques**, instaurée par la loi de finances pour 2008 ;

- l'exonération résultant de la possibilité donnée au salarié d'affecter à un PERCO (plan d'épargne pour la retraite collectif) ou à un régime de retraite supplémentaire collectif et obligatoire les sommes issues de la monétisation des droits inscrits sur un compte épargne temps ;

- la franchise de cotisations et de contributions applicable aux rémunérations versées aux personnes effectuant un stage auprès d'une entreprise relevant du régime agricole, prévue par l'article 17 du présent projet de loi, qui semble légitime dès lors que c'est aujourd'hui le cas pour les stagiaires en entreprise ;

- l'exonération de cotisations de sécurité sociale liées au versement de primes exceptionnelles de participation et d'intéressement, qui ne peuvent se substituer à des éléments de rémunération soumis aux cotisations de sécurité sociale et habituellement versés aux salariés, ce qui justifie que les exonérations qui leur sont attachées ne soient pas compensées.

Le coût global de ces pertes de recettes n'est pas évalué.

2. Un montant de compensation des exonérations ciblées fixé à 3,4 milliards d'euros (article 23)

a) Le montant de la compensation des exonérations ciblées n'est guère révélateur

L'article 23 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 3,4 milliards d'euros pour 2009. 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 **3.373 millions d'euros**, soit un montant en augmentation apparente par rapport à 2008, puisque l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 fixait à 3,2 milliards d'euros le montant de la compensation pour cet exercice.

On doit toutefois observer que le montant approuvé en loi de financement s'est révélé insuffisant pour faire face aux besoins puisque l'annexe 5 au présent projet de loi de financement évalue à **4.446 millions d'euros** le coût total des exonérations ciblées en 2008.

En outre, elle fait apparaître que la **dette de l'Etat** à l'égard de la sécurité sociale, au titre de la compensation des exonérations de cotisations sociales, est évaluée à **2,51 milliard d'euros au 30 juin 2008**.

Dans ces conditions, votre rapporteur pour avis s'étonne des prévisions d'évolution spontanée du coût de certains dispositifs, qui permettent, *in fine*, de diminuer le coût prévisionnel des exonérations ciblées par rapport à l'exercice 2008. **Compte tenu des données relatives à l'exécution des années passées ou en cours, on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une sous-budgétisation, destinée à assurer le respect de la norme de dépense.**

En outre, il souhaite savoir si le gouvernement entend, dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2008 qui sera examiné par le Parlement d'ici la fin de cette année, prendre en charge les insuffisances constatées au titre de cet exercice.

b) La compensation des allègements généraux de cotisations sociales fera l'objet d'un suivi annuel

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un **nouvel article 20 bis** précisant les modalités de compensation des allègements généraux de cotisations sociales patronales, prévues à l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale.

Il convient de rappeler que ces allègements généraux, dont le coût est évalué à **23,4 milliards d'euros en 2009** (contre 22,85 milliards d'euros en 2008), sont compensés à la sécurité sociale par le biais d'un **panier de recettes fiscales**, dont la composition a évolué.

Dans le droit en vigueur, les régimes et caisses de sécurité sociale concernés par ces mesures d'allègements généraux bénéficient d'une quote-part de ces recettes, au prorata de la part relative de chacun d'entre eux dans la perte de recettes, **en 2006**, liée à ces mesures. L'amendement adopté par l'Assemblée nationale **supprime cette référence à l'année 2006, afin d'ajuster cette répartition en fonction des coûts réellement supportés par les régimes et caisses concernés.**

D'autre part, le V de l'article L. 131-9 précité dispose actuellement que le gouvernement remettra au Parlement, **en 2008 et 2009**, un rapport retraçant, au titre de l'année précédente :

- d'une part, les recettes des impôts et taxes affectés aux caisses et régimes

- et, d'autre part, le montant constaté de la perte de recettes liée aux mesures d'allègements de cotisations sociales mentionnées au I.

En cas d'écart supérieur à 2 % entre ces deux montants, ce rapport est transmis par le gouvernement à une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes, désigné par le Premier président de la Cour des comptes et comportant des membres de l'Assemblée nationale, du Sénat, des représentants des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget, ainsi que des personnalités qualifiées, qui lui donne un **avis sur d'éventuelles mesures d'ajustement.**

L'amendement adopté par l'Assemblée nationale conserve ce mécanisme mais le rend pérenne au-delà de 2009 : le gouvernement remettra **chaque année** au Parlement un tel rapport.

Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale **contribue à assainir les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale**, qui ont trop souvent été source de difficultés au cours des années passées, alors que **le résultat est globalement neutre pour les finances publiques.** Votre rapporteur pour avis y est donc favorable.

c) Les niches sociales représentent un coût total de près de 42 milliards d'euros si l'on prend en compte les exemptions d'assiette

Il convient de noter que le montant mentionné à l'article 23 du présent projet de loi de financement ne recouvre qu'une faible partie des exonérations de cotisations sociales, puisque les allègements généraux de cotisations sociales patronales et les exonérations sur les heures supplémentaires, qui font l'objet d'une compensation par voie de taxes affectées, ne sont pas pris en compte.

Au total, le montant total des exonérations devrait s'élever à près de 32,6 milliards d'euros en 2009. Alors qu'il a crû sur des rythmes moyens proches de 10 % par an sur la dernière décennie, il devrait connaître une diminution en 2009 et une très légère croissance ensuite, si l'on se fie aux données de l'annexe 5 au présent projet de loi de financement.

Evolution du montant des exonérations de cotisations sociales

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011
Mesures compensées	25 861	30 363	29 919	30 372	30 849
Mesures non compensées	3 051	2 929	2 664	2 791	2 941
Total	28 912	33 292	32 583	33 163	33 790

Source : annexe 5 du présent projet de loi de financement

Cette approche ne donne toutefois pas une vision d'ensemble du coût des niches sociales. L'annexe 5 précitée évalue également à 9,4 milliards d'euros les pertes potentielles de recettes résultant des exemptions d'assiette, ce qui **porte le coût total des niches sociales à 42 milliards d'euros en 2009.**

Parmi les pertes résultant de ces exemptions d'assiette, les plus importantes sont celles liées à la participation financière et à l'actionnariat salarié (4 milliards d'euros) et celles liées à la protection sociale complémentaire en entreprise (3,1 milliards d'euros).

II. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

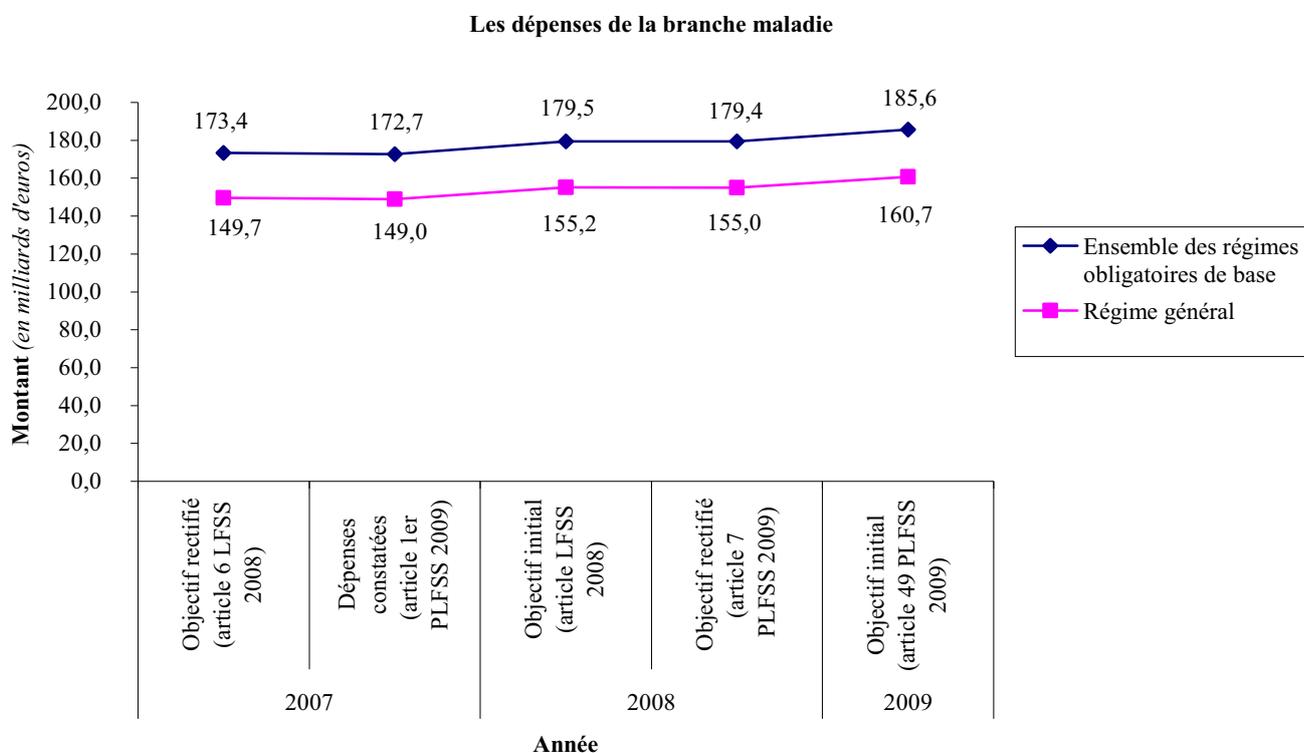
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2009

1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (article 49)

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de l'objectif de dépenses de la branche maladie entre 2007 et 2009, d'une part, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, et, d'autre part, pour le seul régime général.

Il montre **pour la première fois que les réalisations de dépenses se sont révélées inférieures aux objectifs fixés** (- 0,7 milliard d'euros pour 2007 et - 0,1 milliard d'euros en 2008), en dépit d'un dépassement de l'ONDAM de 2,9 milliards d'euros en 2007 et de 800 millions d'euros en 2008. Selon les données du ministère chargé de la santé, l'évolution des objectifs de dépenses de la branche maladie en deçà des niveaux retenus en loi de financement de la sécurité sociale s'explique par le moindre dynamisme des prestations médico-sociales.

Le graphique souligne, en revanche, **la croissance continue des dépenses de la branche maladie sur cette période** (plus de 7 % entre 2007 et 2009).



Source : commission des finances

S'agissant des objectifs de dépenses fixés par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, **l'article 49** fixe :

- l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2009 à **185,6 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale**, soit une progression de 7,5 % par rapport aux dépenses constatées en 2007 et de 3,5 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2008 ;

- l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2009 à **160,7 milliards d'euros pour le seul régime général**, soit une progression de 7,8 % par rapport aux dépenses constatées en 2007 et de 3,7 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2008.

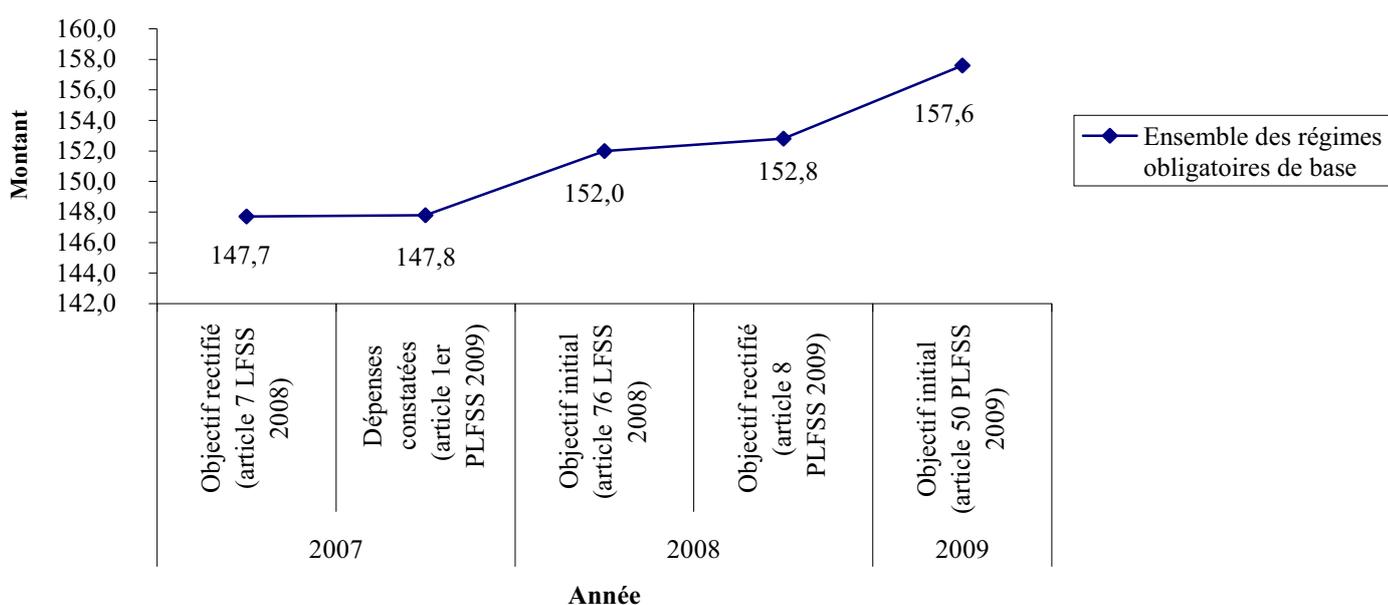
L'annexe 7 du présent projet de loi de financement présente les différences principales entre l'objectif de branche, qui retrace l'ensemble des dépenses, y compris de gestion, et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (article 50)

Le graphique suivant montre la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) entre les dépenses constatées en 2007 et les dépenses prévues pour 2009 par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)



Ainsi que le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2008, **les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM se sont élevées, en 2007, à 147,8 milliards d'euros**, soit une progression de 4,2 % par rapport à 2006 et un **dépassement** de l'objectif voté en loi de financement de la sécurité sociale de **2,9 milliards d'euros**.

L'importance de ce dépassement – essentiellement imputable aux soins de ville qui enregistrent un dépassement, à eux seuls, de 3,1 milliards d'euros – résulte, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2008, « *de bases et de taux déterminés pour 2007 de façon particulièrement irréaliste* ». En effet, l'année 2007 a été marquée, d'une part, par la révision à la hausse du montant des dépenses de soins de ville de 2006 – qui ont servi de base au calcul de l'ONDAM pour 2007 – de plus de 700 millions d'euros ; d'autre part, par une croissance particulièrement dynamique des dépenses de la branche maladie en 2007 (+ 4,2 % contre 3,1 % en 2006). Les mesures de redressement retenues dans le cadre de la procédure d'alerte, déclenchée pour la première fois, n'ont eu qu'une incidence très limitée pour l'année 2007 (250 millions d'euros selon la Cour des comptes dans son rapport précité) en raison de la mise en œuvre tardive de ces mesures.

L'objectif fixé pour 2008, soit 152 milliards d'euros, serait quant à lui dépassé, selon la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2008, **de près de 750 millions d'euros**, soit 0,5 % de l'objectif voté. Le taux d'évolution des dépenses de santé dans le champ de l'ONDAM serait ainsi en 2008 de **3,3 %**.

Ce dépassement, certes moindre par rapport à 2007, n'en demeure pas moins assez proche du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte soit 0,75 % de l'objectif initial voté. Il serait dû, une nouvelle fois, aux soins de ville. Leur supplément de dépenses – de l'ordre de 900 millions d'euros – s'expliquerait par le dynamisme des prestations plus fort que prévu sur les premiers mois de l'année (4,5 %) et la non-réalisation d'une partie des économies prévues pour 2008. *A contrario*, l'année 2008 bénéficiera de l'effet report des mesures inscrites dans le plan d'économies consécutif au déclenchement de la procédure d'alerte du mois de mai 2007 (soit 700 millions d'euros selon l'annexe 7 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale).

On remarquera que l'article 8 du présent projet de loi de projet de loi de financement de la sécurité sociale propose un **ONDAM rectifié pour 2008 de 152,8 milliards d'euros**, évaluant ainsi le dépassement de l'ONDAM initial pour 2008 à 800 millions d'euros, soit 50 millions d'euros de plus que les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Pour 2009, l'article 50 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe le montant de l'ONDAM à 157,6 milliards d'euros, soit un taux de progression de 3,3 % par rapport à 2008, réparti comme suit selon les cinq sous-objectifs de l'ONDAM.

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

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses fixés pour 2008 (article 76 LFSS 2008)	Objectifs de dépenses rectifiés pour 2008 (article 8 PLFSS 2009)*	Objectifs de dépenses fixés pour 2009 (article 50 PLFSS 2009)	Evolution (3) / (1) (en %)	Evolution (3) / (2) (en %)
	1	2	3		
Dépenses de soins de ville	70,6	71	73,2	3,7	3,1
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	48,9	49,2	50,9	4,1	3,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,8	18,4	18,7	-0,5	1,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,4	5,7	6,2	14,8	8,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et service pour personnes handicapées	7,4	7,4	7,7	4	4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9	0,9	0,9	0	0
Total	152	152,6	157,6	3,7	3,3

* Après changement de périmètre sur la base de 2009 – annexe 7 au présent projet de loi de financement pour la sécurité sociale

Source : article 50 du présent projet de loi de financement

Le montant de l'ONDAM est fixé en appliquant à la base retenue (les dépenses concernées telles qu'elles étaient estimées au moment de l'élaboration du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale) un taux d'évolution prévisionnel, tenant compte à la fois de l'évolution tendancielle des dépenses et des économies escomptées.

Comme cela a été indiqué, la **base retenue pour l'ONDAM pour 2009** s'élève à **152,8 milliards d'euros** (ONDAM 2008 rectifié), évalué à partir d'un dépassement de l'objectif initial de 800 millions d'euros.

S'agissant du **taux d'évolution retenu (3,3 %)**, il repose, selon les données de l'annexe 7 au présent projet de loi de financement, sur une **progression tendancielle des dépenses de 4,7 % en 2009** et un **montant global d'économies de 2,2 milliards d'euros**. Le tableau suivant détaille les mesures devant permettre d'atteindre ce montant.

Impact des mesures nouvelles 2009 sur les comptes 2009 du régime général

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	2149	2473
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2009	1860	2168
Majoration de la modulation du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins	129	150
Fixation du nombre de séances pour les actes en série sur référentiels HAS	56	65
Maîtrise médicalisée mise en œuvre par l'assurance maladie et économies sur les aides à la télétransmission	450	525
Baisse de tarifs ciblées sur certains actes médicaux et analyses de biologie	215	250
Plan médicament : baisses de prix de médicaments sous brevet et convergence des prix par classe	292	340
Plan médicament : accroissement des baisses de prix des médicaments génériques	34	40
Baisse de prix sur les dispositifs médicaux	43	50
Gestion médicalisée de la liste des produits de santé remboursables et suites des recommandations médico-économiques de la HAS	112	130
Marges de distribution des médicaments en ville et en rétrocession	86	100
Développement de l'utilisation des grands conditionnements	26	30
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	34	40
Economies sur les établissements de santé	166	193
Lutte contre les fraudes et contrôle des droits	73	85
Ajustement des dotations des fonds surdotés de l'ONDAM	146	170

Source : annexe 9 du présent projet de loi de financement

Votre rapporteur pour avis note que **le taux de progression de l'ONDAM retenu pour 2009 est parmi les taux de progression les plus élevés votés depuis 2005**, même s'il est à rappeler que le taux de progression de l'ONDAM pour 2008 – fixé à 2,8 % – correspondait en réalité à un taux de progression de 3,4 % en intégrant l'effet des franchises. Il correspond au taux de progression de l'ONDAM constaté en 2008.

Taux de l'ONDAM voté et réalisé

	2004	2005	2006	2007	2008
Ondam voté	4,0	3,2	2,5	2,6	2,8
Ondam réalisé	5,2	3,2	3,1	4,2	3,3

Source : lois de financement de la sécurité sociale correspondantes

Comme pour 2008, le taux de progression de l'ONDAM retenu pour 2009 apparaît **plus équilibré entre les dépenses de soins de ville (3,1 %) et les dépenses hospitalières (3,1 %)**.

Néanmoins, votre rapporteur pour avis tient à souligner que **le respect de l'ONDAM suppose la mise en œuvre effective des mesures d'économies sous-jacentes au calcul de celui-ci**, soit 2,2 milliards d'euros pour 2009. Outre la difficulté d'appréciation de l'évaluation des économies attendues, faute d'informations précises au sein de l'annexe 9 du présent projet de loi de

financement, on peut également s'interroger sur leur mise en œuvre effective pour 2009, s'agissant notamment des mesures relatives à la maîtrise médicalisée. En effet, lors d'une rencontre, le 14 octobre 2008 avec l'Association des journalistes de l'information sociale, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, indiquait que « *seulement 50 % à 60 % des mesures de maîtrise des dépenses d'assurance maladie proposées par la CNAM, discutées par la Commission des comptes de la sécurité sociale et votées dans le PLFSS sont respectées* ». Pour 2009, **les économies attendues de la maîtrise médicalisée sont évaluées à 525 millions d'euros**, soit près d'un quart de l'ensemble des économies attendues pour 2009. Si leur taux de mise en œuvre est comparable à celui des années précédentes, ce sont donc près de 250 millions d'euros d'économies qui ne pourraient être réalisés.

Votre rapporteur pour avis rappelle, enfin, le constat dressé par la Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2008, s'agissant de la construction de l'ONDAM : « *Les conditions d'élaboration des ONDAM annuels et pluriannuels n'ont pas permis de fiabiliser cet outil qui fait l'objet d'un affichage volontariste non appuyé sur des mesures d'économies crédibles* ». Votre rapporteur pour avis estime nécessaire, à cet égard, **d'améliorer la sincérité et la fiabilité de l'ONDAM** en documentant davantage l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et les économies sous-jacentes. C'est pourquoi, il accueille favorablement les mesures proposées en ce sens dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, mesures renforcées lors de son examen par l'Assemblée nationale¹.

Afin de renforcer la maîtrise des dépenses de santé, votre rapporteur pour avis vous proposera également **un amendement à l'article 32 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale visant à réduire le seuil de déclenchement de la procédure d'alerte instaurée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.**

Aux termes de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte est aujourd'hui chargé d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM. Le risque de dépassement est jugé sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 % de l'ONDAM. Ce seuil a été fixé à 0,75 %. **Afin de pouvoir agir plus en amont, il est proposé que ce seuil ne puisse excéder 0,5 %. Si tel avait été le cas cette année, la procédure d'alerte aurait été déclenchée.**

¹ Se reporter au commentaire de l'article 32 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

B. LES MESURES RELATIVES À LA GOUVERNANCE

1. L'association de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) aux négociations conventionnelles (article 31)

L'article 31 du présent projet de loi de financement propose :

- d'une part, **d'associer l'UNOCAM aux négociations conventionnelles liant les professionnels de santé et l'assurance maladie ;**

- d'autre part, de **modifier certaines dispositions de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 relatives à la mise en place d'expérimentations** de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence de soins.

Ces deux mesures, ainsi que celle visant à majorer la taxe versée par les organismes complémentaires au Fonds de financement de la CMU (article 12 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale), sont la **traduction de la convention d'accord signée le 28 juillet 2008 entre le gouvernement et la Fédération nationale de la mutualité française.**

a) La participation de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles

(1) La part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement des soins et des biens médicaux

Selon les données de la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2008, l'assurance maladie complémentaire contribuait, en 2006, à hauteur de **13 % au financement des dépenses de soins et de biens médicaux**, contre 77 % pour l'assurance maladie obligatoire et 8,6 % pour les ménages.

Très faible s'agissant des soins hospitaliers (4,1 %) et des transports (3,2%), la part de financement supportée par les organismes complémentaires d'assurance maladie est, en revanche, **importante en matière de soins dentaires (34,71 %), de soins optiques et de prothèses (30 %).**

(2) Le rôle de l'UNOCAM

Créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'UNOCAM regroupe les représentants des mutuelles, des institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance qui offrent des prestations d'assurance maladie complémentaire.

Les missions de l'UNOCAM sont définies aux articles L. 182-2 et L. 182-3 du code de la sécurité sociale. Elles visent à renforcer le dialogue entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 les a élargies, en prévoyant notamment une meilleure association de l'UNOCAM, en cas de déclenchement de la procédure d'alerte.

Le rôle de l'UNOCAM

Article L. 182-2 du code de la sécurité sociale

- L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) peut, en accord avec les organisations syndicales représentatives concernées, associer l'UNOCAM à la négociation et à la signature de tout accord, contrat ou convention liant les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Article L. 182-3 du code de la sécurité sociale

- L'UNOCAM rend un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale ;

- Elle émet des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) relatives au « ticket modérateur », à la participation forfaitaire des assurés, aux franchises médicales et à l'admission au remboursement d'un acte ou d'une prestation ;

- Elle examine conjointement avec l'UNCAM les programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé. Elles déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque.

Article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale

- Le comité d'alerte notifie à l'UNOCAM tout risque de dépassement de l'ONDAM ; l'UNOCAM propose des mesures de redressement.

Article L. 162-15 du code de la sécurité sociale

- L'UNCAM soumet pour avis à l'UNOCAM, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires.

S'agissant plus précisément de **l'association de l'UNOCAM à la négociation et à la signature des conventions liant les professionnels de santé et l'assurance maladie**, il est à noter que les conditions de sa mise en œuvre sont restrictives : cette association est **à la seule initiative de l'UNCAM** et est soumise à l'accord des organisations syndicales représentatives concernées. **Elle n'a jamais été mise en œuvre.**

(3) Le dispositif proposé

Le **I** de l'article 31 tend à pallier cette situation en prévoyant désormais **l'association systématique de l'UNOCAM** à la négociation des conventions avec les professionnels de santé **dès lors que celle-ci en émet la demande auprès de l'UNCAM** qui est, quant à elle, dans l'obligation de la tenir informée de son intention d'ouvrir une négociation.

S'agissant plus particulièrement **des accords, conventions ou avenants concernant des professions ou des prestations pour lesquelles la participation de l'assurance maladie à ces dépenses est minoritaire** – notamment les soins dentaires et optiques –, ils ne pourront être **valides que s'ils sont également conclus par l'UNOCAM.**

Afin d'éviter un éventuel blocage dans les négociations conventionnelles, deux dispositions sont prévues :

- d'une part, la décision de signer ou non un accord sera soumise à un vote à la **majorité de 60 %** des voix exprimées au sein du conseil de l'UNOCAM, afin de faciliter l'émergence de solutions communes (IV) ;

- d'autre part, **en cas de refus de l'UNOCAM de conclure un accord, l'UNCAM en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale**, dans un délai minimal fixé par décret s'agissant des conventions nécessitant une signature de l'UNOCAM.

Par coordination, le II et le III de l'article 31 prévoient de :

- dispenser, d'une part, l'UNCAM de son obligation de soumettre pour avis à l'UNOCAM toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation tarifaire lorsque l'UNOCAM a décidé, par le nouveau dispositif proposé, de pendre part à la négociation ;

- d'abroger, d'autre part, l'article L. 132-2 du code de la sécurité sociale, qui régissait jusqu'alors la procédure d'association de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles.

Outre deux amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, un amendement qui tend à prévoir que **l'UNOCAM transmet, avant le 15 juin de chaque année, au Parlement et au ministre chargé de la sécurité sociale un bilan des négociations** auxquelles elle a décidé de participer en vertu du dispositif introduit par l'article 31, ainsi que sur la mise en œuvre des accords et conventions qu'elle a signés.

(4) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure qui tend à **mieux associer, à la maîtrise des dépenses de santé, les organismes d'assurance complémentaire, acteurs importants de la couverture de celles-ci**, notamment dans les domaines des soins dentaires ou de l'optique.

De façon plus générale, à travers cette disposition – qui s'articule avec celle visant à majorer la taxe versée par les organismes complémentaires au Fonds de financement de la CMU prévue à l'article 12 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale –, se sont les **fondements de notre système de protection sociale qui sont interrogés : son mode de financement et son périmètre**.

C'est pourquoi, votre rapporteur pour avis souhaite que l'examen de ces mesures soit l'occasion **de clarifier le débat sur la refonte envisagée du système de prise en charge des dépenses de santé**, et notamment sur l'articulation entre les interventions du régime obligatoire et des assureurs complémentaires.

b) Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins

L'article 31 propose, par ailleurs, de modifier certaines dispositions de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 relatives à la mise en place d'expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence de soins.

Ces dispositions **traduisent un autre point de la convention d'accord précitée du 28 juillet 2008, conclue entre le gouvernement et la fédération nationale de la mutualité française**. Cet accord prévoyait en effet que *« la logique du parcours de soins et du médecin traitant sera confortée par le développement de modes de rémunération plus adaptés au suivi des pathologies chroniques, auxquels la Mutualité sera associée »*.

(1) L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 permet la mise en œuvre, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et des centres ou maisons de santé. Ces nouveaux modes de rémunération pourront compléter ou se substituer au paiement à l'acte. Selon l'annexe 3 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le démarrage de l'expérimentation sera effectif à partir du mois de janvier 2009.

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit que ces expérimentations doivent donner lieu à une évaluation annuelle. Ce rapport est transmis au Parlement.

Le 1^o du V de l'article 31 propose que, **dès lors que cette évaluation conclut à l'opportunité et à la possibilité de généraliser ces expérimentations**, le gouvernement **transmet au Parlement**, après avis de l'UNCAM, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'UNOCAM, **un rapport comportant des propositions sur les conditions, les modalités et le calendrier de généralisation, ainsi qu'une étude d'impact**.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, un amendement visant à **supprimer cette disposition**.

Votre rapporteur pour avis, qui avait été à l'initiative de la transmission au Parlement du rapport annuel d'évaluation de ces expérimentations, s'interroge sur la nécessité de prévoir un rapport spécifique relatif aux modalités de généralisation de ces expérimentations, estimant que les propositions du gouvernement en la matière pourront trouver

leur place dans le rapport annuel d'évaluation. Il note, néanmoins, que la disposition proposée dans le présent article tendait également à inscrire dans la loi, l'obligation pour le gouvernement, de consulter, préalablement à une généralisation du dispositif, l'UNCAM, les organisations syndicales et l'UNOCAM.

(2) L'expérimentation de nouveaux modes de financement de la permanence de soins

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 permet, de même, aux missions régionales de santé de mettre en place, à titre expérimental, de nouvelles modalités d'organisation et de rémunération de la permanence de soins. Cette disposition visait à répondre, en partie, aux difficultés rencontrées dans l'organisation de celle-ci.

Le 2° du V de l'article 31 vise à **modifier le mode de financement de ces expérimentations dont le coût ne serait plus pris en charge par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination (FIQCS), mais inscrit au titre des soins de villes**, comme c'est le cas pour les expérimentations prévues au I de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Cependant, contrairement à ces dernières, dont le coût mis à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie est pris en compte dans l'ONDAM, et ne fait donc pas l'objet d'une enveloppe limitative, l'article 31 tend à prévoir que **le montant alloué aux missions régionales de santé pour l'expérimentation de nouveaux modes de financement de la permanence de soins sera plafonné**. Il est, en effet, proposé qu'un arrêté détermine les limites dans lesquelles les missions régionales de santé fixent les montants des rémunérations des médecins assurant la permanence de soins, ainsi que le montant maximal de dépenses au titre des ces rémunérations pour chaque mission volontaire.

Par coordination, le 3° du V de l'article 31 prévoit que les missions régionales de santé transmettent leur rapport annuel d'évaluation de ces expérimentations, non plus au FIQCS, mais aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure qui prévoit désormais une **enveloppe plafonnée de financement** de ces expérimentations, ce qui en permettra une meilleure maîtrise.

Il s'interroge, néanmoins, sur la modification du mode de prise en charge de ces expérimentations – qui ne seront plus financées par le FIQCS mais au sein des dépenses de soins de ville. Tout en notant qu'**hors expérimentation, les rémunérations des médecins libéraux dans le cadre de la permanence de soins sont financées sur les dépenses de soins de ville**, il rappelle néanmoins que l'une des vocations du FIQCS est de financer des *« actions et expérimentations 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 »¹. Votre rapporteur pour avis a pu constater la diminution de la dotation allouée au FIQCS pour 2009².

2. La prise en charge par l'assurance maladie d'une part des cotisations des chirurgiens-dentistes (article 31 bis)

A l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un **article 31 bis** visant à prévoir, à titre temporaire et dérogatoire – pour les cotisations dues au titre de 2009 – que le directeur général de l'UNCAM détermine la part, prise en charge par l'assurance maladie, des cotisations d'assurance maladie des chirurgiens-dentistes.

L'assurance maladie et les chirurgiens dentistes ont, en effet, signé en 2006 une convention prévoyant une revalorisation des honoraires de ces praticiens en contrepartie d'une modification dans la prise en charge de leurs cotisations. L'assiette retenue était limitée aux montants remboursables des actes pratiqués et excluait la part des honoraires correspondant aux dépassements pratiqués.

Le Conseil d'Etat a annulé cette convention pour rétroactivité dans un arrêt du 16 juin 2008. L'équilibre de l'accord a ainsi été rompu au détriment de l'assurance maladie. L'article 31 *bis* charge le directeur général de l'UNCAM de fixer, par décision unilatérale, les modalités de prise en charge de ces cotisations.

3. Le contenu du rapport transmis au Parlement par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) (article 32)

a) Les insuffisances actuelles de l'information du gouvernement et du Parlement sur les résultats de la maîtrise médicalisée

En application de l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale, **l'UNCAM doit transmettre au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits des régimes obligatoires d'assurance maladie** au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

Dans son rapport de septembre 2008 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes a indiqué que **l'obligation d'information pesant sur l'UNCAM, qui repose, à titre principal, sur la transmission de ce rapport, est**

¹ Article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

² Se reporter au commentaire de l'article 48 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

« insuffisante pour permettre au Parlement d'apprécier la manière dont elle a mis en œuvre l'ONDAM ». « Les informations y demeurent lacunaires, puisqu'elles portent à titre essentiel sur les médecins et présentent un bilan déséquilibré de ces accords, en valorisant surtout les économies qui résulterait de la maîtrise médicalisée et en évoquant de manière plus laconique ou en occultant parfois les surcoûts qu'ils génèrent. »

C'est pourquoi, la Cour des comptes préconisait, dans son rapport précité, d'instaurer, dans le rapport annuel de l'UNCAM transmis en juin au Parlement et au gouvernement, une obligation d'information sur les résultats de la maîtrise médicalisée et sur le coût des revalorisations tarifaires.

L'article 32 tend à mettre en œuvre cette préconisation.

b) L'enrichissement des données transmises

L'article 32 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale précise ainsi que l'UNCAM joindra, au rapport sur les charges et produits transmis chaque année au Parlement et au gouvernement, **un bilan détaillé de la mise en œuvre des propositions** de l'année précédente qui ont été retenues dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des négociations avec les professionnels de santé.

A l'initiative de nos collègues députés Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux au nom de la commission des affaires culturelles, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements :

- le premier tend à prévoir que le rapport de l'UNCAM précise **l'impact financier des mesures de redressement** prises pour assurer le respect de l'ONDAM ;

- le deuxième propose que le rapport analyse également **les conditions d'exécution de l'ONDAM pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours** ;

- le troisième fixe un **délai d'un mois** dans lequel les caisses nationales d'assurance maladie proposent des mesures de redressement en cas de déclenchement de la procédure d'alerte.

Votre rapporteur pour avis **accueille favorablement** l'ensemble de ces mesures qui, par une meilleure documentation de l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et des économies sous-jacentes, devrait tendre à améliorer **l'appréciation des modalités de fixation de l'ONDAM, et ainsi accroître la sincérité de l'ONDAM et du cadrage pluriannuel annexé aux lois de financement de la sécurité sociale.**

C. LES MESURES RELATIVES À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

1. La rémunération complémentaire au profit des enseignants de médecine générale (article 33)

a) Le statut des enseignants de médecine générale à l'université

Comme l'ont indiqué les représentants du syndicat des médecins généralistes « MG France », la création de départements universitaires de médecine générale est récente. La médecine générale ne constituait pas jusqu'aux années 1990 une filière universitaire à part entière et demeurait le « parent pauvre » de la recherche universitaire.

C'est en partie pour répondre à ces insuffisances que **la loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale** et le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008, **a clarifié le statut des enseignants de médecine générale en l'alignant sur celui des enseignants hospitaliers.**

Celui-ci, régi par l'article L. 952-21 du code de l'éducation, repose sur **le principe d'un exercice conjoint de deux activités** : d'une part, une activité universitaire d'enseignant et de recherche, d'autre part, une activité hospitalière de soins. Il découle de ce principe **une rémunération** des enseignants spécialistes **constituée de deux éléments** : une part relative à leur activité d'enseignant et une part relative à leur activité de soins.

L'article L. 952-23-1 du code de l'éducation, introduit par la loi précitée du 8 février 2008, pose ainsi, s'agissant des enseignants de médecine générale, **le même principe de l'exercice conjoint d'une double fonction** : une fonction d'enseignement et de recherche, une fonction de soins en médecine générale.

Cependant, comme cela avait été souligné lors de l'examen de la proposition de loi dont est issue la loi précitée du 8 février 2008, **la situation des enseignants de médecine générale se distingue de celle des enseignants hospitaliers par le fait que les premiers ne peuvent exercer leur activité de soins qu'en secteur ambulatoire.** Or le temps consacré par ces enseignants à leur activité de recherche et d'enseignement réduit d'autant l'amplitude de leur activité de soins **pour laquelle ils sont rémunérés à l'acte**, ce qui peut entraîner une perte de revenus importante.

b) Le dispositif proposé

C'est pour **pallier cette perte de revenu** que **l'article 33** du présent projet de loi de financement propose d'introduire, pour les enseignants des universités titulaires ou non de médecine générale, **une rémunération complémentaire** aux revenus issus de l'exercice de leurs fonctions de soins en médecine générale.

Cette rémunération sera versée par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) dans le cadre de **contrats individuels** passés avec chaque enseignant.

Ces contrats devront, en contrepartie, prévoir des engagements de l'enseignant-médecin portant sur les modalités d'exercice, la prescription, la participation à toute action d'amélioration des pratiques, la participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que la participation à la permanence de soins.

Ces contrats devront être préalablement approuvés par l'UNCAM.

c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure qui s'inscrit dans le cadre **des efforts devant être menés afin de mieux structurer la filière universitaire de médecine générale**. Ceci constitue, en effet, un enjeu essentiel de l'organisation du système de soins dont les médecins généralistes sont l'un des pivots.

Cependant, votre rapporteur pour avis **s'interroge sur les modalités de mise en œuvre de cette rémunération complémentaire**, son montant et son articulation avec, d'une part, les autres contrats individuels proposés par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) au titre de l'article L. 162-12-21 et, d'autre part, les rémunérations complémentaires versées au titre des expérimentations pouvant être menées dans le cadre de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (cf. commentaire de l'article 31 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale).

Les contrats individuels passés entre les médecins libéraux et la CNAM

« Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1 pour ce qui les concerne.

Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé.

Le contrat type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui peuvent s'y opposer dans un délai fixé par décret.

Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis ».

Source : article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale

Votre rapporteur pour avis rappellera, par ailleurs, comme il l'avait indiqué lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, que **les résultats de tels contrats en matière de maîtrise médicalisée sont peu probants, notamment si les contreparties financières accordées aux médecins concernés ne sont pas obligatoirement liées à l'atteinte des objectifs fixés**. C'est pourquoi, il avait déposé un amendement en ce sens – adopté par le Sénat – s'agissant des contrats individuels proposés par la CNAM au titre de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale.

Par coordination, **il vous propose un amendement similaire s'agissant des contrats que l'article 33** tend à introduire afin d'aligner le contenu, la logique et les modalités d'élaboration de ces contrats avec ceux mentionnées à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale.

De façon plus générale, votre rapporteur pour avis tient à souligner **la multiplicité des contrats de maîtrise médicalisée** liant les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie, contrats dont la Cour des comptes notait dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005, leur faible taux d'adhésion et leur insuffisant impact sur les pratiques individuelles. Votre rapporteur pour avis invite à une évaluation précise de l'ensemble de ces dispositifs.

2. La contribution forfaitaire des professionnels n'assurant pas une transmission électronique de leurs actes (article 33 bis)

Afin de promouvoir la télétransmission des feuilles de soin, des pénalités en cas de non transmission avaient été fixées par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins : les professionnels de santé devaient verser **une contribution forfaitaire aux frais de gestion**. Le montant de cette pénalité devait être fixé par un arrêté qui n'a jamais été signé.

L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait proposé de transférer cette compétence du gouvernement vers les partenaires sociaux. A défaut de dispositions conventionnelles prises, le directeur de l'UNCAM devait fixer le montant de cette contribution.

A l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, et avec l'avis favorable du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un **article 33 bis** visant à aménager cette procédure. Il est proposé de transférer au directeur de l'UNCAM la compétence de fixation de la contribution forfaitaire à partir du 1^{er} avril 2009.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur **l'opportunité de ces modifications successives**. La fixation par arrêté du montant de cette contribution, comme le prévoyait l'ordonnance du 24 avril 1996 précitée, semblait constituer une voie plus simple et plus rapide. D'après les données recueillies par votre rapporteur pour avis auprès du ministère de la santé, près de 85 % des médecins généralistes ont eu recours en 2008 à la télétransmission contre 68,5 % des médecins spécialistes.

3. La mise à disposition des professionnels de santé de référentiels validés par la HAS (article 34)

a) Des écarts importants dans les traitements prescrits

Comme l'a indiqué Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 devant la commission des comptes de la sécurité sociale, **des écarts, parfois très importants, peuvent être constatés dans les traitements prescrits, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, à des patients qui présentent pourtant un diagnostic semblable**.

Il s'agit principalement des **actes paramédicaux** qui connaissent, par ailleurs, une croissance très forte. En effet, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2008, les honoraires paramédicaux, s'ils enregistrent un ralentissement en 2008 (+ 6,7 %) par rapport à 2007 (+ 8,2 %), augmentent néanmoins à un rythme beaucoup plus soutenu que les soins de ville dans leur ensemble (+ 2,8 % en 2008).

b) Le dispositif proposé

C'est pour pallier cette situation que l'article 34 du présent projet de loi de financement prévoit, pour ce qui concerne les actes en série, de **soumettre les patients et les professionnels de santé au respect de référentiels de soins proposés par l'UNCAM et validés par la Haute autorité de santé (HAS)**.

Il est ainsi proposé de compléter l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale qui, en l'état actuel du droit, dispose que la prise en charge par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé est subordonnée à son inscription sur une liste – la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes techniques et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). L'inscription sur cette liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

Le **I** de l'article 34 vise à préciser que, s'agissant des actes réalisés en série, « *ces conditions particulières de prescription* » peuvent fixer, sur la base de référentiels approuvés par la HAS, **un nombre au-delà duquel les actes prescrits ne peuvent être pris en charge qu'à titre exceptionnel après un accord préalable du service du contrôle médical.**

Le service du contrôle médical

« Acteur médical de la gestion du risque, le service du contrôle médical conseille, accompagne et contrôle les assurés et les professionnels de santé.

Le service du contrôle médical dispose d'un pôle auprès de chaque caisse d'assurance maladie. Il est constitué de praticiens conseils (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) et de personnel administratif :

- Il conseille les assurés et les professionnels de santé sur la réglementation médico-sociale et sur le bon usage des soins ;

- Il accompagne les assurés et les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des affections de longue durée (A.L.D.) ;

- Il analyse et contrôle les demandes de prestations des patients et les activités des professionnels et établissements de santé ;

- Il contrôle la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales.

- Il réalise des études ».

Source : caisse nationale d'assurance maladie

Le **II** de l'article 34 prévoit que les conditions de mise en œuvre du service du contrôle médical sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et non plus par décret.

c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette mesure, dont **l'économie attendue** s'élève, selon l'annexe 9 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, à **65 millions d'euros**.

La procédure utilisée – soit une validation par la HAS de référentiels proposés et, donc établis, par l'UNCAM – devrait permettre **d'accélérer l'élaboration de ces derniers** et ainsi éviter que ne se renouvelle le retard pris en 2008 par la HAS s'agissant des recommandations médico-économiques destinées à guider les prescriptions des médecins.

4. La mise à disposition des patients de la liste des professionnels de santé ayant conclu un contrat d'engagements individualisés (article 34 bis)

L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 permet aux organismes locaux d'assurance maladie de conclure des contrats individualisés avec les médecins libéraux portant notamment sur des engagements de bonne prescription et d'amélioration des pratiques.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue députée Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des finances, un **article 34 bis** visant à permettre aux organismes locaux d'assurance maladie de mettre à la disposition des patients la liste des médecins conventionnés et des centres de santé ayant conclu un tel contrat.

Votre rapporteur pour avis **accueille favorablement cette mesure** qui s'inscrit dans le cadre des mesures prises en loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et **visant à accroître l'information des patients.**

5. L'analyse des dépenses de médicaments figurant sur la « liste en sus » et la prescription des médicaments orphelins (article 36)

a) La régularisation des prescriptions médicamenteuses inscrites sur la « liste en sus »

(1) Les modalités de prise en charge des médicaments inscrits sur la « liste en sus »

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), **l'assurance maladie rembourse les charges supportées par les établissements de santé pour la prise en charge des patients hospitalisés sur la base de tarifs forfaitaires** : un tarif par séjour dit groupe homogène de séjour (GHS) et un tarif par prestation pour les activités de consultation et les actes externes d'urgence. Les médicaments prescrits durant un séjour hospitalier entrent, en règle générale, dans le cadre du tarif GHS.

Cependant, l'article L. 162-22-7 prévoit une **dérogation pour certaines spécialités pharmaceutiques** qui sont, elles, **prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation** financées dans le cadre du tarif forfaitaire GHS.

Ces médicaments sont remboursés intégralement aux établissements ayant adhéré à un contrat de bon usage établi conjointement par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et l'assurance maladie. Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

(2) Des dépenses particulièrement dynamiques

Comme l'indique la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)¹ dans une étude récente, les spécialités pharmaceutiques inscrites sur la « liste en sus » correspondent à des **médicaments innovants et particulièrement onéreux**. Cette liste, fixée par arrêté, comprend en 2008, 299 présentations thérapeutiques, dont 33 % d'anticancéreux.

En 2006, toujours selon les données précitées de la DREES, ces médicaments ont représenté un coût de 1,8 milliard d'euros, soit **61 % de l'ensemble des dépenses de médicaments dans les établissements de santé**. Ces dépenses sont, par ailleurs, particulièrement **dynamiques** : elles ont enregistré une croissance de 18,4 % entre 2006 et 2007.

(3) Le dispositif proposé

C'est pour pallier le **fort dynamisme de ces dépenses** que le I de l'article 36 propose :

- la **réalisation d'une analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités inscrites sur la « liste en sus »**, sur la base de laquelle l'Etat arrêtera, après consultation du conseil de l'hospitalisation, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces médicaments ;

- la **possibilité pour les agences régionales de l'hospitalisation de conclure, avec les établissements présentant un taux d'évolution atypique** par rapport au taux prévisionnel de croissance de ces dépenses, **un plan d'action** d'une durée d'un an visant à maîtriser la croissance de ces dépenses ;

- la **possibilité, en cas de refus de l'établissement ou de non respect de ses engagements, d'une réduction de 10 % de la prise en charge de l'assurance maladie**. Cette réduction vaudra pour une durée d'un an et sera fonction des manquements observés. Le cas échéant, cette réduction se cumulera avec celle pouvant résulter de la non-souscription de l'établissement à un contrat de bon usage prévu à l'article L. 162-22-7. La réduction totale de la part prise en charge par l'assurance maladie ne pourra cependant excéder 30 %. Il est précisé que la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

Le II de l'article 36 précise que les dépenses afférentes aux prescriptions de spécialités pharmaceutiques inscrites sur la « liste en sus » ne seront **pas, non plus, prises en charge par l'assurance maladie en cas d'absence de numéro personnel identifiant du médecin**. Cette mesure vise, selon l'exposé des motifs du présent article, à améliorer la visibilité sur les prescriptions hospitalières en incitant à une bonne identification des médecins.

¹ DRESS, *Etudes et résultats* n° 653, août 2008.

Le **IV** de l'article 36 prévoit l'entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2009, à l'exception des dispositions relatives à l'identification du médecin prescripteur, dont la mise en œuvre est reportée au 1^{er} janvier 2012.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, deux amendements :

- l'un visant à inclure les dispositifs médicaux implantables dans la nouvelle procédure de régulation introduite par le présent article ;

- l'autre tendant à avancer à 2010 la date d'entrée en vigueur des dispositions relatives à l'identification du médecin prescripteur.

b) La validation de la prescription des médicaments orphelins

Le **III** de l'article 36 prévoit, par ailleurs, que, s'agissant des médicaments orphelins, **leur prise en charge est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie** pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée.

La **notion de médicament orphelin** est définie par le règlement (CE) n° 141/200 du 16 décembre 1999 selon les critères suivants :

- « *s'il est destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une affection entraînant une menace pour la vie ou une invalidité chronique ne touchant pas plus de cinq personnes sur dix mille dans la communauté européenne, au moment où la demande est introduite, ou ;*

- « *s'il est destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement, dans la communauté européenne, d'une maladie mettant la vie en danger, d'une maladie très invalidante ou d'une affection grave et chronique, et qu'il est peu probable que, en l'absence de mesures d'incitation, la commercialisation de ce médicament dans la Communauté européenne génère des bénéfices suffisants pour justifier l'investissement nécessaire, et ;*

- « *s'il n'existe pas de méthode satisfaisante de diagnostic, de prévention ou de traitement de cette affection ayant été autorisée dans la communauté européenne, ou, s'il en existe, que le médicament en question procurera un bénéfice notable à ceux atteints de cette affection. »*

Quant aux « centres de référence maladies rares », ils ont été créés dans le cadre du « **Plan national maladies rares 2005-2008** ». Ils ont, notamment, pour mission d'établir une stratégie de prise en charge thérapeutique, psychologique et d'accompagnement social, de définir et diffuser des protocoles de prise en charge en lien avec la HAS.

c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces deux mesures qui s'inscrivent dans la **poursuite des efforts menés en matière de maîtrise médicalisée, tant en ville qu'à l'hôpital**. Dans son récent rapport sur la

taxation de l'industrie pharmaceutique¹, votre rapporteur pour avis avait, d'ailleurs, souligné le poids important et le fort dynamisme des dépenses de médicaments les plus innovants et donc les plus onéreux, notamment au sein des dépenses hospitalières.

Votre rapporteur pour avis s'interroge néanmoins sur l'efficacité du dispositif de régulation proposé, eu égard au caractère facultatif du déclenchement de la procédure. Il vous propose un amendement dans ce sens.

Il accueille, en outre, favorablement l'avancée à 2010 de l'entrée en vigueur de la disposition visant à la non-prise en charge des factures présentées par l'hôpital au titre de ces spécialités en l'absence de numéro personnel identifiant du médecin. Cette mesure devrait inciter à un ajustement rapide des systèmes d'informations.

6. La définition du mode de financement des médicaments non-rétrocédables et non disponibles en officine de ville (article 37)

a) Le « vide juridique » actuel

Comme l'indique l'exposé des motifs de l'article 37 du présent projet de loi de financement, le droit en vigueur ne prévoit **le remboursement par l'assurance maladie des prescriptions de médicaments réservés à l'usage hospitalier que dans le cas d'une hospitalisation.**

Or, il peut arriver que certains médicaments réservés à l'usage hospitalier, non disponibles en officine de ville et non rétrocédables – c'est-à-dire qui ne peuvent être prescrits par les pharmacies des établissements de santé à des patients ambulatoires –, soient administrés lors de consultations externes, c'est-à-dire au cours de la prise en charge de patients dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation.

Or ces médicaments étant administrés dans le cadre de consultations externes, ils ne peuvent pas être pris en charge au titre du tarif forfaitaire par séjour dit « tarif groupe homogène de séjour (GHS) », ni au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur « la liste en sus », ces deux types de prise en charge étant réservés aux médicaments prescrits dans le cadre d'une hospitalisation.

Leur prise en charge ne peut non plus être retracée dans le cadre de l'enveloppe « soins de ville », ces médicaments n'entrant pas dans la catégorie des médicaments rétrocédables.

¹ Rapport d'information n° 427 (2007-2008).

b) Le dispositif proposé

C'est pour **combler ce « vide juridique »** que l'article 37 tend à introduire **un nouvel article L. 162-27** dans le code de la sécurité sociale qui **régit précisément ce cas particulier de médicaments** qui, bien que classés dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrés dans un environnement hospitalier, peuvent néanmoins être directement fournis par la pharmacie des établissements de santé dans le cadre des consultations extérieures.

L'article 37 définit ensuite **les modalités particulières de prise en charge** de ces médicaments. Il est prévu que celle-ci se fera en sus des tarifs forfaitaires par séjour dits « tarifs GHS », ainsi que de la prise en charge des spécialités pharmaceutiques inscrits sur « la liste en sus ».

La prise en charge de ces médicaments à prescription hospitalière reposera sur la base de tarifs définis de façon différente selon que ces médicaments sont inscrits ou non sur « la liste en sus », c'est-à-dire sont ou non des médicaments innovants et onéreux.

Dans le premier cas, les spécialités pharmaceutiques bénéficieront d'un remboursement sur facture **sur la base du tarif de responsabilité**, introduit par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Le tarif de responsabilité des spécialités de la « liste en sus »

« Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 [« liste en sus »] est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier.

A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision.

La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission [de la HAS]. »

Source : article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale

Dans le second cas, les spécialités pharmaceutiques bénéficieront également d'un remboursement sur facture à partir du tarif de responsabilité. Mais, par coordination, il est prévu qu'à défaut de déclaration du prix de vente des médicaments au comité économique des produits de santé (CEPS) ou en cas d'opposition de celui-ci, le tarif de responsabilité sera fixé par une décision du CEPS qui interviendra dans un délai de 75 jours suivant, soit l'inscription du médicament sur la liste des produits agréés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, soit, pour les

médicaments déjà inscrits sur cette liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière.

Il est prévu que lorsque le montant de la facture sera inférieur à ces tarifs ainsi déterminés, le remboursement à l'établissement s'effectuera sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, comme c'est déjà le cas dans le cadre du tarif de responsabilité prévu pour les médicaments de la liste en sus.

c) La position de votre rapporteur pour avis

En dépit de la complexité du dispositif proposé, **votre rapporteur pour avis accueille positivement cette mesure** qui permet d'éviter que la prescription de médicaments ne nécessitant pas une hospitalisation donne lieu à la facturation d'un tarif séjour – GHS.

7. Les dispositions relatives à la prescription de génériques (articles 37 bis et 37 ter)

A l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, et avec avis favorable du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un article additionnel 37 bis visant à **élargir le répertoire des groupes génériques à des spécialités orales à libération modifiée** différente de celle de la spécialité de référence sous certaines conditions.

Tout en appelant à vérifier la portée de cette mesure en terme de santé publique, votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette **mesure génératrice d'économies** – évaluées par notre collègue député à 300 millions d'euros – et devant permettre un développement du marché du médicament générique. Dans son récent rapport sur la taxation de l'industrie du médicament¹, votre rapporteur pour avis avait noté que, bien que dynamique, le marché du générique en France reste encore peu développé.

L'Assemblée nationale a adopté un deuxième article (article 37 ter), contre l'avis du gouvernement et de la commission des affaires sociales, visant à **rendre obligatoire la prescription en dénomination commune internationale (DCI) des médicaments génériques**.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure puisque des logiciels d'aide à la prescription permettent aujourd'hui de faciliter cette inscription en DCI.

¹ Rapport d'information n° 427 (2007-2008).

8. L'évaluation des molécules innovantes (article 37 quater)

A l'initiative de notre collègue députée Catherine Lemorton, l'Assemblée nationale a adopté, contre l'avis du gouvernement et contre l'avis de la commission des affaires culturelles, un **article 37 quater** tendant à ce que **les molécules innovantes, les médicaments et les dispositifs médicaux récents soient régulièrement soumis à une évaluation**, notamment des coûts liés à la recherche. L'amendement prévoit, par ailleurs, que chaque année, une analyse du prix pratiqué par l'entreprise pharmaceutique est réalisée. Après avis du ministère de la santé, les prix des médicaments et autres spécialités ou produits pourront être revus à la baisse.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur **la portée juridique** de cette disposition, d'une part, quant à la notion de médicament innovant et, d'autre part, sur son articulation avec le rôle du Comité économique des produits de santé (CEPS). Il s'interroge, par ailleurs, sur son impact sur la recherche. Il propose donc un **amendement de suppression de cet article**.

9. La diffusion des actes et dispositifs médicaux innovants (article 38)

L'**article 38** tend à prévoir de nouvelles modalités de prise en charge des actes et dispositifs innovants, afin, selon l'exposé des motifs du présent article, de « *dynamiser leur processus de diffusion* ».

Toujours selon l'exposé des motifs de l'article 38 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, tout produit, prestation ou acte innovant doit être entendu comme « *nécessitant une évaluation complémentaire avant la généralisation de leur utilisation et de leur prise en charge par l'assurance maladie* ».

a) Le droit existant

En vertu de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, tout acte ou prestation doit être inscrit sur une liste (la nomenclature des actes) afin de pouvoir être pris en charge par l'assurance maladie. De même, s'agissant des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain, l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale subordonne leur remboursement par l'assurance maladie à leur inscription sur la liste des produits et prestations (LPP). Dans les deux cas, leur inscription sur ces listes peut être subordonnée au respect de conditions particulières de prescription et d'utilisation.

S'agissant plus particulièrement des « *actes en phase de recherche clinique ou d'évaluation du service qu'il rend* », le dernier alinéa de l'article L. 162-1-7 précité dispose que « *leur inscription et leur prise en charge sont soumises au respect d'une procédure et de conditions particulières définies par convention entre l'UNCAM et la HAS* ».

b) Le dispositif proposé

Le **II** de l'article 38 **supprime cette dernière disposition** relative aux actes en phase de recherche.

Le **I** de l'article 38 introduit de **nouvelles modalités de prise en charge des produits, prestation ou acte innovants**, catégorie plus large que celle visée par le dernier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, les actes et produits innovants pourront être **pris en charge, partiellement ou totalement, au sein de la dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)**, qui est une dotation forfaitaire particulière allouée aux établissements de santé au titre d'activités qui ne peuvent être tarifées à l'activité. Il s'agit, notamment, selon l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, des activités d'enseignement, de celles visant à l'amélioration de la qualité des soins, à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et de la politique nationale en matière d'innovation médicale. Par dérogation, les MIGAC peuvent également financer des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

L'article 38 prévoit que la prise en charge des actes et dispositifs innovants au sein des MIGAC sera décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la HAS. Cet arrêté fixera **le forfait de prise en charge par patient** – qui inclura le produit, la prestation, l'acte et les frais d'hospitalisation associés –, **le nombre de patients concernés, la durée de la prise en charge**, les conditions particulières d'utilisation de ces produits et **la liste des établissements concernés**. L'arrêté déterminera, par ailleurs, les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu.

Tout en s'interrogeant sur la portée juridique de la notion de « produit innovant » ainsi introduit dans la loi, votre rapporteur pour avis est favorable à cette nouvelle disposition qui devrait permettre, selon l'exposé des motifs du présent article, un meilleur contrôle de la diffusion de ces produits, la poursuite de l'évaluation de ces produits avant toute généralisation, la prise en charge pour une durée limitée de ces dispositifs par l'assurance maladie dans l'attente d'études complémentaires.

**10. L'évaluation des dépenses en matière de contraception
(article 38 bis)**

A l'initiative de notre collègue députée Bérengère Poletti, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un **article 38 bis** tendant à prévoir que **le gouvernement transmettra un rapport sur l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception** et les améliorations envisageables de leur mode de prise en charge.

Sans méconnaître l'importance du sujet, votre rapporteur pour avis s'interroge sur l'opportunité d'inscrire cette disposition dans la loi.

D. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. L'amélioration du suivi des dépenses hospitalières et diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé (article 39)

En vertu de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, **le Parlement est appelé à voter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)**, ventilé en six-objectifs. Parmi ces sous-objectifs, deux concernent les dépenses hospitalières : le premier recouvre les dépenses consacrées aux établissements de santé tarifés à l'activité (T2A), le second, les autres dépenses des autres établissements.

Les dépenses hospitalières font également **l'objet d'objectifs fixés par arrêté ministériel**, notamment :

- l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologique des établissements de santé publics et privés (**ODMCO**), défini à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale. Cet objectif entre dans le champ du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité ;

- l'objectif quantifié national (**OQN**) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercés par les établissements de santé privés autres que ceux à but non lucratif, défini à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;

- **l'objectif des dépenses d'assurance maladie résultant principalement des activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé publics et privés à but non lucratif**, défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

Ces deux derniers objectifs recouvrent pour partie le champ du second sous-objectif de l'ONDAM relatif aux dépenses des autres établissements.

a) Une simplification des dispositions relatives au suivi des dépenses (I)

L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale prévoit que la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) transmet à l'Etat et aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie :

- des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés, au cours de l'année, dans le cadre des activités MCO ;

- la répartition de ce montant total par région, par établissement, et, le cas échéant, par nature d'activité.

Le I de l'article 39 tend à **alléger ce dispositif** :

- en **supprimant**, d'une part, **l'un des destinataires** de ces données, les ARH ;

- en **allégeant**, d'autre part, **le contenu des renseignements transmis** : la répartition par région, par établissement et par activité, de ces informations n'est plus requise.

Selon les données recueillies par votre rapporteur pour avis auprès du ministère de la santé, l'allègement de cette procédure se justifie par le fait que les dispositions de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale visent la procédure de fixation tarifaire des établissements de santé réalisée au niveau national. **Le détail des informations** actuellement transmises – notamment leur répartition par région et par établissement –, ainsi que leur envoi aux agences régionales de l'hospitalisation **semble peu justifié dans le cadre d'une procédure nationale et apparaît être source de lourdeur**.

b) Une clarification de la procédure de fixation de l'OQN (II)

L'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale prévoit **les modalités de fixation de l'objectif quantifié national (OQN)** relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés, autres que ceux à but non lucratif. Il est, pour ce faire, tenu compte :

- d'une part, du montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre de ces soins ;

- d'autre part, des créations et fermetures d'établissements.

Il est précisé, en conséquence, qu'un décret en Conseil d'Etat détermine, chaque année, **les modalités selon lesquelles sont établies les évolutions des tarifs de ces prestations hospitalières, afin que celles-ci permettent de respecter l'OQN**. Il est, pour cela, tenu compte :

- de l'évolution des charges supportées au titre des soins dispensés l'année précédente ;

- des prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ;

- des changements de régime juridique et financier de certains établissements – il s'agit des opérations dites de « fongibilité », comme la reconversion de lits du secteur sanitaire en places d'accueil en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Or, selon les données du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, **certain de ces critères – notamment celui afférent aux opérations de fongibilité – ne sont pas pris en compte dans la fixation des tarifs des prestations hospitalières, mais dans la détermination de l'OQN**.

C'est pour **clarifier** cette situation que le **II** de l'article 39 du présent projet de loi de financement propose qu'un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les éléments dont il est compte, d'une part, pour la détermination de cet objectif ainsi que, d'autre part, pour les modalités selon lesquelles sont déterminées, en fonction de cet objectif, les évolutions tarifaires. Il est précisé que seront notamment prises en compte les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours.

c) Une clarification de la procédure de fixation de l'ODMCO (III)

Le **III** de l'article 39 du présent projet de loi de financement **prévoit le même dispositif s'agissant des modalités de fixation de l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO)** et de la détermination des évolutions des tarifs nationaux, des forfaits annuels et des coefficients géographiques qui financent les charges induites par ces prestations d'hospitalisation.

Il est ainsi précisé qu'un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte, d'une part, pour la détermination de l'ODMCO, ainsi que, d'autre part, pour la fixation de l'évolution des tarifs afférents à ces prestations, afin que celle-ci soit compatible avec l'ODMCO. Pour ce faire, il est précisé qu'il est notamment tenu compte des prévisions d'évolution de l'activité des établissements.

S'agissant plus particulièrement de la fixation des tarifs nationaux des prestations hospitalières concernées, il est prévu que peuvent également être prises en compte, pour tout ou partie, et non plus dans leur ensemble, des données afférentes au coût relatif des prestations ; la mention « *établi sur un échantillon représentatif d'établissements* » a été supprimée.

d) La procédure de régulation infra-annuelle des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements financés sous ODMCO (IV)

Le **IV** de l'article 39 propose de modifier la **procédure de régulation infra-annuelle des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements financés sous l'ODMCO**.

L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale prévoit, en effet, que l'Etat peut modifier les tarifs de ces prestations lorsqu'apparaît un risque de dépassement de l'ODMCO au vu de l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou du montant des charges constatées au fur et à mesure de l'année en cours.

Le **IV** propose de **conditionner le déclenchement de cette procédure à l'avis du comité d'alerte** créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La procédure de régulation ne pourra être déclenchée que si le comité d'alerte considère qu'il y a un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM – au sens de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale (*cf. infra*) – et dès lors que ce risque de dépassement est, en tout ou partie, imputable à l'évolution de l'ODMCO.

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a été créé par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Il est chargé **d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement (ONDAM)**.

Le risque de dépassement est jugé sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à **un seuil, fixé par décret, de 0,75 % de l'ONDAM**. Le risque est alors notifié au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des **mesures de redressement**. Le comité rend un **avis sur l'impact financier de ces mesures** et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part.

Le **IV** de l'article 39 précise que l'Etat **consulte l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée** – introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 –, avant de procéder à une modification des tarifs des prestations hospitalières, ce qui était déjà prévu aux termes de l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale.

**L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée
(article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale)**

Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2007, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Avant la fin du dernier semestre de cette période de cinq ans, il est procédé à une évaluation du fonctionnement de cet observatoire ; celle-ci devra se prononcer sur l'opportunité de le voir poursuivre son activité de façon autonome ou de le fusionner avec le conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2.

L'observatoire est chargé du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.

Afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés.

Il remet au gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. **Le gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au second alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.**

L'observatoire est composé :

- 1° De représentants des services de l'Etat ;
- 2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;
- 3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement de l'observatoire sont définies par décret.

e) La procédure de régulation infra-annuelle des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements de santé privés placés sur l'OQN (V)

Le V de l'article 39 prévoit **les mêmes modifications s'agissant de la procédure de régulation infra-annuelle des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements de santé privés financés par l'OQN.**

Ainsi, l'Etat ne pourra procéder à une modification de ces tarifs que si le comité d'alerte a considéré qu'il y avait un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM et que ce risque de dépassement était imputable, en tout ou partie, à l'évolution de l'OQN. Il est également prévu une consultation préalable de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, comme le prévoyait déjà l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale.

Le VI de l'article 39 procède aux dispositions de coordination nécessaires.

f) Les mesures relatives à la fongibilité entre sous-objectifs de dépenses hospitalières et médico-sociales (VII)

Comme il l'a déjà été indiqué les deux sous-objectifs de l'ONDAM « hospitalier » recouvrent trois autres objectifs relatifs aux dépenses hospitalières fixés par arrêté.

Il en est de même de l'ONDAM dit « médico-social » qui comprend trois sous-objectifs :

- un sous-objectif relatif aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ;

- un sous-objectif relatif aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées ;

- un sous-objectif relatif aux dépenses liés aux autres modes de prise en charge, dit « médico-social spécifique ». Il s'agit notamment des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Ces différents objectifs relatifs, d'une part, aux dépenses hospitalières, et, d'autre part, aux dépenses des établissements médico-sociaux tiennent compte des **opérations de fongibilité** ayant eu lieu l'année précédente, c'est-à-dire des changements de régime juridique ou financier ayant pu affecter certains établissements, comme, par exemple, la reconversion de lits du secteur sanitaire en places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Or ces opérations de fongibilité interviennent tout au long de l'année. C'est pourquoi le **VII** de l'article 39 tend à prévoir que **ces objectifs peuvent être modifiés, en fin d'année, pour tenir compte de ces évolutions intervenues en cours d'année.**

Par cohérence, il est également prévu que soient corrigées, en conséquence, les conventions d'objectifs liant l'Etat et l'assurance maladie prévues à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale.

g) Les mesures relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (VIII)

La tarification à l'activité est applicable aux établissements privés autres que ceux à but non lucratif et ayant contractualisé avec l'agence régionale de l'hospitalisation, depuis le 1^{er} octobre 2004. Toutefois, l'impact du changement des modalités d'allocation de ressources sur le revenu des établissements a conduit à prévoir un dispositif de transition qui régule dans le temps l'évolution des recettes des établissements.

A cet effet, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que les tarifs de prestations de chaque établissement seront égaux au tarif national, éventuellement corrigé du coefficient géographique, auquel s'applique un coefficient de transition et, le cas échéant, un coefficient de haute technicité propre à l'établissement. Ce dernier coefficient est destiné à tenir compte des soins particulièrement coûteux (SPC) dispensés par certains établissements de santé.

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit que le coefficient de haute technicité est réduit progressivement dans

les conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012. L'écart entre la valeur de ce coefficient et la valeur 1 est réduit d'au moins 50 % en 2009.

L'arrêté du 25 février 2008 relatif aux modalités de disparition progressive du coefficient de haute technicité des établissements de santé privé a finalement prévu la **suppression du coefficient de haute technicité dès le 1^{er} mars 2009**. En contrepartie, pour les années 2009 à 2011, il est prévu que soit versé à l'établissement un « **forfait de haute technicité** ».

Le **VIII** de l'article 39 du présent projet de loi de financement procède aux modifications nécessaires consécutives aux dispositions prises par l'arrêté précité du 25 février 2008, à savoir la suppression du coefficient de haute technicité à compter du 1^{er} mars 2009. Il élève, par ailleurs, au niveau législatif la **création du forfait annuel de haute technicité**, en contrepartie de la suppression avancée à 2009 du coefficient de haute technicité. Il est prévu que ce forfait annuel diminue progressivement selon des modalités fixées par décret.

Selon les données du ministère de la santé, la transformation d'un **coefficient** de haute technicité en **forfait** de haute technicité a pour effet de limiter les aides transitoires versées en les inscrivant dans une **enveloppe fermée dégressive** dans le temps, alors que l'application d'un coefficient multiplicateur sur une assiette pouvant être dynamique – l'activité de l'établissement – n'en assure pas la maîtrise.

Votre rapporteur spécial s'interroge sur la pratique consistant à modifier des dispositions législatives pour tenir compte de mesures prises par voie réglementaire en contraction avec ces dernières.

h) Les règles de fixation des tarifs dans les unités de soins de longue durée (USLD) (IX)

Le **IX** de l'article 39 tend à **étendre, aux unités de soins de longue durée, les règles de fixation des tarifs applicables aux établissements médico-sociaux introduits par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008**.

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit, en effet, que le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calculs de ces tarifs pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux.

Le **IX** de l'article 39 transpose cette disposition aux unités de soins de longue durée (USLD) qui relèvent du secteur sanitaire.

i) Les modalités de calcul de la participation de l'assuré dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale (X)

L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale prévoit que les tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation servent de base au calcul de la participation financière des assurés, le ticket modérateur notamment.

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a posé une exception temporaire à ce principe, en prévoyant que, jusqu'au 31 décembre 2008, dans les établissements privés participant au service public hospitalier, les tarifs nationaux des prestations de séjour, introduits par la tarification à l'activité (T2A), ne servent pas de base au calcul de la participation de l'assuré.

En effet, la T2A a consisté à mettre en œuvre de nouvelles modalités de financement des hôpitaux fondées sur l'activité. Ces dernières reposent notamment sur le paiement d'un tarif par séjour (dit groupe homogène de séjour – GHS) destiné à couvrir les charges liées à la prise en charge d'un patient. Des dotations forfaitaires demeurent, néanmoins, pour financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), ainsi que des forfaits annuels destinés à couvrir certaines activités notamment liées aux urgences. Avant la mise en œuvre de la T2A, « le tarif journalier de prestation » (TJP), reversé aux établissements, couvrait l'ensemble des charges des hôpitaux, c'est-à-dire celles aujourd'hui financées par le tarif du GHS, les dotations MIGAC et les forfaits annuels.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) aurait dû conduire à calculer le montant de la participation de l'assuré sur la base des tarifs du GHS, et non plus sur la base des anciens tarifs journaliers de prestation (TJP). Cependant, à ticket modérateur constant, la modification des modalités de calcul de celui-ci – qui conduirait à réduire son assiette de calcul – aurait pour conséquence une diminution du montant global des tickets modérateurs.

C'est pourquoi l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu à titre transitoire que la participation de l'assuré continuerait à être calculée sur la base des TJP.

Le **X** de l'article 39 tend à **prolonger cette dérogation au calcul du ticket modérateur, introduite par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, jusqu'au 31 décembre 2012**. Les modalités de fixation de la participation de l'assuré aux prestations hospitalières seront fixées par voie réglementaire.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, un amendement tendant à prévoir la transmission d'un rapport annuel sur la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé.

j) La position de votre rapporteur pour avis

Le **suivi des dépenses** des établissements de santé publics et privés constitue un **enjeu majeur** eu égard au **poids qu'elles représentent au sein des dépenses d'assurance maladie** – environ 44 % de l'ONDAM pour 2009. Leur juste évaluation apparaît, également, d'autant plus nécessaire qu'elle doit permettre d'apprécier les conditions de mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) et de mesurer la contribution des établissements de santé publics et privés à la maîtrise des dépenses de santé.

Or, comme le rappelle un récent rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'institut national de la statistique et des études économiques¹, ce suivi s'est toujours **heurté à des difficultés à la fois conjoncturelles** – liées à la montée en charge des systèmes d'information – et **structurelles** – l'éclatement des données et des outils utilisés.

Or, ces difficultés sont préjudiciables au bon suivi des sous-objectifs de l'ONDAM, ainsi qu'à la mise en œuvre des outils de régulation.

Les mesures proposées dans le présent article constituent un premier pas en permettant une **meilleure articulation des procédures de régulation infra-annuelle avec la procédure d'alerte prévu en cas de dépassement de l'ONDAM**. Plus particulièrement, le conditionnement de la procédure de régulation à l'avis du comité d'alerte sur un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM – seuil fixé à 0,75 % par décret – permet désormais de quantifier la notion d'« *incompatibilité* » entre les évolutions tarifaires et le respect de l'enveloppe prévisionnelle.

Votre rapporteur pour avis s'interroge néanmoins sur la **lourdeur de la procédure devant faire intervenir à la fois le comité d'alerte et l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée**. Lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, votre rapporteur pour avis s'était d'ailleurs prononcé contre la création de cet observatoire dont il ne comprenait pas l'utilité au regard de celle du conseil de l'hospitalisation déjà existant. **Votre rapporteur pour avis vous propose un amendement similaire visant à supprimer l'observatoire de l'hospitalisation publique et privée.**

2. La facturation directe aux caisses d'assurance maladie des établissements de santé antérieurement en dotation globale (article 39 bis)

L'Assemblée nationale a adopté un **article 39 bis**, à l'initiative du gouvernement, visant à prolonger jusqu'en 2011 la période de transition à

¹ *Inspection générale des affaires sociales et inspection générale de l'institut national de la statistique et des études économiques, « Le suivi des dépenses hospitalières de l'assurance maladie », mai 2008.*

l'issue de laquelle les établissements de santé doivent adresser leur facturation directement aux caisses locales d'assurance maladie, sans passer par les agences régionales de l'hospitalisation. Il est prévu que les établissements de santé volontaires peuvent participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie pendant cette période transitoire.

Votre rapporteur pour avis déplore que soit, une nouvelle fois, repoussée cette mesure pour des raisons tenant notamment à la complexité de la réforme et de l'inadaptation des systèmes informatiques.

3. Les procédures de redressement et la procédure de certification des comptes des établissements de santé en situation financière difficile (articles 40 et 40 bis)

Les situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé font l'objet de **différentes procédures de redressement** prévues aux articles L. 6143-3 et suivants du code de la sécurité sociale – plans de redressement, mise sous administration provisoire. Ces procédures sont, en l'état actuel du droit, non harmonisées et mal articulées. L'article 40 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de **les préciser et de clarifier leur mise en œuvre afin de mieux les hiérarchiser en fonction du degré de dégradation de la situation financière de l'établissement.**

a) Les plans de redressement

Le recours aux plans de redressement, devant être présentés, à la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), par les établissements de santé en situation financière difficile, constituera désormais une **première étape.**

Le **I** de l'article 40 du présent projet de loi de financement en précise la procédure en **introduisant** :

- d'une part, **un délai** - ne pouvant être inférieur à un mois - dans lequel l'établissement de santé doit présenter un plan de redressement au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, un amendement visant à porter ce délai à deux mois ;

- d'autre part, **un second motif** pouvant amener le directeur de l'ARH à demander à l'établissement de santé de présenter un plan de redressement. Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 6143-3 du code de la santé publique prévoit le cas d'un établissement de santé présentant « *une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret* », soit un déficit de 2 % ou 3 % en fonction de la taille de l'établissement¹. Le directeur

¹ Décret n° 2008-621 du 27 juin 2008.

de l'ARH est alors dans l'obligation de demander à l'établissement de santé un plan de redressement. Le présent article prévoit désormais que **le directeur de l'ARH peut déclencher la procédure dès qu'il « estime que la situation financière de l'établissement l'exige »**, sans attendre le seuil de déficit fixé par décret. Il s'agira alors d'une simple faculté.

b) La procédure de mise sous administration provisoire

La **procédure de mise sous administration** provisoire constituera ensuite une **seconde étape** dans le redressement des établissements de santé.

Le **II** de l'article 40 du présent projet de loi de financement tend à en modifier les conditions de mise en œuvre.

Il vise, tout d'abord, à **élargir le champ des personnes auxquelles peut être confiée la mise sous administration provisoire des établissements de santé présentant des difficultés financières**. L'actuel article L. 6143-3-1 du code de la santé publique prévoit que celle-ci peut être confiée aux conseillers généraux des établissements de santé. Il est proposé d'étendre cette possibilité aux inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, aux personnels de direction des centres hospitaliers ou hôpitaux locaux, ainsi que des centres d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre.

Le **II** de l'article 40 tend, ensuite, à **modifier les cas dans lesquels peut être mise en œuvre la procédure de mise sous administration provisoire**. Dans sa nouvelle rédaction, la procédure de mise sous administration provisoire est possible dans les cas suivants :

- lorsque, après que le directeur de l'ARH ait mis en œuvre la procédure relative aux plans de redressement, l'établissement ne présente pas de plan dans le délai requis ou refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs, ou n'exécute pas le plan de redressement ;

- lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

Cette nouvelle rédaction permet ainsi de **hiérarchiser les procédures de redressement financier des établissements de santé** : la mise sous administration provisoire intervient en cas d'échec de la procédure relative aux plans de redressement (non-présentation du plan dans les délais requis ou non-exécution de celui-ci).

L'article 40 du présent projet de loi de financement introduit, enfin, la **possibilité de saisine préalable de la chambre régionale des comptes** en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. Cette saisine était jusqu'alors obligatoire.

Le **2°** du **I** de l'article 40 précise, quant à lui, le « devenir » des directeurs d'établissement et, le cas échéant des autres membres du personnel de direction et des directeurs des soins, en cas de mise sous administration

provisoire de l'établissement. Il est prévu que ces derniers soient placés en recherche d'affectation auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers.

c) Les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier des établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale

Le **III** de l'article 40 tend à **rapprocher les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier applicables aux établissements de santé publics et aux établissements de santé privés anciennement sous dotation globale.**

La procédure applicable aux établissements privés est décomposée en deux parties : la phase d'injonction – le directeur de l'ARH adresse une injonction au gestionnaire de l'établissement en vue de remédier aux déséquilibres financiers et aux dysfonctionnements constatés ; la phase de mise sous administration provisoire.

S'agissant de la phase d'injonction, le **III** de l'article 40 tend à **ajouter** :

- **parmi les motifs de déclenchement de la procédure, celui où le directeur de l'ARH estime que « la situation financière de l'établissement l'exige »**, formule introduite par le I du présent article s'agissant des établissements publics ;

- parmi les éléments pris en compte par le directeur de l'ARH pour adresser une injonction au gestionnaire de l'établissement, les comptes financiers de l'établissement, et non plus uniquement les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) ;

- parmi les finalités à attendre de l'action du gestionnaire de l'établissement, celle de produire un plan de redressement adapté.

Le **III** de l'article 40 ajoute, enfin, une troisième étape dans le processus de traitement des situations de déséquilibre des établissements de santé privés – après la phase d'injonction et la phase de mise sous administration provisoire – : **la saisine, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, du commissaire aux comptes.**

d) Les dispositions relatives aux centres de lutte contre le cancer

Le **IV** de l'article 40 tend à **appliquer aux centres de lutte contre le cancer** définis à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique :

- la procédure de **certification des comptes** applicable aux établissements de santé privés ;

- la **procédure d'injonction et de mise sous administration provisoire** applicable aux établissements de santé privés ;

- la procédure de reversement au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés des sommes affectées à l'établissement en cas de fermeture définitive.

e) La certification des comptes des établissements publics de santé

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, un **article 40 bis** visant à prévoir la **certification des comptes des établissements publics de santé par un commissaire aux comptes**. Bien qu'émettant un avis favorable à cet amendement, le gouvernement a précisé que le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » prévoyait des dispositions en ce sens.

f) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis a noté que les dispositions de l'article 40 s'inscrivaient dans le cadre de la réflexion actuellement menée sur la question du redressement financier des établissements de santé.

En effet, selon les données du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, **la situation financière des établissements de santé paraît particulièrement dégradée** : le déficit cumulé des hôpitaux publics s'élèverait, en 2007, à 671 millions d'euros, 45 % des établissements réalisant un déficit pour un montant total de 886 millions d'euros, tandis que 55 % des établissements enregistrent un excédent pour un montant cumulé de 215 millions d'euros.

Votre rapporteur pour avis rappelle également le **constat sévère dressé récemment par l'inspection générale des affaires sociales**¹ s'agissant des contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) signés entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé. Les principales critiques de la mission portaient à la fois sur le contenu des CREF – objectifs mal définis, prévisions de recettes irréalistes, objectifs non atteints – et sur les insuffisances de pilotage du dispositif – insuffisance du suivi de mise en œuvre des contrats, manque de cohérence avec d'autres décisions prises par ailleurs.

Selon votre rapporteur pour avis, des mesures urgentes doivent aujourd'hui être mises en œuvre pour permettre **un retour à l'équilibre financier durable des établissements de santé**. Cette voie doit passer, comme le préconise la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat, présidée par nos collègues Alain Vasselle et Bernard Cazeau, par une responsabilisation accrue des acteurs concernés et « *un meilleur pilotage tant national que régional des hôpitaux, ainsi que la mise en place d'une procédure automatique de redressement financier plus rigoureuse* »².

¹ Rapport n° 2007-164P sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par les hôpitaux « perdants » à la T2A, janvier 2008.

² Rapport d'information n° 403 (2007-2008).

Les dispositions du présent article apportent une première réponse en permettant le déclenchement de procédures de redressement plus en amont - dès que la situation financière de l'établissement l'exige - et de façon plus graduée en fonction de la dégradation financière de l'établissement.

Quant à l'obligation de certification des comptes des établissements de santé publics introduite à l'Assemblée nationale, votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette mesure qui tend ainsi à **transcrire une des propositions de la mission de concertation sur les missions de l'hôpital présidé par notre collègue le président Gérard Larcher**. Cette disposition s'inscrit dans la recherche d'une plus **grande responsabilisation des gestionnaires et d'une exigence accrue de sincérité et de transparence**. On rappellera que la Cour des comptes, dans ses rapports sur la sécurité sociale pour 2004 et 2005 avait souligné que la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements (notamment le passage d'un budget limitatif à un état prévisionnel des recettes et des dépenses – EPRD) n'avait pas mis fin aux procédures comptables irrégulières.

L'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » devrait être l'occasion d'approfondir le débat sur cette question.

4. La procédure de recouvrement des contributions versées par chaque établissement public au centre national de gestion (article 40 *ter*)

La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit que le centre national de gestion des personnels de direction est financé par une contribution versée par chaque établissement de santé et établissement social et médico-social. Cette contribution, dont l'assiette est constituée par le montant de la masse salariale de l'établissement, est la contrepartie de la rémunération versée par le centre aux praticiens hospitaliers et les personnels de direction placés en recherche d'affectation.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, avec l'avis favorable du gouvernement, **un article 40 *ter* tendant à accélérer la procédure de recouvrement de ces contributions**. Désormais, il est fait obligation aux établissements de régler spontanément leur contribution dans un délai de deux mois et d'adresser concomitamment au centre de gestion la déclaration de leurs charges salariales. L'assiette des contributions sera, par ailleurs, définie par référence à la masse salariale de l'exercice N-2 et non plus de l'exercice N-1.

5. L'extension de la procédure de mise sous accord préalable (article 42)

a) Une procédure renforcée depuis 2004

La procédure de mise sous accord préalable, prévue à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, vise à **subordonner la prise en charge de certains frais par l'assurance maladie à l'accord préalable du service médical de celle-ci.**

La procédure de mise sous accord préalable (article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale)

Cette procédure permet au **directeur de la caisse locale d'assurance maladie de subordonner la couverture des frais de transports ou le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical**, pour une durée maximale de **six mois**, dès lors que ses services constatent :

- le non-respect par le médecin des conditions prévues par les 2° et 5° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ;

- un **nombre ou une durée de prescriptions d'arrêts de travail prescrits par le médecin et ouvrant droit au versement d'indemnités journalières significativement supérieurs aux données moyennes constatées**, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie (URCAM) ;

- un **nombre de prescriptions de transports significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transports constatée**, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même URCAM.

Il est cependant prévu que, en **cas d'urgence** attestée par le médecin prescripteur, **l'accord préalable** de l'organisme débiteur des prestations n'est **pas requis** pour la prise en charge des frais de transport.

En outre, afin de garantir les droits de la défense et de s'assurer du bien-fondé de cette décision, il est prévu que la décision du directeur de la caisse intervient uniquement, d'une part, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et, d'autre part, après avis de la commission composée et constituée au sein de l'organisme local d'assurance maladie, prévue par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale inséré par l'article 13 du présent projet de loi, qui précise que des professionnels de santé prennent part à cette commission dès lors que la pénalité est prononcée à l'encontre d'un professionnel de santé.

Progressivement réduits, les systèmes d'ententes préalables ont été réintroduits par la loi précitée 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, s'agissant des prescriptions d'arrêts de travail et de transports sanitaires.

L'article 37 de la **loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a étendu ce dispositif de façon significative :**

- à tous les actes médicaux, ainsi qu'aux prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux ;

- aux prescriptions de transports en ambulance ;

- et, à l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat, aux établissements de santé qui ont anormalement facturé des prestations

d'hospitalisation complète qui auraient pu être réalisées en chirurgie ambulatoire.

b) L'extension du champ de la procédure

L'article 42 du présent projet de loi de financement propose d'étendre, une nouvelle fois, la procédure de mise sous accord préalable **aux établissements de santé qui présentent une proportion élevée de prestations d'hospitalisations non conformes aux référentiels validés par la Haute autorité de santé (HAS)** ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationale.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure qui selon, les données recueillies auprès du ministère chargé de la santé, devrait contribuer à la réalisation des économies au sein de l'ONDAM hospitalier, même si le rendement de cette mesure n'a pu être chiffré de façon précise.

6. Le suivi des dépenses de personnel au sein des établissements de santé (article 42 bis)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de nos collègues députés Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux au nom de la commission des affaires culturelles, un **article 42 bis** visant à prévoir que **les programmes de qualité et d'efficience annexés aux projets de loi de financement de la sécurité sociale comportent des éléments relatifs aux effectifs et à la masse salariale des établissements de santé** devant permettre d'apprécier notamment les conditions d'application du compte-épargne-temps.

Le gouvernement a émis un avis défavorable à cet article compte tenu de la lourdeur du dispositif de suivi devant être mis en place pour satisfaire cette demande. Par ailleurs, en vertu du principe d'autonomie des établissements de santé, la responsabilité de la gestion des ressources humaines incombe aux gestionnaires de ces établissements.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement l'article de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les grands équilibres au nom de la commission des affaires culturelles, qui contribuera à un meilleur suivi des dépenses hospitalières, dont une part importante recouvre les dépenses de personnels.

E. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ

1. La prise en compte du constat dressé par votre commission des finances

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prend en compte les analyses antérieures de votre commission des finances relatives aux systèmes d'information de santé, ce dont votre rapporteur pour avis se félicite.

a) Les travaux de votre rapporteur pour avis sur le dossier médical personnel avaient mis en évidence plusieurs faiblesses

Il convient de rappeler que votre rapporteur pour avis, dans un rapport d'information paru en novembre 2005¹, s'était attaché à déterminer où la France se situait par rapport à ses principaux voisins en termes d'informatisation de son système de santé et si les conditions de mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, étaient réunies.

Il avait alors constaté que, **si la France se situait globalement dans la moyenne des pays européens, les systèmes d'information présentaient plusieurs faiblesses auxquelles il devrait être remédié** : défaillance du pilotage global de la politique d'informatisation, retard des établissements publics de santé dans ce domaine, cloisonnement des systèmes d'information et inadéquation de la formation des professionnels de santé.

Votre rapporteur spécial avait également relevé les **difficultés de mise en place du dossier médical personnel (DMP)**, qui constitue l'une des réformes structurantes engagées au cours des années récentes. Il avait ainsi observé que le calendrier de mise en œuvre apparaissait irréaliste et que chaque patient ne disposerait pas, en juillet 2007, d'un dossier médical personnel substantiel. Force est de constater que, malheureusement, les faits lui ont donné raison.

Au cours d'un déplacement effectué à Londres, votre rapporteur spécial avait également pu constater que la mise en place du programme anglais d'informatisation du système de santé reposait sur **un triptyque essentiel, qui faisait défaut à la France** : une volonté politique forte, qui s'appuie sur une « *task force* » administrative et des moyens budgétaires importants dans la durée.

Votre rapporteur spécial appelait alors le gouvernement à prendre la mesure des enjeux, à clarifier ses orientations ainsi que le calendrier de mise en œuvre du DMP et à s'inspirer du modèle anglais. Il

¹ Jean-Jacques Jégou, « Informatisation dans le secteur de la santé : prendre enfin la mesure des enjeux », rapport d'information n° 62 (2005-2006).

soulignait également que l'informatisation du système de santé permettrait, en premier lieu, d'améliorer la qualité du système de santé, ce qui se traduirait ensuite par des économies.

Les travaux menés par la Cour des comptes ont prolongé très largement le constat dressé par votre commission des finances.

b) Une analyse confortée par le référé de la Cour des comptes sur les systèmes d'information de santé

Le référé transmis par la Cour des comptes à votre commission des finances, sur l'interopérabilité des systèmes d'information en santé (6^{ème} chambre, référé n° 46485 délibéré le 15 septembre 2006), qui avait pour objet d'apprécier si des progrès en matière d'interopérabilité des systèmes d'information en santé avaient été accomplis aux cours des dernières années, notamment en vue de favoriser la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), aboutissait aux constats suivants :

- **les conditions nécessaires à l'amélioration de l'interopérabilité des systèmes d'information ne sont pas encore réunies**, cette situation étant largement imputable à un **défaut de pilotage central** ;

- l'interopérabilité requiert des **choix techniques qui font défaut** : l'absence d'identifiant unique du patient constitue un obstacle majeur à la mise en place du DMP ;

- cette situation résulte, en partie, d'un **manque de volonté de partager l'information**, ceci n'étant pas suffisamment admis par les acteurs du système de santé, ni dans son principe, ni s'agissant des données à échanger ;

- dans ce cadre, **l'Etat n'a pas su organiser un pilotage efficace** : d'une part, les responsabilités sont éclatées entre de multiples directions ou structures périphériques au ministère de la santé¹ et, d'autre part, les maîtrises d'ouvrage de projets comme le DMP ou la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé ne sont pas coordonnées.

La Cour des comptes recommandait donc de **renforcer le rôle et les moyens de la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS)** créée au sein du ministère de la santé et des solidarités. Elle souhaite également une **redéfinition des rôles des nombreuses structures existantes**, en vue d'une stricte complémentarité avec les moyens d'une MISS renforcée.

¹ Outre la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé, interviennent sur ces domaines ou projets : la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le groupement d'intérêt public carte professionnelle de santé (GIP CPS), le groupement d'intérêt économique (GIE) Sesam-Vitale, le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), le GIP DMP...

L'actualisation des données du référé transmis à votre commission des finances à laquelle la Cour des comptes a procédé dans le cadre de son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale paru en septembre 2007 a fait apparaître les faits suivants :

- l'article 25 de la loi du 30 janvier 2007¹ a prévu l'utilisation d'un identifiant unique pour tous les systèmes d'information de santé, mais le **choix du système d'identification** n'a pas encore été concrétisé ;

- **la fiabilité de l'identification des professionnels de santé, condition nécessaire à l'échange d'informations, fait encore défaut.** En effet, la carte professionnel de santé (CPS), qui remplit cette fonction, est **bien diffusée parmi les professionnels de santé libéraux (environ 78 % en moyenne) mais très faiblement dans le secteur hospitalier (4 % toutes catégories confondues et 8 % pour les médecins hospitaliers).** La Cour des comptes relève que ceci résulte de l'absence fréquente de véritable politique de sécurité au sein des établissements de santé et du caractère mal adapté à certains modes de fonctionnement propres à l'hôpital de la carte actuelle. Le **décret du 15 mai 2007** relatif à la confidentialité des informations médicales impose toutefois, désormais, l'utilisation de la CPS pour tout accès aux informations médicales à caractère personnel conservées sur support informatique et pour leur transmission par voie électronique ;

- les **travaux de normalisation des échanges** de données n'ont pas encore abouti ;

- **l'atomisation du parc de logiciels** des professionnels de santé constitue un frein au développement de l'interopérabilité des systèmes d'information ;

- **le respect du secret médical** ne constitue pas une contrainte pour les systèmes d'information médicaux au sein de l'hôpital mais en est une pour la médecine de ville, dans la mesure où les échanges d'information ne peuvent y être opérés qu'avec l'autorisation du patient ou son information ;

- les crédits alloués par l'assurance maladie par le biais du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) n'ont « ***pas fait progresser de façon significative l'interopérabilité des systèmes d'information des professionnels de santé participant aux réseaux*** » ;

- le **trop grand nombre de structures concernées** nuit à l'efficacité du système et fait ressortir une **coordination insuffisante** au niveau du ministère de la santé. La Cour des comptes critique également le **rattachement administratif et budgétaire de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH)** à l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile-de-France, ainsi que son positionnement auprès du

¹ Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

ministre, et non de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

c) La réorientation prônée par votre commission des finances à l'automne 2007

Compte tenu de la sévérité des observations formulées par la Cour des comptes, qui rejoignaient le constat antérieur de votre rapporteur spécial, votre commission des finances avait décidé d'organiser une **audition publique des responsables concernés du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports**, qui s'est tenue le 16 octobre 2007.

Cette audition, de même que l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, ont permis de faire partager le constat de la nécessité de mener à bien des réformes d'envergure afin de rendre les systèmes d'information de santé enfin interopérables.

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, a clairement exprimé, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, sa **volonté, d'une part de « reprendre en main » le chantier du DMP, notamment au regard du constat posé par la mission commune d'audit confiée à l'inspection générale des finances, à l'inspection générale des affaires sociales et au conseil général des technologies de l'information, et d'autre part de mieux piloter les systèmes d'information de santé.**

Son directeur de cabinet, M. Georges-François Leclerc, a par ailleurs indiqué, lors de l'audition susmentionnée du 16 octobre 2007, que des réformes de structures seraient menées en 2008, à l'issue de la révision générale des politiques publiques, en évoquant « *un souhait très fort de regrouper les opérateurs dès lors que les métiers sont cohérents* ». Il a également fait part de la volonté du ministère de ne plus rattacher budgétairement certaines agences, en particulier la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Ile-de-France.

Votre rapporteur spécial avait alors estimé, suivant les recommandations formulées par le Comité interministériel d'audit des programmes (CIAP)¹, que le financement de ces missions devrait relever de l'Etat, auquel incombe la responsabilité du pilotage stratégique des systèmes d'information de santé. Il considérait, par ailleurs, qu'**une clarification plus**

¹ Avis du 18 septembre 2007 sur le programme « Offre de soins et qualité du système de soins » de la mission « Santé ». Se reporter sur ce point au rapport pour avis précité n° 73 (2007-2008) de votre rapporteur spécial sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

générale des rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie, ainsi que des financements qu'ils supportent, était nécessaire¹.

2. La création d'une agence pour les systèmes d'information de santé partagés (article 35)

a) Le dispositif proposé

L'article 35 du présent projet de loi tend à instituer un nouveau groupement d'intérêt public (GIP), chargé du **développement des systèmes d'information de santé partagés**.

L'article, qui insère un nouvel article L. 161-36-4-3 au sein du code de la sécurité sociale, est lapidaire, puisqu'il prévoit simplement que ce GIP bénéficiera, pour son financement, d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant sera fixé par arrêté chargé du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'Assemblée nationale a précisé que ce GIP devrait notamment élaborer et mettre en œuvre un **identifiant de santé** des bénéficiaires de l'assurance maladie pris en charge par un professionnel de santé ou un établissement de santé ou dans le cadre d'un réseau de santé. En application de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, cet identifiant devrait être utilisé :

- dans l'intérêt des personnes concernées et à des fins de coordination et de qualité des soins, pour la conservation, l'hébergement et la transmission des informations de santé ;

- pour l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel et du dossier pharmaceutique.

Un décret, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixera le choix de cet identifiant ainsi que ses modalités d'utilisation.

b) Les regroupements envisagés

L'exposé des motifs du présent projet de loi explicite davantage la portée de cette disposition, qui apparaît largement comme une « accroche » destinée à délivrer un message.

Ce nouveau GIP devrait ainsi regrouper les missions aujourd'hui exercées par trois organismes : le GIP DMP, le GIP carte de professionnel de santé (GIP CPS) et, pour partie, le groupement d'intérêt public pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), au sein de son département « interopérabilité ».

¹ *Se reporter sur l'ensemble de ces questions au rapport d'information n° 35 (2007-2008) de votre rapporteur pour avis : « Systèmes d'information de santé : le diagnostic est posé, le traitement s'impose ».*

L'exposé des motifs précise que cette création se justifie par la nécessité de disposer d'un **opérateur de maîtrise d'ouvrage unique**, regroupant l'ensemble des fonctions nécessaires au développement des systèmes d'information de santé partagés. **Votre rapporteur ne peut qu'approuver cette analyse, qu'il mène depuis plusieurs années.**

La mise en place de ce GIP suppose la conclusion d'une convention constitutive entre les parties concernées, qui devra être approuvée par arrêté.

La ministre de la santé a fait part, lors de l'examen de cet article par l'Assemblée nationale, de sa volonté de reprendre le chantier du DMP et a précisé le rôle qu'elle souhaitait voir cette agence jouer. Votre rapporteur pour avis lui en donne acte et se prononcera sur les résultats, les discours en la matière ayant eu, jusqu'à présent, bien du mal à se concrétiser.

**Les précisions apportées par la ministre de la santé
lors de l'examen de cet article par l'Assemblée nationale**

« C'est vrai que le manque de coordination et de pilotage des systèmes d'information de santé pose un vrai problème. Afin de les harmoniser, la création de l'agence des systèmes d'information et la désignation d'un opérateur unique représentent une nécessité incontournable. Différentes maîtrises d'ouvrage publiques avaient été créées : le GIP DMP, le GIP CPS, le GMSIH. La nécessité de coordonner ces structures est évidente. C'est la mission de l'agence des systèmes d'information de santé partagés. En relation étroite avec les différents acteurs, l'ASIP va élaborer des normes d'interopérabilité et de sécurité de ces systèmes d'information. Surtout, elle va relancer le projet DMP dont vous m'avez tous parlé.

« A mon arrivée, le projet était au point mort, victime d'une crise de crédibilité, de confiance. Un audit – qui a confirmé l'intérêt du projet, sur ce point tout le monde est d'accord – a montré la nécessité de changer d'approche. J'ai mandaté un groupe d'experts qui a créé un consensus autour d'une feuille de route claire que je vous ai présentée en juin dernier : la nature du DMP est clarifiée – il est à la fois personnel et partagé – ; il est repositionné comme un ensemble de services ; sa mise en œuvre sera recentrée sur l'expérimentation de services sur le terrain, et non comme la simple création d'infrastructure ; un DMP socle avec une présentation basique des données de santé et des services simples sera diffusé progressivement ; simultanément, des projets pilotes vont expérimenter en région de nouveaux services à forte valeur ajoutée – rappel des vaccins, dépistages –, pour les malades et les professionnels de santé ; vision synthétique du parcours de soins ; DMP de l'enfant ; suivi des malades diabétiques ; prise en charge coordonnée des cancers. Enfin, la gouvernance sera plus rigoureuse.

« Dans les prochains jours, le conseil d'administration du GIP DMP va nommer un nouveau directeur, chargé d'appliquer cette feuille de route et de préparer la mise en place de l'ASIP au cours des six prochains mois. Le plan d'action de l'ASIP vous sera présenté dès le début de 2009. Bien entendu, l'ASIP fait œuvre de simplification en fusionnant, en rationalisant. Monsieur le rapporteur, je crois que jamais il n'a été demandé de réduire le budget alloué au projet DMP. L'enjeu est de bien utiliser les crédits. Il faut prévoir le financement, et je serai particulièrement vigilante sur la bonne maîtrise des dépenses ».

Source : extrait des débats à l'Assemblée nationale, première séance du vendredi 31 octobre 2008

3. La possibilité d'expérimenter un dossier médical enregistré sur clé USB (article 35 bis)

A l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, et sous le bénéfice de trois sous-amendements présentés par le gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un **nouvel article 35 bis** qui tend à permettre d'expérimenter, avant la généralisation du DMP, la remise d'un dossier médical implanté sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques – comme une clé USB – à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée.

Le nouveau GIP chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés sera chargé d'établir la liste des régions dans lesquelles sera menée cette expérimentation.

Ce dossier ne sera pas créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel et ne s'intégrera pas dans le portail du DMP, prévu par l'article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale. Un décret fixera les modalités d'application de ces dispositions et garantira notamment la confidentialité de ces dossiers.

Cet article précise également que les dispositions sanctionnant les patients et les professionnels en cas de refus d'utilisation du DMP entreront en vigueur lorsque la généralisation du DMP sera possible, ce qui est une précision de bon sens.

Votre rapporteur pour avis considère que cette expérience concrète de DMP pourrait être utile et faire prendre conscience de l'intérêt de ce dispositif. Il y est donc favorable.

4. La création d'une nouvelle agence d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (article 41)

a) Une agence qui se substitue à trois structures existantes

L'article 41 du présent projet de loi de financement prévoit, par ailleurs, la création d'une nouvelle **agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux**. Celle-ci prendra la forme d'un **GIP** constitué entre l'Etat, l'union nationale des caisses d'assurance maladie, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

Sa mission consistera, selon le texte du projet de loi, à appuyer l'amélioration du service rendu au patient, à moderniser la gestion et à maîtriser les dépenses dans ces établissements.

L'exposé des motifs est à cet égard plus explicite que le texte de l'article, puisqu'il est précisé que cette agence aura pour missions :

- l'élaboration et la diffusion des outils permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance, et le suivi de leur mise en œuvre ;

- la fourniture d'un appui et d'un conseil opérationnel aux établissements ;

- la contribution à l'élaboration d'une stratégie et d'objectifs d'efficience, ainsi qu'à la mise en œuvre d'un système de pilotage de la performance.

Votre rapporteur pour avis vous proposera donc un **amendement précisant les missions** de cette agence à la lumière de l'exposé des motifs et lui permettant de procéder à des audits de la gestion des établissements, comme c'est aujourd'hui le cas pour la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), à laquelle elle se substitue notamment

En effet, cette agence remplacera le GMSIH – dont les références législatives sont abrogées –, ainsi que la MAINH et la MEAH.

Ce GIP sera soumis aux dispositions communes à l'ensemble des GIP, sous réserve des dispositions suivantes :

- son directeur général sera nommé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité ;

- outre les personnels mis à sa disposition, le groupement pourra employer des agents régis par le statut général des fonctionnaires ainsi que des médecins, des odontologistes et des pharmaciens en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il pourra également employer des agents contractuels de droit public et de droit privé, avec lesquels il pourra conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée.

b) Des ressources comprenant notamment des dotations versées par l'assurance maladie, la CNSA et l'Etat

Le nouvel article L. 6113-10-2 du code de la sécurité sociale précise que les ressources de cette nouvelle agence seront notamment – ce qui implique que cette liste n'est pas exhaustive – constituées par :

- une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale ;

- une dotation versée par la CNSA ;

- des subventions de l'Etat, des collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

- des ressources propres, dons et legs.

c) Les modalités de transition prévues avec les organismes existants

Le II de l'article 41 précise les dispositions transitoires.

Les droits et obligations contractés par l'ARH d'Ile-de-France pour le compte de la MEAH et de la MAINH seront transférés à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive, de même que les droits et obligations contractés par le GMSIH. Ces transferts seront effectués à titre gratuit et ne donneront lieu ni à imposition ni à rémunération, ce qui est d'usage.

Il est également prévu que la dotation versée en 2009 par l'assurance maladie soit minorée des montants versés à ces agences par le FMESPP en 2009, ce qui est cohérent.

Il est enfin précisé que les applicables au GMSIH demeurent en vigueur jusqu'à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de cette nouvelle agence. L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision présenté par notre collègue député Jean-Pierre Door, « *pour éviter une éventuelle sanction pour « incompétence négative » du législateur* ». Cet amendement, qui visait à prévoir que la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive devrait intervenir avant le 1^{er} janvier 2012, s'insère toutefois mal dans le texte de l'article 41 et devra faire l'objet d'une modification rédactionnelle. En outre, le délai proposé est trop long et incohérent par rapport aux autres données de cet article : il devrait donc être ramené au 1^{er} janvier 2010. **Votre rapporteur pour avis vous proposera donc un amendement en ce sens.**

d) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis approuve les dispositions de cet article, qui **donne suite à ses recommandations**, en permettant un regroupement des différentes structures aujourd'hui éparpillées et en mettant fin au rattachement budgétaire de certaines structures à l'ARH d'Ile-de-France.

Il juge toutefois **nécessaire de préciser les missions de cette agence** et, par coordination, **d'abroger les références actuelles à la MAINH et à la MEAH**, à compter de la publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de la nouvelle agence. Il vous proposera donc des **amendements en ce sens.**

F. LE FINANCEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES

1. L'instauration d'une indemnisation à l'amiable des patients contaminés par le virus de l'hépatite C (article 47)

a) L'indemnisation des patients victimes de l'hépatite C

L'article 47 du présent projet de loi de financement vise à instaurer une **procédure d'indemnisation à l'amiable** pour les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) lors d'une transfusion sanguine. Il en **confie la gestion à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)**.

La création de l'ONIAM par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Créé par l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'ONIAM est un établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il a pour missions principales **d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques et d'assurer le bon fonctionnement du dispositif de réparation des accidents médicaux**.

Le dispositif opérationnel de l'ONIAM repose sur :

- des **commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux** (CRCI) qui rendent, après expertise, un avis indiquant si le dommage est indemnisable ou non (lien avec une activité ou un produit de santé, caractère de gravité des dommages subis), l'étendue des dommages subis et le régime d'indemnisation applicable ;

- l'**ONIAM** lui-même, qui présente une offre d'indemnisation, visant la réparation intégrale des préjudices subis par la victime, lorsque le dommage résulte d'un aléa thérapeutique ou d'une infection nosocomiale aux conséquences graves.

Si la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée, l'indemnisation est à la charge de l'assureur du responsable, qui doit faire une offre à la victime. Si ce n'est pas le cas, l'indemnisation est à la charge de l'Office, au titre de la solidarité nationale.

Les **missions de l'ONIAM ont été élargies** par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui transfère à l'Office :

- l'indemnisation des victimes d'accidents résultant de vaccinations obligatoires, aujourd'hui effectuée par la Direction générale de la santé ;

- l'indemnisation des victimes contaminées par le VIH, aujourd'hui assurée par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) qui disparaît ;

- l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgence prises en cas de menace sanitaire grave, en application du nouvel article L. 3110-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé un **Observatoire des risques médicaux**, rattaché à l'ONIAM, chargé de recueillir et d'analyser l'ensemble des données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation .

Contrairement aux personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par transfusion sanguine, pour lesquelles existe une procédure d'indemnisation de plein droit¹, **les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C ne peuvent recevoir une indemnisation qu'à l'issue d'une procédure contentieuse** visant à rechercher la responsabilité sans faute de l'Etablissement français du sang (EFS).

L'article 47 tend à introduire **une procédure amiable comparable à celle appliquée aux personnes contaminées par le virus du VIH.**

Le **I** confie ainsi la gestion de cette indemnisation à l'ONIAM, déjà compétente pour les victimes du virus du VIH. Il détaille la procédure et définit les droits de la victime. Comme l'indique l'exposé des motifs de cet article, l'Etablissement français du sang (EFS), qui a aujourd'hui la charge du contentieux, ne dispose pas, en son sein, des compétences nécessaires à ce nouveau mode de traitement des litiges.

Le **II** modifie en conséquence les missions de l'ONIAM.

Le **III** **complète les ressources de l'ONIAM en prévoyant une dotation versée par l'EFS couvrant l'ensemble des dépenses liées à l'indemnisation des victimes de contaminations par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion ou une injection de produits sanguins.**

Le **IV** propose certaines dispositions transitoires et prévoit notamment que l'ONIAM se substitue, à compter de l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, à l'EFS dans les contentieux en cours.

Le **V** crée, auprès du conseil d'administration de l'ONIAM, un conseil d'orientation commun aux trois missions spécifiques de l'ONIAM : l'indemnisation des victimes de vaccinations obligatoires, du VIH et de l'hépatite C.

b) La dotation de l'ONIAM pour 2009

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office est financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

L'ONIAM a ainsi été doté de 70 millions d'euros chaque année au titre des exercices 2002, 2003 et 2004 et de 30 millions d'euros en 2005. Pour les années **2006 et 2007, aucune dotation** de l'assurance maladie n'a été versée, étant donné les **importants fonds de roulement** de l'ONIAM, qui se sont élevés à près de 200 millions d'euros en 2004 et 2006.

¹ Article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social.

Budgets et résultats cumulés de l'ONIAM

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (au 1 ^{er} juillet)
Dotations	70	70	30	0	0	50
Dépenses	3,4	9,2	29,3	50,2	82	31,7
Résultat	66,6	60,8	0,7	-39,9	-82	18,3
Résultat cumulé depuis 2002	136,6	197,4	198,1	158,2	65,5	84,1

Source : annexe 8 du présent projet de loi de financement

En 2007, le rythme des dépenses annuelles s'est accéléré pour atteindre 82 millions d'euros, soit une augmentation de 66 % par rapport à 2006. La croissance de ces dépenses résulte de plusieurs facteurs :

- un nombre croissant de dossiers entrant dans le dispositif (+ 25 % en 2007/2008) ;

- une augmentation du montant moyen des indemnisations (près de 100.000 euros) ;

- la clôture par l'office d'un plus grand nombre de dossiers par mois.

Pour 2008, les dépenses prévisionnelles de l'ONIAM s'élèveront à 117 millions d'euros, selon l'annexe 8 du présent projet de loi de financement.

Pour 2009, **l'article 47** du présent projet de loi de financement fixe la dotation de l'ONIAM à **117 millions d'euros. Compte tenu du montant du fonds de roulement, qui ne permettra plus une reprise de même niveau que les années précédentes, et dans la perspective d'un maintien de la croissance des dépenses d'indemnisation observée en 2008, votre rapporteur pour avis estime souhaitable de doter l'ONIAM d'une dotation de 117 millions d'euros.**

2. Les crédits du FIQCS, du FMESPP et de l'EPRUS pour 2009 (article 48)

L'article 5 du présent projet de loi de financement porte rectification des montants des crédits alloués pour 2008 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

L'article 48 du présent projet de loi de financement fixe pour 2009 les crédits alloués à ces fonds ou établissements publics.

Ces deux articles, qui prévoient un gel important des crédits alloués pour 2008 et une nette diminution de ceux prévus pour 2009, donnent raison à votre rapporteur pour avis qui, lors de l'examen du

projet de loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008, avait attiré l'attention sur un risque de sur-dotation du FIQCS, du FMESPP et de l'EPRUS.

De façon générale, **votre rapporteur pour avis se félicite de la diminution des dotations accordées pour 2009 à ces fonds, qui tient ainsi compte des sous-consommations récurrentes de crédits constatées ces dernières années.**

a) Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

L'article 5 prévoit un gel des crédits du FIQCS de 70 millions d'euros pour 2008 en raison notamment **des retards pris dans la mise en œuvre du dossier médical personnel**. Le fonds avait déjà subi une annulation de 70 millions d'euros en 2007 et de 50 millions d'euros en 2006.

L'article 48 fixe, quant à lui, à **240 millions d'euros la dotation accordée pour 2009** par les régimes obligatoires d'assurance maladie au FIQCS, soit une diminution de 60 millions d'euros par rapport à 2007, c'est-à-dire environ l'équivalent des sous-consommations de crédits constatées ces dernières années.

Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Entré en vigueur le 1^{er} juillet 2007, le FIQCS, qui succède à Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et à la dotation nationale des réseaux (DNDR), a repris les financements disponibles à cette date sur ces deux fonds.

Ses missions sont définies par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Le I de cet article dispose ainsi que le FIQCS a pour missions :

- de financer des actions et des expérimentations 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, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé ;
- de financer le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;
- de financer des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;
- de concourir au financement d'actions ou de structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;
- de financer des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- de contribuer à la mise en œuvre du dossier médical personnel et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Votre rapporteur pour avis rappelle, en outre, que la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007, avait critiqué les résultats atteints par ce fonds s'agissant de l'interopérabilité des systèmes d'information de santé. Elle avait ainsi noté que les crédits alloués par l'assurance maladie, par le biais du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), n'avait « ***pas fait progresser de façon significative l'interopérabilité des systèmes d'information des professionnels de santé participant aux réseaux*** ».

b) Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

L'article 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale procède, s'agissant du FMESPP, à **l'annulation de 100 millions d'euros** de crédits pour 2008. L'exposé des motifs du présent article justifie ce gel par « *le décalage croissant entre les montants engagés annuellement par les agences régionales de l'hospitalisation au titre du FMESPP et les montants effectivement décaissés par le gestionnaire du fonds* ». **Votre rapporteur pour avis avait explicitement attiré l'attention sur ce point lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008** et s'était interrogé sur la nécessité d'accorder à ce fonds une dotation de 301 millions d'euros.

Suivi des crédits du FMESPP depuis 2000

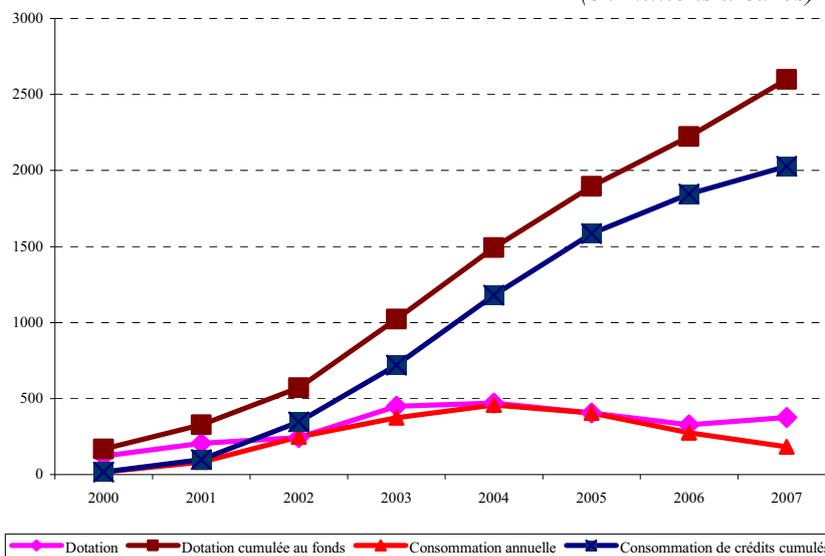
(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dotation	121,9	205,8	244	450	470	405	327	376	301
Dotation cumulée au fonds	167,6	327,7	571,7	1021,7	1491,7	1896,7	2223,7	2599,7	2900,7
Consommation annuelle	17,2	81,7	247,3	374,1	458,5	406,1	274,8	183,5	nd
Consommation de crédits cumulés	17,2	98,9	346,2	720,3	1178,8	1584,9	1844,6	2028,1	nd
Taux de réalisation annuelle		39,70%	101,40%	83,10%	97,60%	100,30%	84%	48,80%	nd
Taux de réalisation cumulée		30,20%	60,60%	70,60%	79,10%	83,30%	83%	78%	nd
Solde cumulé					312,9	311,8	379,1	572,8	nd

Source : annexe 8 du présent projet de loi de financement

Suivi du FMESPP depuis 2000

(en millions d'euros)



Source : commission des finances

L'article 48 prévoit, pour 2009, une dotation au FMESPP de **190 millions d'euros**, contre 301 millions d'euros en 2008.

Il autorise, en outre, le fonds à **prendre en charge le financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).**

Les missions du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Les missions de ce fonds, définies par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹, ont progressivement été élargies et qu'il participe aujourd'hui 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 ;
- des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements de santé engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation ;
- des dépenses de fonctionnement et d'investissement liées à la modernisation des établissements de santé publics et privés et des groupements de coopération sanitaire.

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 régionales ou inter-régionales d'appui à l'investissement et les missions régionales ou inter-régionales d'expertise et d'audit hospitaliers placées auprès des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.

¹ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

c) L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

L'article 5 prévoit le gel de **20 millions d'euros** des crédits alloués à l'EPRUS pour 2008. **L'article 48** inscrit, quant à lui, une dotation de **44 millions d'euros pour 2009**, contre 75 millions d'euros en 2008.

On rappellera que l'EPRUS, opérateur rattaché à la mission « Santé » en 2009¹, bénéficie également d'une dotation de l'Etat, s'élevant à 43,8 millions d'euros en AE et à 72,8 millions d'euros en CP pour 2009.

L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

L'EPRUS est un établissement public de l'Etat à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il a pour mission :

- **la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire**, sachant que la coordination et la doctrine de recours à la réserve sanitaire relève de la compétence de la direction générale de la santé (DGS) ;

- **l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, la distribution et l'exportation de produits et services nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires** graves ou pour répondre à des besoins de santé publique non couverts par ailleurs du fait notamment d'une rupture de commercialisation. L'EPRUS agit, dans ce cas, à la demande du ministre chargé de la santé et les produits resteront la propriété de l'Etat ;

- la mise en place, en son sein, d'un **établissement pharmaceutique chargé de la fabrication et de l'exploitation de produits de santé** nécessaires.

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique prévoit que les **recettes** de l'EPRUS sont constituées par :

- des taxes prévues à son bénéfice ;
- des redevances pour services rendus ;
- le produit des ventes des produits et services ;
- les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ;

- une **contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale**, répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

- des **subventions, notamment de l'Etat** ;
- des produits divers, dons et legs ;
- des emprunts.

Il est précisé que **le montant de la contribution à la charge de l'assurance maladie ne peut excéder 50 % des dépenses effectivement constatées de l'établissement**. Cette disposition résulte d'un amendement adopté par le Sénat, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cette disposition portait sur le fonds de prévention des risques sanitaires (FOPRIS), auquel l'EPRUS succède.

¹ L'EPRUS était auparavant rattaché à la mission « Sécurité sanitaire ».

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, votre rapporteur pour avis, comme notre collègue Nicole Bricq, alors rapporteure spéciale de la mission « Sécurité sanitaire »¹, **s'étaient interrogés sur la qualité de gestion de cet établissement, qui faisait notamment apparaître un fonds de roulement très élevé à la fin de l'année 2007, soit 252,88 millions d'euros. Celui-ci s'élèverait désormais à 189,2 millions d'euros selon les données du projet annuel de performances de la mission « Santé ».**

Votre rapporteur pour avis ne méconnaît pas les difficultés liées à la mise en place récente de cette agence et continuera à être attentif à la gestion financière de celle-ci

Il s'interroge, par ailleurs, sur **la participation, en la matière, de l'assurance maladie**. En effet, si elle peut légitimement être mobilisée pour financer des mesures de prévention et de protection de la population face à un risque de pandémie grippale, il semble, en revanche, que **l'achat des produits nécessaires pour faire face à ces menaces devrait relever, par nature, du budget de l'Etat au titre de ses missions régaliennes**, en matière de santé publique et de sécurité civile.

3. Les mesures relatives à l'épargne retraite des personnels hospitaliers (article 48 bis)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du gouvernement, un **article 48 bis** tendant à proposer **le versement d'une contribution à l'organisme agréé par l'Etat pour la gestion et la mutualisation de la contribution à l'action sociale des personnels hospitaliers**.

Selon les données fournies par Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, la complémentaire retraite des hospitaliers, produit d'épargne retraite souscrit dans le cadre d'un contrat de groupe, concerne près de 350.000 personnels hospitaliers.

Considérant comme majeur le risque social que représenterait la disparition de ce régime, le gouvernement a confié à un médiateur le soin de faire aboutir les difficiles négociations entre les partenaires concernés pour le consolider financièrement. Un plan de consolidation de la complémentaire retraite des hospitaliers reposant sur un effort partagé du gestionnaire de cette complémentaire, des souscripteurs et de l'État, a été adopté.

Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que **« l'Etat était évidemment soucieux de sauver ce régime complémentaire de retraite, au même titre d'ailleurs que l'IRCANTEC »**.

¹ Rapport n° 91(2007-2008), tome III, annexe 30.

III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE ET AU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

A. LES MESURES AFFECTANT À LA BRANCHE VIEILLESSE

1. La révision des modalités d'indexation des pensions (articles 6 et 54)

a) Les modalités actuelles de revalorisation des pensions

Les modalités de revalorisation sont fixées par l'article L. 161-3-1 du code de la sécurité sociale et par l'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires.

L'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale dispose ainsi que le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés est **fixé par arrêté** du ministre chargé de la sécurité sociale, **conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac** prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée.

La revalorisation des pensions de base intervient ainsi au **1^{er} janvier** – alors que la revalorisation des pensions servies par les complémentaires (AGIRC-ARRCO) intervient au 1^{er} avril.

Si l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac, mentionnée dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année suivante, est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé, dans des conditions fixées par voie réglementaire, à un ajustement destiné à assurer, pour cette année suivante, une revalorisation conforme à ce constat.

En pratique, **ce mécanisme de revalorisation des pensions s'est révélé favorable aux retraités de 2004 à 2006, mais défavorable en 2007**, les prévisions d'inflation s'étant alors révélées inférieures aux réalisations, comme le montre le tableau qui suit.

Bilan des revalorisations de pensions intervenues depuis 2004

(en %)

	2004	2005	2006	2007	2008
Revalorisation au titre de l'année N	1,7	1,8	1,8	1,3	1,1
Prix hors tabacs définitifs pour l'année N	1,7	1,7	1,7	1,5	
Ecart pour les retraités	0,0	+ 0,1	+ 0,1	-0,2	

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Ceci a conduit le gouvernement à proposer une correction à la revalorisation opérée en application de ces dispositions.

Cette possibilité est ouverte par le troisième alinéa de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit un mécanisme dérogatoire de revalorisation des pensions : sur proposition d'une conférence présidée par le ministre chargé de la sécurité sociale et réunissant les organisations syndicales et professionnelles représentatives au plan national, **une correction au taux de revalorisation de l'année suivante peut être proposée au Parlement dans le cadre du plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.**

Cette conférence s'est réunie le 20 décembre 2007 et avait évoquée la perspective d'une revalorisation exceptionnelle des retraites, qui a été confirmée par le Président de la République le 6 mai 2008.

b) Une revalorisation exceptionnelle des pensions de 0,8 % en 2008

L'article 6 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale procède à une **revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions de retraite**, correspondant :

- pour 0,2 point à la correction de l'écart constaté au titre de 2007 ;
- pour 0,6 point à une revalorisation anticipée au titre de l'année 2008, le coefficient de revalorisation retenu par l'arrêté du 21 décembre 2007 (+ 1,1 %) se révélant inférieur aux dernières prévisions d'inflation, évaluées par le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2009 à + 2,9 %, alors que les prévisions du projet de loi de finances pour 2008 retenaient une hypothèse de + 1,6 %.

Cette revalorisation s'applique aux pensions servies par le régime général, les régimes alignés et les régimes de la fonction publique, entrées en jouissance avant le **1^{er} septembre 2008** et versées à compter de cette date. Elle apparaît comme une **mesure de régularisation d'une opération déjà effectuée, en application de lettres ministérielles datées du 31 juillet 2008.**

c) De nouvelles modalités d'indexation pour l'avenir

En parallèle, l'article 54 du présent projet de loi de financement réécrit les dispositions de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale, auquel l'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraites renverra désormais.

La révision des modalités de revalorisation des pensions

<p>Le droit existant <i>(article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale)</i></p>	<p>Le dispositif proposé <i>(article 54 du présent projet de loi de financement)</i></p>
<p>Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier (RESF) annexé à la loi de finances pour l'année considérée.</p>	<p>Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1^{er} avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par une commission dont la composition et les modalités d'organisation sont fixées par décret.</p>
<p>Si l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac, mentionnée dans le RESF annexé à la loi de finances pour l'année suivante, est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé, dans des conditions fixées par voie réglementaire, à un ajustement destiné à assurer, pour l'année suivante, une revalorisation conforme à ce constat.</p>	<p>Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'INSEE est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1^{er} avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.</p>

Ces modifications visent à **prendre en compte les évaluations économiques les plus récentes** lors de la revalorisation des pensions et alignent les dates de revalorisation des régimes de base sur celles des régimes complémentaires (AGIRC-ARRCO), ce que ne permet pas l'actuelle revalorisation intervenant au 1^{er} janvier.

Signalons, par ailleurs, que l'article 54 du présent projet de loi de financement comporte **deux autres mesures de moindre portée** :

- **il élargit le champ de la conférence tripartite** – Etat, organisations syndicales et organisations patronales – **sur l'évolution des pensions**, qui sera désormais coprésidée par le ministre chargé de la sécurité sociale et par celui chargé de la fonction publique et du budget. L'exposé des motifs du présent projet de loi de financement précise qu'il s'agit d'inclure dans le champ de cette conférence les régimes de la fonction publique et les régimes spéciaux ;

- il modifie les règles de calcul de la **valeur de service du point** applicable au régime d'assurance vieillesse de base des **professions libérales**

(CNAVPL)¹, en **alignant son évolution sur celle des pensions servies par le régime général**, les régimes alignés et les régimes de la fonction publique. L'exposé des motifs du présent projet de loi précise qu'il s'agit d'une mesure de simplification, pour la CNAVPL, du mode de revalorisation des pensions.

2. Les mesures en faveur de publics ciblés

a) La possibilité d'augmenter par décret le minimum vieillesse au-delà de la revalorisation habituelle (article 51)

(1) Un objectif d'augmentation du montant du minimum vieillesse de 25 % entre 2007 et 2012

Afin de **donner suite à l'objectif du président de la République de la République de revaloriser de 25 % le montant du minimum vieillesse** – devenu allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) – **entre 2007 et 2012**, l'article 51 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ouvre la possibilité d'**augmenter par décret le montant de cette prestation au-delà de la revalorisation habituelle**.

Le mode de revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

L'allocation de solidarité aux personnes âgées, instituée par l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, se substitue, pour les nouveaux entrants dans le dispositif, à l'allocation aux vieux travailleurs salariés, à l'allocation aux vieux travailleurs non salariés, au secours viager, à l'allocation aux mères de famille, à l'allocation spéciale vieillesse et à sa majoration, à l'allocation viagère dont peuvent bénéficier les rapatriés, à l'allocation de vieillesse agricole et à l'allocation supplémentaire vieillesse. Les bénéficiaires de ces allocations avant l'entrée en vigueur de cette réforme continuent à les percevoir selon les règles applicables avant leur abrogation.

Le montant de l'ASPA est égal à la différence entre le montant des ressources propres de la personne et le montant du minimum de ressources garanti aux personnes âgées – soit 7.597,59 euros par an ou 633,12 euros par mois, depuis le 1^{er} septembre 2008, pour une personne seule ou lorsqu'un seul membre d'un couple en bénéficie.

Comme les anciennes allocations du minimum vieillesse, le montant de l'ASPA est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année, par application du **coefficient de revalorisation des pensions de vieillesse**, en application de l'article L. 816-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de l'ASPA a ainsi été revalorisé de 1,1 % au 1^{er} janvier 2008 et de 0,8 % au 1^{er} septembre 2008.

Source : commission des finances

¹ En application de l'article L. 643-1 du code de la sécurité sociale, le montant de la pension servie par ce régime est obtenu en multipliant le nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Celle-ci est jusqu'à présent fixée par décret, après avis de la CNAVPL, « en fonction de l'équilibre des produits et des charges du régime ».

En application du I de l'article 51 du présent projet de loi, cette dérogation aux règles normalement en vigueur concernerait ainsi :

- les montants de l'ASPA et de l'allocation supplémentaire vieillesse existant avant l'entrée en vigueur de cette nouvelle prestation ;
- les plafonds de ressources prévus pour l'ensemble des prestations ou allocations auxquelles l'ASPA s'est substituée ;
- les montants limites pouvant faire l'objet d'une récupération sur succession.

Elle serait bornée dans le temps puisqu'elle ne s'appliquerait qu'entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2012.

Cette dérogation ne viserait, selon l'exposé des motifs du présent projet de loi, que l'ASPA versée aux personnes seules.

D'après les informations communiquées par le gouvernement, **le montant de l'ASPA versée aux personnes seules devrait ainsi être revalorisé de 6,9 % au 1^{er} avril 2009.**

Cette revalorisation exceptionnelle ne pèse pas sur les comptes du régime général mais sur ceux du FSV. Les charges supportées par celui-ci au titre du minimum vieillesse devraient s'établir à **2,63 milliards d'euros** en 2009, contre 2,73 milliards d'euros en 2008 (- 3,9 %), selon l'annexe 8 au présent projet de loi de financement.

- (2) Une mesure de coordination visant à déconnecter l'allocation supplémentaire invalidité de cette évolution

Le II de l'article 51 modifie certaines dispositions relatives au service de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

En effet, le montant du plafond de ressources applicable au service de l'ASI est aujourd'hui aligné sur le plafond de ressources du minimum vieillesse et de l'ASPA. Il convient donc de déconnecter ces deux plafonds afin d'éviter le relèvement concomitant de 25 % du plafond de ressources de l'ASI.

Le 1^o du II de l'article 51 supprime ainsi la disposition de l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale mettant en place l'alignement du plafond de ressources de l'ASI sur le plafond de ressources du minimum vieillesse et de l'ASPA.

Le 2^o du II introduit un article L. 815-24-1 dans le code de la sécurité sociale, afin de définir de manière autonome un plafond de ressources opposable aux demandeurs et bénéficiaires de l'ASI. La définition actuelle du plafond de ressources de l'ASI ne serait pas modifiée. Son montant et ses modalités d'application resteraient également inchangés par rapport au droit actuel.

b) La majoration des pensions de réversion, assortie d'une nouvelle condition d'âge pour en bénéficier (article 52)

(1) Une majoration applicable à compter de 65 ans, sous certaines conditions

L'article 52 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale procède à une majoration des pensions de réversion. On rappellera que, dans le droit actuel, en cas de décès de l'assuré, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion si ses ressources personnelles ou celle du ménage n'excèdent pas des plafonds fixés par décret. La pension de réversion est aujourd'hui égale à **54 %** de la pension principale ou de la rente dont bénéficiait ou aurait bénéficié l'assuré.

Il prévoit ainsi que la pension de réversion est assortie d'une majoration lorsque le conjoint survivant atteint l'âge requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein (**65 ans**) et que la somme de ses avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes légalement obligatoires de base et complémentaires n'excède pas un plafond fixé par décret. Ce plafond devrait être fixé à **800 euros**.

A l'initiative des commissions des affaires culturelles et des finances, l'Assemblée nationale a précisé que la somme des avantages personnels de retraite et de réversion devaient inclure ceux servis par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales.

Cette majoration serait égale à un pourcentage fixé par décret de la pension de réversion. D'après les termes de l'exposé des motifs, il s'agit « *de porter les pensions de réversion servies aux veuves et aux veufs disposant de faibles pensions de retraite à 60 % de la retraite du conjoint décédé* ». Lorsque le total de cette majoration et de ces avantages excède ce plafond, la majoration serait réduite à due concurrence du dépassement.

Le conjoint survivant ne peut bénéficier des dispositions du présent article que s'il a fait valoir les avantages personnels de retraite et de réversion auxquels il peut prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des régimes des organisations internationales.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, les pensions de réversion ont représenté 7,7 milliards d'euros des prestations vieillesse du régime général en 2007. Environ 70 % des 850.000 bénéficiaires de ses pensions de réversion ont plus de 65 ans, soit l'âge à partir duquel ils peuvent prétendre à cette majoration, et environ un quart d'entre eux aurait des revenus inférieurs à 800 euros : sur cette base, **on estime à environ 150.000 le nombre de personnes qui pourraient bénéficier de cette majoration de pension.**

Cette mesure entrerait en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2010.

(2) L'âge à partir duquel la pension de réversion est versée devrait être repoussé à 55 ans

D'autre part, l'article 52 du présent projet de loi de financement rétablit une condition d'âge pour bénéficier de la pension de réversion.

La condition d'âge pour bénéficier de la pension de réversion avait été baissée de 55 à 52 ans en 2005, puis à 51 ans en 2007. Le coût total à terme de cette mesure avait été évalué, à l'époque, à près de 80 millions d'euros.

Le V de l'article 52 prévoit que le droit à pension de réversion sera établi « *à partir d'un âge et dans des conditions fixées par décret* ». Cet âge devrait être fixé à **55 ans**, comme c'est le cas dans les régimes complémentaires. L'exposé des motifs précise toutefois que le décret maintiendra l'âge actuel de 51 ans pour les personnes devenues veuves avant le 1^{er} janvier 2009, afin de ne pas modifier la situation des veufs et veuves titulaires d'une pension de réversion à cette date.

Pour les personnes confrontées au veuvage et qui ne rempliront pas la condition d'âge pour bénéficier d'une pension de réversion, l'allocation veuvage, servie par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime des exploitants agricoles, serait maintenue à titre transitoire, jusqu'au 31 décembre 2010, en application du VI de l'article 52.

A l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a précisé que toutes ces dispositions seraient applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon et qu'elles concerneraient également les veuves et veufs qui perçoivent une pension de réversion servie par le régime local applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Au total, cette mesure, qui devrait être coûteuse à compter de 2010, devrait permettre de réaliser une économie de 20 millions d'euros en 2009, d'après les données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement.

c) La majoration des petites retraites agricoles (article 53)

L'article 53 du présent projet de loi de financement de la sécurité social tend, d'une part, à **modifier l'actuel mode de calcul des revalorisations des pensions agricoles en fixant un montant minimum de retraite de référence**, et, d'autre part, à améliorer les droits des conjoints participant aux travaux de l'exploitation.

(1) Deux mesures qui s'inscrivent dans le cadre du plan pluriannuel de revalorisation des retraites agricoles initié en 1994

Les retraites agricoles se décomposent en une retraite de base, elle-même décomposée en une retraite forfaitaire et une retraite proportionnelle, et une retraite complémentaire obligatoire introduite par la loi n° 2002-308 du 4 mars 2002 tendant à la création d'un régime de retraite complémentaire obligatoire pour les non-salariés agricoles.

A partir de 1994, plusieurs dispositifs ont été mis en place pour revaloriser les retraites des non-salariés agricoles. Elles ont permis, selon l'exposé des motifs du présent article, de porter la pension des retraités agricoles ayant effectué une carrière complète au niveau du minimum vieillesse (486,83 euros par mois pour une personne seule en 1994).

Bilan des mesures de revalorisation des retraites agricoles depuis 1994

(en millions d'euros)

<i>Dispositif</i>		<i>Nombre de bénéficiaires</i>	<i>Effet de la mesure de revalorisation</i>	<i>Coût</i>
1994-2002	Mesures portant sur les retraites de base des exploitants, de leurs conjoints et des aides familiaux.	875.000 (en 2002)	Pour une carrière complète les pensions de base ont été revalorisées de 43 % pour les chefs d'exploitation, 80 % pour les personnes veuves, 93 % pour les conjoints et aides familiaux.	1.700
2003	Création de la retraite complémentaire obligatoire (RCO).	450.000	Cette mesure apporte en moyenne 1.000 euros par an aux bénéficiaires.	145*
2006	Prise en compte, pour l'accès au droit à revalorisation, des périodes d'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).	20.000	Ce dispositif a permis d'augmenter de 1.300 euros par an en moyenne les retraites des personnes concernées.	20
2007-2008	Abaissement à 22,5 ans de la durée minimale d'activité nécessaire pour bénéficier des revalorisations (2007). Abaissement à 4 % par an de la minoration de pension de retraite par année manquante par rapport à la durée minimale d'assurance vieillesse requise.	300.000		162 (en 2007) 205 (à partir de 2008)

* Le nouveau régime est à la fois financé par les cotisations et par une participation financière de l'Etat, en raison du déséquilibre de la démographie agricole.

Source : d'après les données du ministère de l'agriculture et de la pêche

Cependant, **ces mesures ont exclu certaines catégories de retraités**, en particulier, les veuves, les conjoints d'agriculteurs et les retraités à carrière incomplète. Ainsi selon les données de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), 91 % des veuves d'agriculteurs sans droits propres perçoivent une pension de moins de 400 euros par mois.

Les deux mesures proposées par le présent article tendent à répondre à ce constant, conformément à **l'objectif fixé par le Président de la République**, le 23 février 2008, à l'occasion de l'inauguration du 45^e salon international de l'agriculture, **de réduire les « poches de pauvreté » où se trouvent certains retraités agricoles.**

- (2) Une simplification du mode de calcul des revalorisations de retraites agricoles

Le **I** de l'article 53 introduit un nouveau mode de revalorisation des retraites agricoles.

- (a) Le champ d'application de la nouvelle majoration de pension

Les **personnes pouvant bénéficier** de la revalorisation doivent remplir **deux conditions cumulatives** :

- d'une part, avoir **liquidé l'ensemble de leurs avantages vieillesse**, dans tous les régimes auxquels ils ont été affiliés ;

- d'autre part, remplir des **conditions particulières, différentes en fonction de la date d'effet de la pension** :

** Pour les pensions ayant pris effet avant le 1^{er} janvier 2002*, les personnes concernées doivent justifier d'une durée minimale d'assurance fixée par décret (actuellement 22,5 ans) ; pour apprécier cette durée, sont pris en compte les périodes accomplies à titre exclusif ou principal dans le régime vieillesse des non-salariés agricoles, ainsi que, pour les personnes rattachées au régime général pour certains risques et charges (définis à l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale), les périodes d'affiliation obligatoire au régime général ;

** Pour les pensions ayant pris effet après le 1^{er} janvier 2002*, les personnes concernées doivent, d'une part, justifier des conditions nécessaires à l'ouverture d'une retraite à taux plein (soit un âge minimum – 60 ans et plus – et une durée minimale d'assurance tous régimes confondus – 150 à 164 trimestres en fonction de l'année de naissance) et, d'autre part, justifier d'une durée minimale d'assurance accomplie à titre exclusif ou principal dans le régime des non-salariés agricoles – durée fixée par décret. Cette durée est aujourd'hui fixée à 22,5 ans. L'exposé des motifs du présent article indique que le gouvernement s'engage à abaisser ce seuil à 17,5 ans en 2010.

- (b) Le principe de calcul de la majoration de retraite

Le nouveau dispositif de calcul de la revalorisation repose sur **l'instauration d'un montant minimum de retraite qui servira de référence pour le calcul de la majoration de pension**. Ce montant minimum sera déterminé en fonction des périodes d'assurance accomplies dans le régime des non-salariés agricole – il sera proportionnel à la durée de cotisation pour les carrières incomplètes – et diffèrera en fonction de la qualité de l'assuré (chef d'exploitation, veufs ou veuves, conjoint ou aide familial). Fixé par décret, ce montant minimum de retraite devrait être porté, selon le ministère de l'agriculture et de la pêche, à 633 euros par mois pour les chefs d'exploitation et pour les veuves, et à 503 euros par mois pour les conjoints, s'agissant des carrières complètes.

La majoration de pension sera ensuite attribuée après une double comparaison :

- le montant de la retraite servi par le régime d'assurance vieillesse de base des non-salariés agricoles sera, d'abord, comparé au montant minimum de retraite fixé par la présente mesure – soit 633 euros pour les chefs d'exploitation et pour les veuves et 503 euros pour les conjoints, s'agissant des carrières complètes. Si le montant de la retraite perçue est inférieur à ce montant minimum, le droit à majoration est ouvert ;

- le montant de cette majoration est, ensuite, comparé à celui de la totalité des pensions perçues par le retraité tous régimes confondus. Si le montant total de celles-ci – majoration augmentée de la totalité des pensions – est inférieur à un plafond fixé par décret – 750 euros par mois selon l'exposé des motifs du présent article – la majoration est attribuée. S'il est supérieur à ce plafond, la majoration est réduite à due concurrence.

Les modalités d'application du dispositif – en particulier, le mode de calcul de la majoration, les conditions suivant lesquelles les durées d'assurance nécessaires à l'ouverture du droit à revalorisation sont déterminées et les modalités d'appréciation du plafond fixées – sont renvoyées à un décret.

Pour le service de la majoration de pension, l'administration fiscale transmet à la CCMISA, les données nécessaires au contrôle de la majoration de pension.

Le **II** de l'article 53 précise que ce dispositif sera applicable aux **pensions dues à compter du 1^{er} janvier 2009**.

Outre de nombreux amendements de précision, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue Denis Jacquat, rapporteur pour la vieillesse, trois amendements tendant à prévoir l'indexation sur l'évolution constatée des prix à la consommation du montant minimum et du plafond pris en compte dans le calcul de la majoration de retraite. Ils précisent, par ailleurs, que, le cas échéant, le montant de la majoration est recalculé en fonction de ces deux réévaluations.

(c) Le coût de la mesure

Selon les données recueillies par votre rapporteur spécial auprès du ministère de l'agriculture et de la pêche, cette mesure concernera **196.000 personnes dès 2009, pour un coût global estimé à 116 millions d'euros**. L'abaissement à 17,5 ans de la durée minimum d'assurance dans le régime des non-salariés agricoles requise pour l'ouverture du droit à revalorisation, prévue à partir de **2010**, étendra le dispositif à **35.000 personnes supplémentaires, pour un coût annuel total de 155 millions d'euros en 2010**.

(3) L'amélioration des droits des conjoints participant aux travaux de l'exploitation

Les **conjoints d'exploitants agricoles**, dont la situation était régie au 31 décembre 1998 par les dispositions de l'article L.732-34 du code rural, étaient présumés, sauf preuve contraire, participer à la mise en valeur de l'exploitation. En leur qualité de « **conjoint participant** », ils pouvaient bénéficier de la retraite forfaitaire agricole.

La loi d'orientation agricole n° 99-574 du 9 juillet 1999 a introduit la possibilité d'opter pour un **nouveau statut de collaborateur** qui permet aux assurés ayant fait ce choix de recevoir, en plus de la retraite forfaitaire, la retraite proportionnelle, ainsi que de bénéficier d'un dispositif spécifique de revalorisation.

Depuis 1999, la qualité de « conjoint participant » ne peut plus être acquise. Les personnes qui ont conservé cette qualité et n'ont pas opté entre 1999 et 2001 pour le statut de collaborateur – au nombre de 8.020 au 1^{er} janvier 2006 – ne peuvent bénéficier du mécanisme de revalorisation spécifique à ce statut.

C'est pourquoi, le **III** de l'article 53 propose que **ces « conjoints participants » ne puissent plus conserver leur qualité à titre dérogatoire, mais optent pour l'un des trois statuts prévus à l'alinéa 7 de l'article L.321-5 du code rural** : collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ; salarié de l'exploitation ou de l'entreprise agricole, chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

(4) L'avis de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces mesures destinées à **revaloriser les pensions des retraités agricoles n'ayant pu bénéficier des mesures de revalorisation mises en place depuis 1994** et permettant ainsi de rapprocher la situation de ces derniers de celle des retraités du régime général.

Il tient à souligner que **ces mesures viendront néanmoins dégrader le déficit de la branche retraite du régime social agricole pour laquelle aucune mesure de redressement n'est prévue dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale**¹.

d) L'amélioration des droits à la retraite des artisans et des commerçants (article 57)

L'article 57 du présent projet de loi de financement tend à améliorer les droits à retraite des artisans et commerçants.

Ces droits dépendent actuellement des cotisations versées par les intéressés. Toutefois, les cotisations versées ne suffisent pas toujours à valider une année complète, alors même que l'assuré a effectivement exercé son

¹ Se reporter sur ce point sur les développements consacrés au FFIPSA dans le présent rapport.

activité tout au long de l'année. En effet, les cotisations sont calculées sur le revenu du chef d'entreprise, qui peut être très faible au regard du temps consacré à l'activité professionnelle, voire nul. Or, en application de l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale, les périodes d'assurance ne peuvent être retenues, pour la détermination du droit à pension ou rente que si elles ont donné lieu au versement d'un minimum de cotisations.

Une cotisation minimale existe bien d'un montant de 281 euros en 2008, mais elle ne permet de valider qu'un seul trimestre.

Dans ces conditions, l'article 57 tend à prévoir que, lorsque moins de quatre trimestres d'assurance sont validés au titre d'une année civile d'exercice d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, **l'assuré pourra demander la validation d'un trimestre par période de 90 d'affiliation continue ou non au cours de cette année civile**, aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Plusieurs conditions sont toutefois posées :

- une **durée minimale d'affiliation** aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, fixée par décret, sera requise. Ce décret fixera également le nombre maximum de trimestres qui peuvent être validés par l'assuré en fonction de sa durée d'affiliation à ces régimes et les modalités particulières de prise en compte de cette durée lorsqu'elle est en tout ou partie antérieure au 1^{er} janvier 2009 ;

- le **versement d'une cotisation minimale sera exigé**. Elle ne pourra être inférieure au minimum de cotisation prévu par l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale et son paiement devra intervenir dans un délai qui sera fixé par décret.

En outre, ces dispositions ne pourront avoir pour effet de porter le total des trimestres validés par l'assuré au titre de l'année considérée au-delà du nombre de périodes de quatre-vingt-dix jours accomplies durant cette année, ce qui paraît de bon sens.

Toutes les personnes affiliées au régime des professions artisanales, industrielles et commerciales ne pourront pas en bénéficier. En effet, certaines catégories de personnes sont exclues du bénéfice de cette disposition :

- les associés ou commandités, gérants ou non, d'une entreprise exploitée sous forme de société dès lors qu'au titre de l'année considérée, les revenus qu'eux-mêmes, leur conjoint, ou leur partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, et leurs enfants mineurs non émancipés ont perçus de cette entreprise excèdent un seuil fixé par décret ;

- les assurés qui ne sont pas à jour des obligations déclaratives ou de paiement relatives à leurs cotisations et contributions personnelles et, le cas échéant, à celles des cotisations et contributions afférentes aux gains et rémunérations de leurs salariés.

- les conjoints ou partenaires collaborateurs et les assurés volontaires, au titre de l'année ou de la fraction d'année durant laquelle ils avaient cette qualité.

Un cas particulier est également prévu si les cotisations du conjoint collaborateur sont calculées, à sa demande, sur une fraction du revenu professionnel du chef d'entreprise qui est déduite du revenu professionnel de ce dernier pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation d'assurance vieillesse. Dans ce cas, ces assurés ne peuvent se prévaloir de ces dispositions, que si leur revenu professionnel était inférieur au revenu minimum exigé pour la validation de quatre trimestres.

Le financement de ces validations de trimestre sera assuré par une fraction des cotisations d'assurance vieillesse des régimes concernés. Ces opérations feront l'objet d'un suivi comptable spécifique, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces dispositions s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2010.

Votre rapporteur pour avis estime que cette possibilité répond effectivement à une problématique particulière. Il s'interroge cependant sur l'effet de ces dispositions sur le solde du régime des artisans, industriels et commerçants.

e) Les dispositions en faveur des travailleurs handicapés (articles 55 bis et 55 ter)

(1) Le minimum contributif sera cumulable avec la majoration de pension versée au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés

L'Assemblée nationale a par ailleurs, à l'initiative du gouvernement, adopté un article 55 *bis*, permettant le cumul du minimum contributif avec la majoration de pension versée au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés.

L'exposé des motifs de l'amendement précise que cette majoration de leur pension permet de compenser le caractère souvent incomplet de leur carrière, mais qu'elle est aujourd'hui calculée avant application éventuelle du minimum de pension, ce qui conduit parfois à en annuler les effets

Votre rapporteur pour avis comprend cette mesure, mais souhaite en connaître le coût.

(2) Un dérogation à l'âge requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein au bénéfice des professionnels libéraux et avocats lourdement handicapés

Par ailleurs, l'article 55 *ter* du présent projet de loi de financement, également issu d'un amendement présenté par le gouvernement, instaure une **dérogation à l'âge de 60 ans pour bénéficier d'une retraite à taux plein au bénéfice des professionnels libéraux et des avocats lourdement handicapés ayant accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente**

importante, une période de travail significatif, ces paramètres étant fixés par voie réglementaire.

Dans le cadre du régime général, le dispositif actuel vise les personnes justifiant d'une incapacité au moins égale à 80 % (taux d'incapacité permanente reconnu par les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées - ex-COTOREP) et ayant travaillé trente années (pour un départ à 55 ans). Les pensions sont majorées pour permettre aux assurés concernés d'en améliorer le montant.

Ce dispositif vient d'être étendu par décret aux régimes spéciaux. Les professionnels libéraux et les avocats handicapés étaient donc les dernières personnes à ne pas pouvoir bénéficier d'une retraite anticipée et d'une majoration des pensions.

Dans ces conditions, cette mesure apparaît justifiée, même si son coût n'est pas précisé.

3. La réforme de l'indemnité temporaire de retraite (ITR) en outre-mer (article 63)

a) Le dispositif actuel

Par un décret de 1952¹ a été instituée une majoration, variant entre 35 % et 75 %, de la pension des retraités titulaires d'une pension civile ou militaire de l'Etat résidant dans certaines collectivités territoriales d'outre-mer : à La Réunion, à Saint-Pierre-et-Miquelon, à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna.

En 2005, ce dispositif d'indemnité temporaire de retraite (ITR), dit de « suspension », a concerné 30.600 retraités pour un coût total de 250 millions d'euros. Le nombre de bénéficiaires, ainsi que le coût de cette mesure augmentent rapidement. **Le coût de la mesure pour 2008 est ainsi estimé à 315 millions d'euros pour environ 33.000 bénéficiaires.**

La Cour des comptes, dans un rapport d'avril 2003, a jugé que le contrôle de ce dispositif était « *quasi impossible* »². En novembre 2006, un rapport de mission d'audit et de modernisation³ a jugé que les « *justifications d'ordre économique ne sont pas probantes* » et que ce dispositif « *engendre des situations inéquitable* ». Enfin, votre commission des finances a, à plusieurs reprises, tenté de réformer ce dispositif à travers d'amendements aux lois de finances.

¹ Décret n° 52-1050 du 10 septembre 1952.

² Les bénéficiaires ont théoriquement l'obligation de ne pas s'absenter du territoire d'outre-mer concerné plus de 40 jours par an.

³ Rapport sur l'indemnité temporaire de retraite des fonctionnaires de l'Etat outre-mer, mission d'audit et de modernisation, novembre 2006.

b) La réforme progressive mise en œuvre par l'article 63 du PLFSS

La réforme du dispositif de l'ITR fait partie des 166 mesures annoncées par le Président de la République en avril 2008, celui-ci ayant précisé que la réforme devrait « *veiller à la situation de ceux qui ont fait des choix de vie en fonction de ce système* ».

(1) Le gel des montants de l'ITR

L'article 63 prévoit que, **pour l'ensemble des bénéficiaires de l'ITR, actuels et à venir, le montant de l'indemnité sera fixe**. Il n'évoluera plus parallèlement à l'augmentation de la pension de base à partir de laquelle il est calculé.

Le montant de l'ITR sera gelé :

- pour les bénéficiaires de l'ITR antérieurement au 1^{er} janvier 2009, à la valeur de paiement au 31 décembre 2008 ;

- pour les bénéficiaires de l'ITR postérieurement au 1^{er} janvier 2009, au montant fixé à la date de première mise en paiement de l'indemnité.

(2) Le plafonnement dégressif des ITR octroyées avant le 1^{er} janvier 2009

Le fonctionnaire qui bénéficie, avant le 1er janvier 2009, de l'ITR continuera de la percevoir à vie. Toutefois, l'article 63 prévoit que **le montant de l'ITR sera plafonné**, à partir de 2009, à un montant défini par décret et variable selon la collectivité de résidence. **Ce plafonnement sera progressivement réduit** jusqu'en 2018.

L'exposé des motifs de l'article 63 du projet de loi de financement de la sécurité sociale indique que ce plafonnement devrait atteindre, en 2018, 18.000 euros en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna et 10.000 euros à La Réunion, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon. D'après les déclarations de M. Yves Jégo, secrétaire d'Etat à l'outre-mer, ce plafonnement ne touchera que « *environ 18 % des plus hauts revenus des bénéficiaires actuels de l'ITR* » et qu'en conséquence « *82 % des bénéficiaires actuels de l'ITR ne verront pas leur indemnité modifiée par la réforme, qui ne les concernera pas* ».

(3) Les contours de la réforme pour les bénéficiaires de l'ITR postérieurement au 1^{er} janvier 2009

(a) Des conditions d'octroi durcies

En plus de la condition de résidence actuellement exigée pour bénéficiaire de l'ITR, un fonctionnaire de l'Etat qui prendra sa retraite dans ces territoires à partir du 1^{er} janvier 2009 ne pourra bénéficier de l'ITR que sous réserve :

- soit d'avoir effectué **15 ans de services en outre-mer** ;

- soit de remplir les critères d'éligibilité retenus pour l'octroi des congés bonifiés c'est-à-dire d'avoir des **liens matériels et moraux suffisants** avec son territoire de résidence.

(b) Un plafonnement dégressif du montant des ITR octroyées après le 1^{er} janvier 2009

Parallèlement au durcissement des conditions requises pour bénéficier de l'ITR, l'article 63 institue un **plafonnement de l'ITR dégressif pour les bénéficiaires de l'ITR après le 1^{er} janvier 2009**.

Ainsi, le fonctionnaire de l'Etat qui prendra sa retraite après le 1^{er} janvier 2009 dans un des territoires concernés **percevra, à vie, le bénéfice de l'ITR, plafonnée** à un montant annuel fixe défini par décret. L'article 63 prévoit que « *ce plafond décroît dans des conditions prévues par décret. Il devient nul à compter du 1er janvier 2028* ». Le nouveau dispositif accorde donc un montant d'ITR de plus en plus faible aux nouveaux bénéficiaires, jusqu'à l'extinction du dispositif pour les nouveaux bénéficiaires à partir de 2028. L'exposé des motifs de l'article 63 précise que le plafonnement devrait être fixé à 8.000 euros par an en 2009.

(4) Une disparition de l'ITR à l'horizon 2028 ?

L'article 63 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 dispose enfin que « *l'indemnité temporaire de retraite ne sera plus attribuée à de nouveaux bénéficiaires à compter du 1^{er} janvier 2028* ». Ainsi, **le flux des nouveaux bénéficiaires de l'ITR devrait être tari à partir de 2028**. Les bénéficiaires de l'ITR, antérieurement à cette date, continueront à la percevoir.

La disparition de ce régime de « suspension » pourra toutefois être compensée, d'après les déclarations de M. Yves Jégo, secrétaire d'Etat à l'outre-mer, par **un nouveau système, « équitable et financièrement équilibré »**, qui devrait être mis en place après négociation avec les **représentants syndicaux**. Ce dispositif pourra être étendu à toutes les fonctions publiques outre-mer et à tous les territoires et pourrait être mis en place avant 2027.

c) Le chiffrage de la réforme

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès des services du secrétariat d'Etat à l'outre-mer, **une évaluation chiffrée du bénéfice de la réforme pour les finances publiques est en cours d'élaboration.**

Une première analyse indique que les bénéfices escomptés pour l'année 2009 seront relativement limités, puisque le « stock » des bénéficiaires ne sera soumis qu'à un plafonnement progressif. Les économies proviendront essentiellement des nouvelles conditions imposées aux entrants postérieurement au 1^{er} janvier 2009.

Par ailleurs, le coût de l'ITR se prolongera postérieurement à l'année 2028 puisque, malgré l'assèchement du flux des nouveaux bénéficiaires, les anciens bénéficiaires continueront de percevoir l'ITR à vie. Enfin, **le nouveau dispositif annoncé par le gouvernement pour remplacer l'ITR à partir de 2029 pourrait être coûteux.**

d) Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements à caractère rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements présentés par le gouvernement :

- un **premier amendement**, adopté avec l'avis favorable du rapporteur pour l'assurance vieillesse, qui précise que la durée d'assurance permettant de bénéficier de l'ITR est considérée tous régimes confondus, afin d'éviter tout traitement différencié entre les retraités de la fonction publique de l'Etat selon leur parcours professionnel et qui précise, par ailleurs, que l'ITR peut être servie aux assurés ayant une carrière incomplète dès lors qu'ils liquident leurs droits sans décote ;

- un **second amendement** qui précise que le plafonnement de l'ITR par décret pourra varier en fonction de la collectivité territoriale concernée, afin d'éviter des effets de seuils trop importants pour les collectivités où les taux d'ITR sont les plus élevés.

4. De nouvelles mesures visant à développer l'emploi des seniors

Le présent projet de loi contient, par ailleurs, plusieurs mesures destinées à développer l'emploi des seniors, qui constitue un enjeu essentiel, dès lors que la durée de cotisation s'allonge, conformément à la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003.

L'impact de l'ensemble de ces mesures est évalué à 30 millions d'euros d'économies au titre de 2009.

a) L'obligation de mettre en place des plans d'action en faveur de l'emploi des salariés âgés

L'article 58 du présent projet de loi de financement instaure, à compter du **1^{er} janvier 2010**, une **obligation, pour les entreprises, y compris les établissements publics** – ainsi que l'a précisé l'Assemblée nationale à l'initiative de sa commission des affaires culturelles –, employant **au moins cinquante salariés** ou appartenant à un groupe dont l'effectif comprend au moins cinquante salariés, **de se doter d'un accord ou d'un plan d'action relatif à l'emploi des salariés âgés**.

Cet accord d'entreprise ou de groupe serait conclu pour une **durée maximale de trois ans** et devrait comporter :

- un objectif chiffré de maintien dans l'emploi ou de recrutement des salariés âgés ;

- des dispositions favorables au maintien dans l'emploi et au recrutement des salariés âgés portant sur trois domaines d'action au moins choisis parmi une liste fixée par décret en Conseil d'État et auxquelles sont associés des indicateurs chiffrés. L'exposé des motifs précise qu'il pourrait s'agir de tutorat, d'actions de formation, de temps partiel de fin de carrière, d'amélioration des conditions de travail... ;

- des modalités de suivi de la mise en œuvre de ces dispositions et de la réalisation de cet objectif.

A défaut, les entreprises concernées seraient soumises à une **pénalité**, dont le montant est fixé à **1 % des rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés ou assimilés au cours des périodes au titre desquelles l'entreprise n'est pas couverte par l'accord ou le plan d'action relatif à l'emploi des salariés âgés**. Le produit de cette pénalité serait affecté à la CNAVTS.

Toutefois, elles échapperaient à la pénalité lorsque, en l'absence d'accord d'entreprise ou de groupe, elles ont élaboré, après avis du comité d'entreprise, ou, à défaut, des délégués du personnel, un plan d'action établi au niveau de l'entreprise ou du groupe relatif à l'emploi des salariés âgés dont le contenu respecte les conditions précitées. La durée maximale de ce plan d'action serait également de trois ans.

Par ailleurs, les entreprises (ou les groupes) dont l'effectif est compris entre 50 et 300 salariés ne seraient pas soumises à cette pénalité lorsque la négociation portant sur l'emploi des salariés âgés a abouti à la conclusion d'un accord de branche étendu.

Du point de vue de la sécurité juridique, une procédure de **rescrit** est mise en œuvre afin de permettre aux entreprises concernées de s'assurer que l'accord ou le plan d'action qu'elles ont élaboré répond bien au cahier des charges susmentionné.

Aucune évaluation de l'effet de cette mesure sur les comptes n'est pour l'instant disponible.

b) Le cumul emploi-retraite

L'article 59 vise, ensuite, à favoriser le cumul emploi-retraite pour les personnes bénéficiant d'une retraite à taux plein.

Il convient de rappeler que, en application de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, un assuré peut cumuler sa pension de retraite (base et complémentaire) avec un revenu d'activité dès lors que le montant cumulé de ces revenus est inférieur à 1,6 SMIC ou au dernier salaire d'activité perçu avant la liquidation de la pension de retraite, 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.

L'article 59 instaure une dérogation à ces dispositions en autorisant un assuré, sous réserve qu'il ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes de retraite dont il a relevé, à **cumuler entièrement une pension de vieillesse avec une activité professionnelle**, dès lors que :

- cet assuré a **plus de 65 ans** ;
- ou qu'il a **60 ans au moins et justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes lui permettant de prétendre à une retraite à taux plein.**

A défaut, le cadre actuel resterait applicable.

L'Assemblée nationale a essentiellement apporté des modifications rédactionnelles à cet article et a précisé que ces dispositions s'appliqueraient également à Saint-Pierre-et-Miquelon.

c) Une surcote rendue plus attractive

L'article 60 du présent projet de loi de financement tend également à inciter les personnes à rester plus longtemps au travail, en rendant plus attractive la surcote instaurée par la loi précitée portant réforme des retraites.

On rappellera que cette surcote s'apparente à une majoration de la pension au titre des trimestres cotisés par l'assuré après 60 ans, et au-delà de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein.

Cette majoration est fixée à :

- 0,75 % par trimestre la première année, soit 3 % par an,
- 1 % par trimestre les années suivantes, soit 4 % par an,
- 1,25% par trimestre après 65 ans, soit 5 % par an.

Dans les régimes de la fonction publique, cette majoration est fixée à 0,75 % par trimestre supplémentaire, dans la limite de vingt trimestres, par l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires.

D'après les données du programme de qualité et d'efficience « Retraites » annexé au présent projet de loi de financement, le gain moyen mensuel dans le régime général s'élève à 5,90 euros par trimestre de surcote, en 2007, pour une moyenne de 6 trimestres de surcote. 23,6 % des bénéficiaires n'enregistrent en réalité aucune amélioration de leur pension, celle-ci étant portée au niveau du minimum contributif.

L'article 59 propose de porter de 0,75 % à 1,25 % par trimestre la majoration de pension applicable aux travaillées après 60 ans, au-delà de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein. Il ne le prévoit spécifiquement que pour la fonction publique, les paramètres applicables dans les autres régimes étant fiés par voie réglementaire. Il revoir également les paramètres techniques de prise en compte des trimestres dans la fonction publique.

Enfin, il est prévu d'autoriser le cumul de cette majoration avec le minimum contributif, ce qui permettra de procurer un gain effectif à l'ensemble des personnes continuant à travailler, contrairement à la situation actuelle.

d) L'aménagement des dispositifs de mise à la retraite d'office des salariés (article 61)

L'article 61 du présent projet de loi de financement propose ensuite d'aménager le **dispositif de mise à la retraite d'office des salariés.**

(1) Le contexte actuel

Il convient de rappeler que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a supprimé de manière progressive la possibilité de signer ou d'étendre des conventions ou accords collectifs prévoyant la mise à la retraite d'un salarié avant l'âge de 65 ans, dès lors qu'étaient prévues des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle .

Les conventions et accords collectifs signés ou étendus avant l'entrée en vigueur de la loi de financement et prévoyant la possibilité d'une mise à la retraite d'office avant 60 ans ont cessé de produire leurs effets après le 31 décembre 2007. Les accords prévoyant la possibilité d'une mise à la retraite d'office entre 60 et 65 cesseront de produire leurs effets au 31 décembre 2009.

En outre, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, elles sont assujetties, quel que soit l'âge de départ du salarié (moins de 65 ans ou 65 ans et plus), à une contribution à la charge de l'employeur dont le taux est fixé à 25 % jusqu'au 31 décembre 2008 et à 50 % à compter de cette date.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a également prévu que tout employeur dont au moins un salarié ou assimilé est parti en

préretraite ou en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente, est tenu d'adresser à l'organisme de recouvrement dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité, leur âge et le montant de l'avantage ainsi que le nombre de mises à la retraite et le nombre de salariés âgés de 60 ans et plus licenciés au cours de l'année précédente.

(2) Le dispositif proposé par l'article 61

L'article 61, dans sa version initiale, prévoyait la suppression, à compter du 1^{er} janvier 2010, de la possibilité pour un employeur de mettre son salarié à la retraite et ce, quel que soit l'âge du salarié, sous certaines réserves.

L'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse au nom de la commission des affaires culturelles, a toutefois assoupli ce dispositif, avec l'avis favorable du gouvernement.

Elle a ainsi prévu de **laisser la possibilité aux salariés qui le souhaitent de prolonger leur activité au-delà de 65 ans, sous réserve d'en avoir préalablement manifesté l'intention auprès de leur employeur et dans la limite de cinq années.**

On rappellera que l'article L. 1237-5 du code de la sécurité sociale dispose que la mise à la retraite s'entend de la possibilité donnée à l'employeur de rompre le contrat de travail d'un salarié ayant atteint 65 ans.

Un âge inférieur peut être fixé, à partir de 60 ans, dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein :

- dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif étendu conclu avant le 1^{er} janvier 2008 fixant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle ;

- en cas de cessation d'activité en application d'un accord professionnel ;

- dans le cadre d'une convention de préretraite progressive conclue antérieurement au 1^{er} janvier 2005 ;

- dans le cadre du bénéfice de tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

L'Assemblée nationale a ainsi prévu :

- de nouvelles conditions pour la mise à la retraite après 65 ans : avant cette date, dans un délai fixé par décret, l'employeur devra interroger par écrit le salarié sur son intention de quitter volontairement l'entreprise pour bénéficier d'une pension de vieillesse. En cas de réponse négative du salarié dans un délai fixé par décret ou à défaut d'avoir respecté l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent, l'employeur ne pourra pas le mettre à la

retraite pendant l'année qui suit la date à laquelle le salarié atteint 65 ans. La même procédure est également applicable les quatre années suivantes. De la sorte, **il ne sera pas possible pour l'employeur de mettre à la retraite un salarié qui souhaite poursuivre son activité avant que ce salarié n'atteigne 70 ans ;**

- que la mise à la retraite à partir de 60 ans, dès lors que la personne peut bénéficier d'une retraite à taux plein, n'est valable, pour les bénéficiaires d'avantages de préretraite, que si ces avantages ont pris effet avant le 1^{er} janvier 2010.

Par ailleurs, tout employeur de personnel salarié ou assimilé est aujourd'hui tenu d'adresser à l'URSSAF dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente, leur âge et le montant de l'avantage qui leur est alloué. Cette déclaration doit également indiquer le nombre de mises à la retraite d'office à l'initiative de l'employeur et **le nombre de salariés âgés de 60 ans et plus licenciés au cours de l'année civile précédant la déclaration.**

Désormais, l'employeur devra préciser **le nombre de salariés âgés de 55 ans et plus licenciés au cours de l'année civile précédant la déclaration, ainsi que ceux ayant bénéficié d'une rupture conventionnelle.**

Cette obligation s'appliquera aux employeurs dont au moins un salarié ou assimilé est parti en préretraite ou a été placé en cessation anticipée d'activité et, ce qui est **nouveau**, aux employeurs dont au moins un salarié a été mis à la retraite et à ceux dont au moins un salarié âgé de 55 ans ou plus a été licencié ou a bénéficié d'une rupture conventionnelle au cours de l'année précédente. **Le contrôle exercé par les URSSAF sera donc renforcé.**

e) L'aménagement des dispositions relatives au personnel navigant (articles 61 bis et 61 ter)

En lien avec la mesure précédente, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements présentés notre collègue Jacques Myard, relatifs aux conditions applicables au personnel navigant professionnel.

L'article L. 421-9 du code de l'aviation civile dispose que le personnel navigant de l'aéronautique civile de la section A (commandement et conduite des aéronefs) ne peut exercer aucune activité en qualité de pilote ou de copilote dans le transport aérien public au-delà de l'âge de soixante ans.

Par ailleurs, il prévoit que le personnel navigant de l'aéronautique civile de la section D (services complémentaires de bord) ne peut exercer aucune activité en qualité de personnel de cabine dans le transport aérien public au-delà d'un âge fixé, par décret, à 55 ans. Toutefois, que le contrat de travail du navigant n'est pas rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte, sauf impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol ou refus de l'intéressé d'accepter l'emploi qui lui est offert.

**Les quatre catégories de personnel navigant
définies par l'article L. 421-1 du code de l'aviation civile**

En application de l'article L. 421-1 du code de l'aviation civile, la qualité de navigant professionnel de l'aéronautique civile est attribuée aux personnes exerçant de façon habituelle et principale, soit pour leur propre compte, soit pour le compte d'autrui, dans un but lucratif ou contre rémunération :

- le commandement et la conduite des aéronefs (section A) ;
- le service à bord des moteurs, machines et instruments divers nécessaires à la navigation de l'aéronef (section B) ;
- le service à bord des autres matériels montés sur aéronefs, et notamment les appareils photographiques et météorologiques, les appareils destinés au travail agricole et les appareils destinés à la manoeuvre des parachutes (section C) ;
- les services complémentaires de bord comprennent, notamment, le personnel navigant commercial du transport aérien (section D).

L'article 61 bis vise à permettre au personnel navigant de la section A – les **pilotes** – qui le souhaitent, dès lors qu'ils volent en équipage avec plus d'un pilote, d'exercer leur activité de pilote ou de copilote jusqu'à l'âge de 65 ans, sous réserve qu'un seul des deux pilotes soit âgé de plus de 60 ans.

Il prévoit, en outre, que cette catégorie de personnel navigant peut de droit, à partir de 60 ans, demander à bénéficier d'un reclassement dans un emploi au sol. En cas d'impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol, le contrat de travail est rompu. Il précise par ailleurs qu'à 65 ans, le contrat de travail de ce personnel ne pourra pas être rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte, sauf impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol – ce qui est cohérent avec les mesures adoptées par ailleurs sur les mises à la retraite.

L'article 61 ter procède à une modification de même esprit s'agissant des personnels navigants de la section D, qui pourront exercer leur activité de personnel de cabine dans le transport aérien public jusqu'à 65 ans.

Ce personnel pourra de droit, à partir de 55 ans, demander à bénéficier d'un reclassement dans un emploi au sol. En cas d'impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol, le contrat de travail sera rompu. A 65 ans, le contrat de travail de ce personnel ne pourra pas être rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte, sauf impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol.

Ces deux mesures s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2010.

La solution retenue par ces articles apparaît équilibrée à votre rapporteur pour avis. Compte tenu des orientations générales en matière de retraite, il n'y a en effet pas lieu de traiter différemment les personnels navigants de l'aviation civile, dès lors que toutes les garanties sont par ailleurs apportées en matière de sécurité, ce qui est le cas avec le dispositif proposé, conforme aux normes internationales édictées par l'organisation de l'aviation civile internationale.

f) La possibilité pour les fonctionnaires atteints par la limite d'âge d'être maintenus en fonction jusqu'à 65 ans (article 62)

De la même façon, l'article 62 du présent projet de loi de financement tend à permettre aux fonctionnaires atteints par une limite d'âge aujourd'hui inférieure à 65 ans, s'ils le souhaitent et sous réserve de leur aptitude physique, de poursuivre leur activité jusqu'à 65 ans. Il s'agit d'un « maintien en activité ».

Lorsque ce maintien en activité prend fin, le fonctionnaire est alors radié des cadres et admis à la retraite, dans les conditions normales, fixées par l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires.

Ces périodes de maintien en activité seront prises en compte dans la constitution et la liquidation des droits à pension des fonctionnaires et peuvent ouvrir droit à la surcote, qui est également réformée par le présent projet de loi de financement (cf. *supra*).

Ces dispositions, qui apparaissent de bon sens et s'inscrivent dans le mouvement général de fin des clauses couperet, s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2010.

5. Les autres mesures contribuant à une maîtrise des dépenses

a) L'articulation entre retraite anticipée et rachat d'années (article 56)

Le dispositif de retraite anticipée créée par la loi précitée portant réforme des retraites est ouvert aux assurés ayant débuté précocement leur vie professionnelle et ayant réalisé une carrière longue.

Ce dispositif s'est révélé attractif. D'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, le nombre de départs à la retraite intervenus dans ce cadre a augmenté de 8,4 % en 2007 pour atteindre 116.800 (contre 107.700 en 2006). Ils ont représenté 15,3 % de l'ensemble des départs en 2007. Ce flux serait stable en 2008 mais devrait décliner en 2009, pour s'établir à 68.000.

Depuis l'entrée en vigueur de ce dispositif, certains assurés ont utilisé le dispositif de rachat de trimestre pour augmenter leur durée d'assurance et ont pu remplir les conditions requises et bénéficier de la mesure de retraite anticipée de ce fait. Or, les trimestres achetés au titre de périodes d'études supérieures ou d'années d'activité incomplète ne correspondent pas à des trimestres validés au titre d'une activité professionnelle effective.

L'article 56 du présent projet de loi vise à revoir l'articulation entre ces dispositifs. A l'avenir, les trimestres rachetés ne seront plus pris en compte pour l'ouverture du droit à retraite anticipée avant 60 ans, mais continueront à être pris en compte pour les autres paramètres de calcul de la pension. Ces dispositions s'appliqueront aux demandes de rachat déposées à compter du

13 octobre 2008 et prises en compte pour le calcul des pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2009.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure, qui met fin à une optimisation des dispositions législatives actuelles.

b) La révision des critères d'éligibilité au minimum contributif (article 55)

La loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 a posé l'objectif d'un taux de remplacement de 85 % du SMIC net pour un assuré ayant accompli une carrière complète, cotisée au SMIC et à temps plein, ce qui a conduit à instaurer une majoration du minimum contributif.

L'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale dispose ainsi que la pension de vieillesse au taux plein est assortie, le cas échéant, d'une majoration permettant de porter cette prestation, lors de sa liquidation, à un montant minimum tenant compte de la durée d'assurance accomplie par l'assuré dans le régime général, le cas échéant rapportée à la durée d'assurance accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, lorsque la carrière a été complète.

Il est précisé que ce montant minimum est majoré au titre des périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Ce complément apporté au minimum contributif « de base » s'intègre dans l'objectif d'un taux de remplacement de 85 % du SMIC net en cas de carrière complète, posé par l'article 26 de la loi précitée portant réforme des retraites, et est proportionnel au nombre de trimestres effectivement travaillés.

En outre, la majoration pour enfants, la majoration pour conjoint à charge et la rente des retraites ouvrières et paysannes s'ajoutent à ce montant minimum.

Ce dispositif, instauré en 1983, concerne aujourd'hui plus de 40 % des pensions liquidées chaque année par le régime général (4,4 millions de bénéficiaires tous régimes confondus pour un montant de 4,7 milliards d'euros en 2006 – hors régime social des indépendants) et sa croissance devrait se poursuivre encore, comme l'a relevé la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2008. Celle-ci dresse un constat critique du système actuel et prône un meilleur ciblage du minimum contributif.

L'article 55 du présent projet de loi de financement répond en partie à ces critiques et modifie le dispositif du minimum contributif, afin :

- d'instaurer, à compter du 1^{er} janvier 2009, une **limite à la majoration au titre des périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré** : elle ne s'appliquera plus que lorsque la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, sera au moins

égale à une limite fixée par décret. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, cette limite pourrait être fixée à 25 ou 30 ans ;

- de **mettre sous condition de revenu la majoration de minimum contributif, à compter du 1^{er} juillet 2010** : celui-ci serait versé sous réserve que le **montant mensuel total** des pensions personnelles de retraite attribuées à l'assuré n'excède pas un montant fixé par décret. Le gouvernement envisagerait de fixer ce montant à 85 % du SMIC. En cas de dépassement de ce montant, la majoration de minimum contributif serait réduite à due concurrence ;

- de préciser que l'assuré ne pourra, à compter du 1^{er} juillet 2010, bénéficier du minimum contributif que **s'il a fait valoir les droits aux pensions personnelles de retraite auxquels il peut prétendre**.

Alors que ces mesures devraient permettre de réaliser des économies, puisque près de 100.000 nouveaux bénéficiaires potentiels du dispositif en seraient écartés chaque année, l'annexe 9 au présent projet de loi de financement estime que cette mesure devrait coûter 16 millions d'euros en 2009, car elle intègre la reconduction d'un taux de remplacement de 85 % du SMIC net.

c) La communication des données entre organismes de retraite (article 52 bis)

A l'initiative de notre collègue député Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, l'Assemblée nationale a adopté un nouvel article 52 *bis* afin de prévoir que les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiquent par voie électronique, selon des modalités fixées par décret, les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite et, s'il y a lieu, au calcul de ces dernières.

Notre collègue Denis Jacquat a expliqué que les articles 52, 53 et 55 du projet de loi soumettant le versement de la majoration de pension de réversion, le versement de la majoration de pension agricole de base et l'attribution du minimum contributif à une condition de ressources appréciée au regard du montant total des pensions de retraite versées par les régimes de retraite, il convient de mettre en place un système d'échange de données qui fait aujourd'hui défaut. En effet, seul existe actuellement un système automatisé d'échange d'information sur les durées d'assurance validées et les dates d'effet des pensions liquidées.

Désormais, il est indispensable que les régimes et services de retraite disposent des montants de pension versés aux assurés avant la liquidation du droit à majoration.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure, nécessaire à la bonne mise en œuvre des dispositions du présent projet de loi de financement.

B. DANS UN CONTEXTE FINANCIER DIFFICILE, LE RÔLE DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES DOIT ÊTRE CLARIFIÉ

1. La mission du FRR doit être précisée

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**. Dans l'attente de la constitution effective du fonds, et conformément à la loi, le FSV avait toutefois continué, transitoirement 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, à compter du 30 juin 2005, 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. Cette somme est gérée comme l'ensemble des actifs du fonds.

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.

Votre commission des finances a procédé, le 14 mai 2008², à l'audition de MM. Raoul Briet et Antoine de Salins, respectivement président du conseil de surveillance et membre du directoire.

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 5 points de bons, émis au cours de la période.

² Le compte rendu de cette audition est disponible en ligne sur le site internet du Sénat.

M. Raoul Briet avait alors indiqué que, **sous des hypothèses de performance annuelle moyenne de 6,3 %, et avec un abondement annuel d'1,5 milliard d'euros entre 2007 et 2020, les actifs du FRR atteindraient environ 100 milliards d'euros à cette date**, ce qui lui permettrait de couvrir près d'un tiers des besoins supplémentaires de financement des régimes éligibles au Fonds sur la période courant de 2020 à 2040. Dans ce schéma, le Fonds générerait 46 milliards d'euros de résultat financier positif cumulé à l'horizon 2020, soit 19 milliards d'euros de plus que le coût des ressources publiques affectées au FRR et non utilisées pour désendetter l'Etat.

Il avait également observé que les réserves ainsi accumulées par le FRR ne dispenseraient pas de mener certaines réformes afin d'assurer un financement pérenne des régimes de retraite et **souligné la nécessité de préciser le rôle qu'on entendait assigner au FRR dans le financement à long terme du système de retraites par répartition**, et ce, dans une perspective de bonne gestion financière sur le long terme, l'allocation stratégique pouvant être différente selon les missions attribuées au Fonds.

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'**appeler le gouvernement à préciser ses orientations, dans un contexte financier difficile marqué, pour la première fois, par une performance annuelle négative du rendement des actifs**. L'examen du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui comporte plusieurs mesures relatives à la branche vieillesse, doit être l'occasion de cette clarification.

2. Le contexte est défavorable

a) Les avoirs du fonds sont principalement investis en actions

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.

(1) Le principe de gestion par entreprises d'investissement a été assoupli

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.

L'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 autorise en outre la gestion financière des actifs par le fonds lui-même, lorsqu'il 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.

La crise financière et la gestion des mandats du FRR

La **gestion des mandats** du FRR a été affectée par la crise financière. En effet, le fonds avait confié à **Lehman Brothers** la gestion d'un mandat de fonds de fonds investis dans le capital-investissement américain.

Dans un communiqué de presse daté du 18 septembre 2008, il indique que Lehman Brothers a engagé 195 millions d'euros, dont 43 millions d'euros ont été effectivement investis dans des fonds sous-jacents, gérés par des gérants différents de Lehman Brothers.

Le FRR précise que ces actifs ne sont **en aucun cas susceptibles d'être inclus dans le champ des actifs mis en liquidation dans le cadre de la faillite de cet établissement** et qu'il a pris les dispositions nécessaires pour y faire face. Il note, en particulier, que la cession éventuelle des activités de gestion d'actifs de Lehman Brothers l'amènera à procéder à des « audits approfondis », afin de vérifier si le repreneur a la capacité de satisfaire aux exigences du mandat actuel. Si tel n'était pas le cas, le FRR devrait lancer un nouvel appel d'offres, afin d'assurer la reprise du mandat par un nouveau gérant.

Source : Fonds de réserve pour les retraites

(2) Les orientations de la stratégie de placement

Dans le cadre de la gestion financière déléguée, et sous réserve du respect des 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.

Néanmoins, la politique de placement du FRR s'inscrit dans la stratégie d'investissement socialement responsable (ISR) qui repose sur un certain nombre de principes à portée sociale, environnementale et éthique.

En 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. **Cette stratégie a été révisée en 2006, afin d'accroître la part des actions de 55 % à 60 %**, de réduire le poids des produits de dette de 45 % à 30 % et d'accorder une place aux actifs de diversification (avec pour objectif de les porter à 10 %).

Cette 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* ».

Le tableau qui suit retrace la répartition des actifs du fonds au 30 juin 2008.

L'évolution de l'allocation stratégique des actifs du FRR

	Allocation stratégique définie le 2 avril 2003	Allocation stratégique définie le 16 mai 2006	Répartition au 30 juin 2008
Actions	55 %	60 %	56,9%
<i>Dont actions de la zone euro</i>	38 %	33 %	32,2%
<i>Dont actions internationales</i>	17 %	27 %	24,7%
Obligations	45 %	30 %	38,9%
<i>Dont obligations de la zone euro</i>	38 %	21 %	29,9%
<i>Dont obligations internationales</i>	7 %	9 %	9,0%
Actifs de diversification (capital-investissement, immobilier, matières premières et infrastructures)	0 %	10 %	1,6%
Trésorerie			2,6%

Source : délibérations du conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites du 2 avril 2003 et du 16 mai 2006 et annexe 8 au PLFSS

b) Pour la première fois, la performance annuelle du fonds est nettement négative

Cette allocation stratégique conduit le FRR, dans un contexte financier très troublé, à afficher pour la première fois une performance annuelle financière négative au titre de l'année en cours.

La performance du fonds s'établit ainsi, au 30 septembre 2008, à - 14,5 % depuis le début de l'année 2008, ce qui est très fortement négatif tout en restant supérieur à la dégradation générale constatée sur les marchés mondiaux d'actions (- 24 % à la même date).

La situation s'est donc largement dégradée depuis l'audition, par votre commission des finances, de MM. Raoul Briet et Antoine de Salins, le 14 mai 2008.

A cette époque, M. Raoul Briet, président du conseil de surveillance du Fonds, avait indiqué que la performance du FRR depuis le début de l'année 2008 était négative à hauteur de 4,4 %, ramenant la performance annuelle moyenne depuis juin 2004 à + 6,8 %. Il avait précisé que le point bas de l'exercice avait alors été rencontré le 21 mars 2008, date à laquelle la performance depuis le début de l'exercice était négative à hauteur de 9,6 %.

Ce point bas est donc assez nettement dépassé aujourd'hui, ce qui se traduit par une **baisse de la performance annuelle moyenne**, que le FRR met toujours en avant, celle-ci étant la seule permettant de mesurer la performance d'une politique d'investissement de long terme. **Cette performance annuelle moyenne s'établit à + 3,41 %** au 30 septembre 2008 (depuis la mise en place du FRR), alors qu'elle s'élevait à + 6,8 % lors de l'audition du 14 mai dernier. L'annexe 8 au présent projet de loi de financement table sur une reprise en fin d'année – avec une performance annualisée de 4,1 %

Dans les deux cas, cette performance moyenne annuelle est donc inférieure au taux de **4,4 %**, correspondant, selon le FRR, au **coût des ressources publiques qui lui sont affectées** et donc non utilisées pour désendetter l'Etat.

La probabilité que l'allocation stratégique permette de susciter un rendement moyen sur longue période supérieur à 4,4 % est estimée à 58,4 %, début octobre 2008.

L'annexe 8 au présent projet de loi de financement retient une **hypothèse de performance des placements de + 6,3 % au cours de l'année 2009**, permettant d'atteindre une performance annualisée de 4,5 % depuis la création du fonds, soit une performance légèrement supérieure au coût de la ressource. **Cette hypothèse reste fragile**, comme le souligne l'annexe 8 elle-même, en raison de la volatilité des marchés financiers.

En dépit de cette baisse de la performance des placements, votre rapporteur pour avis estime que le FRR remplit ses fonctions de manière satisfaisante et qu'il constitue un instrument intéressant dans une optique de lissage des besoins. Il convient, dès lors, de continuer à l'abonder.

3. Il est toutefois nécessaire de continuer à abonder le fonds

a) Le fonds recevra 1,7 milliard d'euros supplémentaires en 2009

L'article 4 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à **1,9 milliard d'euros** les prévisions rectifiées de recettes du FRR **pour 2008, soit 200 millions d'euros de plus** que ce qui avait prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. L'exposé des motifs du présent projet de loi précise que ce surcroît de recettes résulte du dynamisme des prélèvements sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, qui représentent à eux seuls 1,84 milliard d'euros.

L'article 28 du présent projet de loi de financement fixe le montant des recettes pour 2009 à **1,7 milliard d'euros**.

L'annexe 8 précise que cette somme devrait s'élever à **1.717,3 millions d'euros**, correspondant quasi intégralement au montant du prélèvement social de 2 % (1.693,3 millions d'euros).

Ainsi qu'on l'a relevé précédemment, l'absence d'affectation de recettes supplémentaires amène une nouvelle fois à s'interroger sur le rôle qu'entend donner le gouvernement au FRR.

b) Les réserves du fonds devraient atteindre 34,2 milliards d'euros fin 2009

L'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que **les réserves du FRR, hors soule des industries électriques et gazières¹ et hors plus-values latentes, atteindront 34,2 milliards d'euros fin 2009, contre 31,4 milliards d'euros fin 2008,** comme le retrace le tableau qui suit, qui présente les comptes du FRR :

Comptes définitifs 2000-2007 et prévisionnels 2008 et 2009 du FRR

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Produits	2866	3862	5808,2	3645,7	2533,6	2877	4601,7	6209	4044,9	3317,3
Abondements	2832,9	3698,6	5571,2	3326,4	2158	1529,3	1551,1	1797	1866,9	1717,3
CSSS										
Excédent FSV (N-1)		286,6								
Excédent CNAVTS (N-1)	767,4	483,5	1518,2	1659	945,9	254,6	0	0	0	0
Prélèvement de 2 % sur les revenus du capital	890	971,9	1115,5	1152,9	1211,6	1271,4	1545	1781,8	1842,9	1693,3
Assurance vie en deshérence								0	0,3	
Caisses d'épargne	718,2	718,2	718,2	432,5						
Versement CDC	457,3									
UMTS		1238,5	619,2			0,1	2,8	11	19	19
Recettes de privatisation (ouverture du capital ASF, crédit lyonnais,...)			1600							
Contribution de 8,2 % (PPESV) et consignations prescrites caisse des dépôts			0,1	0,2	0,5	3,2	3,3	4,2	5	5
Réserves de la CPS de Mayotte				81,8						
Produits financiers	33,1	163,3	237	319,3	375,6	1347,7	3050,6	4412	2178	1600
Produits de trésorerie courante	33,1	163,3	237	319,3	306,7	175,2	125,6	118	104	
Produits de gestion financière					68,4	1172,5	2925	4294	2074	1600
Soule IEG						3060				
Produits sur cessions de titres IEG							297,3	361,6		
Produits exceptionnels					0,5	0,8	0,2	0	0,1	
CHARGES	3,4	21,9	3,6	13,7	33,4	622,6	917,5	1687,7	2059,4	486
Frais de gestion administrative	0	0	0	13,7	17,7	60,4	68,3	68,9	83,9	86
Fiscalité	3,4	15,7	0	0	0	0				
Charges de gestion financière		6,2	3,6		15,7	562	849,2	1618,8	1975,5	400
Charges exceptionnelles						0,2	0	0		
Compte de résultat	29,7	141,4	233,4	305,6	342,2	725,1	2133,3	2724,3	118,6	1114
Solde annuel hors soule et hors plus-values latentes	2862,7	3840,1	5804,6	3632	2500,2	2254,4	3684,2	4521,3	1985,5	2831,3
Solde cumulé hors soule et hors plus-values latentes	3168,9	7009	12813,6	16445,5	18945,8	21200,1	24884,3	29405,6	31391,2	34222,5
Performance de placement					Depuis le 28 juin 2004	Sur l'année 2005	Sur l'année 2006	Sur le premier semestre 2007		
Performance annuelle des placements					15,70%	12,40%	11,20%	4,80%	-12,00%	6,30%
Performance annualisée depuis la création du FRR					15,70%	15,60%	10,50%	8,80%	4,10%	4,50%

Source : annexe 8 du présent projet de loi de financement

¹ Depuis le 30 juin 2005, le FRR gère, pour le compte de la CNAVTS, 40 % de la soule versée par les industries électriques et gazières en compensation de l'adossment du régime des IEG au régime général, soit 3,4 milliards d'euros.

On relèvera que les recettes issues de produits financiers devraient être, en 2009, inférieures aux recettes provenant des abondements annuels du fonds.

IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

A titre liminaire, votre rapporteur pour avis tient à souligner que la Cour des comptes a estimé, au terme de ses vérifications sur l'exercice 2007, **n'être toujours pas en mesure d'exprimer une opinion sur les comptes de la CNAF** en raison d'un ensemble de limitations ainsi que de « *désaccords et incertitudes affectant substantiellement les comptes*¹ ».

A. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE EN 2009

1. L'objectif de dépenses de la branche famille pour 2009

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de l'objectif de dépenses de la branche famille entre 2005 et 2009, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'une part, et pour le seul régime général d'autre part. Il montre que, jusqu'en 2007, 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.

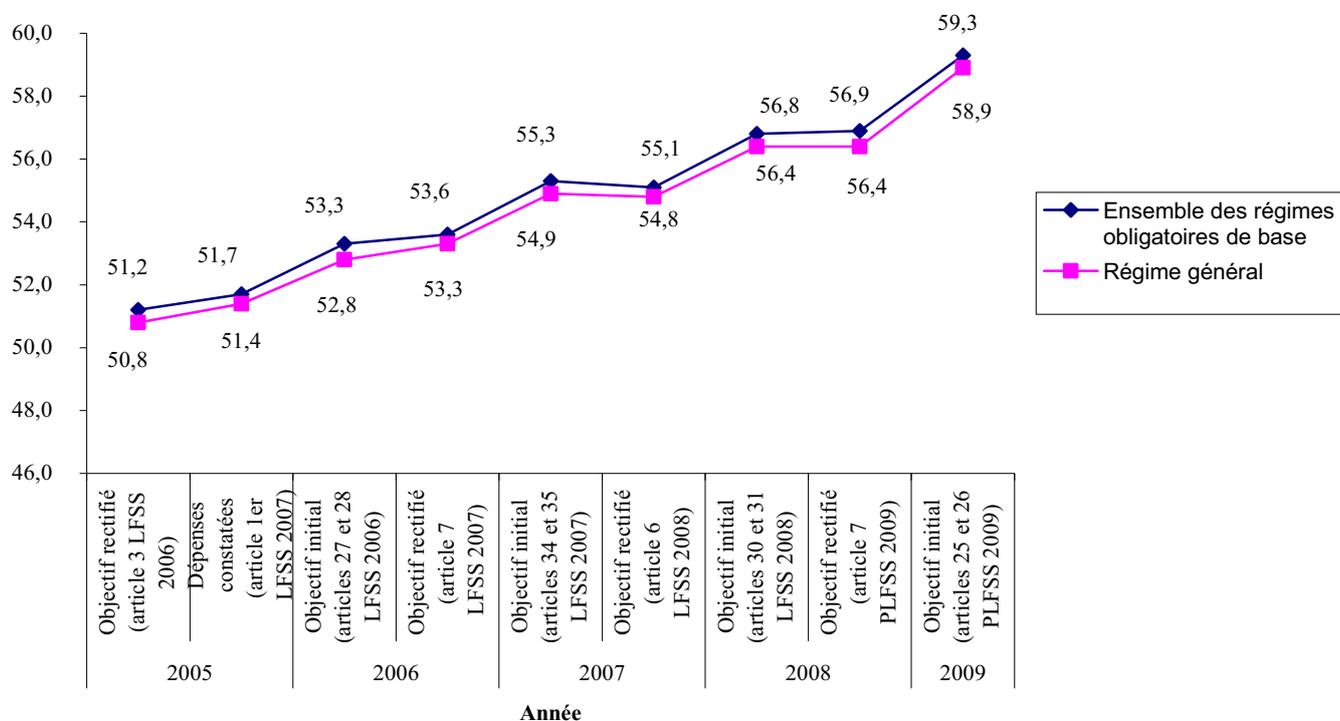
En exercice 2007, l'objectif rectifié a laissé apparaître une légère diminution des dépenses par rapport à l'objectif initial (- 0,2 milliard pour l'ensemble des régimes obligatoires de base).

Pour 2008, **l'objectif rectifié de dépenses du régime général est égal à l'objectif initial** (56,4 millions d'euros) et **celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base est légèrement supérieur à la prévision** (+ 0,1 milliard).

¹ Cour des comptes, Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale sur l'exercice 2007 (juin 2008).

Les dépenses de la branche famille

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances

S'agissant de l'objectif de dépenses fixé par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale :

- **l'article 25** fixe l'objectif de la branche famille pour 2009 à **59,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base**, soit une progression de + **7,62 %** par rapport aux dépenses constatées en 2007 et de + **4,21 %** par rapport à l'objectif rectifié pour 2008 ;

- **l'article 26** fixe l'objectif de la branche famille pour 2009 à **58,9 milliards d'euros pour le seul régime général**, soit une progression de + **7,5 %** par rapport aux dépenses constatées en 2007 et de + **4,43 %** par rapport à l'objectif rectifié pour 2008.

Ces objectifs sont repris par **l'article 73** du présent projet de loi de financement.

La branche famille, qui avait retrouvé l'équilibre en 2007 et dégagé des excédents de 430 millions d'euros en 2008, serait à nouveau déficitaire en 2009 (- 200 millions d'euros).

Néanmoins, la branche famille se caractérise par **une tendance structurelle à dégager des excédents** en raison d'une croissance tendancielle modérée de ses dépenses et d'une stabilité du nombre de

bénéficiaires (l'augmentation du taux de natalité depuis 2000 est contrebalancée par l'existence de classes d'adolescents moins nombreuses). En effet, malgré les transferts de charges, **la branche famille devrait retrouver un solde excédentaire dès 2010.**

Ces excédents suscitent des convoitises. Ainsi lors de son audition du 28 mai 2008 par la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, présidée par notre collègue Philippe Marini, le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, M. Xavier Bertrand, a envisagé que **les excédents de la CNAF puissent être réalloués au financement de l'ONDAM médico-social.**

Dans son rapport d'étape¹ déposé en juillet 2008, la mission a estimé que ce redéploiement apparaissait doublement légitime, d'une part parce **qu'une branche n'a pas vocation à être en excédent structurel** (et dans ce cas il faut soit diminuer la recette, soit réaffecter l'excédent) et d'autre part, parce que **l'aide aux aidants familiaux d'une personne âgée dépendante peut être considérée comme partie intégrante de la politique familiale.**

2. L'impact financier des mesures adoptées dans les précédentes lois de financement

a) Les mesures entraînant des dépenses

Le présent projet de loi de financement intègre plusieurs mesures ayant contribué à accroître les dépenses de la branche famille :

- **subsidiarité de l'API par rapport à l'ASF** : depuis le 1^{er} janvier 2007, l'attribution de l'allocation de soutien familial (ASF) par rapport à l'allocation de parent isolé (API, financée par l'État) est privilégiée, ce qui entraîne un transfert vers l'ASF (financée par la branche famille) représentant une charge supplémentaire de **99 millions d'euros pour la branche famille en 2008** ;

- **majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en faveur des parents isolés** mise en place en 2006, à la charge de la CNSA, représenterait un coût de **20 millions d'euros en 2008** ;

- **mise en place d'un congé de soutien familial non rémunéré mais ouvrant droit à l'AVPF, en faveur des travailleurs devant cesser leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche** souffrant d'un handicap ou d'une perte d'autonomie importante. Cette mesure, financée par la CNSA, a été évaluée à **11 millions d'euros en 2007 et 2008** ;

¹ Philippe Marini (président), Alain Vasselle (rapporteur), « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape », rapport d'information n° 447 (2007-2008).

- **abaissement du seuil de non-versement des prestations logement** de 24 à 15 euros au 1^{er} janvier 2007 : coût estimé à **6 millions d'euros** pour la CNAF en **2007 et 2008**;

- **l'augmentation de la participation personnelle** de 29 à 30 euros au 1^{er} janvier 2007 puis de 30 à 31 euros au 1^{er} janvier 2008 : **2 millions en 2007 et 4 millions d'euros en 2008** au titre de l'ALF ;

- **revalorisation de la prise en charge de la rémunération dans le complément de mode de garde assistants maternels** pour les familles modestes : coût de **13 millions d'euros** en 2008.

b) Les mesures d'économie prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

Il intègre également deux mesures d'économies prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 :

- **unification des majorations pour âge des allocations familiales** (à compter du 1^{er} mai 2008) : économie de **35 millions d'euros en 2008** et de **200 millions d'euros en 2009** ;

- **droit d'option entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé** (AEEH, à la charge de la branche famille) et **la prestation de compensation du handicap** (PCH, à la charge de la CNSA) pour les bénéficiaires des compléments de 4^e, 5^e et 6^e catégories de l'AEEH : économie de **7 millions d'euros en 2008** ;

3. Les charges de la branche famille en 2009

Comme le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2008, **les dépenses de prestations familiales**, qui ont connu un ralentissement en 2008 (+ **2,2 % en 2008 contre + 2,9 % en 2007 et + 4,5 % par an en 2006**), devraient accélérer à nouveau en 2009.

La croissance des dépenses devrait s'élever à **+ 3,7 %**, en raison **essentiellement de la revalorisation de le BMAF** au 1^{er} janvier 2009 (+ 3,5 % contre + 1,1 % au 1^{er} janvier 2008), intégrant un rattrapage d'inflation par rapport aux hypothèses de 2007 et 2008.

Les charges de la branche famille sont constituées majoritairement des **aides à la petite enfance**, au sein desquelles **la PAJE** représente 97 % depuis 2007, date de la fin de sa montée en charge¹.

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). Depuis le 1^{er} janvier 2007, la PAJE connaît la fin de sa montée en puissance pour les enfants de moins de trois ans, l'APJE et l'APE ne sont plus servies et l'AFEAMA et l'AGED ne peuvent plus bénéficier, à taux réduits, qu'aux parents d'enfants de plus de trois ans.

D'après les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, **ces aides à la petite enfance représenteraient une charge de 11,8 milliards d'euros en 2009 contre 11,4 milliards d'euros en 2008, soit + 4,3 %**. En leur sein, les aides à la garde restent dynamiques (+ 5,4 % en 2009 contre +8,4 % en 2008) ;

Toutefois, deux facteurs infléchissent la croissance des prestations en 2009 par rapport à 2008: **l'hypothèse de stabilité des naissances en 2009** et **le report de l'examen des conditions de ressources au 1^{er} janvier** (faisant perdre le bénéfice d'allocation aux ménages qui n'y auraient plus eu droit depuis le 1^{er} juillet 2008 en application de l'ancien calendrier).

S'agissant des prestations d'entretien, **les allocations familiales et le complément familial décroissent en volume** sous l'effet conjoint d'une stabilisation des effectifs de ménages éligibles à ces prestations et de la diminution du montant de celles-ci (induit par la réduction de la taille des familles).

En ce qui concerne les autres prestations de la branche :

- **prestations en faveur du handicap : + 6,4 % en 2009**. Cette augmentation reflète celle de l'AAH : + 6,9 % en 2009, en raison de trois revalorisations successives. En revanche, **les dépenses relatives à l'AEEH ralentissent nettement** (+ 1,6 % en 2009 contre + 5,8 % en 2008) sous l'effet de la **mise en œuvre du droit d'option entre l'AEEH et la PCH**, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

- **prestations en faveur du logement à caractère familial : + 4,3 % en 2009 contre + 5,9 % en 2008**, notamment sous l'effet de l'augmentation du taux de chômage et du report de la date d'examen des bases ressources.

B. LES MESURES DU PLFSS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE

L'annexe 9 du présent projet de loi de financement estime que les mesures nouvelles impactant la branche famille pour 2009 entraîneront, une **dépense de 577 millions d'euros** et des **économies évaluées à 15 millions d'euros**, soit des dépenses nettes de **562 millions d'euros**.

**Mesures nouvelles¹ impactant l'équilibre de la branche famille (tous régimes et régime général)
en 2009**

(en millions d'euros)

Augmentation de la part des majorations de pensions financée par la CNAF	-415
Modulation du complément de mode de garde en cas d'horaires atypiques	-25
Mesures relatives aux assistants maternels	-55
Impact de la hausse des cotisations retraites sur le transfert AVPF	-82
Amélioration du recouvrement des indus	15
Total	-562

Source : annexe 9 du projet de loi de financement

La mesure nouvelle la plus génératrice de dépenses (coût de 415 millions d'euros) résulte de l'augmentation de la part des majorations de pensions en fonction du nombre d'enfants financée par la CNAF.

En revanche, une mesure est **source d'économies : l'amélioration du recouvrement des indus**, pour un montant de 15 millions d'euros.

Au total, le solde de la branche famille s'établit, pour 2009, à - 0,2 milliard d'euros.

1. Le transfert à la branche famille de l'intégralité du financement des majorations de pensions pour les parents de 3 enfants

a) Le droit existant

Actuellement, et depuis le 1^{er} janvier 2003, l'article L223-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les dépenses dues aux majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants², prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au titre de l'article L135-2 du code de la sécurité sociale, font l'objet **d'une contribution à hauteur de 60 % de ces dépenses par la Caisse nationale d'assurance familiale (CNAF).**

Or, si l'on considère cette majoration de pension comme un élément important de la politique familiale, il serait préférable, du point de vue de la lisibilité des missions des différents organismes, que cet avantage familial soit pris en charge **intégralement** par la branche famille.

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.

² La majoration en fonction du nombre d'enfants représente généralement 10 % du montant de la pension pour 3 enfants (auquel il convient de rajouter 5 % supplémentaires par enfant à partir du quatrième dans les régimes spéciaux et la fonction publique).

Les masses versées au titre de la majoration de pensions pour enfants par le FSV représentent **3,8 milliards d'euros en 2007** dont **2,3 milliards proviennent de la contribution de la CNAF**.

b) Le dispositif proposé

L'article 70 vise à transférer à la branche famille, **progressivement sur 3 ans**, le financement des majorations de pensions pour les parents de 3 enfants.

A titre transitoire, le présent article prévoit que le versement de la CNAF au FSV sera de **70 % pour l'année 2009** et de **85 % pour l'année 2010**. **La prise en charge intégrale des ces dépenses sera effective en 2011**.

Votre rapporteur pour avis estime que **cette mesure va dans le bon sens, à savoir celui de la clarification de la prise en charge de cette dépense**. Il doit toutefois préciser que ce transfert de charges, qui **permet avant tout d'alléger les dépenses du FSV – qui retrouve une situation de déficit –**, pèsera lourdement sur l'équilibre de la branche famille avec un coût prévisionnel de **415 millions d'euros**. Ce transfert **sera majoritairement responsable du déficit prévu pour cette branche en 2009**.

2. La modulation du montant du complément de libre-choix du mode de garde en fonction des horaires de travail atypiques des parents

L'article 71 vise à instaurer une majoration du complément de libre-choix du mode de garde pour **compenser les surcoûts liés à la garde de jeunes enfants lors d'horaires atypiques**.

En effet, plusieurs rapports, dont le rapport annuel de la Commission européenne sur la situation de l'emploi en 2006 et l'Enquête Emploi de 2007, ont souligné le développement en France d'horaires de travail décalés ou atypiques (en soirée, de nuit ou le dimanche) qui concernent environ 14 % des familles avec de jeunes enfants. Or, lors de ces périodes, la garde d'enfants est plus coûteuse.

Le présent article propose de remédier à cette situation en modifiant le code de la sécurité sociale afin de **tenir compte des horaires de travail des parents dans l'attribution de l'allocation du complément de mode de garde**.

Un décret ultérieur devrait préciser les modalités pour bénéficier de cette majoration.

Cette mesure est estimée à 25 millions d'euros par le présent projet de loi.

Votre rapporteur pour avis considère qu'**une telle mesure est justifiée par les difficultés croissantes des familles à trouver un mode de garde adapté à leur vie professionnelle**. Il est néanmoins délicat d'évaluer

un tel dispositif en l'absence de détails sur ses conditions d'application, son barème et son montant.

3. L'assouplissement des conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel

L'article 72 introduit deux mesures visant à améliorer l'offre d'accueil de jeunes enfants par les assistants maternels, dans le contexte de volonté du gouvernement de **mettre en place dès 2012 un droit à l'accompagnement à la garde d'enfant**, ce qui impliquerait, selon le Centre d'analyse stratégique, la création de 350.000 places d'accueil dans les cinq ans.

a) La possibilité pour les assistants maternels d'accueillir jusqu'à quatre enfants

La première mesure du présent article consiste à modifier le code de l'action sociale et des familles afin de **permettre aux assistants maternels d'accueillir simultanément, à leur domicile, jusqu'à quatre enfants** (au lieu de 3 actuellement). Le texte original permettait que ces 4 enfants soient **âgés de moins de 3 ans, mais cette possibilité a été supprimée** à l'initiative de notre collègue député M. Hervé Féron.

Le coût de ce premier dispositif est évalué à **50 millions d'euros** dans la mesure où il devrait accroître le nombre de bénéficiaires du complément de libre-choix du mode de garde de la PAJE à raison d'environ 5.000 euros par an et par place créée, ce dernier montant étant estimé à 10.000.

b) La possibilité offerte aux assistants maternels de se regrouper

La seconde mesure autorise **le regroupement d'assistants maternels** en dehors de leur domicile, afin d'accueillir plus d'enfants, dans le cadre d'une convention entre la collectivité locale, la caisse d'allocations familiales et l'assistant maternel concerné et sur autorisation du président du Conseil général.

A l'initiative de notre collègue député Bérengère Poletti, le caractère expérimental pour une durée de trois ans initialement prévu par le présent projet de loi a été abandonné, dans la mesure où ce dispositif a, semble-t-il, déjà été expérimenté avec succès dans trois départements (parmi lesquels la Mayenne).

Selon les renseignements obtenus par votre rapporteur spécial, ce dispositif serait évalué à **5 millions d'euros**.

Si votre rapporteur pour avis estime que cette mesure devrait permettre d'accroître l'offre de garde, il craint néanmoins qu'elle ne soit pas financièrement neutre pour les collectivités locales qui devront vraisemblablement mettre à disposition les locaux pour le regroupement.

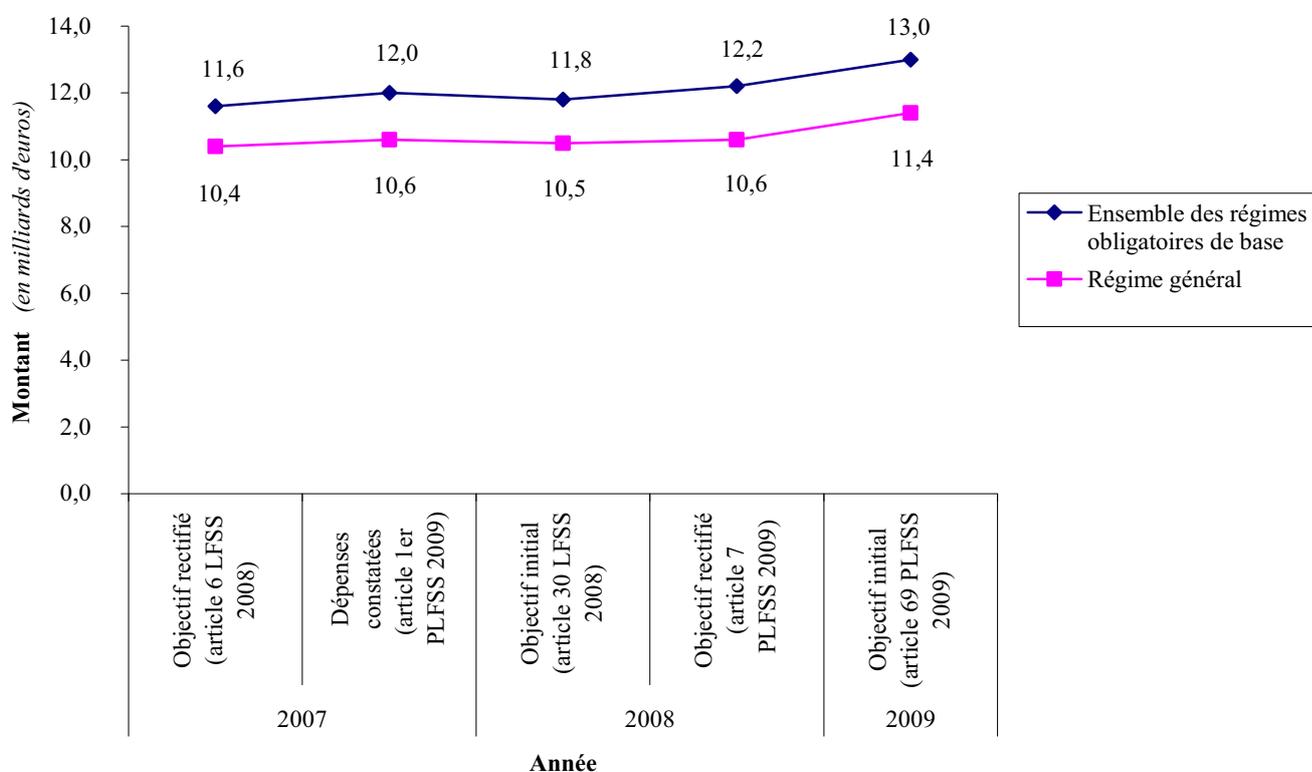
V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

A. LA COMPENSATION VERSÉE À LA BRANCHE MALADIE : UN MONTANT EN AUGMENTATION DE 300 MILLIONS D'EUROS

1. L'objectif de dépenses de la branche pour 2009 (article 69)

Le graphique qui suit retrace l'évolution des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) entre 2006 et 2009.

Evolution des dépenses de la branche AT-MP



Source : commission des finances

Pour 2009, l'article 69 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à :

- **13 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base en 2009, soit une augmentation de 6,5 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2007 ;

- **11,4 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour le seul régime général, soit une augmentation de 7,5 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2007.

Cette forte augmentation s'explique par la majoration de **300 millions d'euros de la compensation versée à la branche maladie**. Ces évolutions sont respectivement de + 4 % et + 4,7 % en ne tenant pas compte de cette mesure.

2. La compensation versée à la branche maladie : un montant réévalué (article 68)

L'article 68 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de fixer le versement à la branche maladie à **710 millions d'euros en 2009**, soit une augmentation de 300 millions d'euros par rapport à 2008 (+ 40 %).

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 souligné 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 a été remis au Parlement et au gouvernement en juin 2008¹. Il estime le montant en cause dans une **fourchette comprise entre 565 millions et 1.015 millions d'euros**.

Votre rapporteur pour avis se félicite de la réévaluation ainsi effectuée, en observant que le montant de la dotation fixé est supérieur au montant minimal des sous-déclarations évalué par le rapport de juin 2008. Avant 2007, il était toutefois traditionnellement fixé à ce niveau.

B. LA CONTRIBUTION AUX « FONDS AMIANTE » : ENVIRON 1,2 MILLIARD D'EUROS EN 2009

Le **drame de l'amiante** a fait l'objet de nombreux travaux, notamment de nos collègues Gérard Dériot et Jean-Pierre Godefroy².

Le coût de ce drame 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).

¹ Rapport de la commission d'évaluation sur le coût des accidents du travail, présidée par M. Noël Diricq, juin 2008.

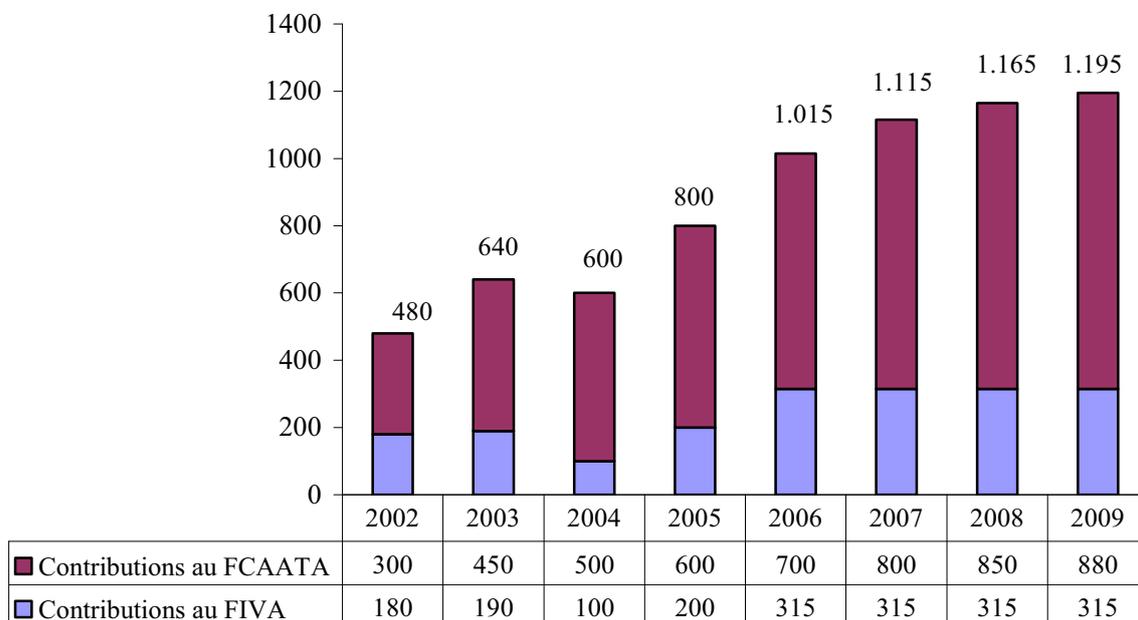
² Rapport d'information n° 37 (2005-2006).

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 7,7 milliards d'euros au financement des fonds sur la période 2003-2009.

L'article 67 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit une dotation totale versée par la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante de 1,2 milliard d'euros, soit une progression **de 30 millions d'euros en 2008 par rapport aux dotations versées en 2007.**

Contribution de la CNAM AT-MP au fonds liés à l'amiante

(en millions d'euros)



Source : lois de financement de la sécurité sociale correspondantes

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 qui suit 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)

1. La situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et la suppression de la contribution patronale versée au fonds (article 67)

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.

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Entrées	9.697	18.032	25.717	33.361	40.397	46.731	52.722
Sorties	545	1.351	3.201	5.962	9.029	13.672	18.813
Nombre d'allocations versées	9.152	16.681	22.516	27.409	31.368	33.059	33.909

Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

Le tableau qui suit retrace l'évolution de la situation budgétaire du FCAATA. On observe que, **depuis 2003, les produits sont inférieurs aux charges supportées par le fonds, qui voit maintenant sa réserve cumulée devenir fortement négative, à hauteur de 280 millions d'euros en 2008.**

Il est à noter que l'article 67 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit la **suppression de la contribution à la charge des entreprises, versées au FCAATA**, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. Selon les réponses au questionnaire budgétaire de votre rapporteur pour avis, plusieurs éléments sont avancés pour justifier cette suppression :

- son faible rendement, de l'ordre de 30 millions d'euros par an, contre un rendement attendu de 100 millions d'euros ;

- ses difficultés de recouvrement en raison d'une identification complexe des entreprises redevables ;

- les nombreux contentieux engendrés, liés « à l'incompréhension [pour les entreprises concernées] de devoir assumer les conséquences d'une charge résultant de reprises successives d'établissements anciens ». « Pour les mêmes raisons, elle constitue un obstacle majeur à la reprise de l'activité des sociétés en redressement ou en liquidation judiciaire et à la transmission, pesant ainsi gravement sur l'emploi dans des secteurs ou des zones géographiques souvent déjà fortement sinistrés »¹.

En conséquence, la dotation de la branche AT-MP au FCAATA est augmentée pour 2009 de 30 millions d'euros, supportée par une majoration des cotisations AT-MP de l'ensemble des employeurs.

La suppression de la contribution sera effective à compter de l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur l'**effet « déresponsabilisant »** pour les entreprises de cette mesure, celle-ci ayant pour conséquence de reporter sur l'ensemble des employeurs le comportement fautif de certaines entreprises. C'est pourquoi il vous propose **un amendement visant à rétablir la contribution des entreprises au**

¹ Réponse à la question 78 du questionnaire budgétaire.

FCAATA. En conséquence, il sera également prévu de ramener la dotation versée en 2009 par la branche AT-MP au FCAATA à 850 millions d'euros.

Evolution de la situation budgétaire du FCAATA

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (prev.)
CHARGES	54	166	325	516	650	787	872	918	931
Charges gérées par la branche AT/MP	50	151	285	442	564	678	754	795	806
ATA brute	39	123	231	358	455	549	608	638	648
Cotisations assurance vieillesse	9	26	49	77	100	118	134	144	144
Charges de gestion des CRAM	0,5	2	5	7	9	11	12	13	13
Charges gérées par la CDC	13	81	40	74	86	109	118	123	125
Cotisations de retraite complémentaire	13	81	40	74	86	103	117	122	123
Charges de gestion CDC	0	0	0,1	0,1	0	8	0,8	1,7	1,6
PRODUITS	134	238	335	483	528	697	753	863	910
Contribution de la branche AT/MP	103	206	300	450	500	600	700	800	850
État – droits tabacs	31	32	34	32	28	29	32	30	28
Produits financiers CDC	0	1	1	0	0	0	1	0	0
Nouvelle contribution employeurs						68	21	33	32
Résultat net	79	72	10	-33	-122	-92	-118	-55	-20
Réserve cumulée	79	152	161	128	6	-86	-204	-260	-280

Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

2. La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (article 67)

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.

Selon les données de l'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le nombre de demande d'indemnisation continue de progresser fortement (+ 33,2 %) pour atteindre 25.579 demandes en 2007.

Depuis sa création et jusqu'au 31 décembre 2007, le montant total des indemnités versées par le FIVA s'élève à 1,64 milliard d'euros.

Evolution de la situation du FIVA

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)
Charges	176,7	462	432	392	356	302	665
Produits	230	100	347	402	402	399	399
Résultat net	53,3	-362	-85	10	45	97	-266
Résultat cumulé depuis 2001	695,5	333,5	251	261	306	403	139

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

L'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale évalue à 665 millions d'euros les charges du FIVA en 2009 et ses produits à 399 millions d'euros, compte tenu des 315 millions d'euros versés par la branche AT-MP en application de l'article 67.

L'année 2009 devrait ainsi être marquée par un doublement des charges du fonds en raison, selon les données de l'annexe 8 au présent projet de loi de financement, de la mise en place d'une cellule spéciale chargée de traiter le stock de dossiers de demandes d'indemnisation. Il en résultera **un solde net fortement négatif (- 266 millions d'euros)** pour 2009. Le solde positif cumulé du fonds depuis sa création, soit 403 millions d'euros en 2008, devrait permettre d'absorber le fort déficit attendu pour 2009.

Votre rapporteur pour avis souhaite que, à l'occasion de l'examen de l'article 67 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le gouvernement donne des précisions quant à l'évolution prévisible de la situation financière du FIVA pour 2009.

C. LES AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP

1. L'amélioration de la prise en charge des dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles (article 65)

L'article 65 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tend à **améliorer la prise en charge de certains frais de santé engagés par la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.**

Aux termes des articles L. 431-1 et L. 432-3 du code de la sécurité sociale, la branche AT-MP prend en charge l'ensemble des frais de produits et prestations liés à l'accident ou à la maladie professionnelle dans la limite des tarifs de responsabilité applicables en matière d'assurance maladie.

Afin de pallier le faible taux de prise en charge de certains produits, résultant de l'écart entre le prix de vente ou la tarification de la prestation et sa base de remboursement, le présent article prévoit de majorer le niveau de prise en charge de certains produits ou prestations.

Pour ce faire, le **I** de l'article 65 modifie la liste des frais de santé pris en charge par la branche AT-MP, en prévoyant, de façon explicite, en son sein, les produits de la liste des produits et prestations (LPP) ainsi que les prothèses dentaires.

Le **II** de l'article 65 modifie les modalités de calcul de la prise en charge de ces deux types de produits et prestations : **leurs tarifs de remboursement seront majorés en application d'un coefficient déterminé par arrêté, dans la limite des frais réellement engagés** lorsque leur prix n'est pas administré.

Cette mesure transpose l'accord des partenaires sociaux du 25 avril 2007 relatif à l'amélioration de la prévention, de la tarification et de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Selon les données de l'annexe 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, son coût s'élèverait à **35 millions d'euros**.

2. La transmission du rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité de travail en cas de contentieux (article 65 bis)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du gouvernement, un article 65 *bis* visant à définir, en cas de contestation d'un taux d'incapacité de travail, les conditions dans lesquels le service du contrôle médical peut transmettre au médecin expert le rapport médical ayant contribué à la fixation de ce taux.

En l'état actuel du droit, les dispositions relatives au respect de la vie privée prévues à l'article 226-13 du code pénal s'opposent à la transmission de ce rapport. Les tribunaux de l'incapacité (TCI) déclarent alors inopposable à l'employeur la décision fixant le taux de l'incapacité de l'assuré en raison du défaut de présentation de ce document et du non respect du contradictoire.

L'amendement adopté vise à pallier cette situation en prévoyant que les dispositions de l'article 226-13 du code pénal ne sont pas opposables au médecin expert ou consultant. A la demande de l'employeur, ce rapport est notifié au médecin qu'il mandate à cet effet. La victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est informée de cette notification.

3. Les conditions de maintien des indemnités journalières versées à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle (article 66)

L'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de maintenir le versement d'une indemnité journalière pour accident du travail ou maladie professionnel en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

L'article 66 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit d'étendre cette possibilité dans deux cas :

- d'une part, **lorsque la victime demande à accéder**, avec l'accord du médecin traitant, **aux actions de formation professionnelle** ;

- d'autre part, au cours de la période pendant laquelle la victime d'un accident du travail ne peut plus recevoir de rémunération liée à son activité salariée et pendant laquelle l'employeur n'a pas encore fait part de sa décision de reclassement ou de licenciement de la personne concernée, celui-ci disposant d'un délai de 30 jours.

Cette mesure fait également suite à une recommandation de l'accord des partenaires sociaux du 25 avril 2007 précité.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires culturelles, un amendement visant à étendre le dispositif lorsque la victime souhaite participer à d'« *autres actions d'évaluation, d'accompagnement ou d'information* ».

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure dont **la finalité est de permettre à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle de bénéficier d'actions lui permettant une réinsertion professionnelle rapide.**

VI. LES MESURES RELATIVES À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

A. LES MESURES RELATIVES AUX ÉCHANGES D'INFORMATIONS

1. La transmission aux caisses d'allocations familiales d'informations relatives aux indemnités journalières (article 77 A)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a substitué au mécanisme de déclaration des allocataires de prestations familiales un système d'échange d'informations avec l'administration fiscale. **Désormais, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent obtenir les informations dont ils ont besoin pour l'ouverture, le maintien de droits ou le calcul de prestations, auprès des services fiscaux.**

Cependant, les indemnités journalières, auparavant déclarées par les allocataires auprès de ces organismes, ne sont pas fiscalisées et ne font donc pas partie des données détenues par les services fiscaux.

C'est pourquoi, l'Assemblée nationale a adopté un **article 77 A**, à l'initiative de notre collègue Dominique Tian, avec l'avis favorable du gouvernement et de la commission des affaires sociales, visant à ce que ces données soient transmises par les régimes obligatoires d'assurance maladie aux services fiscaux, afin que ces derniers les communiquent ensuite aux organismes débiteurs des prestations familiales, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur la lourdeur de la procédure de transmission d'informations ainsi établie.

2. Les échanges de données en matière de fraude internationale (article 79)

L'article 79 vise à **prévoir explicitement les échanges de données personnelles entre les organismes de protection sociale français et leurs homologues étrangers** dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Certaines bases juridiques ont déjà été introduites en vue de renforcer la coopération entre Etats sur ce point. Ainsi :

- s'agissant de la fraude fiscale, l'article L. 114 A du livre des procédures fiscales prévoit que *« sous réserve de réciprocité, les administrations financières peuvent communiquer aux administrations des Etats membres de la communauté européenne des renseignements pour l'établissement et le recouvrement des impôts sur le revenu et sur la fortune, de la taxe sur la valeur ajoutée ainsi que des taxes assises sur les primes d'assurance »* ;

- s'agissant de la fraude sociale, l'article L. 243-7-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les agents chargés du recouvrement peuvent échanger avec les agents investis de pouvoirs analogues dans d'autres Etats étrangers, sous réserve de réciprocité, tous renseignements et tous documents nécessaires à l'appréciation des droits et à l'exécution d'obligations.

Comme le soulignait le Conseil des prélèvements obligatoires, dans son rapport sur la fraude fiscale de mars 2007, des accords bilatéraux en matière d'entraide administrative ont également déjà été conclus – notamment avec le Luxembourg – ou sont en négociation.

Le présent article tend à préciser ces procédures en prévoyant explicitement que les **organismes de protection sociale** – et non plus seulement les agents chargés du contrôle – peuvent échanger des données à caractère personnelle, y compris des données relatives aux revenus des personnes, avec leurs homologues étrangers.

Ces échanges peuvent concerner les Etats-membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, ainsi que les Etats inscrits sur une liste fixée par voie réglementaire.

Le présent article pose une **condition** aux échanges de données : l'équivalence des conditions de protection des données personnelles à celles en vigueur en France.

La **finalité de ces échanges de données** peut être de trois ordres :

- déterminer la législation applicable, prévenir et sanctionner le cumul indu de prestations ;
- déterminer l'éligibilité aux prestations et contrôler le droit au bénéfice de prestations :
- procéder au recouvrement des cotisations et contributions dues et contrôler leur assiette.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Dominique Tian, avec avis favorable du gouvernement, un amendement visant à prévoir l'obligation pour toute personne, ayant résidé à l'étranger au cours des douze derniers mois, de produire tout renseignement ou pièce justificative utiles à l'identification de sa situation fiscale et sociale dans le pays dans lequel il a résidé ou continue à percevoir ses ressources.

Tout en comprenant la finalité du dispositif ainsi introduit, notamment au moment de la Présidence française de l'Union européenne, **votre rapporteur pour avis s'interroge sur la portée réelle de la mesure compte tenu des bases juridiques déjà existantes en la matière**. Votre rapporteur pour avis rappelle à cet égard l'observation du Conseil des prélèvements obligatoires dans son rapport précité : « *Les bases juridiques de la coopération entre Etats ont été sensiblement renforcées au cours des années récentes, si bien que l'amélioration de la coopération ne passe pas, au*

moins à court terme, par des changements dans les textes mais par des solutions pratiques et un engagement fort de la part des Etats ».

B. LA RÉVISION DE LA PROCÉDURE DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES (ARTICLE 77)

1. Les limites du dispositif actuel

L'article 13 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a procédé à la réforme de la procédure des pénalités financières en cas d'abus ou de fraude des professionnels, des établissements de santé et des assurés.

Ce dispositif a néanmoins encore montré des limites, dont témoignent les données chiffrées recueillies par votre rapporteur pour avis auprès du ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique : en 2006, 48 pénalités ont été prononcées pour un montant total de 66.000 euros, alors que, pour la même année, 4.661 cas de fraude ont été détectés sur le terrain. En 2007, le nombre de pénalités prononcées s'élève à 207, pour un montant total de 307.000 euros.

D'après les propos recueillis par votre rapporteur pour avis auprès du ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique, **les causes** de dysfonctionnement sont à rechercher dans plusieurs éléments :

- la procédure actuelle **ne permet pas de poursuivre un nombre important de comportements pourtant répréhensibles** – comme les actes fictifs ou les obstacles aux contrôles ;

- elle prévoit **un plafond et un barème fixe applicables, sans distinction, à tous les auteurs d'infraction – assuré ou établissement de santé – et quel que soit le type d'infraction**. Ce plafond est fixé à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale – soit 5.546 euros au 1^{er} janvier 2008. Ce montant trop réduit par rapport à la gravité de certains actes dissuade souvent le directeur de l'organisme local d'assurance maladie de poursuivre la procédure ;

- le dispositif actuel **ne permet pas d'interrompre la procédure pour des cas fautifs ne nécessitant pas forcément de sanction**. Une procédure de mise en garde a été introduite par voie réglementaire mais s'est avérée inadaptée ;

- la réunion de commissions spécifiques au sein de l'organisme local d'assurance maladie est une procédure lourde. **Les coûts de gestion** et d'organisation de cette procédure seraient plus importants que les pénalités prononcées ;

- la procédure s'avère enfin **inadaptée** en cas de dossiers concernant plusieurs organismes locaux d'assurance maladie et longue en cas de fraude lourde.

2. Le dispositif proposé

L'article 77 tend à répondre à chacune de ces limites :

Le **I** définit **les personnes ou organismes susceptibles d'être sanctionnées** – assuré, employeur, professionnel et établissement de santé.

Deux éléments sont à souligner :

- le présent article **élargit le champ d'application des pénalités** à des cas de fraude qui, en l'état actuel du droit, ne peuvent être poursuivies : il s'agit notamment des abus en matière de couverture maladie universelle complémentaire, d'aide médicale de l'Etat et d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;

- il introduit la **notion de « fraude en bande organisée »**

Le **II** énumère **les cas d'infractions ou omissions** susceptibles d'être sanctionnés, de façon extensive et plus précise qu'en l'état actuel du droit :

- l'inobservation des règles du code de la sécurité sociale, du code de la santé publique ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation ;

- l'obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;

- le défaut de déclaration en cas de changement de situation ;

- l'agissement visant à obtenir, par une fausse déclaration, la protection complémentaire ou le bénéfice du crédit d'impôt pour bénéficiaire de cette assurance, ou encore l'aide médicale de l'Etat ;

- le refus de transmission de certaines informations ;

- les récidives sous certaines conditions ;

- les abus constatés en matière de soins et de prescriptions d'arrêt de travail ;

- le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation ;

- le non respect par les employeurs des obligations de déclaration des accidents du travail ;

- le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

Le **III** définit les différents **types de pénalités** pouvant être prononcées : une pénalité forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 5.546 euros au 1^{er} janvier 2008), pour les abus dont le montant n'est pas déterminé ou difficilement déterminable ; une **pénalité proportionnelle**, dans les autres cas, dans la limite de 50 % du montant de l'abus constaté. Il est également tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de

l'aide médicale de l'Etat. En cas de récidive, le montant de la pénalité est doublé.

Le **IV** définit la procédure contradictoire de notification des faits reprochés à la personne mise en cause et précise les droits de la défense. Dans le cadre de cette nouvelle procédure, est ouverte la possibilité pour le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, avant la saisine de la commission, de ne pas poursuivre la procédure et de prononcer, dans certains cas, un **avertissement** à l'intéressé.

Le **V** définit la composition et les attributions de la commission constituée au sein de l'organisme local d'assurance maladie. Celles-ci ne changent pas par rapport à la procédure actuelle.

Le **VI** vise les cas de fraude concernant plusieurs organismes locaux d'assurance maladie et instaure une possibilité de **délégation** de compétences entre organismes.

Le **VII** prévoit des **pénalités financières renforcées en cas de fraude grave**, définie par voie réglementaire :

- la sanction peut être prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sans sollicitation de la commission ;

- les plafonds de pénalités sont majorés – respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Pour la fraude en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

- un plancher de pénalité est instauré et modulé en fonction des personnes poursuivies.

Le **VIII** précise qu'un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du dispositif qui entre en vigueur à la date de publication de ce décret.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Dominique Tian, avec un avis de sagesse du gouvernement, un amendement visant à tenir informés les organismes d'assurance complémentaire de la pénalité prononcée.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces mesures qui **assouplissent et permettent une meilleure graduation des pénalités financières prononcées en fonction de la gravité de l'infraction.**

**C. LE RENFORCEMENT DES PROCÉDURES PERMETTANT LE
RECOUVREMENT DES INDUS DE PRESTATIONS SOCIALES
(ARTICLE 78)**

L'article 78 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit d'améliorer le recouvrement des indus :

- en étendant aux organismes du régime général le pouvoir de contrainte dont disposent déjà les caisses de mutualité sociale agricole ;
- en permettant de recouvrer des indus d'une prestation familiale sur d'autres prestations et réciproquement.

Votre commission des finances est très sensible à cette question des indus. Elle a notamment mené une analyse précise de ces sujets lors de l'examen de la proposition de loi de notre collègue Michel Mercier renforçant le contrôle comptable du revenu minimum d'insertion¹ et, plus récemment, de l'examen du projet de loi généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion².

1. Le renforcement des pouvoirs de contrainte

Le 1° du I de l'article 78 prévoit tout d'abord de confier des pouvoirs supplémentaires au directeur d'un organisme de sécurité sociale en vue de recouvrer une prestation indûment versée. Celui-ci pourra désormais, dans les délais et selon les conditions fixés par voie réglementaire, **délivrer une contrainte** qui, à défaut d'opposition du débiteur devant la juridiction compétente, **comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.**

Cette disposition est rendue possible, « *sans préjudice des articles L. 133-4 du présent code et L. 725-3-1 du code rural* », qui traitent notamment des moyens de contrôle à disposition des organismes de sécurité sociale pour apprécier le droit aux prestations.

Un tel pouvoir de contrainte existe déjà dans certains cas : les organismes de sécurité sociale peuvent ainsi délivrer des contraintes pour recouvrer :

- les cotisations de sécurité de sociale impayées, en application de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale ;
- les sommes indûment perçues par les professionnels de santé et les établissements de santé qui ne respectent pas les règles de tarification ou de facturation, en application de l'article L. 133-4 du même code ;

¹ Se reporter aux rapports de notre collègue Auguste Cazalet.

² Se reporter au rapport pour avis de notre collègue Eric Doligé.

- les pénalités financières sanctionnant l'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le versement des prestations, en application des articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du même code.

Les caisses de mutualité sociale disposent également de cette faculté.

Les autres organismes n'ont pas cette possibilité : en cas de non paiement des sommes dues, ils sont obligés de saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale pour obtenir un titre exécutoire et exercer le recouvrement selon les voies de droit commun. L'exposé des motifs du présent projet de loi observe que ceci « *induit des frais de gestion, un allongement des délais de recouvrement et un encombrement des tribunaux* ». Notre collègue Auguste Cazalet avait également pu constater la difficulté rencontrée par les différents organismes concernés pour recouvrer les indus de RMI.

Tous les organismes pourront désormais recourir à cette procédure, exorbitante du droit commun, lorsqu'il s'agira de recouvrer des indus de prestations. Elle sera tout particulièrement utile aux caisses d'allocations familiales, qui exercent chaque année, après échec de la procédure de recouvrement amiable, près de 27.000 recours en répétition d'indus.

Votre rapporteur pour avis est donc favorable à cette disposition.

2. Une fongibilité des prestations pour favoriser la récupération des indus

a) Un principe simple, élargi à l'AAH et au RSA

D'autre part, l'article 78 du présent projet de loi instaure une forme de « fongibilité » des prestations en cas de récupération d'indus.

Actuellement, un indu de prestations sociales ne peut être récupéré par les organismes débiteurs que sur les prestations du même fonds : les indus de prestations familiales sont ainsi recouvrés sur les seules prestations familiales, en application de l'article L. 553-2 du code de la sécurité sociale¹, les indus d'allocation de logement sociale sur cette seule allocation, en

¹ *Tout paiement indu de prestations familiales peut, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. Dans des conditions définies par décret, ces retenues sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. Les mêmes règles sont applicables en cas de non-remboursement d'un prêt subventionné ou consenti à quelque titre que ce soit par un organisme de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole. La créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.*

application de l'article L. 835-3¹ et les indus d'aide personnalisée au logement sur la seule aide personnalisée au logement, en application de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

L'article 78, qui donne suite à une recommandation de la RGPP, selon l'exposé des motifs, a pour objectif de faciliter le recouvrement des indus, en permettant aux organismes débiteurs des prestations familiales de **recouvrer l'indu d'une allocation sur les autres aides versées à l'allocataire.**

Cette mesure vise ainsi à « mettre fin à une incohérence du dispositif actuel où des allocations continuent d'être versées alors que des sommes sont réclamées simultanément au même bénéficiaire mais au titre d'autres prestations ».

Initialement, ce dispositif ne s'appliquait qu'aux trois prestations mentionnées précédemment : prestations familiales, allocation de logement sociale et aide personnalisée au logement.

La formule utilisée est à chaque fois la même : par exemple, tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement sociale, soit au titre de l'APL.

En outre, une **harmonisation des rédactions** est recherchée, notamment afin de prévoir systématiquement la possibilité de réduction ou de remise de la créance de l'organisme en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

Comme le précisait l'exposé des motifs du présent projet de loi de financement, *« cette compensation inter-fonds est limitée dans un premier temps au fonds national des prestations familiales (FNPF) et au fonds national d'aide au logement (FNAL) et ne concerne donc que les seuls recouvrements des prestations familiales et des aides personnelles au logement. Elle a vocation à être étendue à terme au revenu de solidarité active, dès que les modalités techniques auront été fixées en lien avec les départements ».*

L'Assemblée nationale a souhaité accélérer cette démarche et a prévu, à l'initiative de notre collègue députée Mme Boyer, et sous le bénéfice de cinq sous-amendements présentés par la commission des affaires

¹ *Tout paiement indu d'allocation de logement sociale peut, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par retenues sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. Dans des conditions définies par décret, ces retenues sont déterminées en fonction de la composition du ménage, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret.*

culturelles, **inclure dans le champ de cette « fongibilité » l'allocation aux adultes handicapés et le revenu de solidarité active.**

A défaut de pouvoir être récupéré sur la prestation initiale, un indu de prestations familiales pourra ainsi être récupéré sur l'allocation aux adultes handicapés ainsi que sur le complément de ressources et la majoration pour la vie autonome (dans la limite de la retenue mensuelle calculée selon le barème de recouvrement personnalisé, qui tient compte de la capacité contributive de l'allocataire) ou sur le revenu de solidarité, et vice versa.

Compte tenu des travaux techniques préalables, la date d'effet des dispositions relatives à l'élargissement de ce mécanisme au **RSA** est fixée au **1^{er} janvier 2010**.

b) Une mise en œuvre qui pourrait s'avérer complexe et doit faire l'objet d'un réel suivi comptable

Le principe de ce dispositif est simple et obtient l'approbation de votre rapporteur pour avis, dans la mesure où il permet d'optimiser la gestion de l'argent public et de recouvrer, sur des prestations financées par des fonds publics, des sommes ayant été indûment versées grâce à des fonds publics.

Sa mise en œuvre est en revanche plus complexe et doit faire l'objet d'une attention toute particulière.

D'une part, le texte proposé, notamment pour le RSA, s'avère en apparence moins protecteur que celui du projet de loi généralisant le revenu de solidarité active, qui fixait une limite mensuelle aux retenues possibles. Dans le texte adopté par l'Assemblée, une harmonisation des différentes règles est recherchée – ce qui est effectivement souhaitable – et c'est le dispositif prévu pour l'allocation de logement sociale qui s'appliquera : dans des conditions définies par décret, les retenues sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. **Il conviendra donc d'obtenir du gouvernement des précisions sur ses intentions, afin de ne pas placer certaines personnes dans des situations socialement intenable.**

D'autre part, une telle mesure nécessitera un suivi comptable très précis, car les prestations faisant l'objet de cette « fongibilité » en cas d'indus ne sont pas financées par les mêmes personnes morales : les prestations familiales dépendent des caisses d'allocations familiales, l'AAH est financé par l'Etat, tandis que le RSA relèvera des départements pour le RSA de base et du fonds national des solidarités actives (FNSA) pour le RSA chapeau.

Or, votre rapporteur pour avis observe qu'aucune précision n'est apportée sur ce point dans le texte adopté par l'Assemblée nationale.

D. LES AUTRES MESURES

1. La limitation du recours aux attestations sur l'honneur dans le cadre des régularisations des cotisations prescrites (article 80)

Le dispositif de **régularisation d'arriérés de cotisations**, prévu par l'article R. 351-11 du code de la sécurité sociale, permet aux assurés d'effectuer un versement rétroactif de cotisations d'assurance vieillesse au titre de périodes d'activité salariée rémunérée pour lesquelles les cotisations dues n'ont pas été versées par l'employeur ou ne l'ont été qu'en partie.

Selon l'exposé des motifs de l'article 80, cette procédure a fait l'objet d'une utilisation croissante depuis 2008 notamment pour remplir les conditions d'un départ à la retraite anticipée avant soixante ans. Afin de contrôler le recours à ce dispositif, une circulaire ministérielle du 23 janvier 2008 est venue **encadrer plus particulièrement les conditions de recours aux attestations sur l'honneur dans ce cadre**. La circulaire prévoit ainsi notamment que ce mode de preuve ne peut être utilisée que pour justifier une période de travail n'excédant pas quatre trimestres.

L'article 80 transpose cette disposition dans le code de la sécurité sociale en prévoyant que, dans le cadre des régularisations d'arriérés de cotisations sociales et à défaut de preuve probante de l'activité réalisée, le recours à **l'attestation sur l'honneur ne pourra permettre de valider que quatre trimestres au plus**.

Le dispositif est applicable aux décomptes de cotisations adressés à compter du 1^{er} janvier 2009.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette mesure qui devrait permettre de réduire le recours abusif aux attestations sur l'honneur.

2. Les annulations d'exonérations de cotisations sociales (article 77 bis)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux, et avec l'avis favorable du gouvernement, un **article 77 bis** visant à étendre la possibilité d'annuler des exonérations de cotisations sociales en cas de déclaration partielle de rémunération. **Votre rapporteur pour avis note cette disposition qui s'inscrit dans la lutte contre le travail dissimulé.**

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 5 novembre 2008, sous la présidence de M. Jean Arthuis, président, la commission a procédé à l'examen du rapport pour avis de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, sur le projet de loi n° 80 (2008-2009) de financement de la sécurité sociale pour 2009.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 était dense et a précisé qu'il ne s'était pas saisi pour avis des mesures relatives à l'organisation des branches, qui n'avaient aucun impact financier, ni de la partie relative à l'ONDAM médico-social, compte tenu de la mise en place de la mission sénatoriale commune d'information sur le cinquième risque.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a souligné que ce projet de loi était marqué par deux nouvelles reprises de dettes :

- 26,6 milliards d'euros devraient ainsi être transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), au titre des déficits cumulés des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse. Il rappelle que la CADES avait jusqu'à présent repris 107,6 milliards d'euros de dettes, dont 37,5 milliards d'euros devraient être amortis à la fin de l'année 2008. Il a précisé que l'extinction de la dette sociale était prévue en 2021 et que les charges financières supportées par le régime général seraient allégées d'1,1 milliard d'euros ;

- après avoir apuré la dette « héritée » du BAPSA, le projet de loi de finances pour 2009 propose de transférer à l'Etat la dette propre du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA), soit 7,5 milliards d'euros. **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a précisé que ce projet de loi de financement prévoyait, quant à lui, la suppression du FFIPSA et l'adossement de la branche maladie du régime social agricole au régime général. Cette opération devrait être neutre financièrement en 2009, en raison de l'affectation du produit de la taxe sur les véhicules de société au financement de la protection sociale agricole. En revanche, elle ne le serait plus à compter de 2010, le rendement de cette taxe progressant moins que l'évolution des dépenses d'assurance maladie du régime social agricole.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ensuite mis en perspective les nombreux transferts de recettes et de dépenses prévus par le projet de loi de financement.

Il a précisé, en particulier, les modalités de la reprise de dette opérée par la CADES, puis souligné que la situation financière restait difficile, le régime général ne devant renouer avec l'équilibre qu'en 2012.

Il a noté que ce PLFSS proposait pourtant des mesures de redressement des comptes afin de ramener le déficit du régime général de 15 milliards d'euros fin 2009, en tendance, à 8,6 milliards d'euros. Malgré cela, le plafond d'avances de trésorerie fixé pour le régime général en 2009 reste élevé, puisqu'il s'établirait à 17 milliards d'euros après reprise de dette.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a noté que le redressement proposé par ce PLFSS s'expliquait par des mesures d'économie, mais également par des transferts entre organismes et un surcroît de recettes résultant, notamment, de l'instauration d'un « forfait social » (nouvelle contribution patronale de 2 % sur les éléments de rémunération actuellement exclus de l'assiette des cotisations).

S'agissant de l'évolution des dépenses, il a noté que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), est fixé à 157,6 milliards d'euros, en progression de 3,3 % par rapport à 2008, ce qui supposait de réaliser 2,2 milliards d'euros d'économies. Il a rappelé le constat de la Cour des comptes, selon laquelle « les conditions d'élaboration des ONDAM annuels et pluriannuels n'ont pas permis de fiabiliser cet outil qui fait l'objet d'un affichage volontariste non appuyé sur des mesures d'économies crédibles », ce qui invite à la prudence.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ensuite formulé deux observations principales, l'une relative à la branche maladie, la seconde relative à la branche vieillesse.

Il s'est interrogé tout d'abord sur le mouvement visant à taxer davantage les organismes complémentaires, tout en prévoyant de mieux les associer aux négociations conventionnelles. Il a souligné l'importance de cette mesure prévue pour être « pérenne », et est revenu sur la répercussion éventuelle de cette contribution sur les assurés ou les adhérents.

Puis il a évoqué la structure même du système de protection sociale. Ce basculement vers les organismes complémentaires pourrait n'être qu'un premier pas vers un basculement global de 3 ou 4 milliards d'euros, comme les équipes de la révision générale des politiques publiques ou par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avaient pu l'évoquer.

Par ailleurs, une intervention accrue des organismes complémentaires conduirait à faire évoluer la gestion du risque, ce qui renverrait à la possibilité ou non d'être libre de contracter avec les offreurs de soins.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, s'est également interrogé sur les modalités de financement des régimes de retraites, ce PLFSS mettant en place des mesures assez cohérentes destinées à permettre aux personnes qui le souhaitent de travailler plus longtemps. Il s'est toutefois interrogé sur leur capacité à réduire les déséquilibres.

Il a également émis des doutes sur la capacité à financer les régimes de retraites sans augmenter globalement les prélèvements obligatoires, conformément au schéma prévu par la réforme des retraites de 2003, qui

prévoyait d'augmenter les cotisations vieillesse en diminuant à due concurrence les cotisations chômage.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a jugé nécessaire de préciser le rôle exact du fonds de réserve pour les retraites (FRR), qu'il fallait continuer à abonder, même s'il connaît une année 2008 difficile.

Il a également observé que ce projet de loi de financement traduisait un effort pour mieux gérer certains fonds qui faisaient l'objet de surdotations, et rappelé qu'il avait proposé au cours des années passées, sans succès, de réduire les dotations de certains d'entre eux, comme le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Il s'est donc félicité de ce que les dotations prévues pour 2008 aient été en partie annulées et de ce que les dotations proposées pour 2009 soient moins importantes.

Il a ensuite noté que ce PLFSS proposait une réorganisation des organismes intervenant dans le domaine des systèmes d'information de santé, ce qui répond aux préconisations formulées par la commission à l'automne 2007. Quant à la mise en place du dossier médical personnel (DMP), il a pris acte des déclarations de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports faisant état d'une relance du projet, mais a déclaré attendre les résultats, les discours ayant eu, par le passé, du mal à se concrétiser.

Il a également observé que le projet de loi aménageait le dispositif de l'indemnité temporaire de retraite en outre-mer et en a précisé le contenu.

Enfin, il a regretté que le PLFSS ne tienne pas compte des propositions qu'il avait récemment formulées en matière de taxation de l'industrie du médicament. Il proposera donc des amendements afin de donner suite à certaines de ses propositions.

M. Jean Arthuis, président, a souhaité savoir si le Gouvernement entendait réviser les hypothèses macroéconomiques sur lesquelles le PLFSS avait été initialement construit. Il a souhaité que le Gouvernement puisse procéder à cet ajustement lors de son examen par le Sénat.

M. Serge Dassault s'est interrogé sur la part du financement de la sécurité sociale supportée, d'une part, par les cotisations sociales et, d'autre part, par les impôts et taxes affectés. Il a souligné le poids important des cotisations sociales destinées au financement de la branche maladie et de la branche famille, indiquant que celles-ci pesaient lourdement sur le coût du travail.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a rappelé que, pour 2009, les ressources affectées au financement de la sécurité sociale, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, représentaient 432,6 milliards d'euros, dont 265 milliards d'euros correspondent à des cotisations sociales et 117,7 milliards d'euros à des impôts et taxes affectés. Il a précisé que 80 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie et 35 milliards d'euros de dépenses de la branche famille étaient financés par des cotisations sociales.

Après avoir souhaité l'élaboration d'un glossaire afin de faciliter la compréhension du PLFSS, **Mme Michèle André** a souhaité connaître l'état d'avancement de la mise en œuvre du DMP.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué que, lors de l'examen par l'Assemblée nationale, de l'article 35 du PLFSS prévoyant la création d'une agence pour les systèmes d'information partagés, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, avait fait part de sa volonté de reprendre le chantier du DMP et avait précisé le rôle qu'elle souhaitait voir jouer par cette agence.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ajouté qu'il attendrait les traductions concrètes, car les discours avaient souvent eu du mal à se réaliser. Il a indiqué qu'il profiterait du débat thématique sur l'hôpital pour interroger la ministre de la santé sur cette question.

M. Jean Arthuis, président, a indiqué que la mise en place de systèmes d'information efficaces dans le domaine de la santé constituait, en effet, un préalable à toute réforme.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a ajouté que la mise en œuvre du DMP nécessiterait, d'une part, une formation adaptée des directeurs d'hôpitaux, afin de les sensibiliser à la question des systèmes d'information, et, d'autre part, un effort de vulgarisation à l'égard des patients.

Etant donné la situation économique actuelle et l'augmentation attendue du chômage, **Mme Nicole Bricq** a souhaité obtenir des compléments d'information quant à l'intérêt de reporter à 70 ans la possibilité de mettre à la retraite des salariés. Elle s'est interrogée sur les hypothèses macro-économiques sur lesquelles la réforme des retraites avait été envisagée, ainsi que sur la capacité du Gouvernement à respecter le schéma de financement élaboré en 2003, à savoir augmenter les cotisations vieillesse en diminuant à due concurrence les cotisations chômage. Elle a également souhaité obtenir des précisions sur la « feuille de route » du FRR.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué qu'il convenait de favoriser les carrières longues et de permettre aux individus le souhaitant de travailler plus longtemps. S'agissant du FRR, il a rappelé que la mission principale de ce fonds consistait 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. Il a précisé que les ressources du fonds s'élevaient aujourd'hui à 31,4 milliards d'euros, dont 60 % faisaient l'objet de placements en actions. Il a rappelé que, lors de sa création, il était prévu que les réserves du FRR atteignent 150 milliards d'euros d'ici à 2020, ce qui ne sera pas le cas, sauf si le fonds dispose d'abondements supérieurs à ceux des dernières années.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a souhaité que le Gouvernement précise le rôle assigné au FRR dans le financement à long terme du système de retraites par répartition, notamment dans un contexte

financier difficile marqué, pour la première fois, par une performance annuelle négative du rendement des actifs.

M. Philippe Marini, rapporteur général, a indiqué que l'existence de ce fonds se justifiait tant que les placements effectués par le FRR offraient un rendement supérieur à l'amortissement de la dette.

M. Jean-Pierre Fourcade a souhaité connaître les causes de l'évolution du solde de la branche famille, qui, entre 2007 et 2009, passerait d'un excédent de 200 millions d'euros à un déficit de 200 millions d'euros. Il a également demandé des précisions sur les dispositions adoptées à l'Assemblée nationale en matière de médicaments génériques.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué que le déficit de la branche famille résultait notamment du transfert progressif à la branche famille de l'intégralité du financement des majorations de pensions pour les parents ayant plus de trois enfants. En ce qui concerne les médicaments génériques, il a précisé que l'Assemblée nationale avait adopté un amendement visant à rendre obligatoire la prescription, en dénomination commune internationale (DCI), des médicaments génériques, ce qui devrait en favoriser le développement. Il a ajouté que la généralisation du dispositif « générique contre tiers-payant » serait également de nature à en accroître la consommation.

Répondant à **M. Marc Massion**, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a précisé que les « cotisations fictives » correspondaient aux situations dans lesquelles l'employeur fournit directement des prestations sociales, sa contribution au financement de ces prestations étant alors comptabilisée en tant que « cotisations fictives ».

Répondant à M. Serge Dassault, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a précisé que les taxes et impôts affectés au financement de la sécurité sociale comprenaient notamment la contribution sociale généralisée (CSG), la contribution de 2 % sur les revenus du capital, la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S), ainsi que toutes les recettes fiscales finançant les allègements généraux de cotisations sociales ou les exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires.

Il a rappelé, s'agissant des opérations de reprise de dette, que 26,6 milliards d'euros devraient être transférés à la CADES en 2009, au titre des déficits cumulés des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse, soulignant que la CADES avait, jusqu'à présent, repris 107,6 milliards d'euros de dettes, dont 37,5 milliards d'euros devraient être amortis à la fin de l'année 2008.

M. Philippe Adnot a souhaité obtenir des précisions sur l'article 61 du PLFSS relatif aux conditions de mise à la retraite après 65 ans.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué que, suite aux modifications apportées par l'Assemblée nationale, il serait désormais

possible aux salariés qui le souhaitent de prolonger leur activité au-delà de 65 ans, sous réserve d'en avoir préalablement manifesté l'intention auprès de leur employeur et dans la limite de cinq années. L'employeur devra interroger son salarié, chaque année, sur ses intentions. Il ne pourra pas mettre à la retraite un salarié qui souhaite poursuivre son activité avant que ce salarié n'atteigne 70 ans.

M. Philippe Marini, rapporteur général, s'est interrogé sur les écarts de coûts du travail pouvant exister entre les établissements de santé publics et les établissements de santé privés à but non lucratif et a souhaité connaître les raisons du retrait de l'amendement déposé par M. Alain Vasselle, lors de l'examen du PLFSS pour 2008, tendant à instaurer un coefficient correcteur s'appliquant aux tarifs nationaux d'hospitalisation, destiné à compenser ce différentiel de charges. Il a souhaité pouvoir soutenir M. Alain Vasselle, cette année, si ce dernier souhaitait représenter son amendement.

Puis la commission a procédé à l'examen des amendements sur les articles de ce projet de loi de financement.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué qu'il pourrait déposer, à titre personnel, un amendement instaurant un dispositif de « fragrance sociale » en cas de travail dissimulé.

A l'article 12 (Majoration de la taxe versée par les organismes complémentaires au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie), la commission a adopté un amendement supprimant une disposition introduite par l'Assemblée nationale, prévoyant une compensation intégrale des charges supportées par la CNAMTS au titre des bénéficiaires de la CMU complémentaire, alors que les organismes complémentaires resteraient soumis à une compensation forfaitaire.

Elle adopté, à l'unanimité, deux amendements à l'article 14 (Taxes sur les entreprises du médicament), afin de donner suite aux propositions de son rapport n° 427 (2007-2008) sur la taxation de l'industrie du médicament :

- le premier, afin de fixer le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises du médicament à 1 % au cours des années 2009 à 2011 ;

- le second, afin de fixer le « taux K », qui conditionne le déclenchement de la clause de sauvegarde sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, à 1,4 % au cours des années 2009 à 2011.

De même, pour donner suite à une autre proposition de son rapport sur la taxation de l'industrie du médicament, la commission a, à l'unanimité, adopté un article additionnel après l'article 14 offrant une base législative au conseil stratégique des industries de santé, en précisant ses modalités de fonctionnement ainsi que sa composition.

Puis elle a, à l'unanimité, adopté un amendement tendant à supprimer l'article 17 bis (Exonération du paiement de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés pour une partie du chiffre d'affaires réalisé par les grossistes-répartiteurs).

La commission a adopté un amendement à l'article 19 (Dispositions relatives à la sécurité juridique des cotisants), afin de transposer les dispositions prévues par cet article au sein du code rural.

Elle a ensuite adopté, après l'intervention de **M. Jean-Pierre Fourcade**, un amendement à l'article 30 (Plafonds d'avances de trésorerie), tendant à réduire, à titre conservatoire, de 50 à 40 millions d'euros le plafond d'avances de trésorerie fixé pour la Caisse de retraites du personnel de la RATP, afin d'initier un débat sur les modalités et le calendrier de son adossement au régime général.

Abordant les dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie pour 2009, après les interventions de **Mme Michèle André** et de **MM. Jean Arthuis, président**, et **Jean-Pierre Fourcade**, la commission a évoqué la question de la modulation du plafond des franchises sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires en fonction du revenu.

La commission a ensuite adopté, à l'unanimité, un amendement à l'article 32 (Contenu du rapport transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) au Parlement), afin de réduire de 1 % à 0,5 % le seuil à partir duquel le risque de dépassement de l'ONDAM est jugé sérieux, le franchissement de ce seuil entraînant le déclenchement de la procédure d'alerte.

Elle a adopté un amendement à l'article 33 (Instauration d'une rémunération complémentaire pour les enseignants de médecine générale en vue de compenser leur perte de rémunération liée à l'exercice de leur fonction d'enseignant), afin de lier les contreparties financières accordées aux enseignants de médecine générale au respect des engagements de bonne prescription et de bon usage de soins.

A l'article 36 (Analyse des dépenses de médicaments figurant sur la « liste en sus » et dispositions relatives à la prescription des médicaments orphelins), la commission a adopté un amendement tendant à rendre automatique la procédure de régularisation des prescriptions hospitalières de médicaments les plus onéreux, dès lors que l'agence régionale de l'hospitalisation estime que l'établissement de santé présente un taux d'évolution atypique de ce type de prescriptions.

La commission a ensuite adopté un amendement tendant à supprimer l'article 37 quater (Evaluation des molécules innovantes).

Elle a adopté un amendement à l'article 39 (Suivi des dépenses hospitalières), tendant à supprimer la consultation de l'observatoire de

l'hospitalisation publique et privée avant le déclenchement de la procédure de régulation infra-annuelle des tarifs des prestations hospitalières.

Après les interventions de **M. Marc Massion** et de **Mme Nicole Bricq**, elle a également adopté un amendement portant article additionnel après l'article 39, afin de supprimer l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

La commission a ensuite adopté trois amendements à l'article 41 (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) :

- le premier afin de préciser les missions de l'agence ;
- les deux autres ayant une portée rédactionnelle ou de coordination.

Après les interventions de **Mme Michèle André** et de **M. Jean-Pierre Fourcade**, la commission a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 50, afin d'améliorer l'information donnée par le professionnel de santé au patient, en permettant à celui-ci une meilleure comparaison des devis médicaux.

MM. Philippe Adnot et **Serge Dassault** ont fait part de leurs réserves sur les dispositions de l'article 61 (Suppression des dispositifs de mise à la retraite d'office des salariés).

A l'article 67 (Dotations versées aux « fonds amiante »), après l'intervention de M. Serge Dassault, elle a adopté, à l'unanimité, un amendement tendant à maintenir la contribution à la charge des entreprises, versée au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

La commission a alors émis un avis favorable à l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ainsi amendé.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

ARTICLE 12

Supprimer le 6° du I de cet article.

ARTICLE 14

I. Rétablir le 4° du I de cet article dans la rédaction suivante :

4° La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 245-6 est ainsi rédigée : « Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2009, 2010 et 2011 est fixé à 1 %. »

II. Supprimer le I *bis* de cet article.

III. Rédiger comme suit la seconde phrase du III de cet article :

Le 4° du I est applicable pour la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé à compter du 1^{er} janvier 2009.

ARTICLE 14

Dans le II de cet article, remplacer les mots :

de l'année 2009

par les mots :

des années 2009, 2010 et 2011

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 14

Après l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16 A.* - Le conseil stratégique des industries de santé examine chaque année, au regard de l'évolution des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, de celle des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et de celle de l'état sanitaire de la population, les conditions de régulation des dépenses précitées ainsi que la politique menée en faveur de la recherche et de l'innovation dans le secteur des médicaments et des dispositifs médicaux. Ses observations sont transmises au Parlement avant le 15 septembre.

« Outre les ministres chargés de la santé, du budget et de l'industrie, sa composition, précisée par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de l'industrie, comprend notamment :

« 1° un représentant de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

« 2° un représentant du Comité économique des produits de santé ;

« 3° un représentant de l'Agence française des investissements internationaux ;

« 4° des représentants des industries de santé. »

ARTICLE 17 BIS

Supprimer cet article.

ARTICLE 19

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

III. Le code rural est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 725-24, il est inséré un article L. 725-25 ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-25.* - Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes ou de décisions à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluider ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, auraient normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles.

« En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les organismes de recouvrement peuvent également soumettre le litige à l'avis du comité. Si ces organismes ne se conforment pas à l'avis du comité, ils doivent apporter la preuve du bien fondé de leur rectification.

« La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions de l'article L. 725-24 en fournissant aux organismes concernés tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis.

« L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit. » ;

2° Après l'article L. 725-3-1, il est inséré un article L. 725-3-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-3-2.*- Les dispositions de l'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations et contributions sociales ainsi qu'aux majorations et pénalités dues par les employeurs de salariés agricoles à la suite du constat de l'infraction de travail dissimulé. »

ARTICLE 30

Dans la dernière ligne du tableau constituant le deuxième alinéa de cet article, remplacer le montant :

50

par le montant :

40

ARTICLE 32

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

IV. - Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 du même code, le taux : « 1 % » est remplacé par le taux : « 0,5 % ».

ARTICLE 33

Après la première phrase du second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 183-1-3 du code de la sécurité sociale, insérer une phrase ainsi rédigée :

Le versement de la rémunération complémentaire mentionnée au premier alinéa est conditionné à l'atteinte des objectifs fixés dans ces contrats.

ARTICLE 36

I. Dans le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

peut décider de conclure

par le mot :

conclut

II. Dans la première phrase du dernier alinéa du même texte, remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

ARTICLE 37 QUATER

Supprimer cet article.

ARTICLE 39

I. Dans la première phrase du second alinéa du IV de cet article, supprimer les mots :

, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée,

II. Procéder à la même suppression dans le second alinéa du V de cet article.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 39

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :
L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.

ARTICLE 41

(art. L. 6113-10 du code de la santé publique)

Rédiger comme suit le second alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6113-10 du code de la sécurité sociale :

« L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico sociaux à améliorer le service rendu aux patients, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils, dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. Elle peut, à cette fin, procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico sociaux.

ARTICLE 41

A la fin du dernier alinéa du II de cet article, remplacer les mots :
avant le 1^{er} janvier 2012
par les mots :
jusqu' au 1^{er} janvier 2010

ARTICLE 41

Compléter le II de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

Le III *quater* de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est supprimé à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 50

Après l'article 50, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque l'acte inclut la fourniture d'une prothèse, l'information délivrée au patient doit mentionner le coût de la prothèse. »

ARTICLE 67

I. Supprimer le I de cet article.

II. Dans le II de cet article, remplacer le montant :

880 millions

par le montant :

850 millions

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
ALS	Allocation de logement à caractère social
AMO	Assurance maladie obligatoire
APE	Allocation parentale d'éducation
APJE	Allocation pour jeune enfant
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ASIP	Agence des systèmes d'information de santé partagée
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATSEM	Agent territorial spécialisé d'écoles maternelles
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CDAJE	Commission départementale d'accueil des jeunes enfants
CEPS	Comité économique des produits de santé
CESU	Chèque emploi service universel
CIAP	Comité interministériel d'audit des programmes
CMG	Complément mode de garde
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COR	Conseil d'orientation des retraites
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CRPRATP	Caisse de retraite du personnel de la RATP
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Cotisation sociale généralisée
C3S	Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés
DAIPE	Dispositif d'aide à l'investissement petite enfance
DCI	Dénomination commune internationale
DMP	Dossier médical personnel
DP	Dossier pharmaceutique
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses

EPRUS	Etablissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FFIPSA	Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GHS	Groupe homogène de séjours
GIP	Groupement d'intérêt public
GMSIH	Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
LOLFSS	Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MAP	Ministère de l'agriculture et de la pêche
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MISS	Mission d'informatisation des systèmes de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
ODD	Objectif de dépenses délégué
ODMCO	Objectif de dépense de médecine et de chirurgie obstétrique
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, iatrogènes et des infections nosocomiales
OQN	Objectif quantifié national
PAJE	Prestation d'accueil des jeunes enfants
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSI	Régime social des indépendants
SDSI	Schéma directeur des systèmes d'information
SEL	Société d'exercice libéral
SRIH	Structure régionale d'informatique hospitalière (SRIH)

T2A	Tarification à l'activité
TVS	Taxe sur les véhicules de société
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union national des organismes complémentaires d'assurance maladie