

N° 90

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 novembre 2010

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2011,***

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, vice-présidents ; MM. Philippe Adnot, Jean-Claude Frécon, Mme Fabienne Keller, MM. Michel Sergent, François Trucy, secrétaires ; M. Philippe Marini, rapporteur général ; M. Jean-Paul Alduy, Mme Michèle André, MM. Bernard Angels, Bertrand Auban, Denis Badré, Mme Marie-France Beaufils, MM. Claude Belot, Pierre Bernard-Reymond, Auguste Cazalet, Yvon Collin, Philippe Dallier, Serge Dassault, Jean-Pierre Demerliat, Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, MM. Éric Doligé, Philippe Dominati, André Ferrand, François Fortassin, Jean-Pierre Fourcade, Adrien Gouteyron, Charles Guené, Claude Haut, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Yves Krattinger, MM. Gérard Longuet, Roland du Luart, Jean-Pierre Masseret, Marc Massion, Gérard Miquel, Albéric de Montgolfier, François Rebsamen, Jean-Marc Todeschini, Bernard Vera.*

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 2854, 2912, 2916 et T.A. 553

Sénat : 84 et 88 (2010-2011)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER : EXPOSÉ GÉNÉRAL	11
I. UN TRANSFERT DE DETTE LOIN DE SOLDER LE PASSÉ ET DE SÉCURISER L'AVENIR	11
A. UNE RÉORGANISATION DE LA GESTION DE LA DETTE SOCIALE INDISPENSABLE APRÈS LA CRISE	11
1. <i>Le dynamisme de la dette sociale, une préoccupation majeure</i>	11
2. <i>L'ACOSS : le retour à la normale après une année 2010 marquée par un plafond d'avances historique (article 33)</i>	14
3. <i>Le nouvel appel à la CADES : un choix justifié</i>	19
B. UN COMPROMIS FINANCIER NON SATISFAISANT	23
1. <i>Le schéma de reprise de dette présenté par le Gouvernement (article 9)</i>	23
2. <i>Les modalités de refinancement de la dette sociale, un point de désaccord majeur pour votre rapporteur pour avis (article 9)</i>	26
C. DES DETTES OUBLIÉES ?	31
1. <i>Le transfert des déficits à la CADES, une mesure de gestion qui n'enraye pas la dynamique de la dette sociale</i>	31
2. <i>Les futurs déficits de la branche maladie</i>	31
3. <i>La dette des hôpitaux</i>	34
II. LA PROGRAMMATION PLURIANNUELLE 2011-2014, UN RISQUE DE LENDEMAINS QUI DÉCHANTENT ?	42
A. LE « BIAIS OPTIMISTE » DES HYPOTHÈSES MACRO-ÉCONOMIQUES RETENUES	42
1. <i>L'hypothèse de croissance du PIB et de la masse salariale</i>	42
2. <i>L'hypothèse de taux de chômage dans le cadre de la réforme des retraites</i>	47
B. QUELS EFFORTS POUR QUELLES BRANCHES ?	50
1. <i>La branche maladie : un ONDAM très « ambitieux »</i>	50
2. <i>La branche vieillesse : un rééquilibrage des comptes d'ici 2018 ?</i>	52
C. UN DÉFICIT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ENCORE 15,3 MILLIARDS D'EUROS À L'HORIZON 2014	61
III. LES LEVIERS D'AJUSTEMENT ET L'AMÉLIORATION DU PILOTAGE DES COMPTES SOCIAUX	65
A. LES MESURES AFFECTANT LES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	65
1. <i>La poursuite de la réduction des niches sociales par le présent PLFSS pourrait être renforcée</i>	65
2. <i>Vers une refondation du financement de la protection sociale ?</i>	66
B. COMMENT ALLER PLUS LOIN EN MATIÈRE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES	67
1. <i>Des pistes d'efficience, maintenant bien connues, en matière d'assurance maladie</i>	67
2. <i>La nécessaire redéfinition des rôles entre l'assurance obligatoire et les complémentaires santé</i>	73

C. VERS UN PILOTAGE CRÉDIBLE DES DÉPENSES SOCIALES	74
1. Les règles actuelles, des intentions louables mais un bilan mitigé	75
2. La mise en œuvre des propositions du groupe de travail présidé par Raoul Briet	80
3. Aller plus loin ?	85
CHAPITRE II : LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX	
DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES.....	89
I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES.....	89
A. LA FISCALISATION DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EST	
AMPLIFIÉE PAR LE PLFSS POUR 2011.....	89
1. Une tendance ancienne	89
2. Le PLFSS pour 2011 franchit une nouvelle étape.....	91
B. LES CIRCUITS DE FINANCEMENT.....	93
1. Le refinancement de la dette sociale	94
2. Le financement de la réforme des retraites.....	95
3. Le financement des allègements généraux (article 12 bis).....	98
4. La suppression de la compensation généralisée maladie (article 21).....	100
C. LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES NICHES SOCIALES.....	104
1. Le renforcement des prélèvements portant sur les retraites sur les retraites	
« chapeau » (article 10).....	104
2. Augmentation du taux de prélèvement sur les stock-options (article 11)	106
3. Annualisation du calcul des allègements généraux (article 12).....	109
4. Hausse du forfait social (article 13).....	112
5. Modification du régime social des indemnités de rupture du contrat de travail	
(articles 13 ter nouveau).....	117
6. Encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais	
professionnels de 3 % est applicable à la CSG (article 15).....	118
7. Les mesures applicables au secteur agricole.....	120
8. Les autres mesures.....	121
D. LES MESURES DE RECETTES DANS LE SECTEUR MÉDICAL	122
1. Les cotisations maladie dues par les professionnels médicaux et paramédicaux	
(article 12 quater).....	122
2. Le « taux K » de la clause de sauvegarde, abaissé à 0,5 % (article 19).....	122
3. Le plafonnement des exonérations dont bénéficient les médicaments orphelins	
(article 20).....	126
E. L'AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	128
1. Le relèvement progressif du plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire	
santé (article 18).....	128
2. La position de votre rapporteur pour avis	131
F. LES DISPOSITIONS RELATIVES AU RECOUVREMENT, À LA TRÉSORERIE ET	
À LA COMPTABILITÉ.....	132
1. Des mesures d'urgence pour corriger deux dispositifs majeurs de simplification du	
recouvrement de cotisations d'assurance chômage et de sécurité sociale qui doivent	
entrer en application le 1 ^{er} janvier 2011	132
2. Deux dispositions introduites à l'Assemblée nationale.....	136

II. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE	138
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2011	138
1. <i>Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (articles 1^{er}, 7 et 46)</i>	138
2. <i>L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (articles 1^{er}, 8 et 47)</i>	139
B. LE RENFORCEMENT DU RÔLE DU COMITÉ D'ALERTE (ARTICLE 34)	143
1. <i>Les faiblesses actuelles de la procédure d'alerte</i>	143
2. <i>Les mesures proposées par le présent projet de loi</i>	145
3. <i>La nécessité d'aller plus loin</i>	147
C. LA RÉGULARISATION DES « TROP PERÇUS » LIÉS À LA GRIPPE A	149
1. <i>Le bilan de la « pandémie grippale »</i>	149
2. <i>Une rectification des dotations de l'assurance maladie au profit de l'EPRUS (articles 6 et 45)</i>	154
3. <i>L'ajustement du taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires (article 3)</i>	156
D. LES MESURES RELATIVES À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE	159
1. <i>Les incitations financières accordées aux professionnels de santé (articles 34 bis et 36 bis)</i>	159
2. <i>La révision périodique de la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (article 35)</i>	162
3. <i>Les accords-cadres conclus entre le Comité économique des produits de santé et les représentants des fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux (article 36)</i>	163
4. <i>Le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation (article 36 ter et 36 quater)</i>	165
5. <i>Le réseau des officines de pharmacie (article 36 quinquies)</i>	165
6. <i>La diffusion des médicaments génériques (article 36 sexies)</i>	166
7. <i>Les modalités de prescription des produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie (article 36 octies)</i>	166
8. <i>Le rapport sur les franchises médicales (article 36 nonies)</i>	167
E. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	167
1. <i>L'extension du champ des mises sous accord préalable aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation (article 37)</i>	167
2. <i>Le report du passage à la facturation directe dans les établissements publics de santé (article 38)</i>	170
3. <i>La mise en place d'expérimentation des maisons de naissance (article 40)</i>	171
4. <i>La convergence tarifaire intersectorielle (article 41)</i>	172
5. <i>La distinction, au sein de l'objectif quantifié national et de l'objectif de dépenses d'assurance maladie, du montant afférent aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (article 42)</i>	176
6. <i>L'extension du mécanisme de régulation des dépenses de médicaments prescrits par les établissements publics de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville (article 42 bis)</i>	177
7. <i>L'enrichissement du contenu des programmes de qualité et d'efficience de la branche maladie (articles 42 ter et 42 quater)</i>	178
F. LES AUTRES MESURES	179
1. <i>La procédure d'indemnisation à l'amiable des victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine (article 39)</i>	179
2. <i>La responsabilité des sages-femmes (article 39 bis)</i>	180

3. Le maintien des indemnités maladie pendant les périodes de reconversion professionnelle (article 44)	180
4. Le cumul des revenus d'une activité non salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général (article 43)	182
5. Les mesures relatives au secteur médico-social (articles 43 bis à 43 septies)	182
G. LES DOTATIONS AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET À DIVERS ORGANISMES	183
1. La dotation au FIQCS (article 45 - I)	184
2. La dotation au FMESPP (article 45-II)	185
3. La dotation à l'ONIAM (article 45 - IV)	187
4. La dotation aux ARS (article 45 - V)	189
5. Le suivi et la fongibilité du FIQCS et du FMESPP (articles 45 bis et 45 ter)	193
III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE	195
IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES	196
A. LE MAINTIEN DE LA COMPENSATION A L'ASSURANCE MALADIE À HAUTEUR DE 710 MILLIONS D'EUROS	196
1. L'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2010 (article 53)	196
2. La compensation versée à la branche maladie maintenue à son niveau de 2009 (article 51)	198
B. LA CONTRIBUTION AUX « FONDS AMIANTE » : ENVIRON 1,2 MILLIARD D'EUROS EN 2010	198
1. La situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)	200
2. La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)	203
C. LES AUTRES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP	204
1. L'allongement de la durée de prescription des actions en indemnisation devant le FIVA (article 49)	204
2. Les incitations financières en matière de tarification des accidents du travail dans le secteur agricole (article 50)	207
V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	209
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2011	209
1. Des comptes enfin certifiés	209
2. Les dépenses en hausse de 3,4 % (article 56)	210
3. En dépit d'une hausse des recettes, le déficit de la branche s'élèvera à 3 milliards d'euros en 2011 (+ 15 %)	212
B. LES MESURES DU PLFSS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	213
1. Suppression de la rétroactivité de trois mois des aides personnelles au logement (article 54)	213
2. Modification de la date de versement de la prestation d'accueil du jeune enfant (article 55 supprimé par l'Assemblée nationale en première lecture)	216
3. Extension aux pères du bénéfice de l'indemnité d'adoption (article 55 bis)	217
4. Modification des conditions de versement des allocations familiales pour les mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance (article 55 ter)	218
5. Introduction d'une évaluation du coût des congés pour grossesse pathologique (article 55 quater)	219

VI. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	220
A. LA CRÉATION D'UN FONDS DE PERFORMANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (ARTICLE 59).....	220
1. <i>Une disposition déjà proposée lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2011</i>	220
2. <i>Un retour sur investissement qui gagnerait à être éclairci</i>	220
B. LE RENFORCEMENT DES MISSIONS DE L'UCANSS (ARTICLE 59 BIS)	221
VII. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	222
A. LES APPORTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	222
B. LA POSITION DE VOTRE RAPPORTEUR POUR AVIS.....	224
1. <i>L'obligation de déclaration d'activité pour tous les auto-entrepreneurs même lorsque leur chiffre d'affaires est nul (article 63 nouveau)</i>	224
2. <i>L'assouplissement du contrôle externe de la tarification à l'activité (article 66 nouveau)</i>	227
EXAMEN EN COMMISSION	228
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	244

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi de financement s'inscrit dans la continuité des débats que votre commission des finances a consacrés ces dernières semaines, d'une part, à la révision du cadre organique de la gestion de la dette sociale et, d'autre part, à la réforme des retraites.

Les articles qui le composent, tout comme les liens étroits qu'il entretient cette année avec le projet de loi de finances, soulignent, avec acuité les difficultés de financement auxquelles est confronté notre régime de sécurité sociale. Ce dernier devrait enregistrer un déficit de 24,8 milliards d'euros cette année, et de 22,7 milliards d'euros en 2011. Le déficit cumulé sur la période 2011-2014 serait ainsi de 79,5 milliards d'euros, les branches maladie et vieillesse représentant respectivement 45 % et 46 % de cette somme.

La maîtrise des dépenses est un levier dont la portée se réduit au fil des ans. Sauf à vouloir redéfinir notre système de protection sociale, les recettes doivent aujourd'hui être significativement renforcées.

C'est pourquoi, votre rapporteur pour avis a choisi cette année de souligner, plus que jamais, la nécessité de définir des circuits de financement respectueux des principes que nous avons par le passé choisis de mettre en place. Ceci afin de garantir autant que possible la pérennisation d'un système que nombre de nos pays voisins ont pu envier au plus fort de la crise. Cette ligne de conduite ne signifie ni l'absence de pragmatisme, ni celle de la nécessaire prise en compte du contexte économique actuel, bien au contraire.

Aussi, dans la continuité de ses positions exprimées sur la loi de financement pour 2010, mais également lors des réunions de la commission de la dette sociale ou plus récemment sur le projet de loi organique relatif à la dette sociale, votre rapporteur pour avis s'oppose au refus du Gouvernement de ne pas procéder à l'augmentation de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

Cette position de principe conduit, en effet, à aggraver les déséquilibres financiers des régimes obligatoires de base, par la mise en place de schémas financiers « acrobatiques » qui ne font, au demeurant, que renforcer la nécessité d'une approche consolidée des projets de loi de finances et de financement. La question de l'indispensable sécurisation des recettes de la sécurité sociale se pose à trois niveaux : le refinancement de la dette sociale, le bouclage financier de la réforme des retraites et la politique relative aux allègements généraux.

Du côté des dépenses, il convient de souligner que les mesures de gestion de la dette sociale proposées par le Gouvernement, bien que nécessaires, ne constituent pas une réponse structurelle à la question des déficits sociaux.

Outre qu'elles n'apportent pas de solution à la dynamique de la dette, elles ne prennent pas en compte les déficits futurs de la branche maladie. En effet, contrairement aux déficits « vieillesse », rien n'est prévu pour les besoins de financement de celle-ci à compter de 2012. Or, à l'horizon 2014, le déficit cumulé de cette branche 2012-2014 atteindra déjà environ 24,5 milliards d'euros. Autrement dit, la reprise de dette présentée cet automne risque de ne constituer qu'une étape dans la « fuite en avant » à laquelle nous serons confrontés si aucune mesure structurelle n'est prise.

Cependant, une action sur les dépenses serait incomplète sans une amélioration du pilotage des comptes sociaux. De ce point de vue, les propositions du groupe de travail animé par Raoul Briet, sur le contrôle des dépenses d'assurance maladie, devraient apporter des éléments de réponse.

Enfin, votre rapporteur pour avis souhaite insister sur la sincérité des projections pluriannuelles. Le caractère extrêmement volontariste des hypothèses macroéconomiques retenues pour le prochain exercice risque, à nouveau, de fausser le débat en ne permettant pas de prendre l'exacte mesure de l'ampleur des efforts à fournir pour parvenir à rééquilibrer la situation des comptes sociaux.

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 nous interpelle une fois de plus en tant qu'élus : une gestion responsable de la dette sociale, tout comme la sécurisation des recettes et un pilotage sincère des comptes sociaux doivent constituer notre « feuille de route ».

* * *

Votre commission des finances a émis un avis favorable à l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, sous réserve des amendements qu'elle propose.

CHAPITRE PREMIER :

EXPOSÉ GÉNÉRAL

I. UN TRANSFERT DE DETTE LOIN DE SOLDER LE PASSÉ ET DE SÉCURISER L'AVENIR

A. UNE RÉORGANISATION DE LA GESTION DE LA DETTE SOCIALE INDISPENSABLE APRÈS LA CRISE

1. Le dynamisme de la dette sociale, une préoccupation majeure

La dette sociale constitue aujourd'hui une préoccupation majeure à double titre : d'une part, sa progression contribue à l'accroissement de la dette publique, d'autre part, elle n'est pas uniquement conjoncturelle.

a) L'évolution de la dette sociale contribue à remettre en cause la soutenabilité de la dette publique

(1) L'évolution de la dette sociale...

Il convient de souligner le dynamisme de la dette des organismes sociaux : ainsi, entre 2005 et 2009, la dette de ces derniers a augmenté de plus de 41 % alors que parallèlement la dette publique augmentait de 30 %.

Evolution de la dette publique entre 1999 et 2009

(en milliards d'euros)

	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ETAT	634,7	683,1	743,3	806,8	847,0	894,5	892,5	928,7	1 036,2	1 162,6
ODAC	51,4	49,7	45,1	55,3	91,1	94,5	90,7	97,7	95,5	115,3
APUL	105,9	106,4	105,9	109,8	113,5	120,1	127,3	137,2	148,1	156,8
ASSO	12,6	12,4	16,5	31,5	25,3	36,3	39,5	45,3	35,4	54,3
Total	804,6	851,6	910,8	1 003,4	1 076,9	1 145,4	1 150,0	1 208,9	1 315,2	1 489,0
Organismes sociaux (1)	45,3	nd	46,3	63,4	97,7	110,4	120,4	128,1	129,5	155,8
en % du total	5,6		5,1	6,3	9,1	9,6	10,5	10,6	9,8	10,5

(1) La dette des organismes sociaux comprend la dette des ASSO ainsi que celle de la CADES qui est un ODAC.

Source : INSEE, Cour des comptes, commission des finances

(2) ... contribue au dynamisme de la dette publique

Votre rapporteur pour avis, en tant que commissaire de la commission des finances, souhaite souligner la dynamique préoccupante de la dette des administrations publiques et, par conséquent, la nécessité de prendre, autant que faire se peut, toutes les mesures de nature à réduire cette progression.

Notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, a présenté à l'occasion du débat d'orientation des finances publiques pour 2011 des projections de la dette publique, sur la base d'une hypothèse de croissance des dépenses publiques moins optimiste que celle du Gouvernement (1,3 % par an en volume, contre 0,6 % selon le Gouvernement) et en distinguant plusieurs scénarios. Dans le scénario de croissance du PIB à 2 %, la dette publique pourrait atteindre **près de 96 points de PIB en 2015.**

Cette dynamique est préoccupante du point de vue de la soutenabilité de la dette publique.

Certes, si l'objectif de déficit de 3 points de PIB affiché par le Gouvernement était atteint à moyen terme, avec une croissance annuelle du PIB de 4 % en valeur (soit par exemple une croissance de 2 % en volume et une inflation de 2 %), la dette publique diminuerait progressivement pour se stabiliser à 75 points de PIB.

Cependant, si le déficit se stabilisait à 4 points de PIB, la dette publique augmenterait jusqu'à 100 points de PIB.

Par ailleurs, le déficit pourrait être nettement plus élevé que ces niveaux si la charge de la dette augmentait à la suite d'une hausse des taux d'intérêt. Par exemple, toutes choses égales par ailleurs, un doublement du taux d'intérêt apparent de la dette publique augmenterait à terme le déficit de 3 points de PIB. Pour fixer un ordre de grandeur, une stabilisation du déficit à 6 points de PIB porterait progressivement la dette à 150 points de PIB. La charge d'intérêt serait alors de plus de 10 points de PIB (contre 3 points de PIB actuellement), ce qui ne serait pas soutenable.

De nombreuses analyses ont souligné que la crise a suffisamment dégradé la situation des finances publiques pour que l'on puisse désormais s'interroger sérieusement sur l'éventualité du défaut d'un Etat développé. Dans le cas de la France, il ne faut pas perdre de vue que son déficit et sa dette publics sont comparables, en termes relatifs, à ceux du Portugal. Si les marchés avaient l'impression que la France ne prévoit pas réellement de réduire son déficit comme annoncé, les conséquences pourraient être très dommageables. En particulier, le risque d'anticipations auto-réalisatrices défavorables (où les craintes sur la soutenabilité de la dette et la hausse des taux d'intérêt s'entretiendraient mutuellement) doit absolument être évité.

Votre rapporteur pour avis tient ainsi à souligner l'importance des mesures qui seront adoptées, que ce soit pour garantir un remboursement de la dette sociale et/ou enrayer sa dynamique.

b) La nouvelle dette sociale née de la crise s'ajoute à un déficit structurel des régimes de sécurité sociale

Les déficits historiques constatés sur la période 2009-2011 sont, en majeure partie, la conséquence du ralentissement brutal des recettes de la sécurité sociale en 2009 et une reprise inférieure aux tendances passées en

2010 et 2011. Cette évolution masque la relative « maîtrise » des dépenses constatée sur la même période.

Cependant, votre rapporteur pour avis insiste sur un point : **l'intégralité de ces déficits ne peut être attribuée à la crise. Celle-ci ne doit surtout pas être un prétexte pour perdre de vue la part structurelle de ces derniers qui préexistait à la dégradation de la conjoncture économique.**

La dégradation du déficit du régime général est en effet principalement due à la diminution de ses recettes en 2009 et à leur relatif faible dynamisme en 2010 et 2011. L'estimation de l'ampleur de la composante conjoncturelle du déficit et de la dette peut être réalisée par la comparaison des écarts, d'une part, entre les prévisions actuelles de déficit, qui intègrent pleinement les effets de la crise et, d'autre part, les prévisions de soldes du PLFSS 2009 qui ne comprenaient qu'un faible impact de la crise.

Selon cette méthodologie, qui a été utilisée pour déterminer les montants de reprise de dette par la CADES en 2009, **la « dette de crise » qui s'élèverait à 83,6 milliards d'euros représenterait 65,3 % de la nouvelle dette sociale constituée entre 2009 et 2011. L'impact de la crise est palpable.**

Solde effectif et solde structurel du régime général (RG) et du FSV

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011
RG Solde effectif	-10,2	-20,3	-23,2	-28,6
RG Solde structurel	-8,9	-10,3	-9,6	-7,7
RG Ecart	-1,3	-10,0	-13,6	-20,9
RG Part du déficit de crise	12,7 %	49,3 %	58,6 %	73,1 %
FSV Solde effectif	0,8	-3,2	-4,3	-4,0
FSV Solde structurel	0,9	-0,7	-0,5	0,0
FSV Ecart	-0,1	-2,5	-3,8	-4,0
Total Déficit conjoncturel	-1,4	-12,5	-17,4	-24,9
Total « Dette de crise »		-12,5	-29,9	-54,8
Total Dette		-23,5	-51,0	-83,6
Part conjoncturelle		53,2 %	58,6 %	65,3 %

Source : commission des finances, d'après les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale

Surtout, pour votre rapporteur pour avis, la crise ne doit pas faire perdre de vue les causes structurelles du déficit du régime général qui préexistaient à la dégradation du contexte économique observée depuis 2008. **C'est en effet avec un handicap structurel de près de 10 milliards d'euros que notre système de protection sociale a dû affronter la crise économique.** A n'en pas douter, la situation aurait été différente si les comptes de la sécurité sociale avaient été à l'équilibre.

Comme le rappelait la commission des comptes de la sécurité sociale en 2009, si l'approche « déficit structurel »/« déficit conjoncturel » est utile en temps de crise pour isoler l'effet de la dégradation conjoncturelle, ou est encore utile pour justifier le schéma de reprise de dette par la CADES, elle perd son sens les années suivantes.

La question n'est alors plus de savoir quel aurait été le solde du régime général si la crise n'avait pas eu lieu, mais elle est d'**évaluer l'ampleur de la conjoncture favorable qui sera nécessaire pour permettre un redressement des comptes sociaux**. Or, le régime général a abordé l'année 2010 avec un handicap de plus de 20 milliards d'euros, un montant que la reprise économique ne pouvait pas « éponger » en 2010, année où de nouveaux déficits se sont formés compte tenu de la persistance d'un écart positif de 0,8 point entre l'évolution des charges (+ 3,4 %) et l'évolution des produits (+ 2,6 %).

Au regard des déficits ainsi cumulés en 2009 et 2010, il n'était donc pas possible cette année de reconduire la stratégie adoptée l'année dernière : l'ACOSS ne pouvait pas à nouveau porter la dette cumulée de ces années et couvrir la formation des nouveaux déficits de l'année 2011. Le présent projet de loi fixe ainsi les conditions de la reprise de ces déficits par la CADES, ce qui permet à l'ACOSS de renouer avec sa mission initiale, qui est celle d'assurer la couverture des besoins de trésorerie de court terme, et non la couverture de déficits structurels.

2. L'ACOSS : le retour à la normale après une année 2010 marquée par un plafond d'avances historique (article 33)

L'article 33 du présent projet de loi de financement propose de fixer le plafond d'avances de l'ACOSS pour 2011 à 20 milliards d'euros. Ceci constitue un retour à la normale dont il convient de se féliciter.

a) Le principe

Aux termes de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, « *l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de le gérer* ». Cette règle détaille les contraintes pesant sur le recours à l'emprunt par les régimes obligatoires de base ou les organismes concourant à leur financement pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale précise ainsi que la loi de financement arrête la liste des entités habilitées à recourir à des ressources non permanentes ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources.

La référence aux besoins de trésorerie montre qu'en principe, ce dispositif doit servir à couvrir les décalages temporaires entre dépenses et encaissements.

Or, comme en témoigne l'année 2010, le dispositif peut être détourné de ses objectifs initiaux. Ainsi, loin de combler un déséquilibre passager des finances sociales, les plafonds d'avances de l'ACOSS sont utilisés pour refinancer à court terme une dette qui fait ensuite l'objet d'un refinancement à long terme opéré par la CADES. **Contrairement à cette dernière, l'ACOSS n'amortit pas les déficits mais elle a l'avantage, pour les gouvernements successifs de permettre de différer les reprises de dette, qui depuis 2005, doivent être financés par de nouvelles ressources.**

b) La gestion exceptionnelle de 2010

(1) Un plafond historique...

Les déficits nés de la crise en 2009 et 2010 ont été financés en 2010 par des avances de trésorerie de l'ACOSS et donc par l'emprunt à court terme. La loi de financement pour 2010 a ainsi fixé **le plafond d'avances de l'ACOSS à 65 milliards d'euros**. Ce niveau d'avances historique **correspond au double du plafond 2009 revalorisé de 10 milliards d'euros en cours d'année**.

La solution choisie par le Gouvernement cette année ne pouvait toutefois être rééditée en 2011. En effet, que ce soit pour des raisons pratiques ou de principe, **le financement par l'ACOSS de tels montants de déficits ne peut être qu'exceptionnel** :

- **plus aucun bénéfice ne peut être espéré d'une baisse des taux d'intérêt à court terme**, ceux-ci ayant atteint un plancher. Au contraire, on pourrait craindre leur remontée, qui se traduirait par un accroissement des frais financiers ;

- le niveau particulièrement élevé du plafond d'avances conduit l'ACOSS à **diversifier son financement** ou à renégocier des dispositifs existants, ce qui se révèle délicat ;

- **la multiplication de sources de financement ne signifie pas pour autant la possibilité de couvrir n'importe quel niveau de besoin de trésorerie**. Selon les informations communiquées par l'ACOSS, le niveau maximal d'avances pouvant être consenties par l'agence dans des conditions sécurisées est de **70 milliards d'euros**.

(2) Qui a permis à l'ACOSS d'assurer le financement des déficits des années 2009 et 2010

Selon les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, le plafond d'avances s'est révélé « confortable » puisque le point bas de trésorerie serait atteint à la fin de l'année avec un besoin de financement de 52 milliards d'euros. Le solde moyen de trésorerie s'est élevé à -33,9 milliards d'euros.

Trésorerie de l'ACOSS au cours de l'année 2010

	2008	2009	2010 (p)
Point haut annuel de trésorerie	-9,4 Md€ le 8 février	+4,0 Md€ le 6 mars	-14,6 Md€ le 8 février
Point bas annuel de trésorerie	-31,5 Md€ le 14 novembre	-24,1 Md€ le 13 novembre	-52,0 Md€ le 31 décembre
Solde moyen de trésorerie	-21,2 Md€	-12,2 Md€	-33,9 Md€
Frais financiers	-832 M€	-96 M€	-307 M€

(p) : données prévisionnelles pour l'année 2010

Afin de couvrir en 2010 les déficits des caisses du régime général et du FSV, l'ACOSS a eu recours à l'ensemble des moyens mis à sa disposition.

Dans le schéma exceptionnel de financement de l'ACOSS fixé pour 2010, la CDC participe à hauteur de 31 milliards d'euros, structurés comme suit :

- **un prêt** fixe à un an de 20 milliards d'euros, composé de deux tranches. Ce prêt fixe a fait l'objet d'une convention ACOSS-CDC ;

- **des avances conventionnelles** pour un montant maximum de 11 milliards d'euros, dans les conditions de l'avenant de juillet 2009.

Compte tenu de l'importance des besoins de trésorerie de l'ACOSS, le recours aux avances CDC a de nouveau fortement augmenté. L'encours journalier moyen des avances CDC s'élève ainsi à 20,2 milliards d'euros depuis le début de l'année. A fin juillet 2010, les concours CDC représentaient 72 % du volume total de financement de l'ACOSS depuis le 1^{er} janvier. Néanmoins, eu égard à l'amélioration du profil de trésorerie de l'ACOSS sur la fin d'année 2010, en raison d'une reprise économique plus vigoureuse qu'envisagée lors de la LFSS pour 2010, la CDC a informé l'ACOSS par courrier du 30 juin 2010 de la réduction progressive de sa ligne de trésorerie de 11 milliards d'euros à 5 milliards à partir de juillet 2010.

Les charges nettes annuelles liées aux financements CDC serait de 302 millions d'euros.

L'ACOSS a également eu recours à différents instruments de marché :

- en application de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'ACOSS est autorisée à émettre des **billets de trésorerie**. En 2010, conformément à sa feuille de route du 4 mars adressée par le directeur de cabinet du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, l'ACOSS a procédé au relèvement du plafond de son programme de billets de trésorerie à la Banque de France de 11,5 milliards d'euros à 25 milliards d'euros¹. La notation du programme demeure inchangée et reste équivalente à celle de l'Etat. L'encours journalier

¹ Dont 15 Md€ au maximum auprès de prêteurs privés.

moyen de billets trésorerie depuis le 1^{er} janvier 2010 s'élève ainsi à 7,6 milliards d'euros, avec un encours maximum de 15 milliards d'euros en août 2010. Les taux d'intérêts étant toujours à des niveaux très faibles, les prix des billets émis par l'ACOSS restent attractifs ;

- **l'ACOSS a également procédé en 2010 à l'ouverture d'un programme de « Papier commercial Euro » (ECP) d'un montant maximal de 20 milliards d'euros**, avec l'assistance technique de l'Agence France Trésor. Un mandat de gestion a été signé entre les deux entités le 17 février pour une durée de deux ans, associé à un cahier de procédures détaillant les modalités de mise en œuvre du programme (échange d'information, procédures opérationnelles, limites de risque, reporting). L'encours des titres émis était de 6 milliards d'euros au 6 octobre dernier. A ce jour, les émissions ont été réalisées essentiellement en dollar (65 %), en livre sterling (16 %) et en euro (11 %). Pour les papiers émis en devises, le risque de change est totalement neutralisé à l'émission par l'utilisation d'instruments de couverture. La maturité moyenne des papiers commerciaux émis s'établit à 100 jours ;

- en plus de ses émissions de billets de trésorerie sur les marchés, **l'ACOSS place des billets auprès d'autres acteurs publics.**

Ainsi, **l'Agence France Trésor (AFT)** a, dans une logique d'optimisation de la gestion des trésoreries publiques, réalisé en 2008 et 2009 plusieurs opérations ponctuelles d'achat de billets de trésorerie (de 2 à 5 milliards d'euros) pour faire face aux points les plus bas du profil de trésorerie ACOSS. Pour 2010, l'Etat peut participer au financement de l'ACOSS à hauteur de 5 milliards d'euros.

De plus, **les efforts de mutualisation des trésoreries sociales conduisent depuis la fin 2008 à l'achat de billets de trésorerie émis par l'ACOSS par différents acteurs de la sphère sociale qui enregistrent des excédents de trésorerie.** Ainsi, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les régimes complémentaires du RSI, ou encore les excédents de trésorerie saisonniers lors du recouvrement de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S)¹, participent au financement des besoins de trésorerie de l'ACOSS depuis le 1^{er} janvier 2010 à hauteur de 9% du volume total de ses financements (contre 4 % en 2009).

Certains acteurs de la sphère sociale enregistrant des excédents de trésorerie peuvent également **réaliser des dépôts de trésorerie auprès de l'ACOSS, contre rémunération.** L'article L. 225-1-3 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, autorise les régimes obligatoires de base autres que le régime général et les organismes et fonds visés au 8° du III de l'article LO. 111-4 à déposer tout ou partie de leurs disponibilités auprès de l'ACOSS contre rémunération. Les modalités de dépôt sont fixées par une convention soumise

¹ *Compte tenu des dates de recouvrement et d'acomptes, la trésorerie relative à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) devrait permettre à l'ACOSS de bénéficier d'un apport de 1,7 Md€, avec un maximum de 3 Md€ à 4 Md€ de juin à octobre 2010.*

à l'approbation des ministres de tutelles. Cet article vis à améliorer la gestion de la trésorerie des différentes administrations publiques en coordonnant les disponibilités et les besoins de chacun.

En application de la LFSS pour 2009, le décret n° 2009-882 du 21 juillet 2009 relatif à la trésorerie des organismes de sécurité sociale et des organismes en relation avec l'ACOSS a adapté les textes relatifs à l'organisation financière de plusieurs établissements et fonds (CNSA, FSV, EPRUS et FIVA). Ces organismes correspondent aux partenaires identifiés comme prioritaires en raison à la fois de l'étroitesse de leurs liens financiers avec le régime général, et de l'ampleur de leurs disponibilités.

Une première convention a été signée entre la Haute autorité de santé (HAS) et l'ACOSS le 8 juillet 2009. Cette convention définit les modalités de dépôt auprès de l'ACOSS d'une partie des disponibilités de la HAS relatives aux encaissements de la « taxe laboratoire »¹, les conditions de tirages, ainsi que la rémunération des montants déposés. Le bon déroulement des opérations de l'année 2009 a conduit à confirmer le dispositif en 2010 dans un avenant signé le 14 avril 2010.

En ce qui concerne la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), une première mutualisation de trésorerie a été réalisée dès la fin d'année 2008 par l'intermédiaire des BT émis par l'ACOSS. Pour 2010, par courrier des directeurs de cabinet des ministres de tutelle du 4 janvier, la **CNSA a reçu instruction d'effectuer un placement « socle » d'un milliard d'euros auprès de l'ACOSS, sous forme de billets de trésorerie ou de dépôt à terme pour une durée d'un an.** Une convention CNSA a donc été signée le 13 avril 2010 pour 800 millions d'euros. Les 200 millions d'euros restants ont été placés en BT ACOSS.

Concernant le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), des réflexions ont été menées quant à l'optimisation de la gestion de sa trésorerie en relation avec le régime général. Pour des raisons opérationnelles, une solution alternative provisoire a été préférée à un dépôt de trésorerie auprès de l'ACOSS. Le FSV verse désormais en priorité les excédents de trésorerie dont il dispose à l'ACOSS en remboursement de la CNAV.

S'agissant enfin de la convention financière entre l'Etat et l'ACOSS signée le 4 mars 2008, l'année 2009 a confirmé les bonnes pratiques de 2008. En 2010, mis à part une échéance de remboursement d'exonérations ciblées le 15 septembre 2010 (pour environ 500 millions d'euros), la convention a été respectée par l'Etat. Pour mémoire, cette convention précise les dates et les montants des versements effectués par l'Etat au bénéfice du régime général de sécurité sociale au titre de la compensation des exonérations de cotisations sociales. Elle inclut également les modalités de versements des crédits affectés au remboursement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), ainsi que l'allocation parent isolé.

¹ La HAS reçoit en effet 10 % du produit de la contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale.

3. Le nouvel appel à la CADES : un choix justifié

a) Le bilan positif de la CADES : elle a amorti depuis sa création près de 48 milliards d'euros

(1) Le cantonnement permet un remboursement annuel effectif de la dette

L'accumulation des déficits au milieu des années 1990 a conduit le législateur à créer une structure dédiée à leur refinancement et à leur amortissement en treize ans grâce à l'affectation d'une ressource fiscale *ad hoc*, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

Depuis la dernière reprise de dette effectuée en 2009, une fraction de la CSG a également été affectée à la Caisse compte tenu des nouvelles contraintes qui pèsent sur son financement depuis 2005 (*cf. infra*).

Au 31 mars 2009, la CADES avait repris 134,6 milliards d'euros de déficit. Le tableau ci-dessous présente le détail de ces reprises.

Reprises de dettes par la CADES depuis l'origine

(en milliards d'euros)

Année	Vecteur	Nature de la dette reprise	Montant
1996	Ordonnance du 24 janvier 1996	Dettes en trésorerie de l'ACOSS correspondant aux déficits cumulés des exercices 1994 et 1995 et déficit prévisionnel 1996 du régime général	20,89
		Déficits 1995 et 1996 de la Canam	0,46
		Emprunt ACOSS, repris par l'Etat en 1994 (remboursements à l'Etat jusqu'en 2005)	23,38
1998	LFSS pour 1998	Dettes en trésorerie de l'ACOSS correspondant aux déficits cumulés du régime général depuis 1996 (après déduction de la fraction déjà prise en charge en 1996) et déficit prévisionnel de 1998	13,26
2003	LFSS pour 2003	Dettes du Forec (première moitié régime général et autres régimes)	1,28
2004	LFSS pour 2004	Dettes du Forec (deuxième moitié régime général)	1,10
	LAAM du 13 août 2004	Déficits cumulés de la branche maladie du régime général au 31 décembre 2003 et déficit prévisionnel 2004	35,00
2005		Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2005 (Compte tenu d'une « avance » de 1,69 milliard d'euros prélevée sur la somme de 35 milliards d'euros mentionnée à la ligne précédente)	6,61
2006		Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2006 (Compte tenu d'une « avance » de 0,30 milliard d'euros prélevée sur la somme de 6,61 milliards d'euros mentionnée à la ligne précédente)	5,70
2007		Régularisation du déficit définitif 2006	- 0,06
2008	LFSS pour 2009	Déficits cumulés au 31 décembre 2008 de la CNAM, de la CNAV et du FSV (1 ^{ère} tranche)	10,00
2009		Déficits cumulés au 31 décembre 2008 de la CNAM, de la CNAV et du FSV (2 ^{ème} tranche)	17,00
Total			134,61

Source : Commission de suivi de la dette sociale

A fin 2010, selon les derniers chiffres publiés par la commission des comptes de la sécurité sociale, **la dette amortie par la CADES depuis sa création devrait atteindre 47,8 milliards d'euros**. La dette restant à amortir s'élèverait alors à 86,8 milliards d'euros.

Amortissement de la dette sociale

(en milliers d'euros)

Année de reprise de dettes	Dettes reprises cumulées	Amortissement annuel	Amortissement cumulé	Situation nette de l'année
1996	23 249	2 184	2 184	-21 065
1997	25 145	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	29 263	-72 713
2006	107 676	2 815	32 078	-75 598
2007	107 611	2 578	34 656	-72 955
2008	117 611	2 885	37 541	-80 070
2009	134 611	5 260	42 801	-91 810
2010	134 611	5 073	47 874	-86 737

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale – octobre 2010

(2) Le coût de portage de la dette sociale par la CADES

Le coût de portage de la dette sociale par la CADES mobilise une part importante de ses ressources. Ainsi, en 2010, la charge de la dette représenterait 3,07 milliards d'euros, soit 38 % de ses produits ; l'amortissement annuel s'élèverait, selon **l'article 5** du présent projet loi de financement, à 5,1 milliards d'euros

Depuis sa création, les intérêts d'emprunt servis par la CADES auraient représenté 29,9 milliards d'euros. La charge de la dette peut enregistrer de fortes variations d'une année sur l'autre : ainsi en 2006 et en 2007, les charges d'intérêt ont représenté respectivement 48,6 % et 54,6 % des ressources de la CADES, alors même que ces dernières avaient augmenté et que le montant de dette reprise était resté inchangé. Compte tenu du niveau actuel particulièrement bas des taux d'intérêt, **votre rapporteur pour avis souhaite attirer l'attention sur l'éventuel impact d'une remontée des taux sur le calendrier d'amortissement de la dette.**

Grâce à la forte baisse des taux « courts » constatée depuis le début de l'année 2009, qui s'est rapidement répercutée sur les taux variables, le coût de refinancement de la CADES a substantiellement baissé entre la fin de l'année 2008 et le 31 juillet 2009, passant de 3,89 % à 3,27 % au 31 juillet 2009, avant de remonter à 3,36 % au 31 juillet 2010. En tout état de cause, votre rapporteur pour avis constate que les taux de refinancement moyen des années 2009 et 2010 sont les taux les plus bas enregistrés par la Caisse depuis sa création.

Taux de refinancement moyen annuel de la CADES entre 1996 et 2010

Année	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Taux CADES	4,54	4,80	4,81	4,9	5,17	5,28	4,99	4,84
Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Taux CADES	4,55	3,68	3,89	4,17	3,89	3,30	3,40	

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, rapport octobre 2010

Evolution du coût de refinancement

	31/12/2009	31/07/2010
Taux variable	0,72 %	0,48 %
Taux fixe	3,75 %	3,70 %
Taux indexé	4,34 %	4,19 %
Taux global de refinancement	3,38 %	3,36 %

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale – Octobre 2009

Or, il convient de souligner qu'une part significative de la dette portée par la CADES est sensible à l'évolution des marchés. Ainsi, au 6 mars 2009, la part de la dette à taux variable atteignait 32 % en raison de l'importance des refinancements à court terme mis en place pour permettre la dernière reprise de dette décidé par la LFSS pour 2009. Avant la reprise, cette part représentait 10,9 % de l'endettement total de la Caisse.

Compte tenu des transferts envisagés (*cf. infra*) et de leur ampleur, l'exposition au risque de taux de la CADES devrait s'intensifier à moyen terme.

b) La crise a eu raison du principe de non report sur les générations futures : le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale

Suite aux nouvelles décisions de refinancement adoptées en 1998 et 2004, qui ont remis en cause la date d'extinction de la CADES initialement prévue en 2009, le législateur a souhaité interdire autant que possible toute nouvelle prolongation de la durée de vie de la Caisse, le caractère éphémère de celle-ci ayant été particulièrement affirmé lors de sa création afin de ne pas faire supporter aux générations futures des charges indues.

Ainsi, la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement a, suite à un amendement parlementaire, modifié l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et prévu que « tout nouveau transfert de dette à la CADES serait accompagné d'une

augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale ». Le Conseil constitutionnel a souligné la valeur organique de cette règle dans sa décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005.

La date d'extinction des missions de la CADES n'est plus mentionnée dans l'ordonnance précitée. La durée d'amortissement de la dette sociale est désormais appréciée au vu des éléments présentés par la Caisse dans ses estimations publiques.

Jusqu'à présent, la Caisse devait avoir intégralement amorti en 2021 la dette dont le refinancement lui a été confié. **L'ampleur des déficits accumulés ces deux dernières années a conduit le Gouvernement à proposer une révision du cadre organique applicable à la gestion de la dette sociale.**

Le projet de loi organique relatif à la dette sociale, adopté par le Parlement en octobre et actuellement déféré au Conseil constitutionnel, propose de rendre possible, d'une part, **l'utilisation anticipée du Fonds de réserve des retraites**, et d'autre part, **l'allongement de la durée d'amortissement de la Caisse à hauteur de quatre années.**

Cet allongement a été assorti d'un renforcement des conditions relatives à la nature et au niveau des ressources pouvant être affectées à la CADES. Aux termes du texte voté, « *l'assiette des impositions de toute nature affectées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale porte sur l'ensemble des revenus perçus par les contribuables personnes physiques.* » Ce principe supporterait toutefois une dérogation dans le cadre de l'opération de transfert organisé par le présent projet de loi, afin de permettre d'affecter à la CADES une part du prélèvement social sur les revenus du capital actuellement perçue par le Fonds de réserve des retraites.

B. UN COMPROMIS FINANCIER NON SATISFAISANT

1. Le schéma de reprise de dette présenté par le Gouvernement (article 9)

a) La possibilité de transférer 130 milliards de déficits entre 2011 et 2018

Le **I** de **l'article 9** du présent projet de loi de financement propose de modifier l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale afin de prévoir :

- **en 2011**, dans la limite de **68 milliards d'euros**, la reprise d'une part, des déficits des quatre branches du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse au titre des exercices 2009 et 2010, et d'autre part, les déficits prévisionnels des branches maladie et famille du régime général pour l'exercice 2011. Pour la première fois depuis 1996, le périmètre de reprise

inclut la branche AT-MP, ce qui peut être critiquable au regard de la logique assurantielle de cette branche.

Il est précisé que si le montant des déficits cumulés est supérieur à 68 milliards d'euros, la reprise concernerait prioritairement les déficits les plus anciens et pour l'année 2011 les déficits de la branche maladie.

- **entre 2011 et 2018**, dans la double limite de **62 milliards d'euros sur la période et de 10 milliards d'euros par an, les déficits de la branche vieillesse et du FSV**. Il convient de noter que les reprises de dette à ce titre ne débiteront qu'en 2012 et devront chaque année être effectuées au plus tard au 30 juin.

Il est précisé qu'en cas de dépassement de la limite de 62 milliards d'euros, la priorité est accordée aux déficits les plus anciens et pour le dernier exercice, aux déficits de la branche vieillesse.

Ce schéma de reprise correspond aux annonces du Gouvernement. Il organise, entre 2011 et 2018 le transfert de 130 milliards d'euros de déficits cumulés vers la CADES, soit un montant quasi équivalent au montant des déficits transférés depuis 1996.

b) Les plafonds de reprises sont-ils satisfaisants ?

(1) Si la première opération de reprise en 2011 semble correctement calibrée...

Selon les hypothèses retenues par le présent projet de loi de financement, le déficit cumulé du régime général et du FSV pour les années 2009 et 2010 s'élèverait à 50,9 milliards d'euros, et le déficit prévisionnel des branches maladie et famille à 14,5 milliards d'euros. **Au total, la couverture des déficits cumulés ne pourrait nécessiter que 65,4 milliards d'euros, soit un différentiel de 2,6 milliards d'euros avec le plafond proposé par l'article 9 du projet de loi.** Cette marge de manœuvre permettra d'absorber un éventuel dérapage du solde de la branche maladie, le solde prévisionnel 2011 ne présentant qu'un écart de 100 millions d'euros avec le solde prévisionnel pour 2010.

Solde du régime général et du FSV 2009-2011

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011
Maladie	-10,6	-11,4	-11,5
AT-MP	-0,7	-0,5	0,1
Famille	-1,8	-2,6	-3,0
Vieillesse	-7,2	-8,6	-6,9
Régime général	-20,3	-23,1	-21,3
FSV	-3,2	-4,3	-3,8
Total	-23,5	-27,4	-25,1

Total

Périmètre reprise de dette 2011	23,5	27,4	14,5	65,4
--	------	------	------	-------------

Source : commission des finances d'après l'annexe B du PLFSS pour 2011

Votre rapporteur pour avis souhaite rappeler la nécessaire prudence qu'il convient d'observer quant aux prévisions de solde. A titre d'exemple, il rappelle que l'année dernière, la loi de financement pour 2010 prévoyait, sur le même périmètre de reprise, un déficit cumulé de 79,6 milliards d'euros, soit 14,2 milliards de différence !

Solde du régime général et du FSV - Hypothèses LFSS 2010

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011
Maladie	-11,5	-14,6	-13,7
AT-MP	-0,6	-0,8	-0,5
Famille	-3,1	-4,4	-4,3
Vieillesse	-8,2	-10,7	-11,6
Régime général	-23,5	-30,6	-30,1
FSV	-3	-4,5	-4,0
Total	-26,5	-35,1	-34,1

Total

Périmètre reprise de dette 2011	26,5	35,1	18	79,6
--	------	------	----	-------------

Source : commission des finances, d'après la LFSS pour 2010

- (2) ...la seconde opération étalée entre 2011 et 2018 pourrait ne pas absorber la totalité des déficits à venir de la branche vieillesse

S'agissant de la seconde opération qui a trait aux déficits de la branche vieillesse et du FSV, votre rapporteur pour avis est plus circonspect.

D'une part, il relève que les déficits prévisionnels de la CNAV et du FSV proposés par le présent projet de loi pour 2011 sont supérieurs à 10 milliards d'euros, puisque le déficit vieillesse du régime général est estimé

à 6,9 milliards d'euros et celui du FSV à 3,8 milliards d'euros, soit un total de 10,7 milliards d'euros.

D'autre part, dans la continuité de ses observations sur la réforme des retraites¹, il rappelle que le retour à l'équilibre en 2018 du système de retraite n'est pas garanti. Le rééquilibrage des comptes repose notamment sur une diminution sensible du taux de chômage, qui devrait à la fois permettre une augmentation du montant des cotisations, réduire les dépenses de solidarité du FSV et rendre possible un transfert des cotisations chômage sur les cotisations vieillesse. L'équation paraît à ce jour difficile malgré les mesures justifiées et opportunes de relèvement des bornes d'âge et d'affectation de nouvelles recettes fiscales en faveur du système de retraites.

En tout état de cause, la reprise de 62 milliards d'euros de dette entre 2011 et 2018, même si elle ne permet pas d'éponger les futurs déficits vieillesse, facilitera la montée en charge de la réforme des retraites.

2. Les modalités de refinancement de la dette sociale, un point de désaccord majeur pour votre rapporteur pour avis (article 9)

Le débat ne porte pas tant sur le montant des déficits transférés à la CADES, que sur les modalités de refinancement de ces derniers par la Caisse. Cette question, déjà longuement abordée dans le cadre de l'examen de la loi de financement pour 2010, a été à nouveau particulièrement discutée au sein de la commission de la dette sociale, dont votre rapporteur pour avis était membre, et plus récemment lors de l'examen par le Parlement du projet de loi organique relatif à la dette sociale.

Ce débat a notamment conduit à accepter, dans le cadre du projet de loi organique, l'utilisation anticipée du Fonds de réserve des retraites et la prolongation de quatre années de la durée de la vie de la CADES ; deux éléments qui remettent en question des engagements pris à l'égard des générations futures.

En effet, comme le soulignait votre rapporteur pour avis dans son avis sur ce projet de loi, le montant des déficits et la faiblesse de la reprise économique, qui s'est notamment traduite cet été par la révision à la baisse de l'hypothèse de croissance économique prévue pour 2011, ne permettent pas d'envisager le refinancement de la dette sociale née de la crise par la seule augmentation des recettes fiscales de la Caisse.

Compte tenu du contexte actuel, il est ainsi nécessaire de privilégier une solution pragmatique reposant sur la combinaison de plusieurs leviers. Le pragmatisme ne peut toutefois pas tout justifier, notamment lorsque l'on vient de s'exonérer d'une des règles les plus contraignantes en matière de gestion de dette sociale, à savoir la préservation des générations futures.

¹ Avis n° 727 (2010-2011).

a) *L'adossment du FRR à la CADES permettra d'augmenter les recettes de la Caisse de 3,6 milliards d'euros par an*

Afin de refinancer la dette transférée à la CADES entre 2012 et 2018 au titre des futurs déficits « Vieillesse » constitués pendant cette période, le Gouvernement a fait le choix d'utiliser de manière anticipée le Fonds de réserve des retraites. Cette option a pu soulever de vives réactions car celui-ci devait techniquement participer au financement du système de retraites entre 2020 et 2040. **Votre rapporteur pour avis souligne que si la date d'entrée en jeu du FRR a été modifiée, sa finalité n'est pas a priori détournée puisqu'il contribuera à soutenir à double titre le système de retraites entre 2012 et 2024 :**

- la liquidation progressive de ses actifs, ainsi que l'affectation de sa principale ressource fiscale à la CADES, permettront de refinancer les déficits du régime général et du FSV entre 2012 et 2018 ;

- ce faisant, ce mécanisme permettra d'alléger la contrainte financière pesant sur la CNAV durant la montée en charge de la réforme des retraites.

L'adossment du FRR à la CADES, prévu au **II** de **l'article 9** du présent projet de loi, comporte **deux volets** :

- d'une part, **l'attribution de la principale ressource permanente du FRR à la CADES**, les autres ressources du Fonds, d'un montant nettement plus faible, étant affectées au Fonds de solidarité vieillesse (1° du **II** de **l'article 9** du projet de loi).

Cette proposition n'appelle pas de remarques particulières, dans la mesure où, comme l'a souligné Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la CADES, devant votre commission lors de son audition du 7 septembre 2010, le prélèvement social sur le capital possède des caractéristiques proches de la CRDS et de la CSG en termes de pérennité et de dynamisme. Aux termes du **6°** du **II** de **l'article 9** du projet de loi, la CADES percevrait, dès 2011 une part correspondant à 1,3 % du taux de prélèvement social sur les revenus du capital, dont le taux global a été relevé à 2,2 % afin de financer une partie de la réforme des retraites ;

- d'autre part, **la liquidation progressive des actifs du FRR**. Le **2°** du **II** de **l'article 9** du projet de loi de financement, qui modifie l'article L. 135-6 relatif au FRR, propose ainsi que ce dernier **verse à la CADES, entre 2011 et 2024, une somme de 2,1 milliards d'euros avant le 31 octobre de chaque année**, afin de contribuer au financement des déficits de la CNAV et du FSV, nouveau bénéficiaire du FRR. Afin de prendre en compte cette nouvelle obligation de versement, la mission du conseil de surveillance du FRR a été modifiée.

Au total, **les recettes de la CADES devraient augmenter de 3,6 milliards d'euros par an à compter de 2011 au titre de l'adossment du FRR à celle-ci.**

b) Le refinancement des déficits des exercices 2009 à 2011 nécessite d'augmenter de 3,2 milliards d'euros les recettes de la Caisse

(1) Les modalités de refinancement proposées par l'Assemblée nationale

Dans le cadre du projet de loi de financement présenté par le Gouvernement, le choix avait été fait, afin de ne pas augmenter nominalement le taux de la CRDS, d'affecter à la CADES les trois mesures de recettes alternatives suivantes :

- l'assujettissement des contrats santé « solidaires » et « responsables », aujourd'hui exonérés, à la taxe spécifique sur les conventions d'assurance (TSCA) ;
- l'application des prélèvements sociaux au compartiment euros des contrats d'assurance vie multisupports¹ ;
- la taxe de sortie sur les sommes de la réserve de capitalisation des sociétés d'assurance.

Le rendement associé à ces trois dispositifs, inscrits dans le projet de loi de finances pour 2011², est, selon l'étude d'impact associé à ce projet, de 3,55 milliards d'euros en 2011, 3,35 milliards d'euros en 2012 et... **2,3 milliards d'euros en 2013**. La rupture s'explique par le fait que la taxation de la réserve de capitalisation constitue « une mesure à un coup » qui ne peut être prolongée au-delà de 2012. La principale conséquence de cette mesure est de faire du panier de recettes proposé par le Gouvernement « **un panier percé** » **difficilement acceptable pour une entité comme la CADES**.

Pour remplir de manière satisfaisante sa mission et garder sa crédibilité auprès des différents investisseurs, la CADES doit en effet pouvoir bénéficier de recettes pérennes et dynamiques, à l'image de la CRDS et de la CSG, dont une fraction lui est, depuis 2009, affectée.

Soucieuse de garantir la qualité des ressources, l'Assemblée nationale a refusé, lors de l'examen du PLF pour 2011, l'affectation à la CADES des trois mesures précitées, qu'elle a fléchées sur la Caisse nationale d'allocations familiales. **En conséquence, lors de la discussion du projet de loi de financement, elle a supprimé au sein de l'article 9 du projet de loi de financement toute référence, directe et indirecte, aux mesures initialement proposées par le Gouvernement et a procédé à un transfert de 0,28 point de CSG de la CNAF vers la CADES (4° bis (nouveau) et 5° bis (nouveau) du II de l'article 9)**. Cette fraction de CSG correspond en 2011 à 3,2 milliards d'euros, soit le montant nécessaire au refinancement de la dette sociale 2009-2011, ce montant, qui a été déterminé selon les nouveaux tarifs de la CADES

1 Il convient de rappeler que ce type de contrat est garanti par l'assureur du contrat. L'épargne accumulée est disponible à tout moment, sans risque de perte de capital et avec un rendement minimum garanti.

2 Articles 7, 8 et 9 du projet de loi de finances.

et au regard de la nouvelle durée d'amortissement de la dette portée par cette dernière.

Ce vote est conforme aux positions que l'Assemblée nationale a exprimées lors du débat sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale. En effet, à l'initiative de sa commission des finances, elle a précisé dans ce texte que « *l'assiette des impositions de toute nature affectées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale porte sur l'ensemble des revenus perçus par les contribuables personnes physiques.* » Cette mention signifie expressément que le refinancement de la dette sociale ne peut s'opérer que par l'affectation de CRDS ou de CSG à la Caisse. Afin de permettre l'adossement du FRR à la CADES, il est néanmoins prévu, à titre dérogatoire, que le PLFSS pour 2011 puisse assortir les transferts qu'il prévoit d'une augmentation des recettes assises sur les revenus du patrimoine et les produits de placements.

(2) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis estime ainsi que ni la proposition initiale du Gouvernement, ni la proposition retenue par l'Assemblée nationale ne sont satisfaisantes : en effet, la première, en affectant à la CADES « un panier percé » ne garantit pas à cette dernière des ressources suffisamment pérennes et dynamiques ; la seconde, en privilégiant la qualité des ressources de la Caisse, fragilise le financement de la CNAF qui dès 2013 enregistrera une diminution sensible de ses recettes, sans qu'aucune clause de garantie ne soit actuellement prévue.

A cet égard, votre rapporteur pour avis estime que l'équilibre du projet de loi organique relatif à la dette sociale n'est pas satisfaisant. En effet, il signifie que les éventuels nouveaux transferts de dette pourront encore être financés, grâce à la modification de la clé de répartition de la CSG, et donc par des « jeux de bonneteau » régulièrement dénoncés mais jamais supprimés. Il souligne que la clause de garantie initialement proposée par le Gouvernement dans le cadre du présent projet de loi, combinée à la clause de garantie votée à l'initiative du Sénat dans le cadre du projet de loi organique, était plus vertueuse : en effet, en cas d'insuffisance du panier de recettes affecté à la CADES, le taux de la CRDS était mécaniquement relevé.

L'affectation du panier de recettes à la CNAF, en lieu et place de la CADES, ne recueille pas l'avis favorable de votre rapporteur pour avis.

En effet, **le panier proposé étant « percé », il constitue une fragilisation du financement de son destinataire quel qu'il soit. La remise en cause du financement de la CNAF est ainsi tout aussi irrecevable que celle de la CADES.** Par ailleurs, le procédé consistant à affecter à la CNAF des recettes fiscales diverses et non pérennes, afin de permettre un reversement de la CSG à la CADES, constitue une complexification supplémentaire qui s'éloigne des principes définis en 1996 par le législateur pour financer la dette sociale.

Dans la continuité de son amendement proposé au PLFSS pour 2010, et de son avis sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, votre rapporteur pour avis vous propose **un amendement augmentant de 0,26 point la CRDS**, afin de permettre, avec l'allongement de la durée de vie de la CADES de quatre années, le refinancement des 68 milliards d'euros de déficits transférés en 2011. L'augmentation proposée reste raisonnable puisque, par exemple, cela représenterait un effort de 3,4 euros par mois, soit 40,8 euros par an, pour une personne rémunérée au niveau du Smic.

Il conteste en effet le refus du Gouvernement de ne pas augmenter la CRDS afin de stabiliser le niveau des prélèvements obligatoires. Cette position de principe, contredite au demeurant par l'augmentation d'autres impôts, conduit à fragiliser le financement des régimes obligatoires de base par la mise en place de schémas financiers acrobatiques qui ne font en outre, que renforcer la nécessité d'une approche consolidée des projets de loi de finance et de financement.

Le transfert proposé de CSG n'est en outre pas satisfaisant car cette contribution n'a pas la même signification que la CRDS qui, bien qu'elle soit considérée comme une imposition de toute nature, revêt une dimension particulière : elle ne finance pas des dépenses de fonctionnement actuelles, encore moins des dépenses d'avenir, elle constitue le REMBOURSEMENT de dépenses de protection sociales passées. A l'heure où le Parlement revient sur des engagements pris à l'endroit des générations futures, votre rapporteur pour avis estime que, l'augmentation de la CRDS est à l'égard de ces dernières l'unique moyen de leur prouver que les générations actuelles ne se départissent, ni de leurs responsabilités morales, ni de leurs responsabilités financières. Afin que l'effort soit effectivement supporté par tous, cette augmentation ne serait pas prise en compte dans le calcul du « bouclier fiscal ». Le caractère équitable de l'effort conduit également votre rapporteur pour avis à vous proposer un élargissement de l'assiette de la CRDS aux plus-values immobilières quelles qu'elles soient¹.

Cet amendement, s'il était adopté, pose la question, dans le cadre de l'examen du PLF, de l'affectation du panier de recettes initialement proposée par le Gouvernement. Si les deux premières taxes peuvent être laissées au budget de l'Etat, qui aura à supporter une partie du coût du financement de la réforme des retraites, la dernière mesure relève, par nature du champ de la sécurité sociale puisqu'il s'agit de prélèvements sociaux. Votre rapporteur pour avis vous propose d'affecter le rendement de cette mesure au FSV dont le financement a été structurellement déséquilibré en 2009. Cette affectation permettrait, en 2011, de réduire le déficit prévisionnel du FSV de 40 %, puisqu'il passerait d'un peu plus de 4 milliards d'euros à 2,4 milliards d'euros.

¹ *L'Assemblée nationale a assujéti aux prélèvements sociaux, et donc à la CRDS, les plus-values immobilières résultant de la cession d'une résidence secondaire et sans que la condition d'abattement pour durée de détention puisse s'appliquer (article 3 du PLF pour 2011).*

C. DES DETTES OUBLIÉES ?

Outre que la présente opération de reprise de dette ne constitue qu'une mesure de gestion qui n'apporte pas de solution à la dynamique de la dette, votre rapporteur pour avis souhaite insister sur **deux catégories de déficits qui ne sont pas concernées par le schéma proposé par le Gouvernement** : les déficits futurs de la **branche maladie** et la **dette des établissements de santé**.

1. Le transfert des déficits à la CADES, une mesure de gestion qui n'enraye pas la dynamique de la dette sociale

Il convient, tout d'abord, de souligner que si les reprises de dettes par la CADES diminuent en apparence la dette du régime général et donc celle des administrations de sécurité sociale, elles **ne réduisent pas, l'année du transfert, la dette des administrations publiques**.

Par ailleurs, recourir de manière régulière à la CADES accroît sensiblement **le risque d'opérer un report de charges sur les générations futures**, les tarifs de reprise devenant de plus en plus élevés au fur et à mesure que la date d'extinction de la caisse se rapproche. Or, eu égard aux difficultés soulevés par l'affectation de recettes nouvelles au financement de la dette sociale, il importe plus que jamais de redéfinir les conditions de financement de la sécurité sociale si l'on ne souhaite pas une nouvelle fois déroger, d'ici quelques années, au principe de non-prorogation de la durée d'amortissement de la CADES.

2. Les futurs déficits de la branche maladie

La question reste ensuite entière en ce qui concerne les déficits de la branche maladie à compter de 2012. Historiquement, la majeure partie des déficits transférés à la CADES a concerné la branche maladie. Or, contrairement aux déficits « vieillesse » futurs, le schéma esquissé dans le présent projet de loi n'apporte pas de solution aux **déficits à venir de la branche maladie qui devraient pourtant se stabiliser à des niveaux élevés**.

a) Historiquement, la majeure partie des déficits transférés à la CADES a concerné la branche maladie

Le montant total de la dette reprise par la CADES, depuis sa création, s'élève, on l'a vu, à près de 135 milliards d'euros. A l'exception de la dernière reprise de déficits prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, la composante « maladie » des déficits transférés a toujours été la plus importante.

En 1996 et 1998, les déficits « maladie » ont ainsi représenté près de 60 % du montant global des déficits du régime général transférés. Quant à la

reprise de dette prévue par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour les années 2004-2006, elle a concerné exclusivement la branche maladie. En revanche, la composante « vieillesse » (CNAV+FSV) du dernier transfert de déficits à la CADES proposé par la loi de financement pour 2009 a été la plus importante.

Au total, **la composante « maladie » des déficits transférés à la CADES**, depuis 1996, s'élève à plus de **76 milliards d'euros**, soit plus de **56 % des déficits repris** jusqu'à aujourd'hui.

Structure des déficits transférés à la CADES depuis 1996

(en milliards d'euros)

Année de reprise	1996	1998	2003	2004	2005	2006	2007	2008-2009	Total
Base juridique	Ord. 1996	LFSS 1998	LFSS 2003 et 2004 (FOREC)		LAAM 13 août 2004			LFSS 2009	
Régime général	20,89	13,26	-	35,00	6,61	5,70	- 0,06 ¹	27	108,40
<i>Dont branche maladie</i>	12,54	7,74	-	35,00	6,61	5,70	- 0,06 ¹	9	76,53
<i>Dont branche famille</i>	7,97	2,99	-	-	-	-	-	-	10,96
<i>Dont branche vieillesse</i>	0,38	2,53	-	-	-	-	-	18 ²	20,91
Etat	23,38	-	-	-	-	-	-	-	23,38
CANAM	0,46	-	-	-	-	-	-	-	0,46
Champ FOREC	-	-	1,28	1,1	-	-	-	-	2,38
Total	44,73	13,26	1,28	36,1	6,61	5,70	- 0,06	27	134,61

(1) Le montant cumulé des reprises de dettes à la fin 2006 a fait l'objet d'une régulation de 0,06 milliard d'euros opérée en 2007.

(2) En 2008-2009, ont été transférés les déficits cumulés au 31 décembre 2008 de la CNAV (-13,9 milliards d'euros) et du FSV (-3,9 milliards d'euros).

Source : commission des finances, d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale et des arrêtés du 26 décembre 1996 et du 28 décembre 1998 (pour la ventilation des reprises de dette de 1996 et 1998 entre les différentes branches du régime général)

Dans le nouveau schéma de reprise de dette envisagé par le Gouvernement, **les déficits de la branche maladie 2009-2010** et prévisionnel pour 2011 devraient être transférés à la CADES, soit un montant global d'environ **34 milliards d'euros**.

Evolution des soldes du régime général et du FSV

(en milliards d'euros)

	2009	2010 (p)*	2011 (p)**	Total
CNAM - Maladie	-10,6	-11,4	-11,6	-33,6
CNAM - AT-MP	-0,7	-0,5	0,1	-1,1
CNAV	-7,2	- 8,6	-6,9	-22,7
CNAF	-1,8	-2,6	-3,0	-7,4
Régime général	-20,3	- 23,1	-21,4	-64,8
FSV	- 3,2	- 4,3	-3,8	-11,3
Régime général + FSV	-23,5	-27,4	-25,2	-76,1

* Prévisions après révision des soldes par la commission des comptes en septembre 2010

** Après mesures PLFSS 2011

Source : annexe B au présent projet de loi de financement

La composante « maladie » représentera ainsi **51,2 % environ du montant global des déficits transférés en 2011 à la CADES**, soit les déficits 2009-2010 du régime général et du FSV, ainsi que les déficits prévisionnels pour 2011 des branches maladie et famille.

b) Contrairement aux déficits « Vieillesse », le schéma esquissé n'apporte pas de solution aux déficits à venir de la branche maladie qui devraient se stabiliser à des niveaux élevés

Dans le cadre de la réforme des retraites, le Gouvernement a annoncé **le transfert à la CADES des déficits de la branche vieillesse entre 2011 et 2018** afin d'alléger la contrainte financière pesant sur le régime général durant la montée en charge de la réforme.

Compte tenu du schéma présenté, environ 62 milliards d'euros de déficit « vieillesse » pourraient ainsi être transférés entre 2012 et 2018.

Deux mesures devraient permettre de traiter cette composante « vieillesse » de la dette sociale : d'une part, la mobilisation des actifs du FRR et, d'autre part, le transfert des ressources du fonds à la caisse.

En revanche, le schéma proposé n'apporte pas de solution aux déficits de la branche famille et, surtout, aux déficits de la branche maladie à compter de 2012 qui ne manqueront pas de se reconstituer.

Les projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi de financement laissent ainsi entrevoir un déficit cumulé de la branche famille du régime général 2012-2014 de 6,6 milliards d'euros et de la branche maladie du régime général 2012-2014 de 24,9 milliards d'euros, soit un **déficit cumulé total en 2014 de 31,5 milliards d'euros**, ce qui représente **plus du quart de la reprise de dette proposée dans le présent projet de loi de financement**.

Autrement dit, en l'absence de plan cohérent et efficace visant à encadrer les dépenses d'assurance maladie, la reprise de dette présentée cet automne risque de ne constituer qu'une étape dans la « fuite en avant » à laquelle nous serons vraisemblablement confrontés si aucune mesure structurelle n'est prise pour rétablir la situation des comptes sociaux.

3. La dette des hôpitaux

Comme l'avait souligné votre rapporteur dans son avis sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale¹, **la dette des établissements publics de santé, bien que peu souvent évoquée, est également incluse dans la dette publique au sens du Traité de Maastricht.** Les hôpitaux entrent en effet dans la catégorie des administrations de sécurité sociale (ASSO) qui regroupe, d'une part, les régimes d'assurance sociale des administrations de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes dépendants des assurances sociales, dont les établissements publics de santé font partie.

Les différents périmètres de la « dette sociale »

La dette publique, ou la dette des administrations publiques au sens du Traité de Maastricht, comprend la dette de l'Etat, la dette des organismes divers d'administration sociale (ODAC), la dette des administrations publiques locales (APUL) et la dette des administrations de sécurité sociale (ASSO).

La « dette sociale » peut recouvrir essentiellement deux notions : d'une part, au sens large, la dette des organismes sociaux, d'autre part, dans un sens plus strict, la dette du régime général et du FSV.

- **La dette des organismes sociaux**

La dette des organismes sociaux correspond :

- à la dette brute portée par la CADES ;

- et à la dette directement à la charge des ASSO qui comprennent :

> *d'une part, les régimes d'assurance sociale (SECU) :* le régime général de la sécurité sociale, les fonds spéciaux tels que le Fonds de solidarité vieillesse, les régimes spéciaux, les régimes des non salariés, le régime d'indemnisation du chômage (UNEDIC), les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés ;

> *d'autre part, les organismes dépendants des assurances sociales (ODASS) :* les hôpitaux et les œuvres sociales intégrées aux organismes de sécurité sociale.

- **La dette sociale constituée par les déficits du régime général et du FSV**

Dans le cadre de la loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, la « dette sociale » correspond aux déficits cumulés du régime général et du FSV.

Source : INSEE

La dette supportée par les seules administrations de sécurité sociale s'est élevée à 59,3 milliards d'euros à la fin de l'année 2009, soit un niveau sans précédent. A cette date, **la seule dette des hôpitaux était particulièrement importante puisqu'elle atteignait 21,7 milliards d'euros, soit 36,6 % de la dette des ASSO.** A titre de comparaison, la dette du régime

¹ Avis n° 694 (2009-2010).

général en représentait alors 40,5 % (soit 24 milliards d'euros) et la dette de l'UNEDIC, 16 % (9,5 milliards d'euros)¹.

Ce niveau élevé d'endettement des hôpitaux résulte en partie de la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 ». Au moment où le plan « Hôpital 2012 » est lancé, il pose avec acuité **la question de la soutenabilité de la politique d'investissement** des établissements de santé.

a) Une dette qui atteint plus de 20 milliards d'euros

(1) Malgré des progrès récents, le déficit des hôpitaux demeure préoccupant

(a) Un déficit cumulé « officiel » sous-estimé

Si la situation financière des hôpitaux s'est récemment améliorée en 2008 et en 2009, elle demeure néanmoins préoccupante. Comme l'indique la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2010², **le total des déficits et des excédents des budgets principaux des établissements publics de santé³ s'est élevé en 2009 à 448 millions d'euros**, contre 409 millions d'euros en 2006, 680 millions d'euros en 2007 et 506 millions d'euros en 2008.

Cependant, cette présentation agrégée des résultats comptables des établissements excédentaires et déficitaires, le plus souvent retenue par le Gouvernement, ne permet pas de prendre toute la mesure de la dégradation des comptes des hôpitaux : elle masque celle particulièrement critique de certains établissements. Ainsi, toujours selon les données de la Cour des comptes, **le total des seuls déficits des établissements de santé a atteint 673 millions d'euros en 2009**. Il était de 736 millions d'euros en 2006, 856 millions d'euros en 2007 et 756 millions d'euros en 2008.

Par ailleurs, selon la Cour des comptes, **ces chiffrages demeurent sous-évalués en raison notamment d'erreurs comptables** : reports de charges d'un exercice à l'autre, « opportunisme budgétaire » dans l'utilisation des règles de provisionnement, retards dans l'apurement des créances sur les patients, transferts irréguliers de charges entre le budget hospitalier de l'établissement et les budgets annexes (Unités de soins de longue durée, services d'accueil de personnes âgées, ...). Les contrôles effectués par les Cours régionales des comptes (CRC) en 2009 sur un échantillon de 85 établissements ont ainsi permis un retraitement comptable conduisant à une augmentation du déficit de 2008 de ces établissements de près d'un quart en moyenne.

Si le déficit des établissements reconnus comme étant en situation délicate est ainsi sans doute sous-estimé, à l'inverse, le nombre

¹ Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques – juin 2010*.

² Cour des comptes, *rapport sur l'application des lois de financement, septembre 2010*.

³ Soit l'ensemble des 1 040 établissements publics de santé ayant un comptable public et suivis par la Direction générale des finances publiques (DGFIP).

d'établissements excédentaires est probablement sur-évalué, ceci d'autant plus, comme le souligne la Cour, que « *les excédents comptables officiels sont plus minces et basculent plus aisément dans le négatif sous l'effet d'un retraitement* ».

(b) Un déficit qui pèse sur une minorité d'établissements

Le déficit hospitalier est très concentré. Les établissements de santé déficitaires devraient, en effet, représenter en 2008 37 % de l'ensemble des établissements de santé publics soumis à la tarification à l'activité, contre 60 % en 2006 et 2007. Ce chiffre doit cependant être analysé avec précaution, dans la mesure où les ajustements comptables dont il résulte n'ont pu être expertisés par la Cour.

En 2008, **60 % du déficit total étaient concentrés sur 28 CHU-CHR** (dont l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris), la moitié de ce chiffre pesant sur quatre CHU : les Hospices civils de Lyon, l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille, Nancy et Nice.

Le cas particulier des hôpitaux militaires

Dans un rapport public thématique d'octobre 2010, la Cour des comptes a, quant à elle, mis en évidence l'ampleur du déficit des neuf hôpitaux militaires.

A hauteur de 281,3 millions d'euros en 2009, il constitue en effet **le premier déficit hospitalier français**, alors que les hôpitaux militaires ne représentent que 2 % des capacités hospitalières publiques. Il correspond ainsi à la moitié du déficit total des hôpitaux publics.

A titre de comparaison, la Cour relève que le déficit d'exploitation annuel des hôpitaux des armées équivaut en 2009 à l'achat de six hélicoptères de manœuvre EC 725 Caracal (45 millions d'euros pièce) ou de quatre avions de transport tactique C130 (environ 70 millions d'euros pièce).

Tous les hôpitaux militaires enregistrent des déficits qui varient entre 38,8 % des produits à l'hôpital Percy de Clamart et 64,1 % des produits à l'hôpital Legouest à Metz.

La Cour des comptes pointe trois causes principales à cette situation financière dégradée : « *une structure de personnel déséquilibrée au détriment du personnel soignant, une productivité médicale trop limitée et les trop faibles efforts réalisés pour concilier les contraintes militaires avec une activité médicale civile* ».

Votre rapporteur pour avis partage deux des principales préconisations de la Cour : fixer un objectif de retour à l'équilibre des comptes d'exploitation des hôpitaux d'instruction des armées ; encourager les coopérations avec les établissements civils de santé. **Il vous propose ainsi un amendement en ce sens portant article additionnel après l'article 42 quater.**

Source : Cour des comptes, rapport public particulier « Médecins et hôpitaux des armées » - octobre 2010

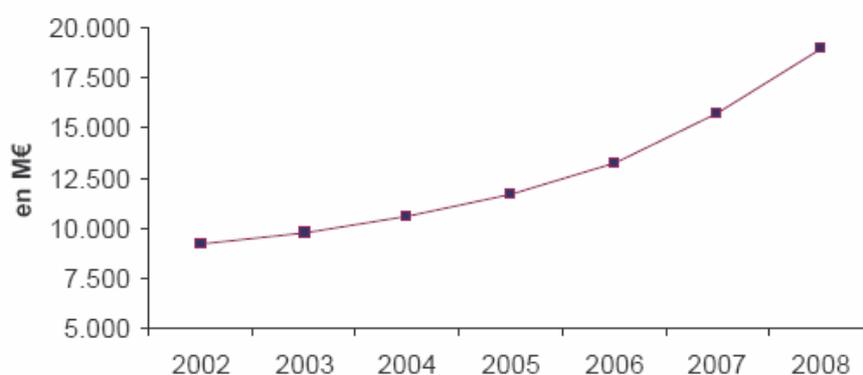
De cette situation résulte un recours croissant des établissements de santé à l'emprunt et le niveau élevé de leur endettement.

(2) Un recours croissant à l'emprunt

Selon les données de la direction générale des finances publiques¹, **l'encours de la dette des établissements de santé est passé entre 2002 et 2008 de 9,2 milliards à 18,9 milliards d'euros**. Dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2010, la Cour des comptes évalue à 21,7 milliards d'euros la dette des hôpitaux en 2009, soit 36,6 % de la dette des ASSO à la fin de l'année 2009.

Encours de la dette des établissements publics de santé

(en millions d'euros)



Source : DGFIP, rapport sur la dépense publique et son évolution annexé au projet de loi de finances pour 2011

Comme le souligne le rapport sur la dépense publique et son évolution annexé au projet de loi de finances pour 2011, cette situation conduit :

- d'une part, à **une détérioration de la dépendance financière des hôpitaux** : le ratio ressources propres / endettement des établissements publics de santé est ainsi passé de 33,2 % en 2004 à 46 % en 2008 ;

- d'autre part, à **un allongement de la durée apparente de la dette des établissements** : le nombre d'années nécessaires pour rembourser les emprunts contractés est passé de 4,9 ans en 2007 à 6 ans en 2008.

(3) Une qualité d'emprunt problématique

La Cour des comptes attire également l'attention sur la nature de la dette des établissements qui peut comprendre **des emprunts à risques et notamment des produits « structurés »**. La Cour cite ainsi l'exemple des hôpitaux de Senlis, Arras et Dole, et indique que « *l'on peut craindre de vrais sinistres à court ou moyen terme, avec des échéances à taux d'intérêt élevé qui*

¹ DGFIP, rapport sur la dépense publique et son évolution annexé au projet de loi de finances pour 2011.

semblent inéluctables ». D'autres établissements se seraient, quant à eux, lancés dans des procédures d'émissions obligataires.

Votre rapporteur pour avis est particulièrement inquiet de cette situation, les établissements de santé et leur tutelle n'ayant pas l'expertise suffisante pour mener ou contrôler de telles opérations. Elle tend pour le moins à soulever la question de la soutenabilité de la politique d'investissement des hôpitaux.

b) La soutenabilité de la politique hospitalière d'investissement en question

(1) Des causes multiples à la dégradation des comptes des hôpitaux, mais une politique d'investissement coûteuse

La dégradation des comptes des hôpitaux ne peut être imputée à une cause unique. Différents éléments peuvent en effet expliquer le niveau considérable de leur déficit :

- **la difficile adaptation des établissements à la mise en place de la tarification à l'activité** : les hôpitaux anciennement « sur-dotés », remarque la Cour des comptes, constituent l'essentiel des établissements aujourd'hui en difficultés ;

- **la non réalisation des prévisions, parfois très optimistes, d'extension d'activité des établissements** ;

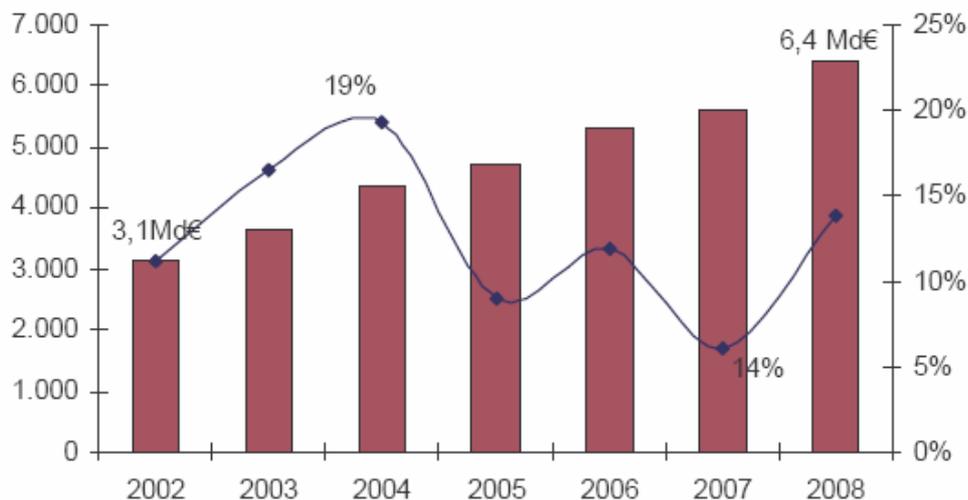
- **les pertes de recettes liées aux difficultés de facturation et de recouvrement.** Selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS), elles peuvent représenter entre 5 % et 15 % du budget des établissements de santé ;

- **l'inefficacité des plans et contrats de retour à l'équilibre.** Si la réactivité des établissements et des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) semble globalement satisfaisante, le contenu des plans et des contrats de retour à l'équilibre ne sont pas à la hauteur des enjeux.

Mais, c'est principalement les projets d'investissements impulsés par **le plan « Hôpital 2007 »** qui sont à l'origine de la dégradation des comptes des établissements de santé. Bien qu'essentiels, ces investissements qui ont plus que doublé entre 2002 et 2008, passant de 3,1 milliards à 6,4 milliards d'euros, ont en effet été principalement financés par le recours à l'emprunt.

Progression des dépenses d'investissement des établissements publics de santé

(valeur absolue en millions d'euros / taux de progression)



Source : DGFIP, rapport sur la dépense publique et son évolution annexé au projet de loi de finances pour 2011

- (2) Un point critique atteint alors que des investissements demeurent indispensables

La situation à venir paraît particulièrement préoccupante dans la mesure où, comme le souligne la Cour des comptes, **des investissements hospitaliers onéreux demeurent indispensables**. Par ailleurs, la situation financière de certains établissements pourrait s'aggraver compte tenu notamment de la disparition progressive des mesures de transition et d'accompagnement au passage à la tarification à l'activité – ces coefficients retardent l'émergence de difficultés financières.

La question est d'autant plus prégnante que **le second plan « Hôpital 2012 »** a été lancé. Bien que de nature différente – le plan « Hôpital 2007 » était centré sur la modernisation immobilière alors que le plan « Hôpital 2012 » porte sur l'amélioration de l'efficacité hospitalière –, les **objectifs d'investissement** demeurent élevés : **10 milliards d'euros** dont 5 milliards d'euros à la charge de l'assurance maladie.

- c) Les « garde fous » proposés sont-ils suffisants ?

Deux principaux « garde fous » ont été proposés pour répondre à cette situation.

D'une part, les leçons du plan « Hôpital 2007 » ont, selon le ministère de la santé, été tirées : le montant total des investissements est plafonné à 10 milliards d'euros ; le diagnostic financier de l'établissement est désormais intégré à la grille d'instruction des projets ; la deuxième tranche du

plan « Hôpital 2012 » devra intégrer les contraintes de soutenabilité de l'endettement des hôpitaux et celle de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

D'autre part, l'article 11 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 propose d'introduire le **principe d'un encadrement du recours à l'emprunt** pour les établissements publics de santé. Les modalités d'application de ce principe seront déclinées par voie réglementaire.

Si votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces mesures, il estime qu'elles ne permettent néanmoins pas de faire l'économie d'une réflexion sur :

- le **conditionnement des versements des aides à la contractualisation** des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), à des engagements, de la part des hôpitaux, d'actions de réorganisation interne et externe. Aujourd'hui, ces aides sont encore trop souvent utilisées pour atténuer les tensions budgétaires des établissements et réduire les déficits sans réelle contrepartie ;

- la mise en place effective de la **certification des comptes des établissements de santé**, seul gage de leur sincérité ;

- l'**amélioration des systèmes d'information** et notamment de la facturation individuelle qui permettrait de résoudre les difficultés aujourd'hui rencontrées en matière de facturation/recouvrement ;

- le **renforcement du suivi par les agences régionales de santé de la situation financière des établissements et de l'exécution des contrats et plans de retour à l'équilibre.**

d) Encourager une meilleure articulation des offres de soins militaire et civile

En ce qui concerne le cas particulier des déficits des hôpitaux militaires, il apparaît essentiel, si l'on veut préserver sur le long terme cet outil indispensable, de réfléchir à **une rationalisation de l'offre de soins des hôpitaux d'instruction des armées.**

Il ne s'agit pas de démanteler ce service qui fait la preuve de sa qualité, mais d'**encourager la coopération et la mutualisation des moyens entre les hôpitaux militaires et les hôpitaux publics.**

C'est pourquoi, votre rapporteur pour avis vous propose un amendement tendant à transposer le dispositif existant aujourd'hui pour favoriser les rapprochements d'établissements de santé civils (amendement portant article additionnel après **l'article 42 quater**). Il propose que le directeur général de l'agence régionale de santé puisse demander au service de santé des armées de signer une **convention autorisant des coopérations entre les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées** situés dans le ressort territorial de ladite agence régionale de santé. Si sa demande n'est pas

suivie d'effet, après concertation avec le service de santé des armées, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations MIGAC.

Cette proposition présente également l'intérêt de **s'inscrire dans le mouvement général de recomposition de l'offre de soins hospitalière** qui devrait trouver sa traduction dans les nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins élaborés sous la responsabilité des ARS.

II. LA PROGRAMMATION PLURIANNUELLE 2011-2014, UN RISQUE DE LENDEMAINS QUI DÉCHANTENT ?

Les projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi de financement laissent entrevoir **une amélioration du solde des régimes obligatoires de base et du FSV de 10 milliards d'euros, à l'horizon 2014**. Celui-ci sera ainsi ramené de -29,1 milliards d'euros en 2010 à -26,5 milliards d'euros en 2011, -24,4 milliards d'euros en 2012, -22,4 milliards d'euros en 2013 et -19,1 milliards d'euros en 2014.

Evolution du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV (2010 / 2014)

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble des régimes obligatoires de base	-24,8	-22,7	-20,8	-19,3	-16,7
FSV	-4,3	-3,8	-3,6	-3,1	-2,4
Total	-29,1	-26,5	-24,4	-22,4	-19,1

Source : annexe B du présent projet de loi de financement

Cependant, les **hypothèses macroéconomiques** sur lesquelles ces projections reposent paraissent **optimistes** et les **efforts d'économies** demandés aux branches vieillesse et maladie, **particulièrement volontaristes**.

A. LE « BIAIS OPTIMISTE » DES HYPOTHÈSES MACRO-ÉCONOMIQUES RETENUES

Les hypothèses macroéconomiques retenues cette année n'échappent pas au « **biais optimiste** » qui caractérise désormais l'exercice de programmation. Les hypothèses de croissance du PIB, d'évolution de la masse salariale, et du taux de chômage dans le cadre de la réforme des retraites, paraissent une nouvelle fois particulièrement difficiles à atteindre et vident ainsi de son sens l'exercice de programmation.

1. L'hypothèse de croissance du PIB et de la masse salariale

a) Une révision très importante des soldes pour 2010

La base « 2010 », meilleure que prévu, constitue un facteur d'optimisme. En effet, la prévision de déficit du régime général pour 2010 a été revue à la baisse, par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre, de **3,6 milliards d'euros** par rapport à la prévision de juin.

**Soldes par branche du régime général en 2010
avant et après révision des hypothèses macro-économiques**

(en milliards d'euros)

	2010 (prévisions juin)	2010 (prévisions septembre)	Ecart
Maladie	-13,1	-11,5	-1,6
AT-MP	-0,6	-0,5	-0,1
Vieillesse	-9,3	-8,6	-0,7
Famille	-3,8	-2,6	-1,2
Total - Régime général	-26,8	-23,2	-3,6

Source : rapports de juin et septembre 2010 de la commission des comptes de la sécurité sociale

Cependant, votre rapporteur pour avis tient à souligner que cette révision, pour encourageante qu'elle soit, résulte d'un **plus grand dynamisme spontané des recettes**, lié à la plus forte croissance de la masse salariale (2 % au lieu de 0,3 %), et **non d'une meilleure maîtrise des dépenses**. Le produit sur les revenus d'activité, qui a augmenté de 3,3 milliards d'euros, explique ainsi en quasi-totalité la nette amélioration des soldes.

b) Une hypothèse moins élevée de croissance du PIB et de la masse salariale : une condition de la crédibilité

(a) L'hypothèse de croissance du PIB

En ce qui concerne la programmation pluriannuelle 2011-2014 annexée au présent projet de loi, elle repose, comme les précédentes, sur une **hypothèse de croissance du PIB de 2,5 % de 2012 à 2014**, taux traditionnel retenu par les programmes de stabilité depuis la fin des années 1990, alors que le taux de croissance potentiel de l'économie est de l'ordre de 2 % et que la politique budgétaire retenue déprimera vraisemblablement l'activité.

Comme le rappelait votre rapporteur général lors de l'examen du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014¹, **la croissance du PIB n'a été supérieure ou égale à 2,5 % que deux fois depuis le début des années 2000** (en 2000 et en 2004). Elle n'a été supérieure ou égale à 3 % qu'une seule fois (en 2000).

(b) L'hypothèse de croissance de la masse salariale

Quant à l'estimation de la croissance de la masse salariale, elle fait, elle aussi, l'objet d'une sur-évaluation quasi-systématique. A cet égard, votre rapporteur pour avis note que la prévision d'évolution de la masse salariale pour 2011, fixée à 5 % en loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, a été ramenée à 2,9 % dans la programmation pluriannuelle annexée au présent projet de loi. Il avait souligné le caractère irréaliste de cette évaluation l'automne dernier.

¹ Rapport n° 78 (2010-2011).

L'annexe B du présent projet de loi fixe, quant à elle, la prévision de **croissance de la masse salariale pour 2011 à 2,9 % et à 4,5 % à compter de 2012**. Cette projection paraît, cette année encore, très optimiste. Le taux de progression proposé à partir de 2012 n'a en effet été atteint ou dépassé que trois fois au cours de ces dix dernières années, à savoir en 2000, 2001 et 2007.

L'hypothèse selon laquelle la masse salariale augmenterait, à partir de 2012, à un rythme plus rapide que son taux de croissance moyen entre 1998 et 2008 (4 %) paraît en effet difficile à tenir. Un retour sur les années qui ont suivi la récession de 1993 peut nous donner une idée de la prudence qu'il convient d'avoir. En 1993, le PIB a régressé en volume de 0,9 %, la masse salariale¹ enregistrant, pour la première fois depuis 1960, une diminution de 0,52 % par rapport à l'année précédente, diminution qui s'est poursuivie en 1994 (- 0,14 %) alors que le PIB augmentait à nouveau en volume (+ 2,2 %). Entre 1995 et 1998, la croissance annuelle moyenne de la masse salariale était de 1,74 %, soit un taux qui n'était pas supérieur à son taux de croissance moyen entre 1978 et 1992.

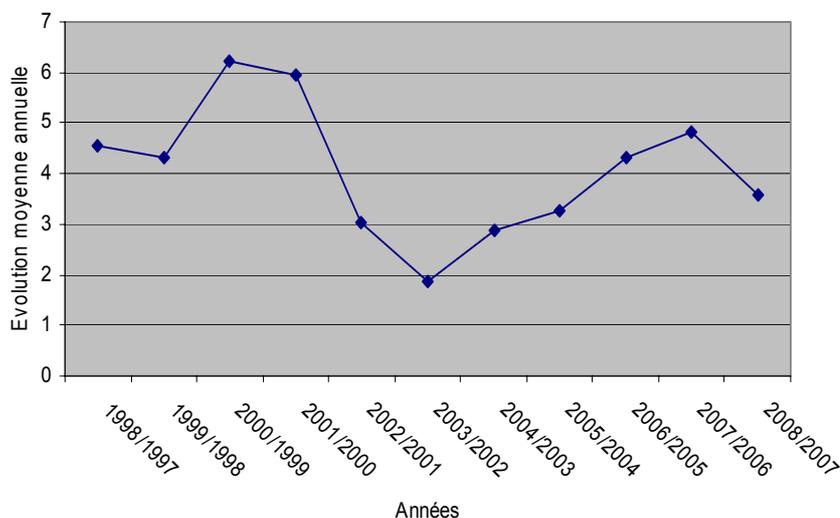
Par ailleurs, deux éléments peuvent nuancer l'hypothèse de croissance retenue par le PLFSS pour 2011 :

- d'une part, il n'est **pas certain que la crise soit suivie d'un très fort rebond économique** qui permettrait de rattraper le niveau de PIB tendanciel et entraînerait un important ressaut de la masse salariale ;

- d'autre part, comme le soulignait à juste titre le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009, il est possible que **les entreprises tardent à ajuster leur niveau d'emploi** et leurs rémunérations quand la croissance repartira, ce qui *de facto* sous-entend une évolution de la masse salariale moins « brutale » que celle retenue dans le présent PLFSS.

¹ Au sens de l'INSEE.

Evolution de la masse salariale 1997-2008



Source : Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Or la croissance de la masse salariale impacte sensiblement les recettes du régime général qui sont, pour plus de la moitié d'entre elles, constituées des cotisations et de la CSG sur les revenus d'activité du secteur privé. Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2010, **la variation d'un point de la masse salariale impacte le régime général à hauteur de 1,94 milliard d'euros.**

Ainsi, si entre 2012 et 2014, la croissance de la masse salariale du secteur privé s'élevait en moyenne à 3,5 %, le déficit du régime général pourrait s'aggraver de 13 milliards d'euros sur cette période – 17,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base – par rapport aux projections actuelles et en l'absence de mesures nouvelles.

Croissance de la masse salariale et solde du régime général 2012-2014

(en milliards d'euros)

	Solde 2012	Solde 2013	Solde 2014	Solde cumulé	Ecart par rapport au PLFSS 2011
Masse salariale : + 4,5 % (PLFSS 2011 – <u>avant</u> vote à l'Assemblée nationale)	-19,5	-18,0	-15,3	-52,8	
Masse salariale : + 4,5 % (PLFSS 2011 – <u>après</u> vote à l'Assemblée nationale)	-19,2	-18,7	-16,2	-54,1	- 1,2
Masse salariale : + 3,5 %	-21,2	-23,0	-22,9	-67,1	- 13

Hypothèse : un point de variation de masse salariale impact le solde du régime général à hauteur de 1,94 milliard d'euros toute chose égale par ailleurs

Source : annexe B du présent projet de loi de financement

(c) En finir avec le « double discours »

Il est vrai que ces hypothèses sont **cohérentes avec les prévisions réalisées par le Gouvernement dans le cadre du programme de stabilité et de croissance 2010-2013** présenté par la France à la Commission européenne, en janvier 2010.

Mais votre rapporteur pour avis souligne que les **prévisions associées aux pactes de stabilité et de croissance sont régulièrement révisées**. C'est déjà le cas pour 2010. A la suite de nombreuses critiques (de votre commission des finances, de la Cour des comptes, de la Commission européenne, du FMI), **le Gouvernement a révisé à la baisse, le 20 août dernier¹, l'hypothèse de croissance pour la seule année 2011**. A titre de comparaison, selon le consensus des conjoncturistes², la croissance du PIB serait de **1,5 %** en 2011 (après 1,4 % en 2010).

Comme le souligne Mireille Elbaum dans un article consacré au pilotage des comptes sociaux³, **les contraintes afférentes au Pacte de stabilité et de croissance « conduisent les gouvernements à afficher des projections de moyen terme à la fois peu réalistes et fortement normées**, [ce qui] empêche la tenue d'un réel débat... fondé sur l'expertise comparée de différents scénarios économiques et choix collectifs possibles en matière de politiques économiques et sociales. Le paradoxe veut donc que les efforts d'amélioration de la programmation financière entrepris pour passer du court au moyen terme ne se soient pas traduits par davantage de clarté et de mise en débat, si on les compare aux travaux menés jusqu'à la fin des années 90. »

¹ Communiqué publié à l'issue de la réunion de travail au Fort de Brégançon.

² Consensus Forecasts, août 2010.

³ Lettre n° 319 de l'OFCE, « Quel pilotage pour les comptes sociaux ? » - 4 juin 2010.

Le caractère extrêmement volontariste des hypothèses retenues dans le cadre du présent projet de loi de financement risque à nouveau de **fausser le débat parlementaire en ne permettant pas de prendre l'exacte mesure de l'ampleur des efforts à fournir pour parvenir à rééquilibrer la situation des comptes sociaux.**

Pour améliorer la sincérité de la programmation, **un scénario alternatif de croissance de la masse salariale de 3,5 % à compter de 2012 aurait pour le moins été souhaitable.** En effet, le maintien d'un scénario unique d'une hypothèse de croissance de 4,5 % de la masse salariale jamais vérifiée sauf en 2000, 2001 et 2007 n'est plus possible si l'on veut donner une certaine crédibilité à la programmation.

C'est pourquoi, votre rapporteur pour avis vous propose **un amendement à l'article 29 modifiant l'annexe B du présent projet de loi tendant à ajouter un scénario alternatif d'évolution des soldes des régimes obligatoires sur la base d'un taux d'évolution de la masse salariale de 3,5 % à compter de 2012 (amendement à l'article 29 – annexe B).**

2. L'hypothèse de taux de chômage dans le cadre de la réforme des retraites

Un autre exemple du « biais optimiste » retenu par le Gouvernement concerne les hypothèses de taux de chômage retenues dans le cadre de la réforme des retraites.

Le Gouvernement, dans le cadre de la réforme des retraites, prévoit un taux de chômage de 7,7 % en 2015, 5,7 % en 2020, puis 4,25 % à partir de 2024. Cette diminution « spectaculaire » conditionne en partie l'équilibre financier de la réforme car elle augmente le niveau des cotisations, diminue les charges du FSV et de l'UNEDIC, ce qui permettrait en retour une augmentation des cotisations vieillesse grâce à la diminution des cotisations chômage.

Les hypothèses relatives à l'évolution du taux de chômage appellent plusieurs remarques de la part de votre rapporteur pour avis.

Les trois scénarios du COR correspondent à un taux de chômage de 4,5 % (scénarios A et B) ou 7 % (scénario C) à partir de 2020-2025. On rappelle que le scénario de base du COR en 2007 supposait un retour au plein emploi en 2015, avec un taux de chômage de 4,5 %.

Le taux de chômage fluctue depuis 1985 autour de 9 %. Le maximum et le minimum ont été atteints en 1997 et en 2008, avec respectivement 10,8 % et 7,4 %, mais du fait de la crise Ce taux est remonté à 9,1 % en 2009.

Les scénarios du Gouvernement peuvent être critiqués pour plusieurs raisons.

a) Un taux de chômage de 4,25 % impliquerait une forte diminution du taux de chômage structurel

Tout d'abord, on rappelle qu'il existe, dans toute économie, un taux de chômage dit « structurel », généralement évalué dans le cas de la France à environ 8 %.

Ce taux de chômage correspond aux personnes dont la recherche d'emploi aboutit rapidement (chômage frictionnel), qui ne trouvent pas d'emploi à cause d'une employabilité trop faible aux salaires en vigueur (chômage classique) ou qui refusent les emplois proposés (chômage volontaire). Il est souvent mesuré par le taux de chômage non inflationniste, désigné par le sigle anglo-saxon NAIRU (*non-accelerating inflation rate of unemployment*).

Certes, ce taux de chômage structurel ne peut être évalué avec précision, mais le taux de 4,5 % est clairement en dessous des estimations couramment admises. Cela conduit à un certain scepticisme sur le réalisme des scénarios A et B, dans la mesure où l'on voit mal ce qui pourrait susciter une telle diminution du taux de chômage structurel.

En tout état de cause, si le Gouvernement considère que des politiques économiques tendant à réduire le taux de chômage structurel seront menées d'ici 2020 (réduction du coût du travail peu qualifié...), il conviendrait de le préciser.

L'évolution du taux de chômage structurel selon le Gouvernement

(croissance en %)

Scenario	A		B		C	
	2014-2020	2021-2050	2014-2020	2021-2050	2014-2020	2021-2050
Taux de chômage structurel (en %)	6,7	4,5	6,7	4,5	7,7	7

Source : d'après le huitième rapport du COR, 14 avril 2010

b) Un taux de chômage de 7 % paraît réaliste mais probablement pas d'ici 2022

Le scénario C, qui suppose un taux de chômage de 7 %, paraît donc le seul à pouvoir servir de base à une projection réaliste. La question est cependant de savoir si ce taux de chômage peut bien être attendu dès 2022.

Il est possible d'apporter des éléments de réponse grâce à quelques calculs économétriques simples. En effet, il existe un lien fort entre croissance du PIB et évolution du taux de chômage.

En règle générale, le taux de chômage ne diminue que si la croissance du PIB est supérieure à 2 %. Au-dessus il diminue, en dessous il augmente.

Ce résultat résulte de ce que les économistes appellent la « loi d'Okun », fréquemment utilisée pour modéliser, de manière simple et robuste, le lien entre croissance du PIB et évolution du taux de chômage. Selon cette

loi, la variation du taux de chômage est égale à l'écart entre la croissance structurelle de l'économie (de l'ordre de 2 % en France) et la croissance observée, multipliée par un certain coefficient, variable selon les pays.

Il résulte des données que, dans le cas de la France, le coefficient d'Okun est habituellement de l'ordre de 0,35. Ainsi, quand la croissance du PIB est de - 2 %, le taux de chômage augmente de $4 \times 0,35 = 1,4$ point. Inversement, quand elle est de 3 %, le taux de chômage diminue de $1 \times 0,35 = 0,35$ point.

Le Gouvernement prévoit que d'ici 2020 la croissance du PIB sera significativement supérieure à son potentiel. Dans le cas du scénario C, qui nous intéresse ici, l'écart serait de 0,4 point, comme le montre le tableau ci-après.

Les trois scénarios de croissance du Gouvernement

(croissance en %)

Scénario	A		B		C	
	2014-2020	2021-2050	2014-2020	2021-2050	2014-2020	2021-2050
Croissance potentielle	2,1	1,9	1,9	1,6	1,6	1,6
PIB volume	2,4	1,9	2,2	1,6	2	1,6

Source : d'après le huitième rapport du COR, 14 avril 2010

Avec un coefficient d'Okun de 0,35, une telle hypothèse de croissance implique une diminution du taux de chômage de 0,14 point par an, ce qui, en partant d'un taux de l'ordre de 9,3 % en 2010, correspond à un taux d'encore **8 % en 2020. Même si l'hypothèse de croissance du Gouvernement était vérifiée, il serait donc possible que le chômage diminue moins que prévu.**

Il n'est même pas évident que le taux de chômage recule significativement d'ici 2020. En effet, rien ne garantit que la croissance du PIB soit d'ici là supérieure à son niveau structurel. En particulier, la perte de PIB résultant de la récente récession pourrait ne jamais être rattrapée. En effet, comme cela a été maintes fois souligné par la commission des finances et par son rapporteur général, notre collègue Philippe Marini, les crises financières ne sont pas des crises « normales », après lesquelles le PIB rattrape son seuil potentiel de progression antérieur. Par ailleurs, si la croissance peut s'élever temporairement au-dessus de son niveau structurel pour d'autres raisons (politique budgétaire ou monétaire expansionniste, dépréciation de la monnaie, « bulle » de crédit, croissance mondiale supérieure à son niveau potentiel...), ces phénomènes ne sont par nature pas durables. Enfin, le désendettement des ménages et des entreprises et la réduction du déficit des Etats risquent de susciter à moyen terme une croissance inférieure à son potentiel.

B. QUELS EFFORTS POUR QUELLES BRANCHES ?

Les objectifs de dépenses fixés par l'article 8 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 pour les régimes obligatoires de base, objectifs repris par l'annexe B du présent projet de loi de financement, supposent, par ailleurs, des **mesures d'économies fortes portant, dans leur majeure partie, sur les branches vieillesse et maladie.**

1. La branche maladie : un ONDAM très « ambitieux »

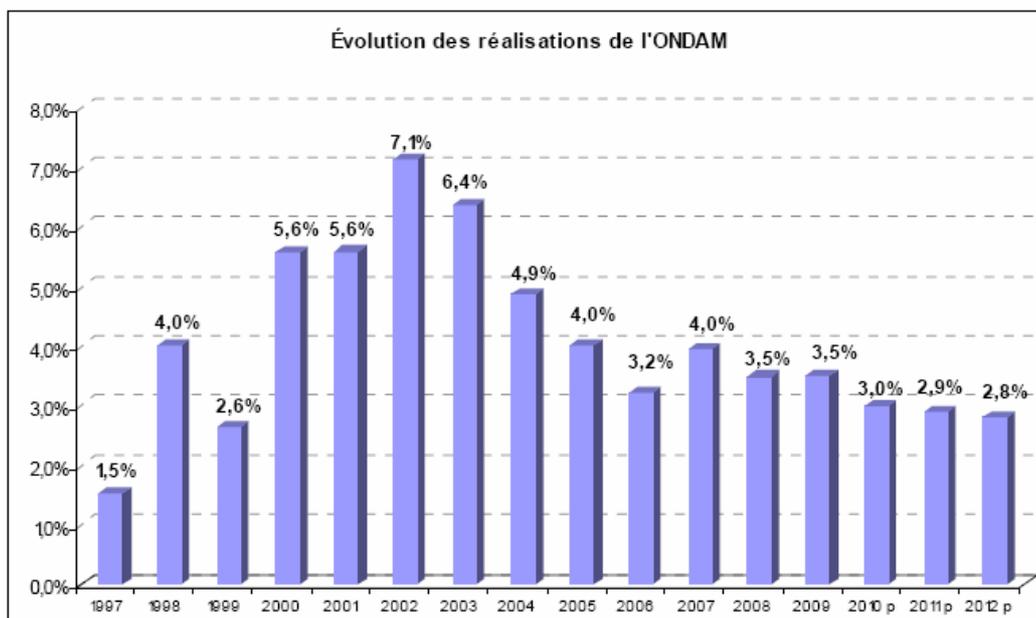
a) Un taux de progression jamais atteint...

L'effort est tout d'abord conséquent s'agissant de la branche maladie. Le présent projet de loi de financement propose, en effet, un taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de **2,9 % en 2011** et de **2,8 % à compter de 2012**, reprenant ainsi les objectifs fixés par le Président de la République¹ lors de la 2^e session de la conférence sur le déficit le 20 mai dernier.

Comme le reconnaît lui-même le Gouvernement, il s'agit d'un « **objectif ambitieux** »². En effet, depuis sa création en 1997, l'ONDAM n'a progressé que deux fois en dessous d'un taux de croissance de 3 % : en 1997 et en 1999. Il n'a jamais, en tout état de cause, évalué à un rythme inférieur à 3 % deux années consécutives.

¹ Les objectifs fixés par le Président de la République portaient sur un taux de progression de l'ONDAM de 3 % pour 2010, de 2,9 % pour 2011 et de 2,8 % pour 2012. La projection quadriennale retenue prolonge cet objectif de progression de 2,8 % pour les années 2013 et 2014.

² Annexe B au présent projet de loi de financement.



Source : rapport annexé au projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014

b) ... qui suppose 2,4 milliards d'euros d'économies dès 2011

Des mesures d'économies de grande ampleur devront donc être réalisées pour tenir cet objectif. En effet, en dépit des mesures d'économies annoncées chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, **la croissance annuelle moyenne de l'ONDAM s'est élevée à 3,7 % sur la période 2005 à 2009.**

Compte tenu de l'évolution spontanée des dépenses de 4,4 %, respecter un taux de progression de l'ONDAM en 2011 de 2,9 % suppose **2,4 milliards d'euros d'économies**, ce que propose le présent projet de loi de financement.

Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2011

(en milliards d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Baisse de prix des produits de santé	425	500
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments	60	70
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	30	35
Abaissement du taux K à 0,5 %	43	50
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	170	200
Maîtrise médicalisée	468	550
Réforme ALD sur l'hypertension artérielle	17	20
Fin de la prise en charge automatique des transports à 100 % pour les ALD	17	20
Passage de 91 euros à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros	81	95
Passage à 30 % des médicaments remboursés actuellement à 35 %	81	95
Passage à 60 % des dispositifs médicaux remboursés actuellement à 65 %	85	100
Convergence tarifaire ciblée	128	150
Optimisation de la performance hospitalière	174	205
Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	255	300
Total	2 032	2 390

Source : annexe 9 du présent projet de loi de financement

2. La branche vieillesse : un rééquilibrage des comptes d'ici 2018 ?

a) Un équilibre global au mieux en 2018 ?

(1) Le financement des principales mesures adoptées au Sénat

Lors de l'examen du projet de loi portant réforme des retraites, votre rapporteur pour avis ne disposait pas de l'ensemble des éléments relatifs au financement de cette réforme : d'une part, le texte ne comprenait pas encore, par définition, les améliorations apportées par le Sénat, d'autre part, le contenu du PLFSS n'était pas encore connu.

L'examen du texte au Sénat a notamment permis de compléter les mesures de solidarité sur deux points :

- d'une part, les mères de trois enfants et plus, nées entre 1951 et 1955, continueront de bénéficier d'une retraite sans décote à 65 ans, sous réserve de s'être arrêtées pour élever un enfant. 130 000 personnes seraient concernées ;

- d'autre part, les parents d'enfants lourdement handicapés pourront également continuer de bénéficier d'une retraite à taux plein à 65 ans.

Ces mesures, qui représenteraient un coût annuel d'environ 340 millions d'euros, sont financées par l'augmentation de recettes fiscales en faveur du système de retraite.

La première de ces recettes, introduite par l'Assemblée nationale, à l'article 3 du PLF pour 2011, est procurée par l'alignement complet du taux forfaitaire applicable aux plus-values immobilières sur celui applicable aux plus-values de cession de valeurs mobilières, soit un taux de 19 % à compter du 1^{er} janvier 2011.

La seconde mesure, adoptée dans les mêmes conditions, porte le taux du prélèvement social sur les revenus du capital de 2 % à 2,2 %. Les rendements respectifs de ces deux mesures sont évalués à 134 et 210 millions d'euros.

(2) Un équilibre financier « précaire »

L'ambition du Gouvernement est de parvenir à un rééquilibrage des comptes du système de retraites d'ici 2018. La crédibilité de ce redressement a déjà fait, de la part de votre rapporteur pour avis, l'objet de plusieurs remarques dans le cadre de son rapport sur le projet de loi portant réforme des retraites¹.

Il rappelle que l'équilibre financier ne pourra être au mieux que ponctuel. A partir de 2020, la question de la viabilité de notre système de retraite par répartition devrait à nouveau se poser car les besoins de financement devraient sensiblement augmenter. Si l'on reprend les hypothèses du COR, ceux-ci s'élèveraient annuellement, en 2030, à 70,3 milliards d'euros, soit une progression de 56,2 % par rapport à 2020, contre 39,3 % entre 2010 et 2020. **Notre système de retraite aura des difficultés à faire face aux futurs besoins de financement dans sa configuration actuelle.** Ceci semble d'autant plus vraisemblable que **certaines marges de manœuvre ont d'ores et déjà été préemptées :**

- afin de refinancer les déficits cumulés de la branche vieillesse durant la prochaine décennie, le projet de loi de financement, dans son article 9, organise la liquidation progressive des actifs du FRR à compter de 2012. **Or ce fonds devait permettre initialement de lisser les déficits du système de retraite à partir de 2020 ;**

- **l'augmentation de la durée de cotisation semble également limitée** compte tenu de l'entrée de plus en plus tardive des jeunes sur le marché du travail.

Le retour à l'équilibre ne signifie pas, par ailleurs, que tous les régimes de retraite seront excédentaires. Ainsi, il convient de souligner que le principal régime de base, le régime général, devrait encore enregistrer, hors transferts, et hors mesures du présent PLFSS, un déficit de près de 4,4 milliards d'euros en 2018 et de 5 milliards d'euros en 2020.

¹ Avis n° 727 (2010-2011).

Solde de la CNAV après réforme

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Solde CNAV avant réforme	-9,7	-11,2	-12,4	-13,7	-14,9	-16,2	-17,4	-18,6	-19,7	-21,0
Impact âge	0,2	1,1	1,9	3,5	4,3	5,1	6,1	7,8	8,2	8,6
Impact autres mesures	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5	3,7	3,9	4,0	4,1	4,2
Vote AN	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Basculement UNEDIC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,2	1,8	2,4	3,1	3,3
Solde après réforme	-6,5	-6,9	-7,3	-6,9	-6,6	-6,2	-5,5	-4,4	-4,2	-5,0

Source : d'après le ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité

Les excédents des uns devraient-ils alors compenser les déficits des autres ? Quels transferts peuvent-ils être envisagés ?

Le présent projet de loi de financement confirme ce qui avait été annoncé lors de la discussion de la réforme sur les retraites, à savoir le transfert partiel de la charge financière du minimum contributif au Fonds de solidarité vieillesse (cf. *infra*). Cette opération permettra d'améliorer le solde de la CNAV.

D'autres transferts inter-régimes pourraient être décidés. Lors de son audition devant la commission des affaires sociales le 16 septembre¹, Eric Woerth, ministre du travail, de l'emploi de la solidarité a expliqué qu' : « *il n'est pas choquant de constater que l'AGIRC et l'ARRCO ont d'importantes réserves. Mettons les choses sur la table : les mesures d'âge profitent bien à l'AGIRC et à l'ARRCO, même si c'est le Gouvernement qui assume la responsabilité politique de la réforme. Un dialogue doit avoir lieu.* »

Votre rapporteur pour avis estime, en effet, que l'ensemble des transferts existants, ou potentiels, doit faire l'objet d'un réexamen à moyen terme afin d'équilibrer autant que possible les comptes de chaque régime. Toutefois, les différences de gouvernance doivent être prises en compte. Si l'Etat peut aisément décider de l'emploi de ses propres « excédents », il est contraint de respecter les choix des partenaires sociaux pour ce qui est des excédents des autres régimes.

b) L'affirmation du rôle du FSV (article 57)

(1) L'extension proposée du périmètre d'action du FSV

Depuis 1993, le financement des avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale a vocation à être assuré par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), établissement public à caractère

¹ *Compte rendu des commissions, semaine du 13 septembre.*

administratif. **Compte tenu de sa mission, le Fonds est financée à hauteur de 70 % par l'impôt** : il bénéficie de 0,85 point de CSG, d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés ainsi que d'une fraction du produit du prélèvement social sur les revenus du capital.

Le financement du FSV est profondément modifié par le présent projet de loi qui augmente de manière significative ses ressources (*cf. infra*). **Alors qu'en 2010, la prévision de recettes fixée à l'article 4 s'établit à 13,3 milliards d'euros, cette prévision est de 18 milliards d'euros en 2011 aux termes de l'article 24.**

Cette augmentation sensible de ses ressources, qui sera détaillée dans la seconde partie du rapport, s'explique par **l'extension du périmètre de ses missions, prévue notamment par l'article 57 du présent projet de loi**. Ce dernier propose de transférer au FSV le minimum contributif versé par le régime général, la CCMSA et le RSI.

Le minimum contributif est un avantage vieillesse qui s'inscrit dans un dispositif de solidarité en faveur des salariés ayant perçu, au cours de leur vie professionnelles, de faibles salaires.

Le 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 seules périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré** (durée cotisée et non uniquement validée). 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.

La majoration pour enfants, la majoration pour conjoint à charge et la rente des retraites ouvrières et paysannes s'ajoutent à ce montant minimum.

A la suite des critiques émises par la Cour des comptes¹ sur le manque de ciblage du minimum contributif, l'article 80 de la **loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 en a durci les conditions d'octroi** :

- en instaurant, 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'applique 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, est au moins égale à une limite fixée par décret, soit 30 annuités ;

¹ Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale – septembre 2008.

- en mettant sous condition de revenu la majoration de minimum contributif, à compter du 1^{er} juillet 2010 : celui-ci est 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. Cette mesure se heurte à des difficultés techniques de telle sorte que le décret n'est pas encore paru. Ce montant devrait être fixé à 990 euros par mois.

Si le montant du minimum contributif de base est indexé, comme les pensions vieillesse, sur l'évolution des prix, le montant de la majoration du minimum contributif a fait l'objet de plusieurs revalorisations aux 1^{er} janvier 2004, 2006 et 2008.

Au 1^{er} avril 2010, le montant du minimum contributif était de **595,64 euros** et de **650,87 euros** pour le minimum majoré.

Le **I** de **l'article 57** du présent projet de loi de financement tend à modifier l'article L. 352-2 du code de la sécurité sociale, afin de préciser que le Fonds de solidarité vieillesse prendra dorénavant en charge **une partie du financement du minimum contributif** versé par le régime général, la CCMSA et le RSI.

L'article précise dans son **II**, que la part financée par le FSV en 2011 est égale à 3,5 milliards d'euros, dont 3 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le RSI.

Selon l'exposé des motifs de l'article, l'intervention du législateur sur la définition du montant de charges transférées au FSV se justifie par l'actuelle impossibilité d'isoler sur le plan comptable les montants effectivement versés à ce titre.

L'insuffisance des systèmes d'information conduit également à reculer de six mois, soit au 1^{er} juillet 2011, l'entrée en vigueur de la prise en compte, pour l'attribution du minimum contributif, des pensions servies par les autres régimes (**III** de l'article). Cette mesure avait été décidée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(2) Si le transfert de charges proposé contribue à clarifier les responsabilités financières de l'Etat et des caisses, il ne met pas un terme aux difficultés de financement du FSV.

(a) Un transfert partiel de la charge financière

La charge que représente le minimum contributif pour les différentes caisses qui le versent n'est pas, actuellement précisément connue. Selon l'étude d'impact associée au présent projet de loi, ce coût pourrait être de :

- 5 400 millions pour la CNAV ;
- 600 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles ;
- 200 millions pour le RSI ;

soit un total de 6,2 milliards d'euros.

L'article 57 propose de transférer 56,4 % de la charge financière de ce dispositif au FSV.

(b) Une clarification bienvenue qui ne résout cependant pas le déficit structurel du FSV

La clarification du financement des avantages de retraite par la distinction de ce qui relève ou non du champ contributif, c'est-à-dire ce qui doit être financé par les cotisations des assurés, est un processus en cours.

Outre la présente mesure, il est rappelé que :

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a **transféré à la CNAF la prise en charge financière des majorations pour enfants, estimant que cet avantage est lié à la politique de la famille.** Cette opération a été accompagnée d'une diminution de la fraction de la CSG affectée au FSV¹, diminution justifiée par la hausse des transferts en provenance de la CNAF au titre du remboursement des prestations afférentes aux majorations ci-dessus indiquées.

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a confié au FSV le **financement de la validation des périodes d'arrêt maladie, maternité ou d'invalidité.** Ces validations étaient auparavant financées par les régimes eux-mêmes.

Votre rapporteur pour avis est favorable à toute mesure de clarification entre dépenses contributives et non contributives. Il souligne à cet égard qu'après le vote du présent projet de loi, il resterait encore deux importants dispositifs de solidarité pris en charge par les caisses. Il s'agit de :

- **la majoration des durées d'assurance** pour les mères. Plus difficile à évaluer, le coût du dispositif serait compris entre 4 et 5 milliards d'euros par an ;

- **les modalités de calcul des durées d'assurance des personnes travaillant à temps partiel.** Aujourd'hui une personne qui travaille à temps partiel et dont le salaire trimestriel est égal ou supérieur à l'équivalent de 200 heures de SMIC valide quatre trimestres par an, soit le même nombre de trimestres qu'une personne travaillant à temps complet. Ce mode de calcul comprend donc une dimension redistributive qu'il est toutefois difficile de chiffrer.

Néanmoins, il considère que **cet exercice de clarification ne peut être pleinement satisfaisant que si le financement de ces dépenses est également garanti.**

Or, la loi de financement pour 2010 n'avait pas assorti la nouvelle mission du FSV de ressources supplémentaires, alors que ces nouvelles

¹ Lors de la reprise de la dette opérée en 2009, il a été décidé de maintenir le taux de CRDS inchangé, les déficits repris étant refinancés grâce à l'attribution à la CADES d'une partie de la fraction de CSG affectée au FSV.

attributions devraient représenter une charge supplémentaire de 630 millions d'euros en 2010 et 1,26 milliard d'euros en 2011. Cette nouvelle mission ne pouvait pas être financée par l'augmentation des transferts de la CNAF. Ces derniers ne peuvent à la fois justifier la diminution de la CSG à partir de 2009, et neutraliser l'accroissement de charges lié au transfert du financement de nouvelles validations gratuites de trimestres de retraite !

Le transfert proposé par l'article 57 est a priori financé. Et si votre rapporteur pour avis se félicite de ce choix responsable consistant à ne transférer au FSV que la part qui peut être garantie par des ressources nouvelles pour le fonds, il remarque que le transfert total de cette charge est loin d'être acquis. En effet, sa finalisation nécessiterait d'autres recettes...

Bilan des mesures nouvelles appliquées au FSV

(en millions d'euros)

Solde du FSV au 28 septembre 2010	- 4 011
Mesures nouvelles en dépenses	- 3 820
Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (P JL portant réforme des retraites)	+ 20
<i>Transfert au FSV du financement d'une partie du minimum contributif (art. 57)</i>	- 3 500
Maintien de l'annulation de la décote à 65 ans pour certaines mères de famille nées entre 1951 et 1955	- 340
Maintien de l'annulation de la décote à 65 ans pour les parents d'enfants lourdement handicapés	
Mesures nouvelles en recettes	+ 3 994
Mesure sur les retraites chapeaux (art.10)	+ 110
Annualisation des allègements généraux et transfert d'une fraction de taxe sur les salaires (art.12)	+ 2 000
Transfert de la C3S additionnelle et d'une fraction du forfait social (art. 14)	+ 1 545
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG (art.15)	+ 3
Transfert du produit des licences UMTS actuellement au FRR (art. 9)	+ 75
Impact des mesures sur le solde du RSI et gain de C3S (art. 21)	+ 56
Augmentation de 0,2 pt de la part du prélèvement social sur les revenus du capital	+ 205
Solde PLFS 2011	- 3 837

Source : d'après l'annexe B du présent projet de loi et l'annexe 9 du PLFSS pour 2011

Surtout, votre rapporteur pour avis rappelle que, malgré l'augmentation substantielle des ressources du FSV dans le cadre du présent projet de loi, la situation de déséquilibre structurel créé entre 2009 et 2010 persiste. Le déficit du FSV, qui devrait s'élever à plus de 4 milliards d'euros, devrait en effet s'établir à 3,8 milliards d'euros en 2011 et 2012. C'est pourquoi il vous propose, sous réserve de l'adoption de

l'amendement augmentant de 0,26 point le taux de la CRDS, un amendement tendant à affecter au FSV une des mesures du panier de recettes initialement constitué pour la CADES. Cette opération, qui consiste à affecter à ce dernier le produit des prélèvements sociaux dorénavant prélevés sur la partie euro des contrats d'assurance-vie multisupports, permettrait de réduire de 40 % son déficit pour 2011.

c) Les dépenses connexes de la réforme des retraites

Le Gouvernement a annoncé le gel de l'effort de l'Etat afin que le financement des retraites de ses fonctionnaires ne pèse pas davantage sur le budget général. Le tableau indique ainsi que l'effort de l'Etat durant la prochaine décennie serait de 15,9 milliard d'euros à compter de 2013, ce chiffre représentant l'augmentation de la contribution de l'Etat au CAS « Pensions » entre 2000 et 2010, augmentation non prise en compte par le COR dans ses simulations (cf. *supra*).

Or, la réforme de retraites est loin d'être neutre sur les finances publiques. Plusieurs « dépenses collatérales » peuvent être identifiées.

1. La contribution de l'Etat au CAS « Pensions » augmenterait bien en volume dans les prochaines années en raison d'un effet prix et d'un effet volume sur la masse des prestations à verser.

Contribution de l'Etat au compte d'affectation spéciale « Pensions »

(en milliards d'euros)

2006	2007	2008	2009	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)	2013 (p)
30,8	31,4	33,4	34,3	35,1	36,6	37,8	39,6

Source : d'après la direction du budget

2. Le budget de l'Etat continuerait de financer, via les subventions d'équilibre, un certain nombre de régimes spéciaux dont les charges ne cessent d'augmenter et ne seront pas compensées par l'effet positif des mesures d'âge dans un premier temps. Les subventions d'équilibre ont représenté un coût de 6 milliards d'euros en 2009, et de 6,6 milliards en 2010. En 2011, le coût estimé est de 7,1 milliards d'euros dont 3,1 milliards d'euros pour la SNCF, et 1,2 milliard d'euros pour le régime minier.

3. Le financement des allègements généraux resterait une charge importante pour le budget de l'Etat qui affecte à la sécurité sociale le produit de plusieurs recettes fiscales à ce titre. Entre 2007 et 2010, le coût de la compensation à la sécurité sociale des pertes de cotisations liées à la politique des allègements généraux aurait augmenté de plus de 10 %. La compensation versée par l'Etat constitue un élément d'équilibre important des différentes caisses, en particulier de la CNAV dans le cadre de la réforme des retraites.

4. Le budget de l'Etat devrait financer le coût supplémentaire lié à la prolongation du versement de l'allocation équivalent retraite (AER)¹ aux personnes qui en bénéficient au 31 décembre de cette année, et qui sont concernées par les nouvelles « bornes d'âge ». Cette mesure, adoptée par à l'initiative du Sénat, renchérit, à hauteur de 600 millions d'euros, le coût de cette prestation financée par le Fonds de solidarité, c'est-à-dire le régime de solidarité d'indemnisation du chômage. Or celui-ci est financé par les collectivités publiques, en particulier l'Etat qui, outre une subvention, lui affecte une partie du produit des droits sur les tabacs, et lui verse la contribution de solidarité².

5. Les budgets des collectivités locales, notamment les conseils régionaux et généraux, pourraient également être impactés indirectement par la réforme. D'une part, le recul de l'âge de l'ouverture des droits impliquerait, par ricochet, un allongement de la prise en charge de certaines personnes au titre du RSA. D'autre part, responsables des Trains Express Régionaux, les régions subventionnent la SNCF à hauteur de 2,5 milliards d'euros par an pour combler le déficit de son régime de retraite. La SNCF souhaite revoir à la hausse cette subvention compte tenu du déficit plus élevé que prévu de son régime de retraite. Les sommes ne sont pas négligeables puisqu'elles sont comprises entre 2 à 5 millions d'euros par an et par région.

6. Le recul de l'âge de départ à la retraite va contribuer à augmenter mécaniquement certaines dépenses de protection sociale :

- **au titre de l'invalidité**, les pensions d'invalidité étant versées deux ans de plus. Le renchérissement de ce coût serait supporté par la CNAM. Il convient toutefois de souligner que la prolongation du versement des pensions d'invalidité pourra diminuer les dépenses au titre du minimum vieillesse, les personnes relevant de ce type de rentes étant souvent éligibles au minimum vieillesse ;

- **au titre de l'assurance chômage**, le marché du travail ne pouvant s'ajuster parfaitement. Le Gouvernement lui-même reconnaît ces difficultés puisqu'il prévoit un renchérissement des dépenses du Fonds de solidarité vieillesse au titre de la prise en charge des périodes de chômage validées gratuitement, à hauteur de 1,8 milliard d'euros entre 2011 et 2020 ;

- **au titre de la prise en charge des victimes de l'amiante**, le Sénat ayant adopté le maintien du dispositif de cessation anticipée d'activité à l'âge de 60 ans moins un tiers des périodes d'exposition. Le coût de cette mesure

¹ Ce dispositif, qui devait disparaître à la fin de l'année 2008, a été prolongé par décret en 2009 et 2010. Il a été financé en 2010 grâce aux crédits du plan de relance. A ce jour, aucune mesure de prolongation de la mesure n'a été décidée pour 2011. Il ne devrait donc plus y avoir d'entrées dans le dispositif.

² Cette contribution est prélevée à la source par les employeurs des fonctionnaires et agents publics relevant de l'Etat, des collectivités locales, des établissements hospitaliers et autres organismes précisés par les articles L. 5424-1, L. 5424-2 et R. 5424-1 (ancien article L. 351-12) du Code du Travail. Elle s'élève à 1 % de leur rémunération.

devrait être de l'ordre de 200 millions d'euros par an à compter de 2016 et serait supporté en partie par la branche AT-MP qui finance le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

C. UN DÉFICIT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ENCORE 15,3 MILLIARDS D'EUROS À L'HORIZON 2014

Les mesures proposées par le présent projet de loi de financement permettent de **réduire de plus de 7 milliards d'euros le déficit spontané du régime général**.

Impact des mesures proposées par le PLFSS pour 2010 sur le solde des comptes du régime général et du FSV

(en milliards d'euros)

	2010	2011 (prévisions <u>avant</u> les mesures du PLFSS)	2011 (prévisions <u>après</u> les mesures du PLFSS)
Maladie	-11,4	-14,5	-11,5
Accident du travail – maladie professionnelle	-0,5	-0,4	0,1
Vieillesse	-2,6	-10,5	-3,0
Famille	-8,6	3,2	-6,9
Régime général	-23,1	-28,6	-21,3

Source : commission des finances, d'après les données de l'annexe B au PLFSS pour 2011 et de la commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2010

Ces mesures, détaillées dans la suite du présent rapport, se décomposent comme suit :

Impact des mesures nouvelles 2011 sur les comptes 2011 du régime général

(en millions d'euros)

	Maladie	ATMP	Vieillesse	Famille	Régime général
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	2 023				2 023
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2011	2 032				2 032
Baisse de prix des produits de santé	425				425
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments (générations,...)	60				60
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	30				30
Abaissement du taux K à 0,5 %	43				43
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	170				170
Maîtrise médicalisée	468				468
Réforme ALD sur l'hypertension artérielle	17				17
Fin de la prise en charge automatique des transports à 100 % pour les ALD	17				17
Passage de 91 à 120 € du seuil d'application du forfait de 18 €	81				81
Passage à 30 % des médicaments remboursés actuellement à 35 %	81				81
Passage à 60 % des dispositifs médicaux remboursés actuellement à 65 %	85				85
Convergence tarifaire ciblée	128				128
Optimisation de la performance hospitalière	174				174
Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	255				255
Mesures hors ONDAM	- 9				- 9
Cumul des revenus d'une activité salariée avec une pension d'invalidité servie par le RG	- 8				- 8
Transfert des contentieux transfusionnels de l'EFS à l'ONIAM	- 21				- 21
Diminution de la dotation à l'EPRUS	20				20
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille				160	160
Harmonisation de la date d'effet pour le versement de l'allocation de base de la PAJE				40	40

Suppression de la possibilité d'une rétroactivité de 3 mois de l'effet des aides personnelles au logement				120	120
---	--	--	--	-----	-----

Mesures nouvelles en dépenses pour le risque ATMP		- 83			- 83
Prise en charge du dispositif « pénibilité »*		- 58			- 58
Augmentation de la dotation de la branche au FIVA		- 25			- 25
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	- 17	- 6	2 933	9	2 919
Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (yc impact sur les cotisations et autres prestations)*	- 17	- 6	194	9	180
Prolongation de la garantie de 85 % du SMIC pour pensionnés ayant eu une carrière complète au SMIC*			- 6		- 6
Maintien de l'assurance veuvage*			- 80		- 80
Report de 6 mois de l'écêtement du minimum contributif			- 15		- 15
Transfert au FSV du financement d'une partie du minimum contributif			3 000		3 000
Validation de services*			- 160		

Mesures nouvelles 2011 sur les recettes	406	485	22	9	922
Augmentation du forfait social	350				350
Augmentation des contributions sur les stock-options	70				70
Transfert de diverses TVA brutes**	1 340				1 340
Transfert au FSV de la C3S additionnelle et d'une fraction du forfait social	- 1 410				- 1 410
Assujettissement des rémunérations versées par des tiers	30		30	10	70
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG	17			3	20
Suppression des exonérations de taxe sur les médicaments orphelins	17				17
Augmentation du taux de la cotisation AT/MP		485			485
Suppression de l'abattement de 15 points dont bénéficient les particuliers employeurs**	- 8		- 8	- 4	- 20

Impact sur les transferts d'équilibrage avec les autres régimes	157		400		557
--	------------	--	------------	--	------------

Economies de frais financiers	410	18	275	85	788
dont liées à la reprise de dettes par la CADES	390	15	265	85	755
Soldes CCSS 28 septembre 2010	- 14 463	- 355	- 10 512	- 3 249	- 28 578
Soldes PLFSS 2011	- 11 485	59	- 6 882	- 2 986	- 21 292

* : mesures du projet de loi retraites

** : mesures du PLF 2011

Les mesures dont l'impact est neutre sur les soldes par branche ne figurent pas dans ce tableau.

L'impact au titre des transferts d'équilibre pour les régimes intégrés est pris en compte, ce qui peut expliquer de légères différences avec les études d'impact.

Source : annexe 9 du PLFSS pour 2009

En dépit de ces mesures, les projections pluriannuelles laissent au mieux entrevoir **une stabilisation du déficit du régime général à 15,3 milliards d'euros à l'horizon 2014.**

III. LES LEVIERS D'AJUSTEMENT ET L'AMÉLIORATION DU PILOTAGE DES COMPTES SOCIAUX

A. LES MESURES AFFECTANT LES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

S'agissant des recettes, votre rapporteur pour avis observe que les leviers d'ajustement significatifs se raréfient et renvoient à des mesures modifiant sensiblement la répartition actuelle de l'effort contributif, ou à une révision en profondeur du mode de financement.

1. La poursuite de la réduction des niches sociales par le présent PLFSS pourrait être renforcée

a) Les propositions du PLFSS ...

Votre rapporteur pour avis constate que le présent PLFSS poursuit sa politique de réduction de niches sociales :

- en augmentant le taux de taxation de certains dispositifs afin de les rapprocher du droit commun, comme par exemple la nouvelle contribution créée sur les rentes versées au titre des « retraites chapeau » (**article 10**), l'augmentation de la taxation sur les stock-options (**article 11**), ou le relèvement du taux du forfait social (**article 13**) ;

- en élargissant l'assiette des prélèvements sociaux : soumission aux cotisations sociales des rémunérations ou avantages versés au-delà de 200 euros par an et par salarié, par des entreprises tierces, non employeurs du bénéficiaire de la gratification (**article 16**), encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels de 3 % est applicable à la CSG (**article 15**), ou intégration dans l'assiette sociale des non salariés agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et des biens (**article 17**).

Le présent PLFSS propose également d'annualiser le calcul des allègements généraux (**article 12**). Cette mesure, présentée comme une réduction de niche, se distingue des autres par le caractère élevé de son rendement, soit deux milliards d'euros à compter de 2011, alors que les mesures ci-dessus citées devraient connaître un rendement compris entre 350 millions d'euros pour l'augmentation du forfait social et 20 millions d'euros pour le plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG.

Votre rapporteur pour avis estime que la politique de réduction des niches pourrait être renforcée.

b) ... pourraient être complétées

Dans le cadre du projet de loi portant réforme des retraites, votre rapporteur pour avis a remarqué qu'aujourd'hui la **solidarité intergénérationnelle se traduit essentiellement par une solidarité des plus jeunes envers les plus âgés**. La redéfinition des modalités de financement du système par répartition repose essentiellement sur une augmentation des capacités contributives des actifs dont la durée d'assurance est appelée à augmenter. Si votre rapporteur pour avis partage l'idée qu'il convient de préserver autant que possible le niveau des pensions, **il estime qu'il conviendra, à l'avenir, d'engager une réflexion sur l'augmentation de l'effort contributif des retraités aux dépenses de vieillissement de la Nation**. En effet, il souligne que le niveau de vie moyen de ces derniers s'est considérablement amélioré depuis les années 1970. Ainsi, si l'on prend en compte les revenus du patrimoine, les placements financiers et immobiliers et les loyers non versés par les retraités propriétaires, leur niveau de vie moyen apparaît même comme légèrement supérieur à celui des actifs. Selon le COR, le taux de pauvreté des personnes de 60 ans et plus dépassait 30 % en 1970. Entre 1996 et 2007, il se maintient aux alentours de 10 %, soit un niveau inférieur à celui de l'ensemble de la population.

Dans cette perspective, certains avantages fiscaux dont ils bénéficient pourraient être révisés, notamment le taux réduit de CSG sur les pensions. Conscient de l'hétérogénéité des situations, votre rapporteur pour avis estime néanmoins nécessaire de s'assurer que l'effort supplémentaire contributif qui pourrait être demandé aux personnes retraitées ne concernera pas, dans un souci de justice distributive, les « petites pensions ». Le taux de la CSG pourrait ainsi n'être relevé que pour les personnes imposées au taux de 6,6 %. Les personnes exonérées de CSG sur leurs pensions ou bénéficiant du taux réduit de 3,8 % ne seraient pas concernées.

2. Vers une refondation du financement de la protection sociale ?

Le financement de notre système de protection sociale constitue aujourd'hui l'un des sujets majeurs des finances publiques. Lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2011, votre commission des finances a mis en avant les limites d'un système essentiellement assis sur les revenus du travail, qui d'une part, ne permet plus aujourd'hui d'assurer un niveau de ressources adéquates, et d'autre part, maintient le coût du travail en France à un niveau relativement élevé, ce qui a un impact sur notre compétitivité.

La commission a souligné la nécessité d'engager une réflexion sur les possibilités de modifier en profondeur le financement de celui-ci. Elle a notamment rappelé que parmi les pistes de réflexion existaient l'instauration d'une « **TVA sociale** », c'est-à-dire d'une baisse des cotisations sociales compensée, à due concurrence, par une augmentation d'un ou des taux de la

taxe sur la valeur ajoutée (TVA), dont le produit serait affecté au financement de la sécurité sociale.

Si votre rapporteur pour avis estime indispensable d'engager cette réflexion, il rappelle que **toute réforme majeure du mode de financement du système de protection sociale doit reposer sur une analyse structurelle de celui-ci, notamment de la philosophie qui le sous-tend.**

B. COMMENT ALLER PLUS LOIN EN MATIÈRE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

1. Des pistes d'efficience, maintenant bien connues, en matière d'assurance maladie

Compte tenu de la probable stabilisation à des niveaux élevés des déficits du régime général, et notamment de la branche maladie, la poursuite de la maîtrise des dépenses est indispensable pour faire face notamment au défi majeur auquel notre système de protection sociale est confronté : **le vieillissement de la population.**

Si la réforme des retraites devrait apporter une solution partielle aux besoins de financement de nos systèmes de pensions, force est de constater qu'**aucun programme de redressement de la branche maladie n'est à ce jour prévu.** Or des marges d'efficience importantes existent encore aujourd'hui et sont désormais bien connues. Ces leviers de réforme doivent être activés le plus rapidement possible : plus ces réformes seront différées, plus elles seront difficiles à mettre en place.

Les **écarts de productivité entre établissements de santé**, mis en évidence dans un récent rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale¹, ainsi que les importantes **disparités observées notamment par la caisse nationale d'assurance maladie tant dans les pratiques médicales que dans les recours aux soins**, laissent entrevoir des pistes de diminution de dépenses importantes.

¹ Assemblée nationale – Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale - Rapport n° 2556 – XIII^e législature , « Le fonctionnement de l'hôpital ».

Quelques mesures susceptibles d'assurer le respect de l'ONDAM

Mesure d'économie envisageable	Enjeux financiers	Observations
Assurance maladie : mesures tendant à responsabiliser les assurés sociaux		
<p>Réaménagement du dispositif des franchises médicales (augmentation de la franchise et/ou de son plafond annuel).</p>	<p>Exemple de la franchise sur le médicament :</p> <ul style="list-style-type: none"> - passage de 0,5 à 0,6 euro par boîte de médicament : 70 millions d'euros d'économies par an ; - passage du plafond annuel de franchise de 50 à 60 euros : 35 millions d'euros d'économies par an ; - mesure combinée : <p>125 millions d'euros d'économies par an. <i>(chiffrage 2008 – Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie HCAAM)</i></p>	<p>Mesure s'inscrivant dans l'encouragement à la participation forfaitaire des assurés à la dépense de santé.</p> <p>Les franchises médicales ont été mises en place le 1^{er} janvier 2008 et n'ont pas été revalorisées depuis.</p> <p>Le plafond journalier de la participation forfaitaire de 1 euro a été modifié au mois d'août 2007 dans le cadre des mesures de redressement proposées par les caisses d'assurance maladie suite au déclenchement de la procédure d'alerte.</p> <p>Le forfait hospitalier a, quant à lui, été revalorisé de 2 euros dans le cadre de la dernière loi de financement, passant ainsi de 16 à 18 euros.</p> <p>Dans une logique de solidarité, votre rapporteur pour avis avait proposé lors de l'examen du PLFSS pour 2008 de moduler les plafonds de franchises en fonction des revenus des assurés.</p>
<p>Passage à un calcul des indemnités journalières sur 365 jours et non plus sur 360.</p>	<p>70 millions d'euros d'économies par an <i>(chiffrage juin 2010 - ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat).</i></p> <p>Les indemnités journalières ont enregistré une croissance de 5 % entre 2008 et 2009, et ont contribué à plus de 21,4 % à la croissance des soins de ville en 2009.</p>	<p>Mesure proposée par le Gouvernement devant la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), le 9 juin dernier.</p>

Mesure d'économie envisageable	Enjeux financiers	Observations
Assurance maladie : mesures tendant à responsabiliser les professionnels de santé		
<p>Incitation à la modification des comportements des « gros prescripteurs ».</p>	<p>Les sur-prescriptions représentent plus de 400 millions d'euros d'économies (<i>chiffre juillet 2010 – CNAMTS</i>)²⁷.</p> <p>Quatre exemples mettent en évidence des marges de progrès importantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Les prescriptions de médicaments, l'exemple des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (970 millions d'euros en 2009)</i> : les prescriptions IPP varient, selon certaines régions, entre 300 et 725 boîtes en moyenne par médecin et par an ; 15 % des prescriptions d'IPP ne seraient pas justifiées, soit 150 millions d'euros (<i>chiffre octobre 2009 – CCSS</i>) ; - <i>Les dépenses de transport (2,6 milliards d'euros en 2009 ; une contribution à la croissance des dépenses de soins de ville de 9,3 %)</i> : les dépenses de remboursement de transports sanitaires varient de 320 à 852 euros par an sur le territoire (<i>chiffre juillet 2009 - CNAMTS</i>) ; - <i>Les arrêts maladie (8,3 milliards d'euros en 2009 ; une contribution à la croissance des dépenses de soins de ville de 21,4 %)</i> : les taux d'arrêts de travail longs (plus de 180 jours) pour troubles psychologiques varient de 1 à 4 en excluant les départements les plus extrêmes (<i>chiffre juillet 2010 – CNAMTS</i>) ; - <i>Les actes de biologie médicale</i> : leur volume a crû de 5,3 % en 2009 ; les mesures prises dans le cadre de la procédure d'alerte de mai 2007 ne modèrent plus leur croissance (<i>chiffre juin 2010 - CCSS</i>). 	<p>Réflexion de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur l'identification des dépenses non médicalement justifiées ; la poursuite de la diffusion de référentiels de bonnes pratiques (notamment en matière d'arrêts maladie) ; le ciblage d'actions de maîtrise médicalisée, voire de contrôle, en cas d'association d'actes non justifiée médicalement ; l'adaptation des prix et du niveau de l'offre en matière de biologie médicale.</p>

²⁷ Audition de Frédéric Van Roeyghem devant la commission des affaires sociales du Sénat – 30 juin 2010.

Mesure d'économie envisageable	Enjeux financiers	Observations
Evolution du mode de rémunération des professionnels de santé, afin de réorienter leur pratique vers la recherche du meilleur rapport qualité/prix.	Non chiffré à ce stade.	Mesure qui nécessite une réflexion approfondie et qui ne pourra être mise en œuvre qu'à moyen terme. La CNAMTS propose une rémunération reposant sur trois niveaux : un niveau forfaitaire en fonction des engagements de service, un niveau intermédiaire de rémunération à l'acte et un niveau de rémunération en fonction de résultats de santé publique et d'efficience (<i>Propositions sur les charges et produits pour 2010 – juillet 2009</i>).
Modification des critères d'accès au régime des affections de longue durée (ALD)	Environ 500 millions d'euros d'économies potentielles (<i>chiffre juillet 2010 - CNAMTS</i>).	Mesure participant de la prise en charge plus encadrée et mieux coordonnée des affections de longue durée (ALD).
Assurance maladie : mesures dans le domaine du médicament		
Expérimentation d'une procédure de mise en concurrence pour les médicaments génériques.	100 millions d'euros d'économies pour la seule classe des Oméoprazole et plusieurs centaines de millions d'euros si on se réfère à l'expérience menée aux Pays-Bas (<i>chiffre juillet 2010 - CNAMTS</i>).	Proposition de la CNAMTS (<i>Propositions sur les charges et produits pour 2010 – juillet 2009</i>). Les appels d'offre ne seraient lancés que dans certains groupes de génériques dont les prix français sont plus élevés que les prix observés dans les autres pays européens.
Elargissement du tarif forfaitaire de responsabilité à la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).	100 millions d'euros d'économies (<i>chiffre juillet 2010 - CNAMTS</i>).	Proposition de la CNAMTS (<i>Propositions sur les charges et produits pour 2010 – juillet 2009</i>). Cette mesure permettrait de neutraliser les effets de contournements de génériques et de fuite des prescriptions hors du répertoire des génériques.
Droit de veto de l'UNCAM sur l'inscription au remboursement des produits dont l'amélioration du service médicale rendu est faible ou insuffisant si les conditions économiques lui paraissent défavorables.	Les remboursements de médicaments remboursables au taux de 35 % représentent un coût annuel de 2,3 milliards d'euros (<i>chiffre juin 2010 – DREES</i>).	Proposition de la CNAMTS (<i>Propositions sur les charges et produits pour 2010 – juillet 2009</i>).

Mesure d'économie envisageable	Enjeux financiers	Observations
Poursuite du développement du recours au grand conditionnement des médicaments.	Une économie de 390 millions d'euros par an est attendue dans l'hypothèse où 60 % des traitements destinés aux quatre principales pathologies pour lesquelles le grand conditionnement est proposé seraient réalisés dans ce conditionnement (<i>chiffrage mai 2010 - CNAMTS</i>).	
Diminution du prix des médicaments.	500 millions d'euros d'économies (<i>chiffrage juillet 2010 – CNAMTS</i>).	Proposition faite par la Cour des comptes (<i>Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2010</i>).
Assurance maladie : mesures relatives aux établissements de santé		
Optimisation du fonctionnement et de l'organisation interne des établissements.	<p>Pas de chiffrage global disponible.</p> <p>Les écarts de coût de production entre établissements de santé peuvent être importants : par exemple, le coût d'une garde, dans les services d'urgence, pour 5 000 passages, peut varier dans un rapport de 1 à 12 (soit entre 16 000 euros et 200 000 euros, pour une moyenne de 86 000 euros) (<i>Rapport d'information n° 2556, « Le fonctionnement de l'hôpital public » – mai 2010</i>).</p> <p>Le seul potentiel lié à la réduction du taux d'inadéquation de lits à l'hôpital est évalué 700 millions d'euros par an (<i>chiffrage octobre 2009 - ministère de la santé</i>).</p> <p>Le gain moyen par établissement lié à l'optimisation des achats s'élèverait, selon une étude réalisée sur 15 établissements et sur 43 produits, à 14 % du coût global des achats, soit dans le cas de l'étude à 1,3 million d'euros (<i>travaux de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers - MEAH</i>).</p> <p>La fiabilisation de la chaîne de facturation-recouvrement constitue également un enjeu important : le non recouvrement de factures peut atteindre 15 % des recettes de certains établissements (<i>Rapport précité</i>).</p>	De façon plus générale, les travaux récents de la mission de contrôle et d'évaluation de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale ont montré que des marges d'efficience existent dans chaque établissement de santé (<i>Rapport précité</i>).

Mesure d'économie envisageable	Enjeux financiers	Observations
Réexamen de la carte hospitalière en vue d'une rationalisation de l'implantation des établissements de santé.	Dans son rapport de septembre 2008, la Cour des comptes citait l'exemple du centre hospitalier de Châteaudun, dont une meilleure organisation de son service d'urgence et une diminution des permanences médicales de nuit, possible grâce à la relative proximité d'autres établissements, aurait permis d'économiser 330 000 euros par an (<i>Rapport sur la sécurité sociale septembre 2008 – Cour des comptes</i>).	Une telle mesure permettrait à la fois d'améliorer la qualité des soins et de réaliser des économies substantielles. Elle requiert toutefois une mise en œuvre progressive et concertée.
Développement de la chirurgie ambulatoire et de la prise en charge à domicile de certaines pathologies.	La CNAMTS évalue à 100 millions d'euros par an les économies à attendre du développement de la chirurgie de la cataracte en ambulatoire (<i>chiffre juillet 2009 - CNAMTS</i>) ²⁸ . En ce qui concerne le développement de la prise en charge de certaines pathologies à domicile, le développement de la dialyse à domicile permettrait, à elle seule, une économie de 100 millions d'euros pour la première année et entre 200 et 300 millions à terme (<i>chiffre juillet 2009 - CNAMTS</i>) ²⁹ .	Cette mesure participe d'une réflexion plus large sur l'insuffisante coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital. La mise en place des agences régionales de santé (ARS) devrait constituer un levier de réforme important.
Maîtrise médicalisée à l'hôpital.	Le gisement d'économies en matière de prescriptions de médicaments onéreux et de dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs est évalué à 145 millions d'euros par an (<i>chiffre octobre 2009 - ministère de la santé</i>). Les économies potentielles liées aux prescriptions hospitalières délivrées en ville sont estimées à 285 millions d'euros par an (<i>chiffre octobre 2009 - ministère de la santé</i>).	Plusieurs leviers d'action : poursuite de la conclusion de plans d'action entre les ARS et les établissements de santé qui présentent des taux d'évolution atypiques de prescriptions ; renforcement des contrôles et des sanctions dans le cadre des contrats de bon usage des médicaments ; sanctions en cas de non-respect des référentiels de bon usage de la liste en sus.

²⁸ Audition de Frédéric Van Roeyghem devant la commission des affaires sociales du Sénat – 1^{er} juillet 2009.

²⁹ Idem.

Mesure d'économie envisageable	Enjeux financiers	Observations
Lutte contre la fraude		
Renforcement des mesures de lutte contre la fraude.	Les fraudes aux prestations sociales auraient représenté un coût compris entre 540 et 808 millions d'euros en 2009 (<i>chiffrage avril 2010 - ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique</i>).	De nombreuses mesures ont déjà été prises en ce domaine, mais doivent être poursuivies. Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2009, la Cour des comptes relève de fortes marges de progrès en ce qui concerne par exemple les contrôles d'assiettes des cotisations sociales effectuées par les URSSAF.
Contrôle des facturations dans les structures médico- sociales.	80 millions d'euros par an (<i>chiffrage octobre 2009 - ministère de la santé</i>).	

Source : commission des finances

Ces mesures ne permettront néanmoins pas de faire l'économie d'**un débat, devenu urgent, sur l'augmentation des restes à charge et la place des assurances complémentaires dans le financement de la santé**, notamment au vu des propositions faites dans le cadre du projet de loi de finances pour 2011 sur le régime fiscal applicable aux contrats de santé dits « responsables ».

2. La nécessaire redéfinition des rôles entre l'assurance obligatoire et les complémentaires santé

a) Un maintien de taux de prise en charge globaux assez élevés mais qui masquent des différences importantes entre assurés

La France se caractérise encore aujourd'hui par **un taux de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale élevé**. Ainsi, selon le rapport sur les charges et les produits de l'assurance maladie pour 2010, ce taux s'élève en 2007 à 66,5 % des dépenses de soins ambulatoires et de produits de santé, et à 92,4 % des dépenses de soins hospitaliers.

Cependant, il convient de noter que **le maintien de taux de prise en charge globaux assez élevés masque en réalité des différences importantes entre assurés**. Ainsi, la forte croissance des dépenses relatives à la prise en charge des personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) tire mécaniquement vers le haut les taux de prise en charge globaux, alors que ces dépenses se concentrent sur moins de 10 millions d'assurés.

b) Des difficultés qui commencent à se poser en termes d'accès au soin

Si des mesures ont été prises tendant à cantonner les risques liés à la croissance des restes à charge - l'instauration de la couverture maladie

universelle complémentaire (CMU-C), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) -, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) indiquait, dans son rapport de septembre 2009, que « **les restes à charge, notamment hospitaliers, peuvent peser lourdement sur le budget de certains ménages, voire entraver l'accès aux soins lorsque que l'effort financier à fournir est trop important par rapport au revenu** ».

c) Une nouvelle mise à contribution des complémentaires santé qui pourrait avoir des conséquences, « par ricochet », sur la couverture complémentaire des assurés

L'article 7 du projet de loi de finances pour 2011 propose la **suppression de l'exonération de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA), dont bénéficient aujourd'hui les contrats complémentaires santé** dits « solidaires » et « responsables », et son remplacement par une taxation à un taux intermédiaire de 3,5 %, pour un rendement attendu de 1,1 milliard d'euros.

Si le dispositif devrait rester incitatif pour les complémentaires, grâce à un taux d'imposition encore attractif, il n'en demeure pas moins qu'**un risque de répercussion de cette charge nouvelle sur les assurés existe**. Outre que celle-ci a déjà été annoncée par les complémentaires elles-mêmes, il convient de rappeler que ce secteur a vu son régime fiscal s'alourdir ces dernières années. En 2009, notamment, la contribution des complémentaires santé au fond « CMU-c » a doublé, passant de 2,5 % à 5,9 %.

Par ailleurs, l'impact de cette mesure sur des dispositifs connexes (CMU-c et ACS) devra également être analysé avec attention.

d) Une évolution de la structure de notre système de protection sociale ?

L'ensemble de ces questions – reste à charge des assurés et mise à contribution des organismes complémentaires – pose le problème, déjà **abordé plusieurs fois par votre rapporteur pour avis, de l'évolution progressive de la structure même de notre système de protection sociale**, et plus particulièrement celle du partage des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance complémentaire. Si le paradigme général demeure inchangé, cette nouvelle contribution s'ajoute aux différentes inflexions constatées ces dernières années.

C. VERS UN PILOTAGE CRÉDIBLE DES DÉPENSES SOCIALES

Une action sur les dépenses serait, cependant, incomplète sans une **amélioration du pilotage des comptes sociaux**. De ce point de vue, les propositions des groupes de travail animés respectivement par Raoul Briet, sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie et Michel Camdessus, sur l'élaboration d'une règle constitutionnelle d'équilibre des finances publiques, devraient apporter des éléments de réponse.

Nombre d'entre elles sont mises en place dans les différents projets de loi que votre commission des finances a eu à examiner cet automne : projet de loi organique relative à la gestion de la dette sociale, projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 et le présent projet de loi de financement.

1. Les règles actuelles, des intentions louables mais un bilan mitigé

En 1996, les enjeux financiers de la sécurité sociale ont fait leur apparition dans le débat parlementaire grâce à la réforme de la Constitution et à « l'organicisation » de dispositions relatives aux lois de financement de la sécurité sociale. **Ce nouvel outil législatif devait permettre de placer le pilotage financier de la sécurité sociale au cœur du débat public** et de rationaliser la prise de décision politique dans le domaine sanitaire et social.

Toutefois, quatorze ans après le vote de la première loi de financement de la sécurité sociale, force est de constater que **le cadre organique des lois de financement défini en 1996, puis en 2005, n'a pas répondu à toutes les attentes en termes de programmation des dépenses sociales.**

Cette situation résulte des limites de plusieurs instruments destinés à piloter les dépenses d'assurance maladie : la programmation pluriannuelle, l'ONDAM et la procédure d'alerte.

a) La programmation pluriannuelle, un exercice à ce jour peu concluant

Conformément à la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale³⁰, **tous les projets de loi de financement présentent des projections pluriannuelles.**

Chaque année, la loi de financement laisse ainsi entrevoir une réduction des déficits, voire un retour à l'équilibre, des régimes obligatoires de base. Mais, **cet exercice s'avère en réalité très formel puisque d'année en année, ces horizons sont repoussés.**

Le cas de la branche maladie du régime général est, de ce point de vue, le plus remarquable. Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 évoquait un retour à l'équilibre financier de la branche en 2007 grâce à la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, celui-ci a ensuite été systématiquement reporté :

³⁰ Article LO-111-4 du code de la sécurité sociale : « Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir ».

- à 2009, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;
- à 2010, dans l'hypothèse macroéconomique haute proposée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;
- à 2012, dans l'hypothèse macroéconomique haute proposée par loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, après la révision des hypothèses macroéconomiques apportée par le Gouvernement au cours de l'examen du texte par le Parlement, a finalement fait apparaître un déficit prévisionnel de la branche de 2 milliards d'euros en 2012.

Enfin, pour la première fois lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2010, tout retour à l'équilibre a été durablement perdu de vue : le PLFSS pour 2010 ne prévoyait en effet qu'une stabilisation du déficit de la branche maladie autour de 11,6 milliards d'euros à l'horizon 2013.

Le présent projet de loi de financement ne laisse entrevoir qu'un retour à l'équilibre de la branche accidents du travail-maladies professionnelles l'an prochain.

Projections pluriannuelles de l'évolution du déficit des régimes de base et du FSV

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>LFSS pour 2006</i>											
Maladie	-11,6	-8,3	-6,1	-3,5	-1,7	0,6					
AT-MP	-0,2	-0,5	-0,2	-0,1	0,1	0,1					
Famille	-0,4	-1,1	-1,2	-1,2	-0,8	-0,3					
Vieillesse	0,3	-2,0	-1,4	-1,7	-1,8	-2,2					
Régime général	-11,9	-11,9	-8,9	-6,5	-4,2	-1,8					
Régimes de base	-11,5	-12,9	-10,1	-7,9	-5,8	-3,5					
FSV	-0,6	-2,0	-1,5	-1,4	-1,1	-0,5					

LFSS pour 2007 – Hypothèse haute

Maladie		-8,0	-6,1	-3,9	-1,5	1,4	3,9				
AT-MP		-0,4	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9				
Famille		-1,3	-1,3	-0,8	0,3	1,6	2,9				
Vieillesse		-1,9	-2,4	-3,5	-4,1	-3,8	-3,3				
Régime général		-11,6	-9,7	-8,0	-5,0	-0,3	4,5				
Régimes de base		-11,4	-8,8	-7,5	-5,0	-0,4	4,2				
FSV		-2,0	-1,2	-0,6	-0,4	0,0	0,0				

LFSS pour 2008 – Hypothèse haute

Maladie			-5,9	-6,2	-4,2	-4,0	-2,8	-1,4	0,0		
AT-MP			-0,1	-0,4	0,3	0,5	0,7	0,9	1,2		
Famille			-0,9	-0,5	0,3	1,7	3,2	4,6	6,0		
Vieillesse			-1,9	-4,6	-5,2	-6,0	-6,8	-7,9	-8,8		
Régime général			-8,7	-11,7	-8,8	-7,9	-5,8	-3,8	-1,6		
Régimes de base			-7,8	-11,4	-7,7	-7,9	-6,1	-4,3	-2,2		
FSV			-1,3	-0,3	0,6	0,9	1,4	1,9	2,4		

LFSS pour 2009 après modifications des hypothèses macroéconomiques apportées par le Gouvernement

Maladie				-4,6	-4,2	-4,6	-4,2	-3,2	-2,0		
AT-MP				-0,5	0,3	-0,1	0,2	0,5	0,9		
Famille				0,2	0,3	-0,5	-0,3	0,1	1,1		
Vieillesse				-4,6	-5,77	-5,3	-4,2	-2,5	-3,1		
Régime général				-9,5	-9,3	-10,5	-8,6	-5,0	-3,1		
Régimes de base				-9,1	-9,0	-11,4	-10,4	-7,4	-5,4		
FSV				0,2	0,8	-1,0	-1,0	-0,6	-0,2		

PLFSS pour 2010

Maladie				-4,6	-4,4	-11,5	-14,6	-13,7	-12,5	-11,6	
AT-MP				-0,5	0,2	-0,6	-0,8	-0,5	-0,2	0,0	
Famille				0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,7	-3,1	
Vieillesse				-4,6	-5,6	-8,2	-10,7	-11,6	-13,0	-14,5	
Régime général				-9,5	-10,2	-23,5	-30,6	-30,1	-29,4	-29,2	
Régimes de base				-9,1	-9,7	-24,7	-31,5	-31,4	-30,6	-30,3	
FSV				0,2	0,8	-3,0	-4,5	-4,0	-3,7	-3,1	

PLFSS pour 2011

Maladie					-4,4	-10,6	-11,4	-11,5	-9,8	-8,3	-6,8
AT-MP					0,2	-0,7	-0,5	0,1	0,3	0,6	0,9
Famille					-0,3	-1,8	-2,6	-3,0	-2,6	-2,3	-1,7
Vieillesse					-5,6	-7,2	-8,6	-6,9	-7,4	-8,0	-7,7
Régime général					-10,2	-20,3	-23,1	-21,3	-19,5	-18,0	-15,3
Régimes de base					-9,7	-21,7	-24,8	-22,7	-20,8	-19,3	-16,7
FSV					0,8	-3,2	-4,3	-3,8	-3,6	-3,1	-2,4

Source : commission des finances, d'après les lois et projets de loi de financement de la sécurité sociale

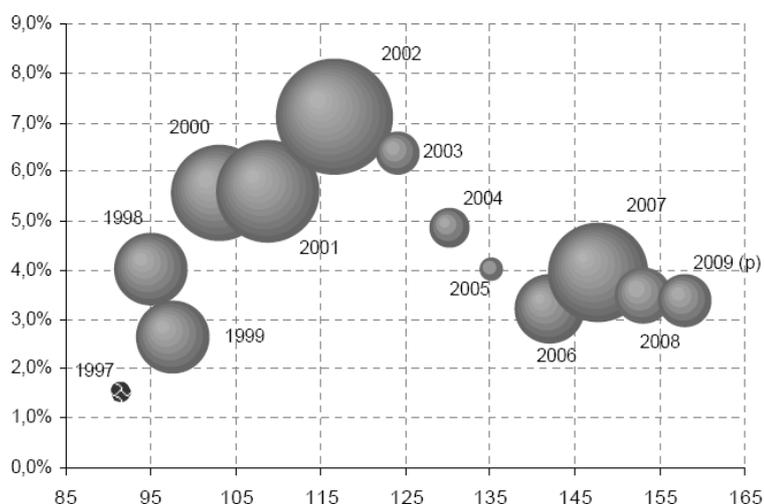
b) L'ONDAM, un objectif une seule fois respecté

Depuis 1997, le Parlement est en outre amené à voter, chaque année, en loi de financement de la sécurité sociale, un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). **Or, à l'exception de 1997, première année d'application du cadre organique défini en 1996, l'ONDAM n'a jamais été respecté** (cf. graphique). L'ONDAM 2010 ne sera vraisemblablement pas dépassé grâce à des mesures de gel de crédits à hauteur de 500 millions d'euros (cf. commentaire de l'article 8).

Deux principaux éléments expliquent cette tendance : d'une part, l'évaluation peu réaliste des mesures d'économies qui sous-tendent la construction de l'ONDAM et donc son respect et, d'autre part, les phénomènes dits de « rebasage » qui contribuent à consolider les dépassements au lieu d'appeler un effort de maîtrise supplémentaire des dépenses.

Réalisation et dépassements de l'ONDAM depuis 1997

(en milliards d'euros)



Source : direction de la sécurité sociale, graphique cité dans le rapport du groupe de travail, présidé par Raoul Briet, sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, avril 2010

Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement ou de la sous-consommation. Ainsi, en 2007, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont atteint 147,7 milliards d'euros compte tenu d'un dépassement de 2,8 milliards d'euros, soit un taux d'évolution à périmètre constant de 4,2 %.

(1) Une construction peu transparente de l'ONDAM

Le respect de l'ONDAM repose en effet tout autant sur la sincérité de sa construction que sur la rigueur de son exécution.

Or, comme le rappelait votre rapporteur dans son avis sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008³¹, **la fiabilité des chiffres sur**

³¹ Rapport pour avis n° 73 (2007-2008).

lesquels repose la construction de l'ONDAM doit être améliorée. Si l'évaluation de l'évolution tendancielle des dépenses apparaît meilleure, tel n'est en revanche pas le cas des mesures d'économies qui sous-tendent le respect de l'objectif de dépenses.

La Cour des comptes indiquait à cet égard, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007 qu'**en 2006, les économies réalisées n'ont représenté que 58 % du montant attendu.**

(2) L'effet cliquet du « rebasage »

A ce manque de sincérité s'ajoute ensuite l'effet cliquet de la technique dite du « rebasage ». Le processus de détermination de l'ONDAM consiste en effet chaque année à appliquer à une base, après prise en compte du ou des changements de périmètre de l'ONDAM, un taux d'évolution prévisionnel qui synthétise les effets contraires de l'évolution tendancielle des dépenses et des économies attendues.

Or une difficulté permanente pour la fixation de l'ONDAM réside dans la détermination des bases auxquelles sont appliqués les taux d'évolution. Ces bases sont définies en fonction :

- d'une part, des réalisations prévues pour l'année en cours, puisqu'elles ne peuvent pas être connues exactement au moment du vote de la loi de financement. Les prévisions utilisées s'avèrent donc plus ou moins éloignées de la réalité constatée ensuite dans les comptes ;

- d'autre part, du choix des pouvoirs publics de prendre en compte en tout ou partie le dépassement prévu de l'ONDAM de l'année qui se termine.

Cette **technique du « rebasage » fausse l'appréciation de l'évolution des dépenses d'assurance maladie d'une année sur l'autre** et peut ainsi conduire à neutraliser les dépassements en les incluant dans la base de l'ONDAM de l'année suivante, créant un **effet cliquet** par rapport aux dépenses constatées.

Le dépassement de l'ONDAM 2007 – 2,8 milliards d'euros – s'explique ainsi en partie par cet effet « base » : à la fin mars 2007, la direction de la sécurité sociale évaluait à 700 millions d'euros l'effet de base ce qui rendait impossible, dès cette date, le respect de l'objectif de dépenses fixé pour 2007.

Les effets de base perturbent également l'appréciation du respect ou non des taux des différents sous-objectifs de l'ONDAM. Ainsi, par exemple, le dépassement de l'ONDAM hospitalier 2008 à hauteur de 150 millions d'euros était-il « sous-estimé ». En effet, ce dépassement a été constaté en dépit d'une **surévaluation de la base retenue pour la construction de l'ONDAM 2008 de 200 millions d'euros** et d'un gel de crédits destinés au fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) de 100 millions d'euros. Ces deux éléments n'auraient dû rendre que plus aisé le respect du sous-objectif relatif aux établissements de santé.

Concrètement, les dépenses de l'assurance maladie augmentent chaque année dans une proportion plus importante que la programmation votée par le Parlement, non seulement en raison de l'évolution des dépenses réelles, plus élevée que la prévision, mais aussi en raison de la variation annuelle des bases de l'ONDAM. Cela conduit à consolider les dérapages et à ne jamais les remettre en cause.

c) Une procédure d'alerte bienvenue mais qui peut-être améliorée

La loi précitée du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a créé une **procédure d'alerte en cas de risque de dépassement de l'ONDAM**. Bien que constituant un progrès significatif, la mise en place de ce comité d'alerte a montré ses limites :

- **il n'a pas répondu à son objectif en 2007, première année de mise en œuvre de la procédure.** Les mesures de redressement sont en effet intervenues trop tardivement et ont eu un effet très limité puisqu'elles ont eu un impact de 250 millions d'euros en 2007 – avec un effet report de 700 millions d'euros en 2008 – pour un dépassement effectif de 2,8 milliards d'euros ;

- **effet pervers du système, la référence à la « bonne gestion » s'est ensuite en quelque sorte déplacée du strict respect de l'ONDAM vers le non-franchissement du seuil d'alerte** qui représente une marge de dépassement de près de 1,2 milliard d'euros³² ;

- **enfin, le Gouvernement peut être tenté d'exclure certaines dépenses du champ de la procédure d'alerte.** Ainsi, en dépit des initiatives de votre rapporteur pour avis, la loi de financement pour 2010 prévoit qu'à titre exceptionnel, les dépenses supplémentaires liées à la grippe A (H1N1)v ne sont pas prises en compte pour l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM 2010 par le comité d'alerte. Cette mesure a créé un précédent préjudiciable pour la crédibilité de cet outil de régulation.

2. La mise en œuvre des propositions du groupe de travail présidé par Raoul Briet

Le groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie³³ a analysé ces faiblesses et a formulé une dizaine de propositions que votre rapporteur pour avis soutient :

- organiser, *via* le comité d'alerte, une expertise externe sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM ;

- insérer davantage le vote de l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle ;

³² Estimation sur la base de l'ONDAM voté pour 2010.

³³ Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie - avril 2010.

- augmenter la fréquence des avis obligatoires du comité d'alerte ;
- abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,50 %, ce que votre rapporteur pour avis avait déjà proposé lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;
- conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles contenues dans la loi de financement au respect de l'ONDAM ;
- instaurer des mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année de dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel total ou partiel, ou d'annulation, étant prises en cours d'année par le comité de pilotage.

Ces différentes propositions ont été très largement introduites dans les derniers projets de loi de financement examinés par votre commission des finances.

Etat d'avancement des propositions du groupe de travail présidé par Raoul Briet

	Propositions	Mise en oeuvre
Elaboration de l'ONDAM	Proposition 1 : confier au comité d'alerte un rôle de contrôle <i>ex ante</i> du biais manifeste dans les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM	Article 34 du PLFSS : Le comité examine les éléments ayant permis l'élaboration de l'ONDAM projeté pour l'année à venir. S'il constate, compte tenu des données dont il dispose que cet objectif ne peut manifestement pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle de la dépense, il rend un avis explicitant ses réserves, au plus tard le 15 octobre
	Proposition 2 : recentrer l'annexe 7 du PLFSS sur les données à caractère financier et y inclure des éléments d'information plus précis sur l'exécution de l'ONDAM, sur sa construction et sur les mesures correctrices envisagées	Article 2 de la loi organique relative à la gestion de la dette sociale : Les annexes du projet de loi de financement de la sécurité sociale fournissent des éléments précis sur l'exécution de l'objectif national au cours de l'exercice clos et de l'exercice en cours ainsi que sur les modalités de construction de l'objectif pour l'année à venir en détaillant, le cas échéant, les mesures correctrices envisagées
	Proposition 3 : insérer davantage le vote de l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle	Article 8 de la loi de programmation des finances publiques : Les projections pluriannuelles de l'ONDAM sont exprimées en montants et non en taux d'évolution
Rénovation du cadre de gouvernance de l'ONDAM	Proposition 4 : instaurer un comité de pilotage de l'ONDAM	Ce comité a été mis en place ; il tient des réunions au niveau des directeurs d'administration centrale ou des ministres
	Proposition 5 : renforcer le suivi statistique et comptable de l'ONDAM et rassembler dans un groupe de suivi statistique l'ensemble des acteurs de la production de données	Un groupe de travail piloté par la direction de la sécurité sociale se réunit mensuellement depuis le mois de juin 2010
	Proposition 6 : prévoir un avis obligatoire du comité d'alerte avant le 15 avril	Article 34 du PLFSS : Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'ONDAM de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles
	Proposition 7 : abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 %	Annoncé par voie réglementaire
Outils complémentaires de régulation de l'ONDAM	Proposition 8 : conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles à leur compatibilité avec l'ONDAM voté	-
	Proposition 9 : mettre en réserve une fraction des dotations	Articles 8 et 13 de la loi de programmation des finances publiques : Principe prévu en loi de programmation ; un rapport annuel précise les crédits mis en réserve.
	Proposition 10 : prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre rapide des mesures correctrices	-

Source : commission des finances

a) L'amélioration de l'information du Parlement : les dispositions du projet de loi organique

Reprenant la proposition n° 2 du rapport précité, la commission des affaires sociales a adopté, à l'initiative de notre collègue Alain Vasselle, rapporteur du projet de loi organique, deux amendements, tendant à prévoir :

- que la prévision de l'ONDAM pour les quatre années à venir repose sur des hypothèses de construction explicitées prenant en compte les perspectives d'évolution des dépenses et les mesures nouvelles identifiées ;

- que les annexes du projet de loi de financement de la sécurité sociale fournissent des éléments précis sur l'exécution de l'objectif national au cours de l'exercice clos et de l'exercice en cours ainsi que sur les modalités de construction de l'objectif pour l'année à venir en détaillant, le cas échéant, les mesures correctrices envisagées.

Si votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces deux mesures qui devraient permettre un enrichissement de l'information dont dispose le Parlement quant à l'élaboration de l'ONDAM, **il conviendra d'apprécier à terme le degré de précision de ces nouvelles informations.**

En effet, alors que le rapport annexé au projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 indique que « *dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Gouvernement veillera à enrichir le contenu de l'annexe 7 du projet de loi de financement* », **votre rapporteur pour avis n'a pas observé de réelle amélioration.** En particulier, aucun élément ne permet d'apprécier **le taux de réalisation des économies effectivement constaté en exécution**, ce qui affaiblit d'autant l'analyse des mesures d'économies proposées pour l'année à venir.

b) L'amélioration du pilotage pluriannuel : les dispositions du projet de loi de programmation des finances publiques

L'article 8 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 a également introduit plusieurs propositions formulées par le groupe de travail présidé par Raoul Briet.

(1) Un objectif pluriannuel de dépenses étendu à l'ensemble des quatre branches

Une première avancée par rapport à la précédente loi de programmation tient à l'extension des objectifs de dépenses à **l'ensemble des quatre branches de sécurité sociale** : maladie, vieillesse, famille et accidents du travail- maladies professionnelles (AT-MP).

Jusqu'à présent, seules les dépenses d'assurance maladie des régimes obligatoires de base étaient soumises à un objectif, l'ONDAM.

(2) Une définition de l'ONDAM en milliards d'euros

L'article 8 du projet de loi de programmation introduit en outre une innovation discrète mais essentielle : **la programmation de l'ONDAM est désormais définie non plus en pourcentage d'évolution par rapport à l'exécution de l'année précédente, mais en milliards d'euros.**

Cela permet d'éviter le « **cumul des dérapages** » précédemment présentés : une norme selon laquelle chaque année, les dépenses augmentent d'un certain pourcentage par rapport à l'exécution de l'année précédente n'est pas viable puisqu'il suffit d'un dérapage en début de période pour que les dépenses des années suivantes partent d'un palier trop élevé.

De ce point de vue, votre rapporteur pour avis juge peu optimal et peu cohérent que la programmation pluriannuelle de l'ONDAM proposée en annexe du présent projet de loi de financement continue d'être exprimée en taux d'évolution annuel. **Il propose un amendement à l'article 29 tendant à harmoniser la présentation de l'évolution de l'ONDAM dans ces deux textes** (amendement à l'article 29 – annexe B).

(3) La mise en réserve de crédits en début d'exercice

Comme le suggérait le groupe de travail présidé par Raoul Briet, l'article 8 du projet de loi de programmation prévoit également que « *pour garantir le respect des montants fixés au II [ONDAM], une partie des dotations relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est mise en réserve au début de chaque exercice* ».

Ainsi, l'annexe B au présent projet de loi de financement prévoit « *l'instauration de mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année des dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel total ou partiel, ou d'annulation, étant prises en cours d'année par le comité de pilotage* ».

Il ne s'agit pas en réalité d'une nouveauté. En effet, une telle mise en réserve a déjà été effectuée en 2010. L'annexe B précitée précise que « *cette mesure a été appliquée par anticipation dès cette année afin d'assurer le respect de l'ONDAM 2010 : plus de 500 millions d'euros de crédits ont été mis en réserve à cet effet et il est prévu une mise en réserve de 530 millions d'euros de crédits en 2011* ».

En pratique, cette mise en réserve ne peut avoir qu'un **effet modeste**. En effet, les sommes en jeu correspondent à seulement 0,3 % de l'ONDAM.

L'article 13 du projet de loi de programmation précise en outre que « *le Gouvernement présente chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, les modalités de mise en œuvre des II et III de l'article 8* » (**respect de l'ONDAM et mise en réserve d'une partie des crédits**).

Cette disposition est bienvenue, les ressources pouvant potentiellement être gelées étant de nature très différente.

Le rapport du groupe de travail présidé par Raoul Briet évaluait en effet le montant global des moyens susceptibles d'être mis en réserve à 22 milliards d'euros. Ce montant correspond aux crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et à l'ONDAM médico-social.

Or, sur ces 22 milliards d'euros, **tous ne sont pas susceptibles d'être mis en réserve avec la même facilité**. Par exemple, s'agissant des MIGAC, si un gel peut se concevoir sur l'enveloppe « AC » (aide à la contractualisation), relativement discrétionnaire, il paraît plus difficile pour le financement de certaines missions d'intérêt général. Pour la lisibilité des acteurs concernés, notamment des établissements de santé, une connaissance précise de la nature des gels de crédits en début d'exercice paraît indispensable.

c) L'amélioration de la procédure d'alerte et du pilotage infra-annuel : les dispositions du présent projet de loi de financement

Quant au présent projet de loi de financement, l'**article 34** introduit deux autres propositions du rapport « Briet » tendant à augmenter la fréquence des avis du comité d'alerte.

Ainsi, désormais, le comité rendra :

- un **premier avis dès la mi-avril** sur le respect de l'ONDAM de l'exercice en cours. Il analysera les conséquences sur le respect de cet objectif des anticipations de réalisation de l'objectif de l'année précédente (N-1) en se fondant sur les données statistiques disponibles ;

- un deuxième avis, comme actuellement, avant le 1^{er} juin sur le respect de l'ONDAM en année N ;

- enfin, un **troisième avis portant sur l'ONDAM en N+1**, pendant la phase de préparation du PLFSS, celui-ci devant être déposé avant le 15 octobre.

3. Aller plus loin ?

Votre rapporteur pour avis est favorable de façon globale à l'ensemble de ces améliorations qui permettront de renforcer la qualité du suivi de l'ONDAM. Cependant, d'autres propositions sont encore à examiner. Il a proposé à votre commission des finances des amendements en ce sens (amendements à l'article 34).

a) Une extension des outils de pilotage aux autres branches ?

L'extension de l'objectif de dépenses fixé en loi de programmation à l'ensemble des quatre branches pose, tout d'abord, **la question du pilotage des branches vieillesse, famille et maternité**. En effet, aujourd'hui, seule la

branche maladie est dotée d'outils permettant le pilotage de ses dépenses et donc le respect de l'objectif auquel elle est soumise.

L'opportunité de la mise en place d'**un comité d'alerte pour la branche famille pourrait ainsi être étudiée**, sur le modèle de l'initiative de la commission des affaires sociales qui a introduit, lors de l'examen du projet de loi portant réforme des retraites, un comité de pilotage de la branche vieillesse.

Chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, ce comité doit rendre au Gouvernement et au Parlement un avis sur la situation financière des régimes de retraite, sur les conditions dans lesquelles s'effectue le retour à l'équilibre du système de retraite à l'horizon 2018 et sur les perspectives financières au-delà de cette date. Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que la pérennité financière du système de retraite ne soit pas assurée, il propose au Gouvernement et au Parlement les mesures de redressement qu'il estime nécessaires.

b) Un abaissement du seuil d'alerte et une mise sous condition de respect de l'ONDAM des mesures nouvelles

Deux autres propositions du groupe de travail présidé par Raoul Briet n'ont pas eu de traduction législative :

- l'**abaissement du seuil d'alerte** de 1 % à 0,5 % ;

- la **mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles** incluses dans la loi de financement ou décidée en cours d'année **conditionnée à leur compatibilité avec l'ONDAM voté**.

c) Le chantier institutionnel

Quant aux propositions du groupe de travail sur la recherche d'une règle d'équilibre des finances publiques animé par Michel Camdessus³⁴, elles devront également être analysées avec attention. Sur cette question, votre rapporteur pour avis renvoie aux travaux de notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, présentés lors du débat d'orientation des finances publiques pour 2011³⁵.

³⁴ « Réaliser l'objectif constitutionnel d'équilibre des finances publiques » - 21 juin 2010.

³⁵ Rapport d'information n° 616 (2009-2010), « Débat d'orientation des finances publiques pour 2011 : en finir avec le double langage ».

**Principale mesure proposée par le groupe de travail s
ur la recherche d'une règle d'équilibre des finances publiques**

Le groupe de travail sur la recherche d'une règle d'équilibre des finances publiques a formalisé un dispositif suggérant que le support de la programmation soit une loi-cadre pluriannuelle :

« Ce texte de nature pluriannuelle fixerait, en euros constants, pour chaque année de la période de programmation considérée :

« - le plafond du niveau des dépenses de l'État entrant dans le champ de la loi de finances (LF) et le plafond du niveau des dépenses de la sécurité sociale entrant dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) ;

« - le plancher des recettes de l'État et de la sécurité sociale (dans le champ de la LFSS) résultant de facteurs autres que l'évolution spontanée des produits, notamment les mesures nouvelles concernant les prélèvements obligatoires au sens de l'évaluation des voies et moyens annexée à la loi de finances ».

CHAPITRE II :

LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES

I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES

A. LA FISCALISATION DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EST AMPLIFIÉE PAR LE PLFSS POUR 2011

1. Une tendance ancienne

L'augmentation des dépenses de sécurité sociale résultant en particulier de la dynamique des risques santé et vieillesse, la croissance des déficits sociaux et le renforcement de la concurrence fiscale notamment en matière de coût du travail, ont conduit la France, comme d'autres pays :

- à « fiscaliser » de manière croissante depuis les années 1990 le financement de la sécurité sociale, afin de faire face à l'augmentation des besoins de financement ;

- à diminuer les recettes « naturelles » de la sécurité sociale, par une politique de réduction des charges sociales dans le but de préserver l'emploi et la compétitivité des entreprises.

Ce double mouvement a complexifié les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. **Deux éléments débouchent directement sur un enchevêtrement des recettes de l'Etat et de la protection sociale : d'une part la fiscalisation du financement de la sécurité sociale, d'autre part la fiscalisation de la dette sociale.**

Le mode de financement des administrations de sécurité sociale a considérablement changé depuis la fin des années 1990. Ainsi, alors que les impôts et taxes affectés représentaient 1,7 % de leurs recettes en 1980, ce taux était de 8,9 % en 1995, de 23,7 % en 2000 et de **27,9 % en 2008**, comme le montre le tableau ci-dessous.

La création de la contribution sociale généralisée (CSG) en 1991, puis la mise en place de « paniers fiscaux » en 2006 et 2007 afin de compenser les coûts des politiques d'allègements ou d'exonérations de charges constituent les traits marquants de cette fiscalisation.

Recettes des administrations de sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Recettes des administrations de sécurité sociale	91,6	164,6	219,9	276,5	337,0	420,2	471,3
* dont Impôts	1,6	4,1	7,1	24,5	80,0	88,1	129,1
* dont Cotisations sociales	75,6	135,2	186,6	216,7	224,2	273,1	303,7
* dont Transferts	9,3	15,7	15,7	22,0	17,9	41,4	16,8
Part des impôts dans les recettes	1,7 %	2,3 %	3,2 %	8,9 %	23,7 %	21 %	27,4 %

Source : INSEE – comptes nationaux - Base 2000

Cette évolution est concomitante de l'augmentation de la part des administrations de sécurité sociale dans l'ensemble des prélèvements obligatoires : en 2008, les prélèvements obligatoires rattachés aux administrations de sécurité sociale ont représenté 22,2 % du PIB, soit un peu plus de la moitié de l'ensemble des prélèvements obligatoires. Ce chiffre était de 18,7 % en 1990.

a) Un phénomène peu lisible

L'éparpillement relativement complexe et peu lisible des impôts et taxes affectées (ITAF) résulte de plusieurs facteurs :

- premièrement, **l'éclatement entre différentes organismes du produit de certains ITAF comme par exemple la CSG ou le droit de consommation sur les tabacs** : ces derniers participent au financement, en 2009, de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), des allègements généraux, mais aussi du fonds national d'aide au logement (FNAL) et du fonds de cessation anticipée d'activités des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Chaque branche ou organisme reçoit ainsi, indépendamment de la nature des prestations servies, des recettes fiscales. **Cette ventilation complexe ne contribue ni à mettre en évidence les logiques sous-tendant l'action des différentes branches ou organismes bénéficiaires, ni à responsabiliser les acteurs ;**

- deuxièmement, **l'affectation de multiples impôts (principe des paniers fiscaux) afin de compenser le coût pour la sécurité sociale de la politique de l'emploi** : ainsi le premier panier fiscal compensant les allègements généraux de cotisations ne comprenait pas moins de onze taxes ou impôts affectés en 2008 et sept en 2009. Force est de constater que le principe du panier n'a pas pour autant entièrement clarifié, voire assaini, les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, qui restent complexes et marquées par l'imbrication persistante des domaines de compétence du projet de loi de finances, d'une part, et du projet de loi de financement de la sécurité sociale, d'autre part ;

- troisièmement, la **partition du produit de certaines taxes entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale**, comme par exemple la taxe sur les véhicules de sociétés en 2007 ou la taxe sur les salaires en 2006 ;

- quatrièmement, la **faible stabilité fiscale** de ce système de financement.

b) La fiscalisation de la dette sociale

Le second facteur contribuant à l'enchevêtrement des ressources de l'Etat et de la sécurité sociale résulte du système de financement de la dette sociale mis en place à partir de 1996 avec la création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

En effet, la **résorption de la dette de la sécurité sociale, qui incombe à cette caisse, est financée non pas par des cotisations sociales, mais par l'impôt**, en l'espèce la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), recette historique. La CRDS est, à n'en pas douter, une recette fiscale de la sécurité sociale, pesant sur l'ensemble des revenus par un taux bas (0,5 %).

Depuis 2009, les recettes de la CRDS sont complétées par 0,2 point de CSG dont l'affectation à la CADES a été décidée dans le cadre de la reprise, fin 2008 – début 2009, des déficits cumulés des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

2. Le PLFSS pour 2011 franchit une nouvelle étape

Dans le cadre de la réforme des retraites et des nouvelles mesures de gestion de la dette sociale, **le Gouvernement a décidé d'affecter en 2011 aux régimes de sécurité sociale et aux organismes qui concourent à son financement près de 5 milliards d'euros de recettes fiscales dont :**

- **1,47 milliard d'euros au profit du financement des retraites ;**

- **3,55 milliards d'euros en faveur de la CNAF**, afin de permettre, en partie, *via* l'affectation d'une fraction de la CSG affectée à la branche famille, le refinancement de la dette sociale qui devrait être transmise à la CADES en 2011.

Ces recettes fiscales résultent aussi bien de la révision des niches fiscales que de l'augmentation nominale d'impôts, notamment sur les revenus du capital et les produits de placement.

a) Les recettes fiscales affectées au financement de la protection sociale augmenteraient de 7,5 % en 2011

Les produits des régimes de base et des organismes concourant à leur financement augmenteraient entre 2010 et 2011 de 26,5 milliards d'euros, dont 10,3 milliards d'euros au titre de la hausse des impôts et taxes affectées au financement de la sécurité sociale.

39 % de l'évolution des produits serait ainsi expliquée par l'augmentation du montant des impôts et taxes affectées à la sécurité sociale.

Part des ITAF dans les produits des régimes de base et des organismes concourant au financement de la sécurité sociale

(en millions d'euros)

Produits	2010	%	2011	%
(1) Régimes de base	409,3		426,1	
Dont ITAF	116,5	28,5	118,1	27,7
<i>Maladie</i>	<i>167,1</i>		<i>172,2</i>	
	<i>82,1</i>	<i>49,1</i>	<i>84,7</i>	<i>49,2</i>
<i>Vieillesse</i>	<i>184</i>		<i>193,6</i>	
	<i>15,6</i>	<i>8,5</i>	<i>16,0</i>	<i>8,3</i>
<i>Famille</i>	<i>51,2</i>		<i>52,7</i>	
	<i>16,5</i>	<i>32,3</i>	<i>17,0</i>	<i>32,3</i>
<i>AT-MP</i>	<i>12,2</i>		<i>13,1</i>	
	<i>2,2</i>	<i>18,0</i>	<i>0,2</i>	<i>1,5</i>
(2) FSV	13,3		18	
Dont ITAF	9,7	72,9	13,7	76,1
(3) Cades	8,1		15,2	
Dont ITAF	8,1	100,0	15,2	100,0
(4) FRR	6,9		4,8	
Dont ITAF	2,4	34,8	0	0,0
Total (1+2+3+4)	437,6		464,1	
Dont ITAF	136,7	31,2	147,0	31,7

Source : commission des finances à partir de l'annexe 4 du PLFSS pour 2011

b) Complexification ou clarification ?

Cette nouvelle étape dans la fiscalisation de la sécurité sociale suscite une appréciation mitigée de la part de votre rapporteur pour avis.

L'augmentation des recettes fiscales en faveur du système de retraite se justifie pleinement dans son principe, car ses recettes ont vocation à financer la prise en charge financière d'avantages vieillesse non contributifs, en particulier le financement du minimum contributif (*cf. supra*).

Néanmoins, cette volonté de clarifier les responsabilités de financement se traduit dans les faits par la mise en place de circuits de financement complexes (*cf. infra*), qui **se révèlent particulièrement difficiles à apprécier, notamment du point de vue de l'équilibre pluriannuel des comptes des différents acteurs**. En effet, le rendement et le dynamisme des recettes affectées ne sont pas connus de manière précise, notamment en 2010, année de transition entre crise et sortie de crise.

Un exemple : le Gouvernement évalue à 350 millions d'euros le surcroît de recettes résultant du relèvement du taux du forfait social ; or ces estimations se fondent sur les montants de participation et d'intéressement³⁶ versés en 2007 et 2008, soit des années non encore impactées par la crise.

Au-delà de la compréhension des circuits de financement créés, il est primordial de s'assurer que les « **opérations de conversion** » décidées pour permettre la circulation des crédits entre les différents acteurs **soient calibrées de manière satisfaisante** : est-ce que le montant de TVA affectée à la CNAM équivaut bien au montant de recettes fiscales devant être fléchées vers la sécurité sociale ? Est-ce que les recettes attribuées demain au FSV et aujourd'hui affectées à la CNAM correspondent au montant de recettes supplémentaires perçues par cette dernière au titre de la TVA ? Autant de questions auxquelles votre rapporteur pour avis n'a pu apporter de réponses satisfaisantes. Une des solutions consiste à mettre en place des clauses de garantie à l'instar de ce qui a été fait dans le cadre de l'article 39 du projet de loi de finances, afin d'assurer, pour la CNAM, la neutralité de l'affectation de la TVA en lieu et place notamment de la contribution additionnelle à la C3S.

B. LES CIRCUITS DE FINANCEMENT

La présente partie a pour objectif de présenter les différents circuits de financement proposés par le présent projet de loi de financement. La compréhension de ces dispositifs est d'autant plus compliquée qu'il convient d'effectuer une lecture croisée du projet de loi de finances pour 2011 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Les schémas ci-dessous présentés résument notamment les dispositifs inscrits à l'article 9 pour le refinancement de la dette sociale, et aux articles

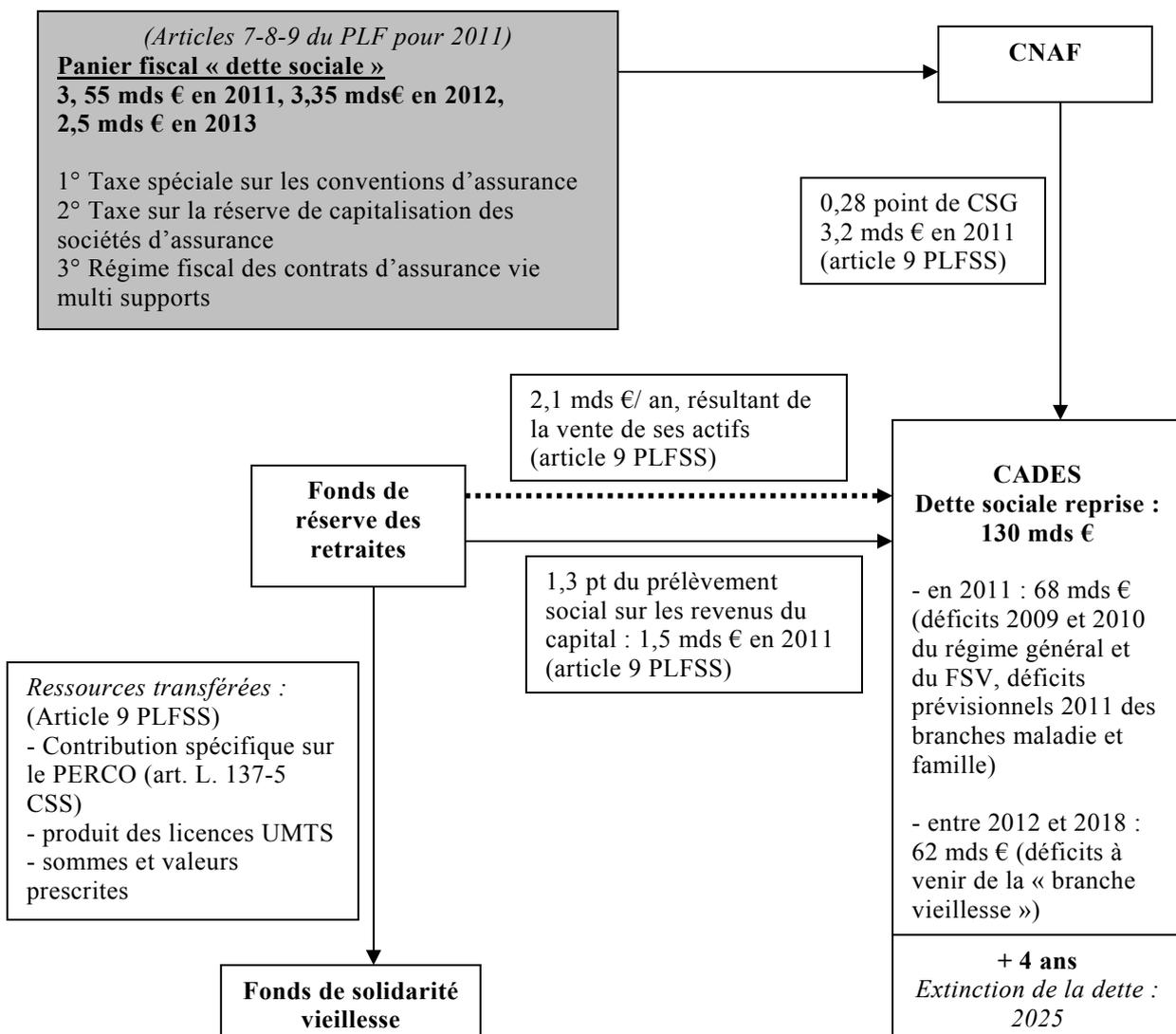
³⁶ Principale assiette du forfait social.

12 bis et 14 pour ce qui est du financement de la réforme des retraites ou le financement des allègements généraux.

1. Le refinancement de la dette sociale

Le refinancement de la dette sociale a été déjà été longuement abordé dans le cadre de la première partie du présent rapport. Néanmoins, votre rapporteur pour avis souhaite ici présenter schématiquement l'affectation des différentes ressources.

Présentation schématique du refinancement de la dette sociale et de l'utilisation anticipée du FRR



2. Le financement de la réforme des retraites

Dans le cadre de la réforme des retraites, un certain nombre de mesures ont été annoncées afin d'assurer « le bouclage financier » de la réforme. Outre l'effort de l'Etat, trois blocs de mesures doivent permettre le rééquilibrage des comptes du système de retraite :

- premièrement, les mesures contributives (mesures d'âge, relèvement des taux de cotisations) ;

- deuxièmement, le transfert à la CADES de 18 % du besoin de financement évalué jusqu'en 2018 ;

- troisièmement, **l'affectation de nouvelles recettes fiscales et sociales au système de retraites à hauteur de 3,86 milliards d'euros en 2011. Ce dernier point a reçu sa traduction dans le projet de loi de finances et le projet de loi de financement.**

Conformément à la logique qui veut que l'impôt finance prioritairement la solidarité, et donc en matière de vieillesse les avantages non contributifs, **les nouvelles recettes devraient être affectées au Fonds de solidarité vieillesse.** Comme détaillé dans la première partie du présent rapport, ce dernier est appelé à assurer en partie le financement du minimum contributif et les mesures votées par le Sénat dans le cadre de la réforme des retraites.

Les nouvelles recettes sont pour une partie d'entre elles de nature fiscale. Les principales en sont l'augmentation des contributions sur les hauts revenus et les revenus du capital ainsi que la suppression du crédit d'impôt sur les dividendes. Afin d'affecter le produit de ce panier discuté dans le projet de loi de finances, il est proposé, toujours dans le cadre du PLF, de flécher à due concurrence, au profit de la CNAM, une partie de la TVA brute collectée sur certains secteurs médicaux.

En contrepartie, certaines recettes de la CNAM seraient affectées au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) : le PLFSS propose ainsi d'attribuer à ce dernier le produit de la contribution additionnelle à la C3S et une partie du forfait social dont le taux est relevé de deux points en 2011 pour atteindre 6 % (article 14 du PLFSS pour 2011).

La clé de répartition du forfait social

Le 3° de l'article 14 du PLFSS dans sa rédaction initiale prévoyait de répartir le produit du forfait social selon les modalités suivantes :

- la CNAM bénéficierait d'abord en 2011 d'une part correspondant à un taux de 3,55 %, puis à compter de 2012 d'une part correspondant à un taux de 2,42 % ;

- le FSV, quant à lui, sera d'abord affectataire en 2011 d'une part égale à un taux de 2,45 % puis, à compter de 2012, d'une part égale à 3,58 %.

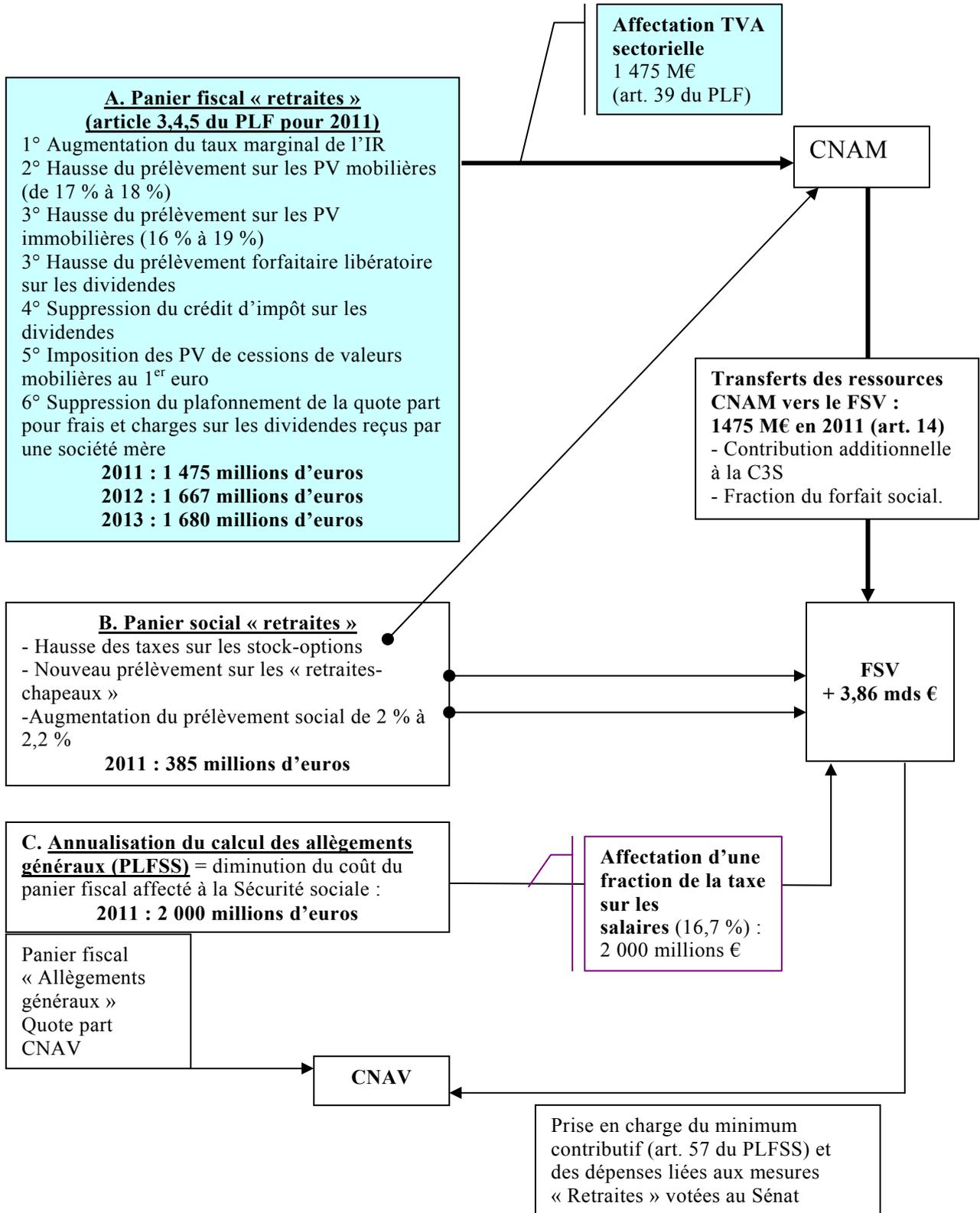
Suite à la nécessité de financer les mesures votées au Sénat dans le cadre de la réforme des retraites, le Gouvernement a choisi d'augmenter, dans le cadre du projet de loi de finances, le taux forfaitaire applicable aux plus-values immobilières, non plus de 16 % à 17 %, mais de 16 % à 19 % (article 3 du PLF pour 2011). Afin d'affecter ce supplément de recettes au FSV, il a également augmenté, dans le cadre du PLF, la fraction de la TVA brute collectée sur certains secteurs médicaux et affectée à la CNAM (article 39 du PLF pour 2011). Il restait à basculer la somme en question de la CNAM vers le FSV. Lors de l'examen de l'article 14 du PLFSS, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement tendant à modifier la clé de répartition du forfait social entre la CNAM et le FSV, afin que ce dernier perçoive les 135 millions d'euros supplémentaires qui avaient été votés à l'article 3 du PLF pour 2011.

En 2011, la CNAM percevrait donc une part du forfait social correspondant à un taux de 2,78 % et le FSV une part correspondant à un taux de 3,22 %. Ces taux seront respectivement de 1,65 % et de 4,35 % à compter de 2012.

Les nouvelles recettes résultent également de l'augmentation du produit des prélèvements sociaux : le renforcement de la taxation des stock-options (article 11, *cf. infra*) comme celle des retraites chapeaux (article 10 – *cf. infra*) permettront, en majorant les ressources de la CNAM ou du FSV, de consolider le schéma ci-dessus décrit. Par ailleurs, afin de financer les mesures votées par le Sénat sur les retraites, le Gouvernement a fait voter à l'Assemblée nationale, en projet de loi de finances, une augmentation de 0,2 point du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, qui s'élève désormais à 2,2 % : aux termes de l'article 9 du projet de loi de financement, 0,3 point est affecté au FSV.

Il s'agit enfin de procéder, en faveur du FSV, à un redéploiement des économies réalisées au titre des allègements généraux. Le PLFSS propose d'annualiser le calcul du coût de ces allègements qui est aujourd'hui mensuel (article 12 – *cf. infra*). Cette modification devrait accroître de deux milliards d'euros les cotisations perçues par le régime général, et réduire d'autant le coût du panier fiscal destiné à la compensation des allègements généraux. Cette économie serait fléchée vers le FSV par l'affectation d'une fraction de la taxe sur les salaires qui est aujourd'hui, dans sa totalité, dédiée au financement des allègements généraux (article 14 du PLFSS). Votre rapporteur pour avis souligne par ailleurs, que le panier fiscal destiné à la compensation des allègements généraux est un élément d'équilibre du financement de la CNAV.

Financement de la réforme des retraites



3. Le financement des allègements généraux (article 12 bis)

a) *La fin de la compensation des allègements généraux...*

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un article additionnel tendant :

- premièrement, à exclure le dispositif des allègements généraux du mécanisme de compensation par l'Etat des mesures de réduction ou d'exonérations de cotisations sociales prévu à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (1° du I de l'article 12 bis nouveau) ;

- deuxièmement, à affecter nominalement aux organismes de sécurité sociale les impôts et les taxes du panier fiscal alloué au titre des allègements généraux, à l'exception notoire du droit de consommation sur les tabacs (2° du I de l'article).

Ainsi, l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale serait modifié afin de préciser les bénéficiaires des éléments du panier. Le produit de la taxe sur les salaires serait réparti entre la CNAV (59,9 %), la CNAF (23,4 %) et le FSV (16,7 %). La CNAMTS se verrait quant à elle affecter le produit de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques, le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs et le produit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs.

La répartition précise du panier permettrait de supprimer l'obligation qui est faite aujourd'hui à l'ACOSS de répartir le produit des taxes ci-dessus mentionnées entre les différentes caisses *au prorata* des manques à gagner au titre des allègements généraux.

Il convient de remarquer que la liste des impôts et taxes affectés dans le cadre de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, qui relève d'un chapitre intitulé « *Mesures visant à garantir les ressources de la sécurité sociale* » ne comprendrait pas la fraction du droit de consommation sur les tabacs actuellement affectée aux allègements généraux ;

- troisièmement, à modifier la fraction du droit de consommation sur les tabacs affectées à la compensation des allègements généraux et à préciser la ventilation de cette fraction. Le II de cet article propose ainsi de modifier l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005, qui reste le cadre de référence de la ventilation du droit de consommation sur les tabacs, pour diminuer de 0,53 point la part du droit affectée aujourd'hui aux allègements généraux, et augmenter d'autant la part

fléchée sur le budget de l'Etat, soit 3,45 %¹. La part allouée aux organismes de sécurité sociale au titre des allègements généraux serait ainsi de 32,83 %, dont 8,02 % pour la CNAM, 1,85 % pour la branche AT-MP, 12,57 % pour la CNAF, 10 % pour le régime des salariés agricoles et 0,66 % à un ensemble de caisses des régimes spéciaux.

b) ...peut-elle être une opération financière avantageuse pour les Caisses concernées ?

L'article 12 *bis* suscite l'inquiétude de votre rapporteur pour avis, qui s'étonne qu'une disposition aussi importante ait été votée à l'Assemblée nationale au détour d'un amendement, fut-il du Gouvernement.

En effet, la suppression du principe de compensation des allègements généraux, alors même que ces derniers représentent un enjeu financier majeur² aussi bien pour l'Etat que pour la sécurité sociale, mérite d'être examinée avec attention, afin d'apprécier l'impact d'une telle mesure sur l'équilibre financier des différentes branches, aussi bien à long qu'à court terme.

Selon M. François Baroin qui a présenté l'amendement à l'Assemblée nationale, « *il s'agit, à travers cet amendement, d'officialiser l'affectation du panier de recettes supplémentaires à la sécurité sociale. C'est un élément d'équilibre important du PLFSS* »³.

Votre rapporteur pour avis a pris bonne note des estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale qui indiquent que le panier des allègements généraux serait excédentaire à hauteur de 1,7 milliard d'euros en 2010 et 2 milliards d'euros en 2011. Il conçoit, qu'en proposant par cet article d'affecter définitivement à compter de 2011 les éléments d'un panier excédentaire aux organismes de la sécurité sociale, la suppression puisse être présentée comme un élément de sécurisation du financement de ces organismes. Ceci peut paraître d'autant plus vrai que le cadre législatif est relativement évasif sur les mesures qu'il convient de prendre en cas d'écart entre le coût des allègements généraux et les produits du panier. En effet, l'article L. 131-8 du code prévoit simplement la réunion d'une commission en cas d'écart supérieur à 2 % entre les deux montants, et la remise d'un rapport.

Toutefois, plusieurs arguments viennent contredire l'intention du Gouvernement :

¹ Votre rapporteur pour avis observe une contradiction avec l'article 40 du PLF pour 2011 qui fixe ce taux à 3,40 %.

² Le coût des allègements généraux serait en 2010 de 21,8 milliards d'euros et de 21,2 milliards d'euros en 2011.

³ Extrait du compte rendu de la deuxième séance du jeudi 28 octobre 2010 de l'Assemblée nationale.

- premièrement, il n'est pas fait mention, ni dans l'objet de l'amendement, ni dans l'exposé des motifs, de l'utilisation qui sera faite de l'excédent 2010 ;

- deuxièmement, l'article n'affecte pas définitivement l'ensemble du panier aujourd'hui en vigueur, puisque la liste ne contient pas le droit de consommation sur les tabacs, qui représente 15,3 % des recettes de ce panier, ce qui n'est pas négligeable...

- troisièmement, le présent article propose de diminuer la fraction de droit de consommation sur les tabacs allouée à raison des allègements généraux, ce qui prouve, que non seulement la totalité de l'excédent n'aurait pas été affecté à la sécurité sociale en 2011 mais aussi que ce droit de consommation constitue une variable d'ajustement ;

- quatrièmement, si le panier est excédentaire à court terme, rien ne garantit que cette situation perdure. Dès lors, le principe de suppression du panier apparaît à votre rapporteur pour avis « dangereux ».

Compte tenu de l'ensemble de ces observations, votre rapporteur pour avis vous propose de réécrire le présent article afin, d'une part, de conserver le principe de compensation, et, d'autre part, de prévoir réellement l'affectation de l'excédent du panier des allègements généraux aux régimes de sécurité sociale, et notamment à la CNAF. Cette dernière verrait non seulement son financement fragilisé par les modalités de refinancement de la dette sociale mais aussi par la fin du principe de compensation : les affectations proposées par l'article 12 *bis* en faveur de la CNAF ne semblent pas en effet être à moyen terme à la hauteur de ses charges. Votre rapporteur pour avis souligne que si l'amendement présenté sur l'augmentation de la CRDS était voté, il serait possible de proposer d'affecter l'excédent du panier des allègements généraux à la branche maladie qui connaît de graves difficultés de financement.

4. La suppression de la compensation généralisée maladie (article 21)

L'article 21 du présent projet de loi propose de supprimer la compensation généralisée maladie.

a) « Des règles applicables aux compensations démographiques vieilli[es] et [devant] faire l'objet d'une refonte générale »¹

(1) Les transferts, tous types confondus, peuvent représenter une part importante des produits ou des charges de certains régimes

Plusieurs types de transferts permettent de compenser, au titre de la solidarité, les déséquilibres démographiques et les capacités contributives très différentes d'un régime à l'autre :

- des subventions d'équilibre versées par l'Etat ;
- la prise en charge des déficits de certains régimes spéciaux par le régime général ;
- des transferts de compensations démographiques entre régimes. Ces derniers mécanismes existent, d'une part, entre régimes obligatoires de retraites et, d'autre part, entre les régimes d'assurance maladie.

Les transferts, tous types confondus, peuvent représenter une part importante des produits ou des charges de certains régimes d'assurance maladie. Comme le souligne la Cour des comptes, ces différents transferts rapprochent tous les régimes de l'équilibre, sauf le régime général.

Part des charges et produits de transfert par rapport aux produits et charges totaux des différents régimes d'assurance maladie en 2008

(en milliards d'euros)

	Produits hors produits de transfert	Charges hors charges de transfert	Résultat « brut »	Produits de transfert	Part des produits de transfert dans le total des produits	Charge de transfert	Part des charges de transfert dans le total des charges	Résultat
CANSSM	0,46	1,58	-1,12	1,00	68,4 %	0,00	0,1 %	-0,12
ENIM	0,18	0,40	-0,21	0,25	58,0 %	0,03	6,8 %	0,01
CAVIMAC	0,09	0,20	-0,11	0,11	56,1 %	0,00	0,0 %	0,00
SNCF	1,33	2,01	-0,68	0,69	34,4 %	0,05	2,3 %	-0,03
MSA – exploitants	6,28	8,60	-2,32	2,79	30,7 %	0,05	0,6 %	0,42
RSI maladie	7,63	8,06	-0,43	1,70	18,2 %	1,25	13,4 %	0,02
MSA – salariés	4,45	5,18	-0,73	0,82	15,6 %	0,00	0,1 %	0,08
CRPCEN	0,35	0,28	-0,07	0,00	0,0 %	0,07	20,4 %	-0,00
RATP	0,31	0,27	-0,03	0,00	0,0 %	0,03	11,5 %	0,00
CNAMTS	160,97	163,09	-2,11	0,70	0,4 %	3,04	1,8 %	-4,45
Autres régimes	3,05	3,05	-0,00	0,00	0,1 %	0,04	1,2 %	-0,03
TOTAL	185,11	192,72	-7,62	8,07	4,2 %	4,56	2,3 %	-4,10

Source : Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

¹ Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – septembre 2010.

(2) La compensation généralisée maladie

Deux types de compensation doivent être distingués : la **compensation généralisée** entre les différents régimes, d'une part, et les **compensations bilatérales** entre le régime général et les autres régimes d'assurance maladie, d'autre part.

Les transferts de compensation généralisée maladie sont déterminés entre l'ensemble des régimes de salariés et chacun des régimes de non-salariés.

Deux éléments de calcul sont pris en compte :

- le rapport démographique (nombre de cotisants actifs / nombre de bénéficiaires) : les transferts sont effectués des régimes dont le rapport démographique est le plus favorable vers les régimes dont ce rapport est le plus défavorable :

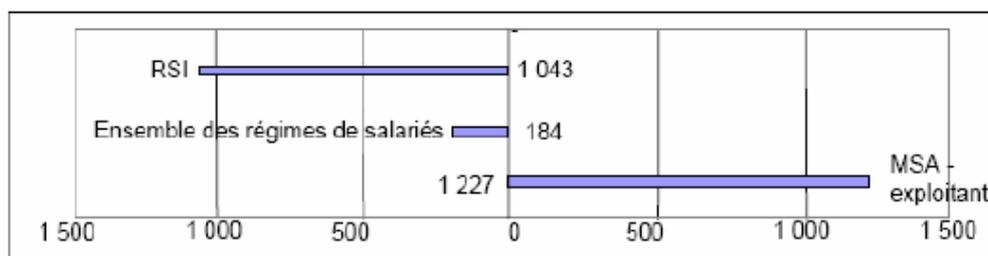
- la prestation de référence, c'est-à-dire le montant de la prestation que les transferts de compensation permettraient à chaque régime de servir à leurs bénéficiaires sans être en déficit.

En 2008, ce dispositif a donné lieu aux transferts suivants :

Transferts de compensation généralisée entre régimes d'assurance maladie pour 2008

(régimes contributeurs à gauche – régimes bénéficiaires à droite)

(en millions d'euros)



Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – septembre 2010

(3) Les faiblesses du dispositif

Dans son rapport de septembre 2010, la Cour des comptes formule deux principales critiques à l'égard de ce dispositif :

- d'une part, **l'exclusion des effectifs relatifs aux départements d'Outre-mer** ;

- d'autre part, **la non-prise en compte des capacités contributives moyennes des cotisants des différents régimes.**

La Cour note, par ailleurs, que certains paramètres ont été déterminés à partir d'estimations qui auraient dû être régulièrement revues et qui ne l'ont pas été : les règles de calcul de la prestation moyenne sont ainsi différentes

d'un régime à l'autre et la masse salariale des cotisants du régime général est sous-évaluée de l'ordre de 2 % et conduit ainsi à réduire les compensations démographiques à la charge de la CNAMTS.

La Cour propose de supprimer, à terme, pour les régimes d'assurance maladie la compensation démographique généralisée et de réviser les mécanismes de compensation bilatérale entre le régime général et les régimes spéciaux.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre financier de la commission des affaires sociales, un amendement procédant à la mise à jour des textes relatifs à la compensation bilatérale maladie. Selon l'exposé des motifs de l'amendement, outre l'intégration financière au régime général du régime d'assurance maladie des marins et gens de mer et le rattachement au régime général des employés de la Banque de France, les flux de compensation entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) d'une part, et l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) et la Banque de France, d'autre part, ont été supprimés.

b) La suppression de la compensation sur les flux de financements

En supprimant la compensation démographique généralisée, le présent article tend à éliminer certains flux de financement croisés et cherche à neutraliser l'impact financier pour les différents régimes concernés. Votre rapporteur pour avis souhaite souligner que, sous couvert de simplification, l'opération présentée par l'article 21 n'en est pas moins difficile à apprécier. En effet, comme cela l'a déjà été mentionné, la création de nouveaux circuits de financement implique des opérations de conversion dont l'impact à moyen et long terme est difficile d'apprécier. **La situation figée en 2010 est-elle ainsi pertinente tant au niveau des recettes affectées que du montant des charges « compensées » ?**

La disparition de la compensation généralisée maladie conduit à redéfinir notamment la répartition du produit de la contribution sociale de solidarité (C3S), qui, actuellement, sert en priorité au comblement du déficit comptable du RSI, puis, en cas de reliquat, au financement du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du fonds de réserve des retraites (FRR).

En effet, **le RSI, n'ayant plus à verser la compensation généralisée maladie, il n'y a plus de raison de lui affecter par priorité le produit de la C3S. Cette dernière est affectée, à hauteur de 30,89 % au régime des non salariés agricoles, premier bénéficiaire dans le système actuel de la compensation généralisée** (nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime). Ceci évite les flux croisés entre le RSI et le régime des salariés non agricoles. Pour 2011, le besoin du régime des non salariés agricoles est estimé à 966 millions d'euros.

Ce mécanisme ne permet pas de supprimer le versement du RSI en faveur du régime des salariés (CNAM), dont le besoin en 2011 s'élèverait

à 348 millions d'euros. **Afin de contourner cette difficulté et de neutraliser l'impact financier de l'affectation de la C3S au régime des non salariés agricoles par rapport au régime de salariés, la répartition du droit sur les tabacs entre la CCMSA et la CNAM serait modifiée au profit de cette dernière.** Celle-ci-ci percevrait 42,05 % des droits tabacs contre 38,81 % actuellement, hors ventilation de la part correspondant à la compensation des allègements généraux. La CCMSA verrait son taux passer de 18,68 % à 15,44 %.

Le solde de la C3S, compte tenu de la réforme de la gestion de la dette sociale, qui conduit à adosser le FRR à la Cades (*cf. supra*), serait affecté au comblement du déficit du régime social des indépendants et au financement du fonds de solidarité vieillesse (nouvelle rédaction proposée pour de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale). Votre rapporteur pour avis que **l'article 32** du présent projet de loi de financement instaure de nouvelles sanctions en matière de contribution sociale et de solidarité des sociétés afin d'améliorer le recouvrement de celles-ci compte-tenu de son rôle accru dans le financement des régimes de sécurité sociale.

C. LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES NICHES SOCIALES

1. Le renforcement des prélèvements portant sur les retraites sur les retraites « chapeau » (article 10)

a) Les modifications introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Le régime de retraite supplémentaire dit « chapeau » défini à l'article L. 137-11 de la sécurité sociale revêt, les caractéristiques suivantes. Il s'agit :

- d'un régime de retraite **supplémentaire** ;
- **à prestations définies** : l'employeur, seul contributeur, au régime s'engage sur un montant donné de prestation ;
- conditionnant le droit à prestations à **l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise** : il existe donc un aléa quant au versement des rentes. Si le salarié n'achève pas sa carrière dans l'entreprise, il ne perçoit pas cette retraite supplémentaire ;
- **dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié** : l'employeur peut soit constituer des provisions si le régime est géré en interne, ou verser des primes à un organisme tiers qui gère le régime pour son compte, en fonction du montant des primes versées et des primes à verser dans le future si toutes les personnes achevaient leur carrière dans l'entreprise.

En raison de cet aléa sur le versement des primes et de la non individualisation du financement de l'employeur, **les contributions de ces**

derniers sont exonérées, sans limite, de cotisations sociales, de CSG et de CRDS. Il convient de noter que les autres régimes supplémentaires de retraite, qui relèvent notamment de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, ne bénéficient pas d'un tel traitement de faveur : si les contributions des employeurs sont exonérées de cotisations dans le respect d'un certain plafond, elles sont en revanche soumises au forfait social et aux contributions sociales.

Toutefois, la loi du 21 août 2003 sur les retraites a mis en place **une contribution spécifique** que l'employeur peut acquitter, au choix, selon plusieurs modalités. La contribution, dont le niveau a été relevé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, peut être assise soit :

- **sur les rentes** versées aux bénéficiaires pour la partie excédent un tiers du plafond de la sécurité sociale, **au taux de 16 % depuis la loi de financement pour 2010** ;

- **soit sur les primes** versées à un organisme assureur, une institution de prévoyance ou une mutuelle, **au taux de 12 %** depuis cette année ;

- soit sur la partie de la dotation aux provisions gérées en interne à l'entreprise, **au taux de 24 %** à compter du 1^{er} janvier 2010.

A l'initiative de votre rapporteur pour avis, **une taxe patronale supplémentaire de 30 % a également été instaurée sur les rentes dont le montant est supérieur à huit plafonds annuels de la sécurité sociale**, soit 276 960 euros en 2010. Cette mesure s'applique aux retraites liquidées à compter du 1^{er} janvier 2010.

b) L'augmentation de la fiscalisation à la charge des bénéficiaires de rentes versées au titre de l'article L. 137-11 de la sécurité sociale

L'article 10 du projet de loi de financement propose :

- d'une part, la **suppression de l'abattement de 1 000 euros pour le calcul de la contribution spécifique** ;

- d'autre part, la **création d'une nouvelle contribution salariale de 14 %** sur l'ensemble des rentes. Le rendement escompté de cette mesure serait de 110 millions d'euros en 2011.

L'Assemblée nationale a modifié sur plusieurs points ce dispositif :

- à l'initiative de notre collègue député Yannick Paternotte, elle a adopté un amendement ouvrant à nouveau la possibilité pour l'employeur de choisir pendant l'année 2011 les modalités d'acquiescement de sa contribution spécifique, l'option exercée en 2003 étant normalement irrévocable. Compte tenu du changement des « règles du jeu » résultant de la suppression de l'abattement, il est apparu justifié d'offrir aux employeurs la possibilité de modifier le choix exprimé il y a sept ans ;

- à l'initiative du Gouvernement, elle a adopté un amendement, sous-amendé par notre collègue Yves Bur, tendant à exonérer de la nouvelle contribution les rentes inférieures à 300 euros par mois, et à diminuer de

moitié le taux de la contribution pour les rentes comprises entre 300 et 500 euros ;

- à l'initiative d'Yves Bur, elle a adopté un amendement tendant à demander au Gouvernement un nouveau rapport sur les retraites chapeau versées au titre de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale.

Votre rapporteur pour avis estime que le dispositif adopté par l'Assemblée nationale est désormais équilibré. L'exonération proposée permettrait, selon les informations disponibles, de ne pas soumettre à cette nouvelle contribution 54 % des bénéficiaires de rentes de retraite à prestations définies et à droits aléatoires. Le taux réduit concernerait quant à lui 26 % des bénéficiaires. Seuls 20 % des bénéficiaires de ces rentes seraient concernés par la nouvelle contribution à taux plein.

2. Augmentation du taux de prélèvement sur les stock-options (article 11)

a) Un régime fiscal et social complexe

A l'instar des « retraites chapeaux », l'imposition des stock-options constitue une niche sociale emblématique. Si la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 relative aux revenus du travail a **subordonné l'attribution de stock-options aux mandataires sociaux à la distribution de stock-options ou d'actions gratuites à l'ensemble des salariés de l'entreprise ou à la mise en œuvre d'un dispositif d'intéressement ou de participation volontaire ou dérogatoire**, le dispositif reste, selon votre rapporteur pour avis, encore sujet à de nombreuses critiques, du fait notamment de l'absence de lien contraignant entre l'attribution de ces options et la performance des gestionnaires qui en bénéficient.

S'il reconnaît que le régime social des stocks options est actuellement particulièrement avantageux en ce que ces attributions d'options ou d'actions sont exclues de l'assiette des cotisations sociales, **il souhaite souligner que la pression fiscale globale sur ces produits est loin d'être nulle.**

En effet, en ce qui concerne les plus-values d'acquisition réalisées au terme du délai d'indisponibilité (quatre ans), **le taux de prélèvement fiscal et social est compris entre 44,6 % et 54,6 %** ce qui est loin d'être négligeable. **Le dispositif proposé conduirait à un taux de prélèvement compris entre 50,1 % et 60,1 %.** Le tableau ci-après résume le régime fiscal et social actuel des stocks options et les propositions de modification.

Il convient de rappeler que l'imposition des stock-options **se déroule en trois temps** :

- l'année de l'attribution, l'employeur est tenu, depuis le 1^{er} octobre 2007, de verser une contribution sociale spécifique ;

- l'année de la levée de l'option, il peut y avoir une imposition au titre du rabais excédentaire (différence entre la valeur de l'option consentie et la valeur réelle de l'action) ;

- l'année de la cession, il existe une imposition sur les gains réalisés au titre de l'avantage tiré de la levée de l'option (plus-value d'acquisition) ainsi qu'au titre de la plus-value dégagée lors de la cession des titres.

Les avantages fiscaux sont par ailleurs étroitement liés à la durée de conservation des options, ou des titres une fois l'option levée. **Le régime le plus avantageux** s'applique lorsque le bénéficiaire de l'option respecte un délai de quatre années avant de procéder à la levée de son option (délai d'indisponibilité) et conserve ses titres ensuite pendant au moins deux ans avant de les céder (délai de portage).

b) Un alourdissement de taxation difficile à apprécier

L'article 11 du projet de loi de finances pour 2011 propose un renforcement de la taxation en augmentant :

- de **5,5 points la contribution salariale prévue à l'article L. 137-14 du code de la sécurité sociale, et acquittée par le bénéficiaire lorsque celui-ci réalise une plus-value d'acquisition** ;

- de **4 points la contribution patronale prévue au même article. Cette contribution, déductible du résultat imposable des entreprises, est due depuis le 1^{er} octobre 2007.**

Alors que le texte initialement proposé ne prévoyait que de renforcer la contribution patronale applicable aux stock-options, **l'Assemblée nationale a modifié la rédaction afin de soumettre également aux nouveaux taux les contributions applicables aux attributions gratuites d'actions.** Il convient de rappeler que les stock-options et les attributions d'actions gratuites sont du point de vue des contributions sociales spécifiques traitées au sein d'un article unique. Votre rapporteur pour avis souligne que cet alignement permet de prévenir un report des entreprises sur les attributions d'actions gratuites, dont le régime fiscal et social est au demeurant calqué sur celui des stock-options depuis la mise en place des deux contributions précitées.

La distribution de stock-options et l'attribution d'actions gratuites entraîne des pertes de recettes pour la sécurité sociale puisqu'elles n'entrent pas dans l'assiette des cotisations sociales. Selon la **Cour des comptes, les pertes de recettes** associées aux exemptions d'assiette dont bénéficient les stock-options **seraient de trois milliards d'euros.** Cette estimation faite par la Cour lors de son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2007 vient d'être confirmée dans son rapport de 2010.

Votre rapporteur pour avis remarque néanmoins que le chiffre reste particulièrement éloigné de celui de **l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, qui estimait la perte d'assiette**, et non la perte de recettes, à **2,1 milliards d'euros.** En l'absence de

certitude sur la perte de réelle de recette de la sécurité sociale, votre rapporteur pour avis ne peut apprécier l'ampleur de la réduction de la niche proposée

Le rendement annoncé des mesures *a priori* présentées par le Gouvernement serait de **70 millions d'euros en 2011 et 200 millions d'euros en 2020**. Le produit des deux contributions, non créatrices de droits, est versé à la CNAMTS.

Régime fiscal et social des stock-options

	Dispositif actuel		Modification proposée	
	Régime fiscal	Régime social	Régime fiscal	Régime social
Attribution des options				
1° Employeur		Contribution sociale patronale spécifique de 10 % depuis octobre 2007		Contribution sociale patronale spécifique de 14 %
2° Bénéficiaire	Rabais ≤ 5 % : zéro imposition		-	-
	Rabais excédentaire : régime fiscal des traitements et salaires	Charges sociales + contributions sociales	-	-
Plus-value d'acquisition	<i>Cession ou conversion au porteur avant l'expiration de la période d'indisponibilité fiscale de 4 ans</i>			
	Imposition à l'IR, catégorie traitements et salaires	Charges sociales + contributions sociales	-	-
	<i>Cession après l'expiration de la période d'indisponibilité fiscale et avant l'expiration du délai de portage de 2 ans</i>			
	<ul style="list-style-type: none"> • Si PVA < 152 500 euros, imposition sur PV mobilières au taux de 30 % • Si PVA > 152 500 euros, imposition sur PV mobilières au taux = 40 % 	Prélèvements sociaux (12,1 %) Contribution salariale (2,5 %) Total : 14,6 %	Imposition au premier euro des plus-values mobilières	Contribution salariale : 8 % Total : 20,1 %
	44,6 % < taxation < 54,6 %		50,1 % < taxation < 60,1 %	
	<i>Cession après l'expiration de la période d'indisponibilité fiscale et après l'expiration du délai de portage de 2 ans</i>			
	<ul style="list-style-type: none"> • Si PVA < 152 500 euros, imposition sur PV mobilières au taux de 18 % • Si PVA > 152 500 euros, imposition sur PV mobilières au taux = 30 % 	Prélèvements sociaux (12,1 %) Contribution salariale (2,5 %) Total : 14,6 %	Imposition au premier euro des plus-values mobilières	Contribution salariale : 8 % Total : 20,1 %
	32,6 % < taxation < 44,6 %		38,1 % < taxation < 50,1 %	
Plus-value de cession	Prélèvement forfaitaire libératoire : 18 %	Prélèvements sociaux (12,1 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Imposition au 1er euro • Augmentation du PFL d'un point 	-
	Taxation = 30,1 %		Taxation = 31,1 %	

Source : commission des finances

3. Annualisation du calcul des allègements généraux (article 12)

a) L'annualisation du calcul du coût des allègements généraux

Il est rappelé que le montant des exonérations auxquelles ont droit les entreprises est actuellement calculé sur une base mensuelle, ce qui est facteur de distorsion. Deux salariés bénéficiant de la même rémunération annuelle peuvent, suivant la chronologie des versements de ces rémunérations, ne pas bénéficier du même montant d'allègements. Ce constat peut conduire certaines entreprises à adopter des comportements d'optimisation.

Ainsi, une entreprise peut-elle rémunérer ses salariés au niveau du SMIC sur onze mois, et bénéficier à plein de l'exonération de la totalité de ses cotisations sociales salariales obligatoires, puis verser, le douzième mois, une prime représentant un treizième, voire un quatorzième mois. La moindre exonération constatée le douzième mois est significativement inférieure à la perte qu'aurait connue l'entreprise si le calcul était fondé sur le salaire mensuel moyen sur l'année.

L'annualisation, proposée par l'article 12 du projet de loi, permettrait d'éviter certains comportements d'optimisation et de garantir une certaine équité entre entreprises.

Le dispositif technique consiste essentiellement à modifier l'article L. 214-13 du code de la sécurité sociale, afin de supprimer les références « au mois » pour les remplacer par des références « annuelles ». La rédaction proposée pour le III de cet article disposerait notamment que : *« Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié, selon des modalités fixées par décret. Il est égal au produit de la rémunération annuelle, telle que définie à l'article L. 242-1 par un coefficient. Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre la rémunération annuelle du salarié telle que définie à l'article L. 242-1 (...) et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail. »* Il est prévu qu'un décret fixe les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année.

La mesure devrait entrer en vigueur pour la première fois pour les rémunérations servies au titre du mois de janvier 2011.

Pour ce qui est de la présentation détaillée de la mesure, votre rapporteur pour avis vous renvoie au rapport de la commission des affaires sociales, saisie au fond du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

b) Les autres mesures

(1) La non exonération des cotisations d'accident du travail

Le **a** du **1°** du **I** de l'article 12 tend à modifier l'article L. 214-13 du code de la sécurité sociale afin d'exclure du champ des allègements les

cotisations patronales versées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cette modification a pour objectif de **rectifier la rédaction de cet article qui ne respecte pas le principe, introduit par la loi de financement pour 2008**, selon lequel « *les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération* » (dernier alinéa de l'article L. 214-5 du code de la sécurité sociale).

Votre rapporteur pour approuve cette mise en cohérence qui permet de souligner la nature préventive et assurantielle de la branche des accidents du travail. L'objectif des cotisations AT-MP consiste à responsabiliser les entreprises, en les incitant à renforcer la prévention. Cette disposition n'a pas d'impact sur le coût du panier fiscal alloué aux allègements généraux puisque, dans les faits, le principe est appliqué. Cette suppression est donc financièrement neutre pour la branche AT-MP et pour les employeurs.

(2) La prise en compte de la particularité des entreprises de travail temporaire

Les salariés intérimaires ne peuvent bénéficier pas de leurs congés sous forme de jours de repos inclus dans la durée de leur contrat de mission. Afin de compenser cette situation, la loi prévoit dans tous les cas la majoration d'au moins 10 % de la rémunération globale versée par l'employeur pendant la durée du contrat. A cet égard, les entreprises de travail temporaire se trouvent dans une situation similaire pour leurs salariés à celle des professions ayant mutualisé au profit de caisses de compensation (article L. 3140-30 du code du travail) le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés. Or ces dernières bénéficient d'une majoration de taux de la réduction au titre des allègements généraux, fixée à 10 % par l'article D. 241-10 du même code.

Le **4° du I** propose donc d'aligner les règles applicables aux entreprises de travail temporaire sur les règles de majoration de l'allègement actuellement prévues pour les caisses de compensation. Ainsi, les entreprises de travail temporaire bénéficieront également d'une majoration de l'exonération.

c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis estime que cette mesure est pertinente dans son principe : elle permet non seulement de rétablir une certaine équité entre les entreprises, mais aussi de diminuer de manière sensible, à hauteur de 2 milliards d'euros en 2011, le coût de la politique des allègements généraux qui est majeur.

En **2011**, les coûts associés aux **dispositifs d'exonération à vocation générale** devraient atteindre **24,4 milliards d'euros** dont, on l'a vu plus haut, 21,4 milliards d'euros pour le seul dispositif d'allègement unique sur les bas

salaires mis en place par la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003. Cette somme serait **en augmentation de plus de 10,3 % par rapport à 2007** représentant ainsi une **charge croissante pour le budget de l'Etat**, qui compense à la sécurité sociale les pertes de cotisations par l'affectation de plusieurs recettes fiscales.

Au vu des montants ci-dessus cités, votre rapporteur pour avis souligne les difficultés de soutenabilité financière posées par ce dispositif. Avons-nous encore les moyens de cette politique ? En effet, l'ampleur des déficits budgétaires pose la question de l'opportunité de cette « *subvention généralisée à l'économie française*¹ ». Cependant, la remise en cause du dispositif est un exercice délicat compte tenu de ses liens étroits avec la politique de l'emploi. La fonction des exonérations de charges sur les bas salaires est **de créer des emplois, en réduisant le coût du travail peu qualifié**. Dès lors toute révision du dispositif fait peser un risque sur l'emploi qu'il est toutefois difficile d'évaluer.

Votre rapporteur pour avis rappelle à ce titre qu'il a été l'un des trois auteurs des amendements déposés au PLFSS pour 2010 tendant à modifier les modalités de calcul des allègements généraux. Cette modification n'avait pas pu être adoptée compte tenu de l'impact social incertain de cette mesure.

Eric Woerth alors ministre du budget, avait en effet fourni les éléments suivants : « *Il est vrai que, si le chiffrage qui a été réalisé est exact, une telle mesure représenterait une économie de 2 à 3 milliards d'euros pour les finances de l'État, et ce n'est pas le ministre des comptes publics qui s'en plaindrait. Il n'en demeure pas moins qu'une charge équivalente serait facturée aux entreprises, au risque de susciter des licenciements qui, eux, coûteront cher (...) Le ministère de l'économie estime à 85 000 le nombre des emplois qui seraient mis en cause par une telle réforme du dispositif. (...)* ».

A cet égard, votre rapporteur pour avis regrette que l'étude d'impact associé à l'article 12 du présent projet de loi ne fasse pas davantage mention des conséquences de cette mesure sur le niveau de l'emploi. En effet, il est indiqué laconiquement que « *le renchérissement du coût du travail pour les employeurs, dont les pratiques de paye conduisaient à maximiser le montant de la réduction dont ils bénéficiaient, pourrait avoir des conséquences défavorables en termes d'emploi. Cette mesure aura néanmoins un impact global mesuré sur l'emploi.* » Il aurait été intéressant de pouvoir disposer des différentes évaluations disponibles. En tout état de cause, il semble raisonnable de penser que l'annualisation constitue une réforme des allègements généraux moins « brutale » qu'un abaissement des seuils d'éligibilité du dispositif, et qu'à ce titre les éventuels ajustements sur le marché du travail seront modérés. Il remarque qu'il sera néanmoins difficile de faire la part des choses dans l'analyse de l'évolution à moyen terme du

¹ Philippe Marini, *Les Echos*, 3 mars 2010.

niveau de l'emploi, celui-ci étant déterminé par un ensemble de facteurs, au premier rang desquels la croissance économique.

4. Hausse du forfait social (article 13)

L'article 13 du présent projet de loi de financement tend à porter de 4 % à 6 % la contribution à la charge des employeurs, dite « **forfait social** », assise 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).**

a) *L'instauration du forfait social s'inscrit dans le mouvement de réduction des « niches sociales » amorcé en 2008*

(1) Les « exemptions d'assiette » de cotisations sociales

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale pose le **principe d'un assujettissement aux cotisations sociales de l'ensemble des salaires et avantages versés au salarié** en contrepartie de son activité professionnelle. Sont ainsi considérées comme rémunérations : « *toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire* ».

Le même article prévoit cependant **un certain nombre d'exceptions** pouvant être regroupées en quatre catégories :

- **les dispositifs d'épargne salariale** : 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 ;

- **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 cas de rupture du contrat de travail**, à hauteur de la fraction de ces indemnités assujettie à l'impôt sur le revenu.

(2) Une perte d'assiette évaluée à 44,8 milliards d'euros pour 2011

Selon les données du ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, les « exemptions d'assiette » de cotisations sociales

s'élèveraient en 2011 à 45,8 milliards d'euros. **Les pertes de cotisations sociales afférentes représenteraient ainsi 9 milliards d'euros.**

Montant des exemptions d'assiette en 2011

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Montants des exemptions d'assiette	Pertes de recettes
Participation financière et actionnariat salariés	18	2,9
Aides directes consenties aux salariés	7,2	2,2
Prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire	16,2	2,7
Rupture du contrat de travail	4,4	1,2
Divers	0,0	0,0
TOTAL	45,8	9,0

Source : annexe 5 au présent projet de loi de financement

Dans son rapport de juin 2008, la commission des comptes de la sécurité sociale soulignait, par ailleurs, **le fort 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'était 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 %).

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

Il convient, tout d'abord, de souligner que 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).**

Par ailleurs, avant l'instauration du « forfait social » par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, **des prélèvements spécifiques assis sur certaines « exemptions d'assiette » avaient déjà été créés :**

- l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 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). Ces deux contributions sont d'ailleurs revues à la hausse par l'article 11 du présent projet de loi de financement.

(4) Le « forfait social », une « flat tax »

L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale pose le **principe général d'un assujettissement au « forfait social » de l'ensemble des rémunérations ou gains répondant à un double critère** d'assujettissement à la CSG et d'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

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 doit être explicitement définie.** L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale en énumère aujourd'hui limitativement quatre types :

- **les stock-options et actions gratuites** (article L. 137-13), déjà soumises à des contributions spécifiques dont les taux sont relevés par le présent projet de loi de financement ;

- **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) ;

- **la fraction des indemnités versées en cas de rupture d'un contrat de travail ou de cessation forcée d'activité, exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et soumise à la CSG** (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)¹ ;

- **les contributions des employeurs aux chèques vacances dans les entreprises de moins de cinquante 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.

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

- les sommes versées au titre de **l'intéressement** (articles L. 3311-1 à L. 3315-5 du code du travail), du supplément d'intéressement (articles L. 3314-10 et L. 3324-9 du code du travail), de l'intéressement de projet (articles L. 3312-6 du code du travail) et de la prime exceptionnelle

¹ Au 1^{er} janvier 2009, il s'agissait des indemnités de licenciement, des indemnités versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi, des indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un accord de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), des indemnités versées dans le cadre d'une rupture conventionnelle, des indemnités de mise à la retraite, des indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, des dirigeants et des personnes mentionnées à l'article 80 ter du code général des impôts.

d'intéressement créée par la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail ;

- les sommes versées au titre de **la participation** (articles L. 3321-1 à L. 3326-2 du code du travail) et du supplément de réserve spéciale de participation (articles L. 3314-10 et L. 3324-9 du code du travail) ;

- les abondements de l'employeur aux **plans d'épargne** d'entreprise (PEE) (articles L. 3331-1 à L. 3333-8 du code du travail), aux plans d'épargne interentreprises (PEI) et aux plans d'épargne retraite collectif (PERCO) (articles L. 3334-1 à L. 3334-16 du code du travail) ;

- les contributions des employeurs au financement des **régimes de retraite supplémentaire** (articles L. 136-2, L. 137-1, L. 137-15, L. 242-1 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale), à l'exclusion des « retraites chapeau » déjà assujetties à une contribution spécifique (article L. 137-11 du code de la sécurité sociale) ;

- les **bonus exceptionnels outre-mer** créés par la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre mer.

Le taux de la contribution est aujourd'hui fixé à **4 %**. Son produit, évalué à **700 millions d'euros pour 2010**, est intégralement affecté à la CNAMTS.

b) L'augmentation du taux du « forfait social » ne devrait pas constituer un frein au développement de l'épargne salariale

(1) Une augmentation de deux points du taux du forfait social

Le 2° de **l'article 13** du présent projet de loi de financement propose de porter de 4 % à 6 % le taux de la contribution, sans en modifier l'assiette. Cette mesure devrait permettre un gain supplémentaire de **350 millions d'euros** ce qui porterait le rendement total du forfait social à 1 050 millions d'euros.

(2) Un aménagement qui ne devrait pas remettre en cause le développement de l'épargne salariale

Votre rapporteur pour avis est favorable à la présente mesure qui s'inscrit dans le cadre de nombreux travaux menés sur la question des « **niches sociales** », 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.

S'agissant plus particulièrement des abondements réalisés par les employeurs aux plans d'épargne entreprise, notamment le PERCO, ainsi qu'aux régimes de retraites supplémentaires – dispositifs auquel votre

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 (Assemblée nationale - XIII^{ème} législature).

rapporteur pour avis est attaché –, leur assujettissement au « forfait social » ne semble pas de nature à en freiner le développement. **Le taux de la contribution, même relevé à 6%, est encore faible par rapport aux taux appliqués aux rémunérations salariales ordinaires.** Ainsi l'annexe relative aux fiches d'évaluation préalable des articles du présent projet de loi de financement indique-t-elle par exemple que pour une rémunération comprise entre 1,6 SMIC (2 139 euros bruts) et le plafond de la sécurité sociale (2 859 euros bruts), 30,4 points de cotisations sociales sont en moyenne supportés par l'employeur.

Par ailleurs, selon les données transmises à votre rapporteur pour avis, la part de l'épargne salariale dans la rémunération totale des salariés a augmenté depuis 1999, passant de 6,1 % à 8,1 % en 2010. Ainsi, compte tenu du fait que l'épargne salariale supporte moins de prélèvements sociaux que les salaires, la part des prélèvements sociaux rapportée à la totalité des rémunérations versées (salaire et épargne salariale) a diminué mécaniquement, passant de 28,4 % en 1999 à 28,1 % en 2009. **Le relèvement du forfait social de deux points en 2010** ne devrait pas être de nature à remettre en cause cette tendance.

Enfin, votre rapporteur pour avis rappelle que, 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.**

(3) L'assujettissement des redevances des artistes du spectacle

Le 1^o de l'article 13 apporte une clarification quant à l'assujettissement au forfait social de certaines des rémunérations des artistes du spectacle et des mannequins.

En application de l'article L. 7121-8 du code du travail, les redevances (royalties) versées à un artiste interprète, qui sont fixées en fonction du produit de la vente ou de l'exploitation de l'enregistrement, ne sont pas considérées comme des salaires dès lors que la présence physique de l'artiste n'est plus requise pour exploiter cet enregistrement et que cette rémunération n'est pas fonction du salaire reçu pour la production de son interprétation, exécution ou présentation, mais est fonction du produit de la vente ou de l'exploitation de cet enregistrement. N'entrant pas dans l'assiette des cotisations, ces rémunérations sont versées, selon les cas, soit par l'employeur, soit par un tiers utilisateur.

Or, le forfait social, recouvré par les URSSAF, est par définition à la charge des employeurs. Il est donc nécessaire de prendre en compte la spécificité de ces rémunérations et d'inclure les utilisateurs dans le champ des redevables du forfait social. S'agissant d'un prélèvement social finançant le régime général, il ne revient pas à l'artiste du spectacle de s'acquitter du prélèvement, mais à son employeur ou à l'utilisateur de l'enregistrement de son interprétation, exécution ou présentation.

L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale serait donc complété, afin de préciser explicitement que la contribution au titre des rémunérations dues à l'artiste à l'occasion de la vente ou de l'exploitation de l'enregistrement de son interprétation, exécution ou présentation par l'employeur ou tout autre utilisateur est acquittée par l'employeur ou par l'utilisateur au titre des sommes qu'il verse à l'artiste.

A l'initiative de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a étendu ce dispositif aux rémunérations perçues dans les mêmes conditions par les mannequins. En effet, le régime applicable à cette profession, fixé par l'article L. 7123-6 du code du travail, apparaît similaire à celui des artistes du spectacle.

5. Modification du régime social des indemnités de rupture du contrat de travail (articles 13 *ter* nouveau)

a) L'encadrement actuel des indemnités de rupture du contrat de travail

L'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, complété par l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, a modifié l'article 80 *duodecies* du code général des impôts et **accru les contraintes pesant sur la fiscalité personnelle et les cotisations sociales afférentes aux indemnités de licenciement comme à celles de révocation des dirigeants.**

L'article 80 *duodecies* pose le principe général selon lequel toute indemnité versée à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail constitue une rémunération imposable. Par extension aux mandataires non salariés, constitue également une rémunération imposable toute indemnité versée, à l'occasion de la cessation de leurs fonctions, aux mandataires sociaux et dirigeants.

Ce principe est toutefois assorti de dérogations et de plafonds d'exonération, tenant en particulier compte de ce que les indemnités de licenciement sont traditionnellement considérées comme ayant la nature de dommages et intérêts destinés à compenser un préjudice, et ne sont donc en principe pas considérées comme des salaires imposables comme tels. Ainsi les indemnités consécutives à un licenciement irrégulier, comme les indemnités de licenciement ou de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi, sont totalement exonérées.

Hors plan social, est exonérée d'impôt sur le revenu et de cotisations de sécurité sociale, la fraction des indemnités de licenciement qui n'excède pas le plus élevé des trois montants suivants :

- le montant prévu par la convention collective de branche, par l'accord professionnel et interprofessionnel ou, à défaut, par la loi ;
- ou la moitié du montant des indemnités de licenciement ;

- ou deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail.

Lorsque l'indemnité versée au salarié dépasse ce montant, elle demeure exonérée des cotisations de Sécurité sociale à hauteur du plus élevé des deux montants suivants :

- soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail dans la limite de six fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;

- soit la moitié du montant de l'indemnité versée dans la limite de six fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les indemnités de licenciement demeurent néanmoins soumises à CSG et CRDS pour leur part excédant le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi.

b) La limitation des exonérations

L'article 13 *ter* introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à **limiter les exonérations de cotisations sociales applicables aux indemnités de rupture, quelles qu'elles soient, à hauteur de quatre fois le plafond de la sécurité sociale**, soit 145 680 euros en 2010. La part supérieure à ce montant serait assujettie dans les conditions habituelles

Votre rapporteur pour avis souligne que la présente mesure entraîne une déconnexion de l'assiette fiscale et de l'assiette sociale.

6. Encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels de 3 % est applicable à la CSG (article 15)

L'article 15 du projet de loi de financement a pour objet de plafonner la minoration de 3 % dont fait l'objet l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus salariés, ainsi que de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), afin de tenir compte des frais professionnels.

a) Si l'égalité devant les charges publiques entre salariés et non salariés doit être préservée...

Aujourd'hui, la CSG et la CRDS se calculent sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires ainsi que des allocations de chômage, après application d'une déduction forfaitaire représentative des frais professionnels. Cette déduction s'opère sur la totalité des sommes incluses dans l'assiette des contributions, y compris sur les sommes liées à l'intéressement, à la participation ou à l'actionnariat.

Cette réduction a été instituée à l'origine pour assurer l'égalité devant les charges publiques en ce qui concerne l'assujettissement à la CSG, entre salariés et non-salariés, compte tenu du fait que les indépendants ont, par rapport aux salariés, de meilleures possibilités de déduction de leurs frais professionnels de l'assiette sociale. Pour les non-salariés, c'est le revenu net des charges, celles-ci comprenant les frais professionnels, qui est retenu pour déterminer l'assiette de la CSG comme celle des cotisations.

A la création de la CSG, le taux d'abattement pour frais professionnels avait été fixé à 5 %. Ce taux a ensuite été ramené à 3 % par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. **L'assiette de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité (salariés) et sur les allocations chômage est donc aujourd'hui égale à 97 % de ces revenus.**

Si le maintien de cette déduction paraît aujourd'hui encore justifié au nom de la préservation de l'égalité entre les salariés et les non salariés, son caractère proportionnel et l'absence de plafonnement sont critiquables. Comme l'explique l'étude d'impact associé à cet article, *« s'il est possible de considérer que les frais professionnels sont plus importants au fur et à mesure que le salaire croît, cette corrélation n'est pas sans limite et devient très discutable pour ce qui concerne les plus hauts salaires »*. En effet, par son caractère proportionnel, ce sont les plus hauts salaires qui bénéficient le plus de cette déduction.

b) ...il est toutefois justifié d'encadrer l'abattement pour frais professionnels applicable aux contributions sociales

Le 1° de l'article 15 propose de modifier l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'assiette de la CSG, afin que la réduction représentative de frais professionnels ne soit appliquée que dans la limite de quatre plafonds annuels de la sécurité sociale, soit 138 480 euros en 2010. Dans les faits, cette mesure revient à ne pas appliquer la CSG et la CRDS sur un montant maximal de 4 252 euros, ce qui représente une économie d'impôt maximal de 340 euros en 2010.

L'abattement s'applique jusqu'à quatre plafonds annuels de la sécurité sociale (PASS), quel que soit le montant brut de la rémunération retenue. En cas de dépassement du seuil, l'abattement est supprimé pour la seule partie de la rémunération supérieure à ce seuil.

Selon l'étude d'impact associé à cet article, **cette mesure devrait concerner environ 1 % des salariés, soit à peu près 160 000 personnes**. Ces salariés enregistreront donc une légère hausse des prélèvements, égale à 8 % (0,5 % de CRDS + 7,5 % de CSG) du montant de la rémunération brute ne bénéficiant plus d'abattement. Ainsi, la CSG payée par un salarié, dont les revenus annuels s'élèvent à 180 000 euros, augmentera de 13 095 euros à 13 500 euros, soit 405 euros de plus. Compte tenu de l'étroitesse de la cible, le rendement de la mesure est peu élevé, à peine **25 millions d'euros par an**.

Votre rapporteur pour avis est favorable à ce dispositif et ce d'autant plus que, dans le cadre du calcul de l'impôt sur le revenu, le montant de l'abattement fiscal au titre des frais professionnels sur les revenus des salariés est déjà encadré. La déduction forfaitaire fiscale est en effet comprise entre un minimum de 415 euros et un maximum de 13 948 euros. **Il remarque la cohérence** entre le périmètre de l'abattement retenu dans le cadre du présent article pour la CSG et la CRDS, soit 138 480 euros, et celui retenu au niveau fiscal, soit 139 480 euros.

Le 2° de l'article procède à une correction de cohérence liée à la réforme du volontariat civil opérée par la loi du 10 mars 2010 relative au service civique.

7. Les mesures applicables au secteur agricole

L'article 17 propose de réintégrer dans l'assiette sociale les revenus issus des loyers des biens privés mais utilisés pour l'activité professionnelle agricole. Votre rapporteur pour avis remarque que cette mesure s'inscrit dans la continuité de la loi de financement pour 1999 qui a intégré les revenus tirés de la mise en location gérance d'un fonds de commerce dans l'assiette sociale des non salariés non agricoles ainsi que dans l'assiette salariale des membres de sociétés (gérant salarié).

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'approuver une mesure qui vise à **lutter contre l'évasion sociale** dans le régime agricole.

L'article 17 bis, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, propose **d'introduire un motif supplémentaire de dérogation au principe**, posé par l'article L. 713-16 du code rural et de la pêche maritime, selon lequel les cotisations du non salarié agricole sont calculées, à titre provisoire, **sur une assiette forfaitaire** lorsque la durée d'assujettissement de ce dernier ne permet pas de connaître les revenus professionnels servant de base à celle-ci. Le calcul des cotisations sociales d'un nouvel installé serait ainsi autorisé sur la base d'une « assiette réelle » lorsqu'il y a une co-exploitation entre les partenaires d'un PACS.

L'article 17 ter, introduit également à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, propose de dispenser les bailleurs à métayage de l'obligation de l'assurance au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. La mesure proposée permet de prendre en compte un arrêt de la Cour de Cassation en date du 19 juin 2008 qui considère qu'un bailleur en métayage ne doit pas être affilié au régime des accidents du travail et des maladies professionnelles (ATEXA). La Cour estime en effet que l'obligation d'assurance à laquelle sont soumis les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ne s'impose qu'aux personnes occupées dans les exploitations ou

entreprises concernées. **Cette condition conduit donc selon la Cour à exclure le bailleur en métayage du régime ATEXA dès lors qu'il n'exerce pas d'activité proprement dite sur les terres dont il est propriétaire et dont il a confié l'exploitation à un métayer.** Cette modification législative devrait permettre, selon l'exposé des motifs de l'amendement du Gouvernement, d'harmoniser la situation de ces personnes au regard de la protection sociale agricole et d'être traités de manière identique par les caisses de mutualité sociale.

8. Les autres mesures

Lors de l'examen du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, l'Assemblée nationale a adopté un certain nombre d'articles additionnels, qui ont vocation à mettre fin à des exemptions d'assiette ou des exonérations non justifiées. Ce « toilettage » bienvenu ayant toutefois un impact limité sur les comptes de la sécurité sociale, votre rapporteur pour avis ne fait ici que retracer la liste des dispositions votées et leur objectif :

- **l'article 16 bis**, introduit à l'initiative de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, propose de reconnaître le caractère professionnel de l'activité de loueur de chambres d'hôtes, afin que les revenus procurés par cette activité soient systématiquement assujettis aux cotisations sociales et aux contributions sociales. **En effet, actuellement, en l'absence de qualification juridique précise, ces revenus ne sont pas soumis aux prélèvements sociaux.** Selon l'annexe 5 du présent projet de loi de financement, **la perte d'assiette est estimée à 428 millions d'euros.**

Le 2° l'article 16 *bis* confirme le caractère professionnel de cette activité en précisant, par une modification de l'article L. 622-4 du code de la sécurité sociale, que les loueurs de chambre d'hôtes sont affiliés, sous certaines conditions, au groupement des professions industrielles et commerciales. Cette reconnaissance conduit à prévoir (1° de l'article) l'affiliation obligatoire des loueurs de chambres d'hôtes au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, par une modification de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale.

Votre rapporteur pour avis remarque que cet article s'inscrit dans la continuité de l'article 16 relatif à l'assujettissement aux prélèvements sociaux des rémunérations versées par des tiers, c'est à dire des revenus qui jusqu'ici étaient exclus du périmètre social en raison de l'imprécision de leur qualification juridique ;

- **l'article 16 ter**, introduit également à l'initiative de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, vise à prolonger de deux ans l'expérimentation du dispositif d'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un

accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée. Cette prolongation serait justifiée par le retard pris dans la concrétisation de cette expérimentation prévue par la loi de financement pour 2008. Il convient de rappeler que cette opération permet d'assujettir à cotisations sociales des activités jusqu'alors généralement dissimulées ;

- **l'article 12 ter**, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative d'Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre financier, précise le champ des exonérations de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales relatives aux services à la personne, afin d'**éviter que les structures d'hébergement collectif de personnes âgées ou handicapées ne puissent bénéficier du mécanisme d'exonérations sociales pour les activités d'aides à domicile** dans le secteur des services à la personne.

D. LES MESURES DE RECETTES DANS LE SECTEUR MÉDICAL

1. Les cotisations maladie dues par les professionnels médicaux et paramédicaux (article 12 quater)

L'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 12, à l'initiative de Dominique Tian et sous-amendé par le Gouvernement, tendant à **assouplir le dispositif de cotisation des professionnels médicaux et paramédicaux dont le régime est adossé au régime général**.

2. Le « taux K » de la clause de sauvegarde, abaissé à 0,5 % (article 19)

a) Une confirmation du retour aux variations erratiques du « taux K »

L'**article 19** du présent projet de loi de financement **fixe le « taux K » pour le calcul des contributions au titre de la clause de sauvegarde en 2011 à 0,5 %**.

On rappellera que la 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 maladie, d'une contribution des laboratoires pharmaceutiques lorsque leur chiffre d'affaires global hors taxes réalisé en France au titre des spécialités remboursables – et de la « liste en sus » depuis 2009 – 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 d'une stricte application du « taux K ».

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.

Il convient de rappeler que la clause de sauvegarde constitue en réalité une « **contribution théorique** », dans la mesure où la totalité des entreprises ont choisi l'alternative qui leur est proposée de conclure des conventions avec le CEPS plutôt que de se voir appliquer la clause de sauvegarde. Le rendement fiscal de la clause de sauvegarde est ainsi nul depuis 2005.

Dans son rapport sur la taxation de l'industrie du médicament¹, 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 %² en 2003 et à 3 %³ 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 maladie⁴. La valeur choisie – 1 % – s'est avérée très en deçà du taux de croissance des dépenses de santé sur cette période.

A l'initiative de votre rapporteur pour avis, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait stabilisé le dispositif en maintenant le « taux K » à 1,4 %, soit le niveau retenu pour 2008, et en fixant ce taux dans une perspective pluriannuelle, 2009, 2010 et 2011.

Contre l'avis de votre rapporteur, l'article 11 de **la loi de financement pour 2010 est revenu sur ce dispositif** en fixant, à titre exceptionnel pour 2010, le « taux K » qui déclenche la procédure de clause de sauvegarde à 1 %, par dérogation à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

L'**article 19** du présent projet de loi confirme, de nouveau, le retour aux variations erratiques du « taux K », en proposant, à titre dérogatoire que celui-ci soit abaissé à 0,5 % pour 2011.

Evolution du « taux K »

(en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taux « K »	2	3	3	4	3	1	1	1	1,4	1,4	1,0	0,5

Source : lois de financement de la sécurité sociale

¹ Rapport d'information n°427 (2007-2008).

² Article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

³ Article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

⁴ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

b) La nécessité de donner une perspective pluriannuelle à la fiscalité du médicament

Si votre rapporteur pour avis comprend la nécessité, compte tenu de la dégradation des comptes sociaux, de rechercher des ressources nouvelles et de veiller à faire peser ces efforts sur tous les acteurs de notre système de protection sociale, **il regrette néanmoins qu'une fois de plus, et en dépit de ses initiatives passées, la fiscalité du médicament soit encore utilisée comme variable d'ajustement du présent projet de loi de financement.**

Dans son rapport précité sur la taxation du médicament, il avait en effet souligné combien **il était 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 »**. Votre rapporteur pour avis avait notamment montré que les fluctuations incessantes de la législation fiscale étaient 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.

A l'encontre des arguments souvent avancés par le Gouvernement pour justifier l'abaissement du « taux K », il souhaite formuler les remarques suivantes :

- premièrement – et comme cela a été démontré précédemment –, **l'évolution du « taux K » a été, depuis sa mise en place, erratique et sans lien avec l'ONDAM ;**

- deuxièmement, **l'outil fiscal n'est pas le seul instrument de maîtrise des dépenses utilisées dans le secteur du médicament.** La fixation des prix par le CEPS, ainsi que l'action croissante de l'assurance maladie en matière de maîtrise des dépenses et de développement des génériques, ont également un impact significatif sur les industriels.

L'impact financier de cette mesure devrait s'élever à 50 millions d'euros. Celui-ci ne doit pas s'analyser en termes de recettes supplémentaires pour la branche maladie - le rendement fiscal de la clause de sauvegarde devant de nouveau être nul en 2011 -, mais en termes de moindres dépenses remboursables, par son effet sur les remises conventionnelles. Le montant des remises conventionnelles devrait être majoré de 50 millions d'euros en 2011, compte tenu de l'abaissement du « taux K » à 0,5 %.

Les remises conventionnelles

Les remises conventionnelles sont au nombre de trois. On distingue :

*** Les remises par agrégats**

Chaque année, le CEPS détermine des groupes homogènes de classes pharmacothérapeutiques et fixe pour chacun un taux d'évolution en fonction du « taux K ». Au delà de ce taux, des remises seront dues si le « taux K » est dépassé. Ces remises sont proportionnelles au dépassement.

*** Les remises sur chiffre d'affaires**

Lorsque le chiffre d'affaires d'une entreprise dépasse un certain seuil – fixé actuellement par convention entre le CEPS et le LEEM à 10 % –, et que le « taux K » est dépassé, l'entreprise doit s'acquitter d'une remise. L'entreprise en est exonérée lorsque le montant des remises par agrégats dépasse ce qu'elle aurait dû payer en cas d'application de la clause de sauvegarde.

*** Les remises par produits**

Ces remises sont définies au sein de clauses particulières des conventions. Leur montant est indépendant de l'évolution du marché global, mais est fonction du respect des engagements de l'entreprise (engagement sur les volumes, sur le respect des posologies par exemple). Elles sont déduites du chiffre d'affaires servant de référence au calcul des remises par agrégats.

Source : d'après le rapport de septembre 2007 de la commission des comptes de la sécurité sociale

3. Le plafonnement des exonérations dont bénéficient les médicaments orphelins (article 20)

L'article 20 du présent projet de loi propose de **limiter les exonérations et abattements dont bénéficient aujourd'hui les entreprises au titre des médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires dépasse 20 millions d'euros.**

a) Un régime fiscal spécifique

Le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins définit cette catégorie de médicaments à partir de deux critères :

- s'il est destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une **maladie affectant moins de cinq personnes sur dix mille** dans la Communauté ;

- s'il est destiné au traitement d'une **maladie grave ou invalidante** et qu'il est **peu probable qu'il sera commercialisé en l'absence de mesures d'incitation**, et qu'il apporte un **bénéfice notable aux personnes atteintes par l'affection concernée.**

Les entreprises produisant des médicaments orphelins bénéficient d'un **régime fiscal dérogatoire** destiné à rendre plus attractif leur développement compte tenu de l'étroitesse de leur marché.

En application des articles L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1 du code de la sécurité sociale, le chiffre d'affaires des grossistes répartiteurs et des entreprises du médicament relatif aux médicaments orphelins est ainsi **exclu de l'assiette de la taxe sur les grossistes répartiteurs, la clause de sauvegarde et la taxe sur la promotion des médicaments.**

S'agissant de la taxe sur le chiffre d'affaires, l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale prévoit que seules sont exonérées, au titre de leurs

marges réalisées sur les médicaments orphelins, les entreprises dont le chiffre d'affaires relatif à cette activité est inférieur à 20 millions d'euros.

L'article 20 du présent projet de loi de financement propose d'étendre ce plafonnement de « niche fiscale » aux trois autres taxes précitées : la taxe sur les grossistes répartiteurs, la clause de sauvegarde et la taxe sur la promotion des médicaments.

Ainsi seront réintégrées dans l'assiette de la taxe sur les grossistes répartiteurs, la clause de sauvegarde et la taxe sur la promotion des médicaments, les marges que les grossistes répartiteurs et les entreprises du médicament réalisent au titre des médicaments orphelins, sous réserve qu'elles dépassent 20 millions d'euros.

b) Un rendement faible au regard du signal qu'une telle mesure risque de donner

Votre rapporteur pour avis a bien noté **la forte croissance des ventes de médicaments orphelins** qui s'est élevée à 14 % en 2009, pour atteindre 930 millions d'euros, selon le dernier rapport d'activité du Comité économique des produits de santé (CEPS). Le coût de ces médicaments pèse particulièrement dans les dépenses hospitalières.

Néanmoins, **au regard du faible rendement attendu de cette mesure (20 millions d'euros en 2011), il s'interroge sur le signal assez négatif qu'une telle mesure renvoie à l'industrie pharmaceutique**, notamment dans un secteur d'activité aussi sensible.

C'est pourquoi, **il approuve le compromis adopté à l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, conduisant à relever le seuil de l'exonération.**

Il attire néanmoins l'attention sur la complexité du dispositif choisi pour déterminer ce seuil. En effet, le nouvel article 20 propose d'appliquer aux trois taxes un seuil défini par accord cadre entre le CEPS et l'industrie, étant précisé que ce seuil devra être compris entre 30 et 40 millions d'euros et sera, le cas échéant, fixé par défaut à 30 millions d'euros en l'absence de conclusion d'un accord cadre sur ce point avant le 1^{er} avril 2011.

Outre que la notion de « chiffre d'affaires remboursable » manque de clarté – est visé en réalité le chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments admis au remboursement –, renvoyer la fixation de ce seuil à la négociation entre le CEPS et l'industrie introduit une procédure assez lourde.

Les médicaments orphelins, quelques chiffres

Selon le CEPS, treize médicaments orphelins ont chacun un chiffre d'affaires annuel en France supérieur à 30 millions d'euros pour un total de 710 millions d'euros.

Une cinquantaine d'autres représente un chiffre d'affaires de 230 millions d'euros pour un chiffre d'affaire moyen de 5 millions d'euros.

Source : rapport d'activité du CEPS pour 2009

E. L'AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

1. Le relèvement progressif du plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (article 18)

a) Des revalorisations récentes qui ont accru l'attractivité du dispositif

L'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article L. 863-1 du code de la sécurité sociale) a créé, à compter du 1^{er} janvier 2005, **un crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels, en faveur des personnes modestes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %.**

Couverture maladie universelle (CMU), couverture maladie universelle – complémentaire (CMU-c), aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

- **La CMU de base**

La CMU de base permet à toute personne résidant en France de manière stable et régulière et **qui ne peut ouvrir des droits à un autre titre de bénéficiaire des prestations en nature du régime général**. Elle est gérée par les caisses primaires d'assurance maladie. En fonction de ses revenus, l'intéressé peut être redevable d'une cotisation. La CMU de base est gratuite pour les bénéficiaires de la CMU-complémentaire ou de l'ACS.

- **La CMU-c**

La CMU-c est une **protection gratuite et complémentaire à la sécurité sociale pour les personnes disposant de faibles ressources** financières. Les prestations sont prises en charge à 100 % et sans avance des frais, sachant que les professionnels de santé doivent respecter les tarifs opposables, les dépassements d'honoraires étant interdits.

- **L'ACS**

L'ACS vise à éviter les effets de seuils créés par le dispositif de la CMU-c, en aidant financièrement ceux dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-c à acquérir une assurance complémentaire santé de droit commun. L'aide est différenciée selon l'âge du bénéficiaire et représente environ la moitié du coût moyen des contrats aidés.

Source : d'après les données de la CNAM et du Projet de performances pour 2011 de la mission « Santé »

L'appréciation des ressources est effectuée par les caisses d'assurance maladie des régimes de base dans les mêmes conditions que pour l'attribution de la CMU complémentaire. La caisse du régime d'assurance maladie de base remet une attestation de droit à déduction sur la prime ou la cotisation d'assurance complémentaire au requérant remplissant les conditions d'attribution. Sur présentation de ce document à un organisme de protection complémentaire, l'intéressé bénéficie d'un montant annuel de prime ou de cotisation réduit du montant du crédit d'impôt. Il bénéficie en outre de la dispense d'avance de frais pour la part des dépenses prises en charge par

l'assurance maladie obligatoire, sous réserve qu'il respecte le parcours de soins coordonné.

(1) Une montée en charge lente qui a nécessité des mesures de revalorisation

La montée en charge du dispositif s'est avérée lente et difficile à ses débuts. C'est pourquoi plusieurs mesures ont été prises afin d'en renforcer l'attractivité :

- le montant de l'aide a dans un premier temps été substantiellement revalorisé au 1^{er} janvier 2006 ;

- le plafond de ressources ouvrant droit à l'ACS a ensuite été revalorisé à compter du 1^{er} janvier 2007 au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 20 %, au lieu de 15 % précédemment ;

- la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a, quant à elle, **augmenté le montant de l'ACS pour les personnes âgées de plus de 60 ans** et a créé **une nouvelle tranche d'attribution pour les personnes âgées de 50 à 59 ans** ;

- la loi de finances pour 2010 a, enfin, **doublé l'aide pour les jeunes âgés de 16 à 24 ans**.

Plafonds de ressources pour l'attribution de l'ACS applicables à compter du 1^{er} juillet 2010

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel en France métropolitaine	Plafond annuel dans les départements d'outre-mer
1 personne	9 134 euros	10 166 euros
2 personnes	13 700 euros	15 249 euros
3 personnes	16 441 euros	18 298 euros
4 personnes	19 181 euros	21 348 euros
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 653,45 euros	+ 4 066,29 euros

Source : CNAM

Montant de l'aide pour une complémentaire santé applicable à compter du 1^{er} janvier 2010

Age du bénéficiaire	Montant de l'aide
Moins de 16 ans	100 euros
De 16 à 49 ans	200 euros
De 50 à 59 ans	350 euros
60 ans et plus	500 euros

Source : CNAM

(2) Un quasi doublement du nombre de bénéficiaires entre 2007 et 2009

La revalorisation du plafond de ressources de l'ACS en 2007 s'est traduite par une augmentation mécanique du nombre de bénéficiaires du dispositif. Cette augmentation se poursuit en 2008 et en 2009, comme le montre le tableau suivant.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ACS*

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de bénéficiaires	177 710	240 664	329 669	442 283	501 681

* Ayant utilisé leur attestation auprès d'un organisme complémentaire.

Source : fonds CMU

Le coût de l'ACS pour 2010 a été évalué à **156 millions d'euros**¹.

b) Un financement assuré par le fond « CMU-c »

Jusqu'en 2008, le financement du crédit d'impôt était assuré par une dotation globale de l'assurance maladie. Cette contribution était prélevée sur les crédits d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le financement de ce dispositif est assuré par le fonds « CMU-c » dont les recettes se trouvent **abondées exclusivement par la contribution des organismes complémentaires** prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dont le taux a été doublé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Le fonds bénéficie également d'une dotation d'équilibre de l'Etat. Mais le fonds ayant été excédentaire en 2009 et 2010, aucune subvention n'a été versée.

L'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu, quant à lui, que « *tout ou partie du report à nouveau positif du fonds [peut être] affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* ». Le montant ainsi affecté à la CNAMTS en 2009 et 2010 a correspondu à la totalité des réserves du Fonds « CMU-c », soit respectivement 82,5 millions d'euros et 101 millions d'euros.

c) Une nouvelle revalorisation des plafonds de ressources

L'**article 18** du présent projet de loi propose de relever en deux temps les plafonds de ressources du dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

¹ *Projet annuel de performances de la mission « Santé » pour 2010.*

Le **I** porte ainsi le plafond de ressources pour bénéficiaire de l'ACS à 30 % du plafond de ressources retenus pour la CMU-c, au lieu de 20 % actuellement.

Le **II** dispose, en dérogation au I, que le plafond est fixé à 26 % du plafond de ressources retenus pour la CMU-c, jusqu'au 31 décembre 2011.

Le **III** précise que le I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2012 et que le II (dispositif transitoire) s'applique entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011.

Selon l'étude annexée au présent projet de loi, le relèvement du plafond de ressources permettrait à **294 000 bénéficiaires supplémentaires** d'intégrer le dispositif pour un coût :

- pour le fonds « CMU-c », de **23 millions d'euros en 2011**, 64 millions d'euros en 2012, 82 millions d'euros en 2013 et en 2014 ;

- pour la CNAMTS, du fait d'un moindre report d'excédents du fonds, de **23 millions d'euros en 2011**, 64 millions d'euros en 2012 et 82 millions d'euros en 2014.

2. La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement les mesures proposées par l'article 18 qui vise à **étendre l'accès à la couverture complémentaire** (6 % de la population restant sans couverture complémentaire) et à **maintenir les titulaires de minima sociaux dans le dispositif d'ACS**. La revalorisation quinquennale de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) conduit en effet à la sortie du dispositif des bénéficiaires de ces minima.

Cet élargissement paraît d'autant plus justifié que **la suppression partielle de l'exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance** dont bénéficient aujourd'hui les contrats solidaires et responsables (article 7 du projet de loi de finances pour 2011) **pourrait être répercutée sur le prix des contrats des complémentaires santé**.

De ce point de vue, votre rapporteur pour avis relève que paradoxalement, la réduction de cette « niche fiscale » pourrait conduire, en fonction de l'ampleur de la répercussion de cette charge nouvelle, d'une part, à majorer les dépenses du régime général et, d'autre part, à accroître une autre « niche fiscale », l'ACS qui prend la forme d'un crédit d'impôt. Ces dépenses « connexes » devraient néanmoins être moins importantes que le coût actuel de l'exonération de TSCA (2,2 milliards d'euros)¹.

¹ Pour plus de précisions sur cette disposition, se reporter à l'avis de votre rapporteur pour avis sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, n° 694 (2009-2010).

Votre rapporteur pour avis attire par ailleurs l'attention sur le manque de lisibilité sur la situation financière du fonds « CMU-c ». En effet, celle-ci est assez difficile à appréhender :

- d'un côté, **les dépenses du fonds devraient s'accroître** en raison des dispositions du présent projet de loi, mais également de la crise économique qui a un effet différé sur le nombre de bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS, ainsi qu'en raison de la montée en charge des deux revalorisations de l'ACS prévues par la loi HPST et la loi de finances pour 2009 ;

- d'un autre côté, **le rendement de la contribution des complémentaires santé au fonds « CMU-c » devrait augmenter.** En effet, l'élargissement de l'accès au dispositif d'ACS devrait faire progresser les chiffres d'affaires des organismes complémentaires par un accroissement du nombre de leurs souscripteurs. Leur contribution au Fonds « CMU-c » étant assise sur leur chiffre d'affaires, les mesures proposées dans le cadre du présent projet de loi devraient dynamiser cette recette.

F. LES DISPOSITIONS RELATIVES AU RECOUVREMENT, À LA TRÉSORERIE ET À LA COMPTABILITÉ

1. Des mesures d'urgence pour corriger deux dispositifs majeurs de simplification du recouvrement de cotisations d'assurance chômage et de sécurité sociale qui doivent entrer en application le 1^{er} janvier 2011

a) Une mesure correctrice de la loi du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi : l'extension du pouvoir de contrôle des URSSAF pour le compte d'organismes tiers (article 30)

(1) Le transfert aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance chômage

Depuis le 1^{er} juin 2008, en application de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale et d'une convention d'application signée avec l'ACOSS et l'Unedic, les URSSAF sont habilitées à contrôler l'assiette, le taux et le calcul des contributions d'assurance chômage¹, le recouvrement proprement dit étant effectué par le réseau des Assedic.

Or, dans le cadre de la fusion ANPE – Assedic qui a eu pour objet de créer Pôle emploi au 1^{er} janvier 2009, la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi a prévu le

¹ Selon l'annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 contenant les fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi, les URSSAF ont réalisé, en 2009, 85 968 actions de contrôle des contributions chômage, ayant donné lieu à plus de 30 millions d'euros de redressement.

transfert aux URSSAF du recouvrement de ces cotisations et des cotisations dues à l'association pour la garantie des salaires (AGS). La date du transfert de Pôle emploi vers les URSSAF de l'activité de recouvrement a été fixée, par voie réglementaire, au 1^{er} janvier 2011.

Il s'agissait d'une mesure de simplification non seulement souhaitable, mais aussi approuvée par la commission des affaires sociales¹. En effet, les cotisations de sécurité sociale, recouvrées par les URSSAF, et d'assurance chômage ont des assiettes très proches et la coexistence de deux réseaux de collecte distincts semble toujours peu justifiée. Cette réforme permettra donc, à partir du 1^{er} janvier 2011, de réaliser des économies et simplifiera les démarches administratives des entreprises qui n'auront plus qu'une déclaration à effectuer.

C'est dans cette perspective que la loi précitée avait inséré dans le nouveau code du travail un article L. 5422-16 dont les dispositions organisent à compter du 1^{er} janvier 2011 le transfert aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance chômage et leurs modalités de contrôle. Ce faisant, elle avait, par parallélisme juridique, supprimé de l'article L. 243-7 précité les mentions relatives aux pouvoirs de contrôle des URSSAF.

Or, en procédant de la sorte, les URSSAF se sont donc vu retirer des compétences qu'elles exerçaient également au profit d'autres délégataires du recouvrement des cotisations d'assurance chômage qui ne disposent pas eux-mêmes de corps de contrôle et qui souhaitent confier cette mission aux URSSAF. Il s'agit des régimes de contribution des salariés intermittents du spectacle et des voyageurs et représentants placiers à cartes multiples (VRP multi-cartes).

(2) La nécessaire sécurisation des pouvoirs de contrôle des URSSAF et leur extension à certains régimes spéciaux

Aussi, à moins de deux mois du transfert effectif aux URSSAF de la compétence sur le recouvrement annuel de quelque 5 milliards d'euros de cotisations chômage, le présent article 30 prévoit notamment de rectifier la rédaction des deux dispositions précédemment évoquées :

- l'article L. 243-7, dans sa rédaction issue de la loi du 13 février 2008, afin de rétablir la faculté de contrôle des inspecteurs du recouvrement des URSSAF ;

- l'article L. 5422-16 du code du travail, pour préciser que les contributions chômage et les cotisations AGS exigibles avant la date du transfert des prestations de recouvrement, le 1^{er} janvier 2011, demeureront contrôlées par les URSSAF. Il s'agit ainsi de sécuriser les actions de redressement qui pourraient être menées en 2011 au titre des années antérieures, 2008 et 2009.

¹ *Rapport n° 154 (2007-2008) du 8 janvier 2008 de Catherine Procaccia, fait au nom de la commission des affaires sociales.*

Enfin, la mission de contrôle serait susceptible d'être étendue à d'autres régimes spéciaux et pourrait ainsi apporter de nouvelles recettes aux URSSAF.

Par principe, la sécurisation des assiettes de cotisation a un effet favorable sur le montant des sommes mises en recouvrement, et *in fine* sur les recettes du régime général. **Votre rapporteur pour avis souscrit d'autant plus à cet objectif qu'il n'emporte aucune dépense budgétaire** – les prestations des URSSAF étant rémunérées en proportion des gains réalisés pour le compte des organismes délégataires (ACOSS, Unedic, Pôle emploi, organismes tiers) – et qu'il tend non seulement à lutter contre la fraude mais aussi à garantir les droits effectifs des salariés. En revanche, il convient de souligner que **l'effet de cette mesure en termes d'accroissement de recettes pour le régime général demeure, selon le Gouvernement, difficilement chiffrable : tout au plus deux millions d'euros supplémentaires**, sachant que le montant annuel des redressements effectués par les URSSAF sur le périmètre actuel de cotisation s'établit en moyenne à 30 millions d'euros.

b) L'instauration d'une phase transitoire avant la suppression de la déclaration commune de revenus pour les travailleurs indépendants (article 31)

(1) La simplification du régime social des indépendants

La loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie prévoit la **suppression de la déclaration commune de revenus (DCR)** qui permet aux caisses du régime social des indépendants (RSI)¹ de disposer des données nécessaires relatives aux revenus d'activités pour assurer le recouvrement des cotisations. Il s'agit d'une **avancée majeure en matière de simplification des formalités, qui concerne 2,1 millions de cotisants**².

L'enjeu est de taille car il s'agit de remplacer les campagnes de déclaration menées par le RSI, dont le coût annuel s'établit à environ six millions d'euros, par la communication de ces informations par les services fiscaux. Dans son esprit, cette réforme reposait sur le constat rationnel et légitime selon lequel il est inutile de demander deux fois à un même professionnel de fournir les mêmes informations, à charge pour les administrations de l'Etat et de la sécurité sociale de se coordonner.

Aussi, la loi du 4 août précité a-t-elle fixé au 1^{er} janvier 2010 la date d'entrée en vigueur de la réforme tout en laissant la possibilité de reporter cette date par décret, sans dépasser le butoir du 1^{er} janvier 2011. Cette faculté

¹ Depuis le 1^e janvier 2008, le régime social des indépendants est l'interlocuteur social unique pour toutes les cotisations et contributions sociales personnelles obligatoires et les prestations maladie-maternité et retraite des artisans, commerçants et industriels indépendants. Les professions libérales sont affiliées au RSI pour l'assurance maladie-maternité. Sont également rattachées au RSI les conjoints collaborateurs des artisans et des commerçants ainsi que certains assurés volontaires.

² Source : rapport d'activité 2009 du RSI.

a été exercée par le décret n° 2009-1638 du 23 décembre 2009 et dorénavant, sans modification législative, cette date s'impose.

Or, il semble que l'administration et les URSSAF ne seront pas prêtes au 1^{er} janvier prochain pour opérer le basculement de la DCR vers le système automatisé que suppose la transmission d'information entre les services fiscaux et le RSI. L'évaluation préalable effectuée par le Gouvernement à l'appui du présent article 31 indique que « *le maintien de la date définitive de suppression de la DCR au 1^{er} janvier 2011 conduirait à la suppression du support déclaratif social au profit de la réalisation d'un traitement de masse nouveau qui n'aura pu être expérimenté en situation réelle et sans possibilité, en cas d'échec, de collecter les informations manquantes par un autre moyen* ». En clair, et toutes choses égales par ailleurs, il s'agirait de ne pas reproduire par une opération d'informatisation précipitée le même dysfonctionnement qu'a connu le Japon en 2007 lors de la migration des dossiers de retraite vers un système automatisé ; il s'en était ensuivi la perte de millions de dossiers de pensions.

(2) La suppression de la déclaration commune de revenus nécessite des aménagements transitoires

C'est pourquoi, le Gouvernement propose par mesure de précaution, qu'il juge essentielle, de prévoir une période de transition au cours de l'année 2011 afin de pouvoir **valider un processus de reconstitution de l'assiette sociale des cotisations** sur la base des données provenant des seules déclarations fiscales. Pour cela, il est proposé de **maintenir la DCR pour l'année 2011 uniquement** ce qui permettrait de pallier les « éventuels défauts d'exhaustivité du nouveau processus.

De plus, il est prévu de ne toutefois pas priver les travailleurs indépendants de la souplesse du futur régime unique de déclaration en leur donnant la possibilité de déclarer, s'ils le souhaitent, les revenus de l'année précédente directement à leur caisse afin de modifier le montant des échéances de l'année en cours ou d'anticiper une régularisation.

Tout en regrettant le retard pris par cette réforme, **votre rapporteur pour avis ne peut que constater l'absence d'anticipation de la suppression de la DCR dont la date d'entrée en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2011 était tout de même prévu depuis deux ans**. L'économie de six millions d'euros attendue de la mesure de simplification est donc reportée à 2012.

Ce dispositif a été adopté par l'Assemblée nationale sans autres modifications que deux amendements de précision.

2. Deux dispositions introduites à l'Assemblée nationale

a) La simplification des formalités déclaratives des employeurs étrangers (article 30 bis)

A l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 30 bis visant à **simplifier, au plus tard le 1^{er} janvier 2012, les formalités déclaratives des employeurs étrangers**, c'est-à-dire les entreprises sans établissement en France et les particuliers employeurs non domiciliés fiscalement en France.

Actuellement, en application de l'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale, « *l'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique* ». Pour remplir obligation, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

Le présent article 30 bis étend cette faculté aux employeurs individuels et y inclut les déclarations relatives au chèque emploi-service universel ainsi qu'au titre emploi-service prépayé par les entreprises. En outre, une procédure de déclaration par voie électronique est ouverte selon des modalités qui seront prévues par voie réglementaire.

Il y a donc tout lieu, pour votre rapporteur pour avis d'**accueillir favorablement une mesure de simplification** portant création d'un guichet unique dématérialisé pour les déclarations faites par les employeurs étrangers pour des emplois situés sur le sol national. Qu'il s'agisse d'entreprises, et à plus forte raison de particuliers, il importe de mettre à la disposition des employeurs les moyens les plus accessibles pour lutter contre le travail dissimulé, sécuriser les droits des salariés et préserver les ressources du régime général.

b) La réduction du délai de restitution des trop perçus de cotisations (article 30 ter)

L'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale dispose que « *la demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées* ». Par ailleurs, il prévoit les modalités des remboursements fondés sur des décisions juridictionnelles ainsi que des délais de prescription.

En revanche, les conditions de restitution des cotisations qui auraient été trop versées de bonne foi et dont le caractère ne fait pas litige n'est pas

mentionné. De ce fait, les pratiques de « *répétition de l'indû* » par les organismes sociaux sont très variables, tant dans le temps que dans leurs modalités.

C'est pour remédier à cette absence de précision concernant l'intérêt légitime des cotisants que l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement, une **modification de l'article L. 243-6 précité afin que le remboursement des cotisations indues soit effectué dans un délai de quatre mois à compter de la demande**. Votre rapporteur pour avis souligne qu'une telle mesure est « *de bonne administration* ».

II. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2011

Contrairement aux autres branches qui font l'objet d'un seul objectif de dépenses, la branche maladie se caractérise par un double encadrement : d'une part, par le biais de l'objectif de branche et, d'autre part, par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (articles 1^{er}, 7 et 46)

Le champ couvert par l'objectif de branche est plus large que celui de l'ONDAM puisqu'il **intègre notamment diverses charges des caisses d'assurance maladie** ainsi que **certaines prestations** en nature comme les indemnités journalières maternité. L'annexe 7 au présent projet de loi de financement détaille le passage d'un périmètre à l'autre.

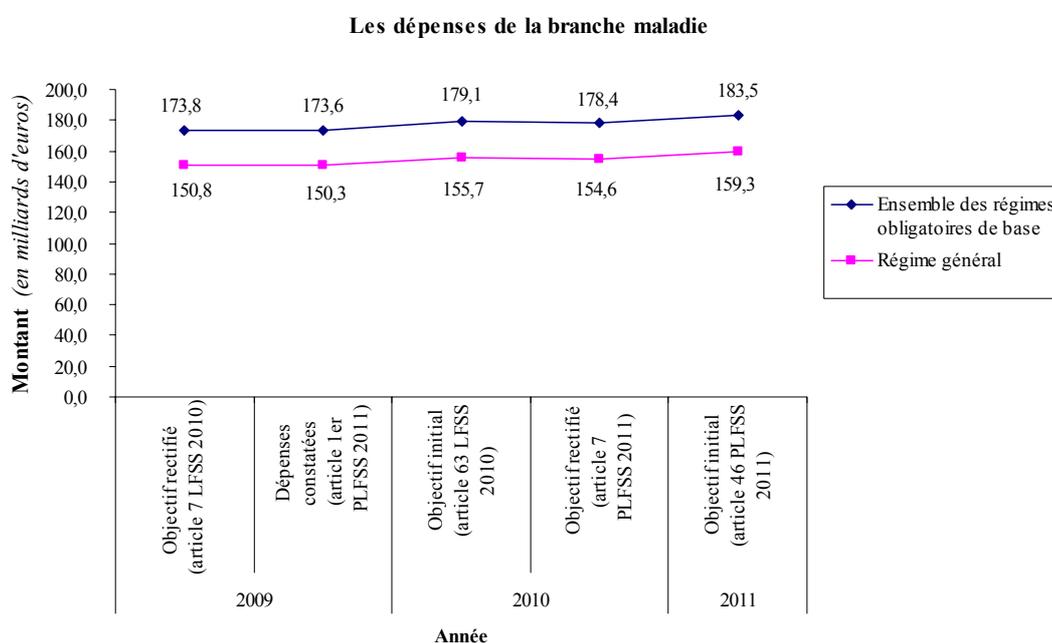
Objectifs de branches et ONDAM

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité -décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
<i>Gestion technique</i>			
I- Prestations sociales - part des prestations médico-sociales financées par la CNSA ; - prestations en espèces : IJ maternité ; - prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) ; - action de prévention ; - autres prestations.	I- Prestations légales maladie maternité - prestations en nature maladie maternité (hors part des prestations médico-sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales, minorées des remises conventionnelles pharmaceutiques) ; - prestations en espèces (hors IJ maternité).	I- Prestation pour incapacité temporaire - prestations en nature ; - prestations en espèces suite à un accident du travail.	- Prestations pour incapacité permanente.
II- Charges techniques	II- Charges techniques dont : - dotation ONDAM médico-social à la CNSA ; - prise en charge de cotisations des professionnels libéraux ; - dotation aux fonds (FIQCS, FMESPP).		II- Charges techniques
III- Diverses charges			III- Diverses charges
IV- Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM			IV- Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM
V- Charges financières			V- Charges financières
<i>Gestion courante</i>			
	- Aide à la télétransmission.		

L'article 46 du présent projet de loi de financement fixe ainsi :

- l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2011 à **183,5 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base**, soit une augmentation de 2,8 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2010 et de 5,7 % par rapport aux dépenses constatées en 2009 ;

- l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2011 à **159,3 milliards d'euros pour le seul régime général**, soit un accroissement de 3,1 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2010 et de 5,9 % par rapport aux dépenses constatées en 2009.



Source : commission des finances

2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (articles 1^{er}, 8 et 47)

a) *Un moindre dépassement en 2009 et un probable respect en 2010 qui doivent être relativisés*

• Ainsi que le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2010¹, **les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM se sont élevées, en 2009, à 158,1 milliards d'euros**, soit un taux de progression de 3,5 % par rapport à 2008 et un **dépassement de 500 millions d'euros** de l'objectif voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (article 1^{er}).

¹ Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009.

Le dépassement de l'objectif a ainsi été revu à la baisse de près de 300 millions d'euros par rapport aux prévisions de juin dernier¹.

Si les dépenses de soins de ville sont conformes à l'enveloppe votée, en revanche, **les charges relatives aux établissements de santé** font apparaître **un dépassement de l'ordre de 550 millions d'euros en dépit de mesures de gel**, à hauteur de 75 millions d'euros : 50 millions d'euros sur les crédits destinés au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et 25 millions d'euros sur les crédits destinés aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Ce dépassement est minoré par une sous-consommation de 50 millions d'euros de l'enveloppe « autres prises en charge ».

Quant à la contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées pour 2009, votre rapporteur pour avis rappelle qu'elle a fait l'objet d'une **révision à la baisse de 150 millions d'euros en loi de financement de la sécurité sociale pour 2010** en raison de la sous-consommation structurelle des crédits alloués à ce secteur.

- S'agissant de **l'ONDAM fixé pour 2010, soit 162,4 milliards d'euros** (article 8), il serait quant à lui **respecté**, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, grâce :

- d'une part, à **la restitution à l'assurance maladie de crédits médico-sociaux** pour un montant de 100 millions d'euros ;

- d'autre part, à des **nouvelles mesures de gel** annoncées par le Gouvernement en juin dernier devant la commission des comptes de la sécurité sociale : les crédits affectés aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ont été mis en réserve à hauteur de 300 millions d'euros. Par ailleurs, la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sera réduite de 105 millions d'euros par le présent projet de loi de financement.

- **Les dépassements constatés ou prévisionnels pour 2009 et 2010 apparaissent ainsi de moindre ampleur que ceux constatés les années passées**, notamment par rapport à l'année 2007 où le dépassement de l'ONDAM avait atteint 2,9 milliards d'euros en dépit du déclenchement de la procédure d'alerte. Les mesures de redressement prises, dans ce cadre, étaient en effet intervenues trop tardivement.

¹ Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport de juin 2010.

ONDAM voté – ONDAM réalisé

(en milliards d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ONDAM initial	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4
Dépenses réalisées	124,1	130,2	135,1	142,1	147,6	152,9	158,1	162,4
Dépassement de l'objectif en valeur	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	0,9	0,5	0
Dépassement de l'objectif	0,5 %	0,4 %	0,1 %	1,0 %	1,9 %	0,6 %	0,3 %	0 %

Source : annexe 1 au présent projet de loi de financement

Cependant, ces meilleurs résultats pour encourageants qu'ils soient doivent être relativisés :

- premièrement, **l'objectif 2009 a été dépassé alors même qu'il se voulait, au moment de son adoption, plus réaliste que ceux fixés les années précédentes** ; le taux de progression de l'ONDAM pour 2009 était ainsi l'un des plus élevés depuis la réforme de l'assurance maladie intervenue en 2004 ;

- deuxièmement, **ces résultats s'expliquent pour une grande partie par des gels de dotations**, dont les taux habituels de consommation laissent entrevoir, dès leur adoption, qu'elles risquaient d'être surévaluées (dotation au FMESPP, dotation au FIQCS, dotations médico-sociales) ;

- troisièmement, **des effets de base non négligeables** ont également joué. Aussi la Cour des comptes¹ note-t-elle que la prévision de dépenses pour 2008 sur le poste médicaments, retenue pour la construction de l'objectif 2009, était trop élevée de 330 millions d'euros ce qui a conduit à sur-évaluer le montant de l'objectif et donc à réduire le dépassement.

b) Un ONDAM 2011 ambitieux

Pour 2011, l'**article 47** du présent projet de loi de financement arrête le montant de l'ONDAM à **167,1 milliards d'euros**, soit un taux de progression de **2,9 % par rapport à 2010**, conformément aux objectifs fixés par le Président de la République² lors de la 2^e session de la conférence sur le déficit le 20 mai dernier.

¹ Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – septembre 2010.

² Les objectifs fixés par le Président de la République portaient sur un taux de progression de l'ONDAM de 3 % pour 2010, de 2,9 % pour 2011 et de 2,8 % pour 2012. La projection quadriennale retenue prolonge cet objectif de progression de 2,8 % pour les années 2013 et 2014.

Il requiert pour être respecté, **un plan d'économies de 2,4 milliards d'euros**, détaillé dans le tableau ci-après. Sans ces mesures, les dépenses du champ de l'ONDAM progresseraient de 4,4 % en 2011, en raison de la progression tendancielle des dépenses, des provisions pour revalorisations des tarifs et de l'introduction de nouvelles prises en charge.

Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2011

(en milliards d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Baisse de prix des produits de santé	425	500
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments	60	70
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	30	35
Abaissement du taux K à 0,5 %	43	50
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	170	200
Maîtrise médicalisée	468	550
Réforme ALD sur l'hypertension artérielle	17	20
Fin de la prise en charge automatique des transports à 100 % pour les ALD	17	20
Passage de 91 euros à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros	81	95
Passage à 30 % des médicaments remboursés actuellement à 35 %	81	95
Passage à 60 % des dispositifs médicaux remboursés actuellement à 65 %	85	100
Convergence tarifaire ciblée	128	150
Optimisation de la performance hospitalière	174	205
Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	255	300
Total	2 032	2 390

Source : annexe 9 du présent projet de loi de financement

Comme en 2008, 2009 et 2010, **le taux de progression de l'ONDAM est équilibré entre les dépenses de soins de ville et les dépenses hospitalières**. Le taux de progression de l'ONDAM médico-social demeure, quant à lui, dynamique (+ 3,8 %), tout en marquant une inflexion qui résulte de son calcul sur la base de crédits de paiement et non d'autorisations d'engagement, afin d'éviter les sous-consommations importantes observées les années passées, sous-consommations dues au décalage dans le temps entre les autorisations de mesures nouvelles de créations de places ou de médicalisation et le financement effectif de celles-ci.

Ventilation de l'ONDAM 2011

(en milliards d'euros)

	Construction		Evolution
	Base 2011	Sous-objectifs	
Dépenses de soins de ville	75,2	77,3	2,8 %
<i>Total ONDAM Etablissement de santé</i>	70,9	72,9	2,8 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	52,4	53,9	2,8 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,5	19,0	2,7 %
<i>Total ONDAM Etablissements et services médico-sociaux</i>	15,2	15,8	3,8 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,3	7,6	4,4 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,0	8,2	3,3 %
Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	1,1	5,9 %
ONDAM total	162,4	167,1	2,9 %

Source : annexe 7 au présent projet de loi de financement

Comme chaque année, votre rapporteur pour avis souligne que **le respect de l'ONDAM 2011 supposera la mise en œuvre effective des mesures d'économies sous-jacentes au calcul de celui-ci**, notamment celles liées à la maîtrise médicalisée.

Or, comme l'indique le programme de qualité et d'efficience (PQE) pour la branche maladie, le taux d'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée, certes progresse, mais n'était encore que de 78 % en 2009. Si tel était le cas en 2011, 121 millions d'euros d'économies ne seraient pas réalisées.

B. LE RENFORCEMENT DU RÔLE DU COMITÉ D'ALERTE (ARTICLE 34)

1. Les faiblesses actuelles de la procédure d'alerte

La procédure d'alerte en cas de risque de dépassement de l'ONDAM a été créée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie (article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale).

Un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est ainsi chargé d'alerter **le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie** et – depuis la loi de financement pour 2008 – **l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire (UNOCAM)**, en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie

incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement, l'ONDAM.

Ce comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'INSEE et d'une personnalité qualifiée nommée par le Président du Conseil économique, social et environnemental.

Actuellement, le comité d'alerte est **tenu, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, de rendre un avis sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours**. Il doit y analyser l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie, ainsi que 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 (effet des re-basages).

Lorsqu'il considère qu'**il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM**, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. 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**. Les caisses proposent alors 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 qui sont transmises dans un délai d'un mois au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le risque sérieux de dépassement est également notifié à l'UNOCAM qui propose, elle aussi, des procédures de redressement.

La procédure d'alerte a été déclenchée pour la première fois le 29 mai 2007, l'évolution des dépenses de santé laissant craindre alors un dépassement de 2,8 milliards d'euros de l'ONDAM 2007.

Bien que constituant un **progrès significatif, trois principales critiques** peuvent être formulées à l'égard du pilotage des dépenses d'assurance maladie par le biais de cette procédure :

- **elle ne permet pas d'agir en amont sur les faiblesses de la construction de l'ONDAM** : elle ne peut rien contre la construction puis le vote d'un ONDAM qui s'avérerait peu réaliste et qui aurait donc peu de chance d'être respecté ;

- **le suivi infra-annuel du risque de dépassement est rendu difficile en raison des faiblesses des dispositifs actuels de recensement des dépenses, notamment hospitalières** : hétérogénéité des systèmes d'information, disponibilité trop tardive des données, manque d'outils d'anticipation et d'appréhension des dynamiques de dépense ;

- **la mise en œuvre de la procédure d'alerte est lourde et intervient très souvent trop tardivement** pour corriger le dépassement.

Conformément aux propositions du rapport « Briet », l'article 34 du présent projet de loi propose ainsi, en plus de l'avis actuel du comité avant le

1^{er} juin, d'une part, **un premier avis avant le 15 avril de chaque année** (1°) et, d'autre part, la **possibilité d'un avis sur le projet de construction de l'ONDAM avant l'examen du PLFSS** (2°).

2. Les mesures proposées par le présent projet de loi

a) Augmenter la fréquence des avis obligatoires du comité d'alerte

Le 1° de l'**article 34** propose ainsi que chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'ONDAM de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Il en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours.

A l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à préciser que **cet avis est public**.

b) Faire du comité d'alerte une instance d'expertise externe sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM

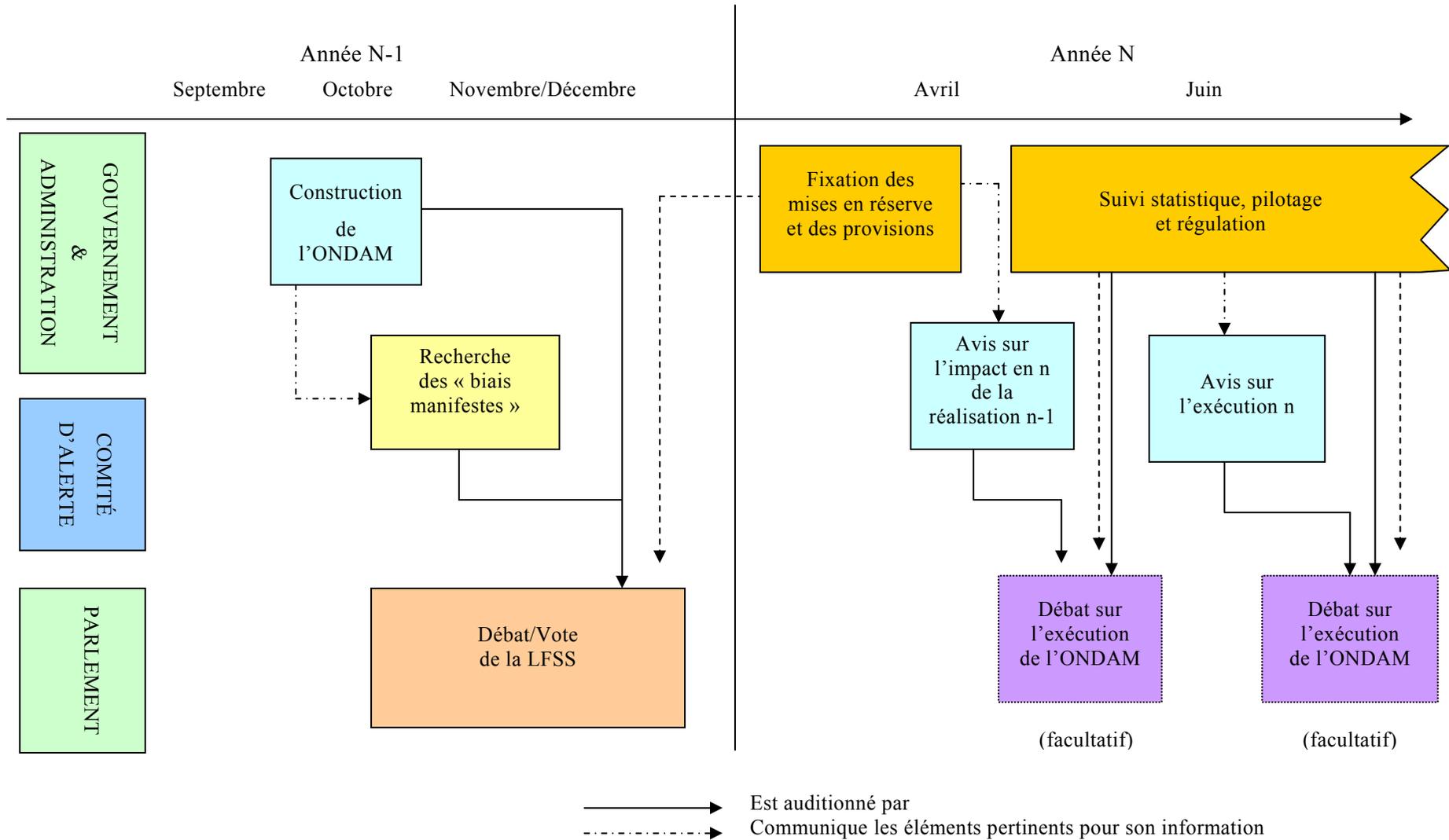
Le 2° de l'**article 34** dispose, quant à lui, que le comité examine également les éléments ayant permis l'élaboration de l'ONDAM projeté pour l'année à venir. S'il constate, compte tenu des données dont il dispose que cet objectif ne peut manifestement pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle de la dépense, il rend un avis explicitant ses réserves, au plus tard le 15 octobre.

Outre deux amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté :

- un amendement de notre collègue député Dominique Tian tendant à prévoir que le comité « *contrôle* » et non simplement, comme prévu par le texte initial, « *examine* » les éléments ayant permis l'élaboration de l'ONDAM ;

- un amendement de notre collègue Marisol Touraine proposant que l'avis éventuel du comité d'alerte soit rendu public et soit transmis au Parlement.

Elaboration, suivi et pilotage de l'ONDAM : les propositions du groupe de travail présidé par Raoult Briet



3. La nécessité d'aller plus loin

Votre rapporteur pour avis accueille, de façon générale, favorablement l'ensemble de ces propositions qui traduisent une volonté de renforcer le suivi de l'ONDAM et la procédure d'alerte, ce pour quoi il s'était vivement « battu », lors de l'examen du dernier projet de loi de financement, quand il s'est opposé, comme la commission des affaires sociales, au souhait du Gouvernement d'exclure les dépenses liées à la grippe A des données prises en compte par le comité d'alerte. Pour les deux commissions, cette mesure constituait un précédent préjudiciable pour un outil de régulation essentiel¹.

Il souhaite néanmoins formuler **plusieurs remarques** :

1) **Le renforcement du rôle du comité d'alerte est largement dépendant de l'amélioration des outils statistiques et informatiques de suivi des dépenses de ville et hospitalières.** Or, en la matière, d'importants progrès devront être réalisés. Ainsi le groupe de travail présidé par Raoul Briet notait-il : *« s'agissant du suivi du secteur des établissements de santé, l'hétérogénéité des systèmes d'information (PMSI, SNIIRAM, ARBUST) se traduit par des retards de production et une qualité de remontée d'informations variable sur chacune des composantes de la dépense ne permettant pas d'en assurer de manière satisfaisante le suivi infra-annuel et d'anticiper les risques de dépassement »*. A la mi-octobre, moins d'un semestre d'activité est connu.

2) Le renforcement du rôle du comité d'alerte en tant qu'instance d'expertise externe sur les hypothèses techniques sous tendant la construction de l'ONDAM devra s'articuler avec la proposition du groupe de travail sur la recherche d'une règle d'équilibre des finances publiques présidé par Michel Camdessus qui préconisait de mettre en place **un groupe d'experts dont les missions consisteraient à rendre un avis public sur la pertinence des prévisions retenues dans les projets de loi-cadre de programmation des finances publiques et tout projet de loi financière** et dont les membres pourraient exprimer un avis sur la conformité et la crédibilité de ces textes et des efforts envisagés pour respecter une trajectoire d'endettement. Il convient en effet de limiter la superposition d'instances en la matière.

3) Enfin, **des améliorations sont encore possibles.**

A court terme, il pourrait être envisagé :

- **d'abaisser le seuil d'alerte de 0,75 % à 0,5 %**, comme l'avait déjà proposé votre rapporteur pour avis lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, afin d'agir le plus en amont possible en cas de dérapage des dépenses. Certes, le Gouvernement envisage d'abaisser progressivement ce seuil entre 2011 et 2013 afin que les outils de

¹ Avis n° 91 (2009-2010).

suivi des dépenses, notamment hospitalières, puissent être entre-temps fiabilisés. L'abaissement, dès 2011, du seuil d'alerte présenterait cependant l'avantage d'inciter à accélérer la modernisation des systèmes d'information qui, depuis 2004, date de mise en place du comité, aurait déjà largement pu être envisagée ;

- d'imposer aux caisses d'assurance maladie et au Gouvernement de faire des propositions de redressement égales au dépassement estimé : les mesures de redressement proposées en 2007, première année de déclenchement de la procédure d'alerte, n'ont eu, en effet, un impact que de 250 millions d'euros en 2007 – avec un effet report de 700 millions d'euros en 2008 – pour un dépassement effectif de 2,8 milliards d'euros ;

- de rendre obligatoire l'avis du comité d'alerte sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM : l'article 34 du présent projet de loi propose, en effet, que le comité d'alerte ne formule un avis que s'il relève un biais manifeste. Un avis public systématique – positif comme négatif – du comité sur la construction de l'ONDAM contribuerait à l'enrichissement de l'information et du contrôle du Parlement.

Votre rapporteur pour avis vous propose deux amendements en ce sens à l'article 34 du présent projet de loi.

Enfin, à long terme, deux autres propositions du rapport « Briet » gagneraient à être mises en place :

- le conditionnement de la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles au respect de l'ONDAM. L'article 36 de la loi de financement pour 2008 a introduit un tel mécanisme s'agissant de la hausse de tarifs prévue dans le cadre des négociations conventionnelles. Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation entre ainsi en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de son approbation par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. Si le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, la revalorisation conventionnelle est suspendue après consultation des parties signataires. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur, la revalorisation est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante. Cette procédure pourrait à terme être étendue aux mesures nouvelles sur lesquelles les gestionnaires peuvent appliquer une mise en œuvre conditionnelle (mesures d'amélioration de la prise en charge de certaines catégories d'actes ou d'assurés, mesures de revalorisation générale ou catégorielle, plans pluriannuels de santé publique) ;

- la simplification, enfin, des mécanismes de décision et des procédures de consultation afin d'assurer la mise en œuvre rapide des mesures de redressement proposées. Les mécanismes de décision s'appliquant à la fixation des tarifs des prestations et biens médicaux ou aux participations exigées des assurés, s'ils se justifient en période « normale », ils deviennent lourds à mettre en œuvre en cas d'urgence à agir. Il pourrait par exemple être envisagé de confier des pouvoirs extraordinaires au directeur

général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ou à l'Etat en cas de risque de dérapage des dépenses.

C. LA RÉGULARISATION DES « TROP PERÇUS » LIÉS À LA GRIPPE A

1. Le bilan de la « pandémie grippale »

a) Une forte réévaluation à la baisse du coût de la campagne

Lors de l'examen de la dernière loi de financement, votre rapporteur pour avis avait dressé un premier bilan de l'ensemble des dépenses liées à la lutte contre la « pandémie » de grippe A(H1N1)v. Les premières évaluations (1,5 milliard d'euros) et le coût en particulier de la campagne de vaccination (plus de 800 millions d'euros pour le seul achat des vaccins) avait particulièrement attiré son attention, compte tenu de son ampleur et du contexte financier contraint dans lequel ces dépenses s'inscrivaient. Par ailleurs, en l'absence de point de comparaison, il était particulièrement difficile de juger de la pertinence et de l'envergure de ces dépenses.

Depuis, **l'évaluation de départ a été sensiblement réduite**, compte tenu notamment de **la résiliation d'une partie des commandes de vaccins, ramenant le coût de ce poste de dépenses de 807 millions à 334 millions d'euros**. L'on ne dispose cependant pas encore aujourd'hui de tous les éléments pour apprécier le coût exact de la campagne de vaccination *stricto sensu* et de la pandémie en général.

Les commissions d'enquête du Sénat et de l'Assemblée nationale¹ sur ce sujet ont permis d'apporter des premiers éléments de réponse, retracés dans le tableau ci-après. Néanmoins, les deux commissions précisent que ces indications sont encore très lacunaires. Le chiffrage du coût de la campagne de vaccination - 602 millions d'euros - ne peut donc être considéré que comme un ordre de grandeur.

Comme le souligne la commission d'enquête sénatoriale, *« il suffit cependant à indiquer le coût important d'une telle opération, qui doit notamment inciter, si l'on était amené à la renouveler, à s'interroger sur les moyens de mieux ajuster aux besoins l'importance des achats de vaccins et d'optimiser, en termes d'organisation mais aussi de coût, le dispositif de vaccination »*.

La commission des affaires sociales du Sénat a par ailleurs demandé à la Cour des Comptes de réaliser une enquête sur l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A (H1N1)v qui complètera utilement ces données.

¹ Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A(H1N1)v – rapport n° 685 (2009-2010) ; rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) – rapport n° 2698 (XIII^e législature).

Estimation des dépenses liées à la grippe A (H1N1)v

(en millions d'euros)

Dépenses	Evaluation PLFSS pour 2010 (1)	Estimation juillet 2010 (2)
Achats de vaccins	807,00	334,00
Indemnisation des laboratoires à la suite de la résiliation d'une partie des contrats	-	48,50**
Coût total des vaccins	807,00	382,50
Consommables de vaccination	-	8,90**
Dépenses logistiques	41,60	30,00
Frais d'information (bons de convocation et traçabilité)	52,80	45,00***
Indemnisation des professionnels de santé et des personnels de la Cnam	290,00	17,33***
Organisation territoriale de la campagne de vaccination	100,00*	27,60
<i>Provision</i>	-	91,00
Total du coût de la campagne de vaccination stricto sensu	1 291,40	602,33
Masques FFP2	150,60	171,00**
Masques pédiatriques	-	11,60**
Respirateurs	5,80	5,80**
Antiviraux	20,00	4,80**
Campagne de communication (<i>surcoût pour l'INPES</i>)	2,50	2,50
Dépenses de soins de ville (consultations de généralistes, prescription de médicaments, indemnités journalières)	Fourchette comprise entre 376 et 752	95,00***
Dépenses hospitalières		100,00***
Total	Fourchette comprise entre 1 846,3 et 2 222,3	993,03

(1) Sauf mention spécifique, réponses du ministère de la santé et des sports au questionnaire budgétaire de la commission des finances en vue de l'examen du projet de loi de finances pour 2010 - octobre 2009.

(2) Sauf mention spécifique, réponses du ministère de la santé et des sports au questionnaire budgétaire de la commission des finances en vue de l'examen du projet de loi de règlement pour 2009 - juin 2010.

(*) Rapport annuel de performances de la mission « Sécurité civile » pour 2009.

(**) EPRUS.

(***) CNAM - audition du 23 juin 2010 devant la commission d'enquête.

Source : Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A(H1N1)v – rapport n° 685(2009-2010)

b) Un mode de financement complexe et pour partie contestable

Le financement de ces dépenses a nécessité plusieurs mesures : deux décrets d'avance, trois dispositions proposées par le projet de loi de financement pour 2010, ainsi que deux autres mesures intervenues en loi de finances rectificative pour 2009.

(1) Deux décrets d'avance

Un **premier décret d'avance, en date du 13 juillet 2009**, a été transmis pour avis à votre commission des finances. Il proposait l'ouverture de **46,17 millions d'euros supplémentaires** sur la mission « Santé » destinés à financer l'acquisition de 92,4 millions de masques pour les agents des différents ministères – hors secteur de la santé – identifiés comme prioritaires pour assurer la continuité de l'Etat. Les nouveaux besoins du ministère de la santé, évalués à 307,5 millions de masques pour un montant de 153,75 millions d'euros, devaient être financés, quant à eux, par le budget de l'EPRUS.

Votre commission des finances avait émis de nettes réserves quant à l'imprévisibilité de ces acquisitions qui semblaient moins résulter de l'urgence que de la mauvaise gestion des stocks de produits de santé constitués en cas de pandémie. Il s'agissait, en effet, de renouveler, pour partie, des stocks périmés dont la date de péremption était connue au moment du vote de la loi de finances initiale pour 2009.

Un **second décret d'avance** a été transmis à votre commission des finances le 21 octobre 2009. Il proposait l'ouverture de 25 millions d'euros supplémentaires sur la mission « Sécurité civile ». Ces crédits étaient destinés à **financer une première tranche des frais induits par l'organisation territoriale de la campagne de vaccination** (frais d'installation matérielle des locaux, coût de la mobilisation du personnel volontaire et administratif qui assure l'accueil et l'enregistrement des dossiers).

(2) Une rectification de la dotation de l'EPRUS en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et en loi de finances rectificative pour 2009

Un abondement de la dotation versée à l'EPRUS pour 2009 a également été nécessaire. En effet, suite à la décision d'acquérir 94 millions de doses de vaccins après la découverte des premiers cas de grippe A (H1N1)v à la fin du mois d'avril 2009, **la programmation initiale des dépenses de l'EPRUS a été profondément bouleversée.**

Deux mesures rectificatives « miroirs » étaient, pour ce faire, nécessaires en loi de financement pour la sécurité sociale et en loi de finances rectificative pour 2009. En effet, les ressources de l'EPRUS comprennent, d'une part, une subvention pour charge de service public versée par l'Etat et inscrite dans la mission « Santé » et, d'autre part, une contribution à la charge des régimes obligatoires de base d'assurance maladie fixée en loi de financement de la sécurité sociale et plafonnée à 50 % des dépenses effectivement constatées de l'établissement sur trois ans.

La loi de financement pour 2010 a ainsi porté la contribution de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2009 à **338,3 millions d'euros**. La loi de finances rectificative pour 2009 a, quant à elle, fixé la subvention pour charge de service public de l'Etat à **433 millions d'euros**.

Une réévaluation des dotations à l'EPRUS au cours de l'examen du projet de loi de financement

Trois éléments sont venus en outre complexifier l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 :

- **la réduction du taux de TVA** applicable aux achats de vaccins suite à l'obtention des autorisations de mise sur le marché intervenues en septembre 2009 (application du taux réduit de 5,5 % au lieu du taux normal de 19,6 %), ce qui a réduit de 97 millions d'euros l'évaluation des dépenses de l'EPRUS entrant dans le champ d'un financement paritaire ;

- la décision du Gouvernement, en novembre 2009, de procéder à **des dons de vaccins en faveur de l'Organisation mondiale de la santé** (73,7 millions d'euros) financés en totalité par l'Etat, ce qui a conduit à retirer les dépenses correspondantes du champ des dépenses financées à parité ;

- la question de **l'affectation de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé**. Contrairement au souhait du Gouvernement, celle-ci a été affectée à la CNAMTS et non à l'EPRUS, ce qui a conduit à une rectification de son besoin de financement (cf. *infra*).

Il est à noter que suite à une lettre cosignée par les ministres du budget et de la santé du 7 juillet 2009, **l'ACOSS a consenti une avance de trésorerie à l'EPRUS à hauteur de 879 millions d'euros**, afin de permettre à l'établissement d'engager les acquisitions de vaccins et autres produits de santé. L'avance de trésorerie accordée par l'ACOSS a ainsi porté à la fois sur la partie des dépenses devant être supportées par l'assurance maladie et, à titre exceptionnel, sur celles ayant vocation à être financées par l'Etat. Selon les propos recueillis auprès de l'ACOSS, l'urgence de la situation a justifié cette disposition dérogatoire. Cette mesure n'a pas entraîné de conséquences lourdes pour l'ACOSS. En effet, le paiement des laboratoires pharmaceutiques étant réalisé au fur et à mesure de la livraison de vaccins, très peu de crédits ont aujourd'hui été effectivement versés et les frais financiers supportés par l'ACOSS, à ce titre, sont minimes.

(3) La création d'une contribution exceptionnelle des complémentaires santé

La loi de financement pour 2010 a, par ailleurs, proposé la création d'une **contribution exceptionnelle des organismes complémentaires**, calquée sur la contribution versée par ces organismes au fond « CMU-c ».

Cette participation était destinée à compenser la non-prise en charge par les organismes complémentaires du ticket modérateur pratiqué en cas de vaccination ordinaire, même si cette justification mérite d'être nuancée, comme votre rapporteur pour avis le rappellera dans la suite du présent rapport.

Le produit attendu de cette taxe s'élevait initialement à **300 millions d'euros**.

(4) Une rectification de la dotation de l'INPES

Enfin, s'agissant du surcoût – évalué à 6,8 millions d'euros – supporté par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) au titre de la campagne de communication, 4,3 millions d'euros ont été financés par redéploiement au sein du budget de l'agence et les 2,5 millions d'euros restants ont nécessité **un abondement, à due concurrence, de la subvention pour charge de service public de l'INPES en loi de finances rectificative pour 2009.**

(5) Un mode de financement pour partie contestable

Dans son rapport sur les comptes et la gestion de l'EPRUS demandé par la commission des affaires sociales et des finances de l'Assemblée nationale¹, la Cour des comptes confirme certaines réserves formulées par votre commission des finances quant au schéma de financement utilisé. Aussi critique-t-elle notamment :

- **« l'usage inapproprié » de la procédure de décrets d'avances** pour le renouvellement de masques périmés ;

- **le choix du recours à une avance de la CNAMTS pour préfinancer les dépenses liées à la pandémie grippale**, *« l'Etat ayant ainsi choisi de faire peser sur l'assurance maladie le préfinancement intégral de la campagne »* alors que ces dépenses avaient vocation à être financées à parité. *« En l'espèce, précise la Cour, il apparaît que la question du financement des dépenses de prévention dont il était prévisible dès le mois de mai qu'elles seraient massives, n'a été abordée qu'au moment où a été prise la décision de commander les vaccins (début juillet 2009) ».*

Ces différentes mesures ont en outre particulièrement perturbé la gestion de l'EPRUS. Au total, selon la Cour des comptes, au cours du deuxième semestre 2009, le budget prévisionnel de l'EPRUS pour 2009 a atteint jusqu'à 1 245 millions d'euros en dépenses pour être ramené à 711 millions d'euros. L'exécution budgétaire s'est finalement inscrite en net retrait avec des dépenses de 466 millions d'euros.

La forte révision à la baisse des dépenses liées à la campagne de vaccination, si elle est appréciable du point de vue de la santé publique – puisqu'elle traduit une « pandémie » de moindre ampleur – et du point de vue des finances publiques, n'entraîne pas moins de nouvelles difficultés de suivi des crédits : la résiliation d'une partie des commandes conduit en effet à **« une remise à zéro des compteurs »**, qu'il s'agisse des dotations pour 2010 et 2011 de l'EPRUS ou de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé.

¹ Cour des comptes, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire et à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur les comptes et la gestion de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) depuis sa création – septembre 2010.

2. Une rectification des dotations de l'assurance maladie au profit de l'EPRUS (articles 6 et 45)

a) Une parité de financement appréciée sur trois exercices

En application de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, les ressources de l'EPRUS sont constituées d'une subvention de l'Etat et d'une contribution des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, ainsi que, plus marginalement, des produits des ventes et des placements de trésorerie, ou le cas échéant, de taxes ou de redevances affectées à l'établissement.

Il est précisé que la contribution des régimes d'assurance maladie ne peut excéder 50 % des dépenses de l'établissement au titre de ses missions dont l'objet est « *d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et des services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves* », ainsi que « *de financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs* ». Il s'agit, pour l'essentiel, des dépenses pharmaceutiques. Les autres dépenses de l'EPRUS – gestion administrative et financière de la réserve sanitaire – sont à la seule charge de l'Etat.

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique précise que « *le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices consécutifs* ».

b) La clôture du premier « triennal » (2007-2009)

Selon les données du ministère de la santé transmises à votre rapporteur pour avis, **les dépenses auxquelles l'assurance maladie et l'Etat doivent contribuer à parité sur les exercices 2007 à 2009 se sont élevées à 473 339 018 millions d'euros**, ce qui plafonne leur contribution respective à 236 669 509 euros.

Or les dotations des régimes d'assurance maladie prévues sur la même période ont atteint 568 300 000 d'euros au total. **Le plafond mentionné à l'article L. 3135-4 du code de la santé publique a donc été dépassé de 331 630 491 euros.**

Recettes de l'EPRUS 2007-2009

(en millions d'euros)

	Dotation Etat	Dotation Assurance maladie	Total
2007	66,0	175,0	241,0
2008	60,4	55,0	115,4
2009	452,9	338,3	791,2
Total	579,3	568,3	1 147,6

Source : Cour des comptes, rapport sur les comptes et la gestion de l'EPRUS

Le I de l'article 6 du présent projet de loi propose ainsi **la restitution par l'EPRUS, au titre des exercices 2007 à 2009, de 331 630 491 euros à**

l'assurance maladie. Ce montant sera versé à la CNAMTS qui le répartira entre les régimes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. En conséquence de cette mesure, l'EPRUS ne bénéficiera en 2010 d'aucun report de crédits.

Il est à noter que, pour ce triennal, la contribution de l'assurance maladie a été fixée à son montant maximal (50 % des dépenses).

c) L'ouverture du deuxième « triennal » (2010-2012)

S'agissant du deuxième triennal qui s'ouvre en 2010 (2010-2011-2012), les données du ministère de la santé transmises à votre rapporteur pour avis indiquent que **la programmation prévisionnelle en produits de santé s'élèvera à 426,4 millions d'euros** dont deux opérations doivent être prises en charge à 100 % par l'Etat :

- le reliquat d'acquisitions de masques dits « ministériels » en 2010 pour 7,7 millions d'euros ;

- les nouveaux dons de vaccins à l'OMS pour 17,5 millions d'euros.

Au total, **les dépenses devant être financées à parité sur la période 2010-2012 représenteront un montant de 401,2 millions d'euros, soit 200,6 millions d'euros pour les régimes obligatoires d'assurance maladie.**

Programmation prévisionnelle des dépenses de l'EPRUS 2010-2012

(en millions d'euros)

Type de dépenses	Financement	2010	2011	2012	Total
Epidémiologie	Parité	7,5	5,6	2,6	15,7
NRBC	Parité	17,1	8,8	11,0	36,9
Pandémie	Parité	238,2	58,9	9,8	306,9
Logistique	Parité	7,5	30,9	3,4	41,7
Total	Parité	270,4	104,1	26,7	401,2

Source : ministère de la santé et des sports

Selon les indications transmises à votre rapporteur pour avis, compte tenu des besoins de financement de l'EPRUS en 2010, il est proposé de répartir cette contribution sur les trois années de façon suivante : **170 millions d'euros pour 2010, 20 millions d'euros en 2011 et 10,6 millions d'euros en 2012.**

La dotation initiale de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2010 ayant été fixée à **44 millions d'euros** par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le 2° du **II** de l'**article 6** du présent projet de loi propose de la majorer de 126 millions d'euros.

Quant à l'**article 45** du présent projet de loi, il propose de fixer à **20 millions d'euros** la dotation de l'EPRUS pour 2011.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur le **niveau élevé des dépenses prévisionnelles sur le nouveau triennal 2010-2012** (401 millions d'euros) alors que le premier triennal représentait déjà 473 millions d'euros. Si certaines dépenses liées à la grippe A(H1N1)v ont pu être reportées sur 2010, la réduction de 54 % du coût des vaccins, principal poste de dépenses financées à parité, aurait dû entraîner de moindres dépenses.

Votre rapporteur pour avis propose de réduire de 20 millions d'euros la dotation de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2011 et ainsi de la ramener à zéro.

3. L'ajustement du taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires (article 3)

a) Une contribution qui a déjà fait l'objet d'une première révision

L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 proposait d'instaurer une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires « *dans le cadre de leur participation nationale contre la pandémie grippale* ».

• **Cette nouvelle contribution reprenait**, tant en ce qui concerne les redevables, que l'assiette et les modalités de recouvrement, **les mêmes règles que celles applicables à la contribution versée par les organismes complémentaires au « fonds CMU-c »** – en application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Devaient ainsi être assujetties à cette nouvelle contribution : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance, au titre de leur activité réalisée en France. Elle devait être « *recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution* » des organismes complémentaires au « fonds CMU ».

• **Son taux a été initialement fixé à 0,94 %.** Il a ensuite été ramené à **0,77 %** en loi de finances rectificative pour 2009 afin de tenir compte de deux éléments intervenus entre-temps conduisant à revoir à la baisse la contribution des complémentaires :

- la réduction du taux de TVA applicable aux achats de vaccins, suite à l'obtention des autorisations de mise sur le marché intervenues en septembre 2009 (taux réduit de 5,5 % au lieu de 19,6 %) qui a réduit de 97 millions d'euros l'évaluation des dépenses de vaccins ;

- la décision, en novembre 2009, de procéder à des dons de vaccins en faveur de l'Organisation mondiale de la santé (73,7 millions d'euros). Cette charge a été supportée par l'Etat.

• Dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et du projet de loi de finances pour 2010 (mission

« Santé »), **le produit de la contribution a été affectée à la CNAMTS et non à l'EPRUS.**

b) Le dispositif proposé ne correspondait pas techniquement aux objectifs affichés

Votre rapporteur pour avis avait noté certaines ambiguïtés que pouvaient laisser subsister l'exposé des motifs de l'article 10 ou l'étude d'impact relative à cet article.

(1) Un « geste » qui n'allait pas de soi

En premier lieu, ces documents indiquaient que « *compte tenu du caractère exceptionnel de la situation de pandémie grippale, les membres de l'Union nationale des organismes complémentaires (UNOCAM) ont décidé d'apporter leur concours à l'effort de solidarité nationale* ».

Il semblait, aux termes des auditions menées par votre rapporteur pour avis, que ce « geste » des organismes complémentaires avait été en réalité fortement sollicité. En outre, il souligne que **cette participation n'allait pas forcément de soi**. En effet, comme il l'a rappelé à de nombreuses reprises, notamment à l'occasion de sa mission de contrôle sur l'EPRUS¹, **l'acquisition de vaccins relève pleinement des missions régaliennes de l'Etat** et devrait en toute rigueur être prise en charge par celui-ci, lui seul ayant d'ailleurs pris la décision de procéder à ces achats.

(2) Une « cote mal taillée » ?

En second lieu, les documents précités précisait que cette contribution visait à compenser la non-prise en charge, par les organismes complémentaires, du ticket modérateur habituellement pratiqué en cas de vaccination. En effet, le caractère collectif de la campagne de vaccination ne permettait pas de suivre la procédure ordinaire de facturation et de remboursement des prestations de soins, ce qui aurait impliqué une charge de gestion trop lourde pour les centres de vaccination.

De fait, le produit initialement attendu de la contribution (300 millions d'euros) correspondait approximativement au ticket modérateur (35 %), habituellement supporté par les organismes complémentaires, rapporté au coût total de l'acquisition des 94 millions de vaccins (807 millions d'euros).

Pour votre rapporteur pour avis, cette justification méritait néanmoins d'être affinée :

- tout d'abord, le dispositif, tel qu'il avait été conçu, **s'appliquait uniformément et forfaitairement à l'ensemble des organismes complémentaires**, quelle que soit la part de leurs assurés qui auraient été effectivement vaccinés et la part de ceux qui bénéficient ordinairement d'une

¹ Rapport d'information n° 388 (2008-2009).

exonération de ticket modérateur en cas de vaccination (personnes âgées de plus de 65 ans, patients de tout âge atteints de certaines pathologies) ;

- ensuite, le calcul de cette contribution reposait sur deux postulats : **l'utilisation de l'ensemble** des 94 millions de doses de vaccins et le principe selon lequel **toutes les personnes vaccinées avaient souscrit à une complémentaire santé**. Or, d'une part, seuls 92 % des assurés sont aujourd'hui couverts par une complémentaire santé et, d'autre part, l'ensemble du stock de vaccins n'a pas été pleinement utilisé et de loin ;

- enfin, la contribution des organismes complémentaires n'avait été **paramétrée qu'en fonction du ticket modérateur habituellement supporté par les organismes complémentaires au titre des vaccins**. Or ceux-ci supportent également, dans le cadre d'une vaccination ordinaire, le ticket modérateur pratiqué sur l'acte de vaccination.

c) Un nouvel abaissement du taux

Compte tenu de la résiliation d'une partie des commandes de vaccins, **l'article 3** du présent projet de loi propose de **diminuer à nouveau le taux de cette contribution à 0,34 %**, ce qui correspond toujours à l'équivalent d'un ticket modérateur de 35 % appliqué au coût des vaccins.

Selon l'évaluation préalable des articles annexée au présent projet de loi, les URSSAF ont d'ores et déjà décalé le recouvrement de l'échéance du 3^e trimestre, de façon à limiter le nombre et le montant des opérations de régulation.

Le rendement de la contribution exceptionnelle des complémentaires santé serait ainsi de **100 millions d'euros** au lieu de 300 millions d'euros (taux à 0,94 %) initialement, puis 240 millions d'euros (taux à 0,77 %).

A l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à prévoir **la régularisation des éventuels trop perçus avant le 1^{er} avril 2011**.

Votre rapporteur pour avis est favorable, comme lors de la première réévaluation de cette contribution, à ce réajustement.

D. LES MESURES RELATIVES À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

1. Les incitations financières accordées aux professionnels de santé (articles 34 bis et 36 bis)

a) L'évaluation du respect des engagements contenus dans les conventions conclues entre les professionnels de santé et l'assurance maladie (article 34 bis)

A l'initiative de notre collègue député Philippe Vitel, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel proposant que **la Commission des comptes de la sécurité sociale puisse dresser un bilan des engagements signés par les professionnels de santé dans le cadre des conventions conclues avec l'assurance maladie.**

Si la formulation de la proposition et la place de ce dispositif au sein de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale ne paraissent pas complètement appropriées, **votre rapporteur pour avis partage la finalité recherchée par son auteur.**

En effet, comme l'indique la Cour des comptes, dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2010, « *la réforme de 2004 [la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie] a fortement accru le champ d'intervention des conventions négociées entre l'assurance maladie et les syndicats de praticiens. Tout ce qui concerne directement (nomenclature d'actes, tarifs) ou indirectement (prise en charge des cotisations) les revenus des médecins et l'organisation des soins sur le territoire (incitations à l'installation en zone de faible densité et permanence des soins) est désormais l'objet de négociation à forte incidence financière* ».

Rejoignant cette problématique, l'exemple des **Contrats d'amélioration des pratiques individuelles** (CAPI) est assez illustratif.

L'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale permet aux médecins, qui le souhaitent, de s'engager sur des objectifs individualisés d'amélioration de leurs pratiques, en sus des engagements collectifs fixés dans la convention nationale passée entre l'UNCAM et les représentants de médecins.

Ces contrats, conclus directement entre le médecin conventionné et la caisse primaire d'assurance maladie de son ressort, peuvent comprendre des engagements portant 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 des soins, le contrôle médical, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

En contrepartie, les médecins concernés bénéficient d'une rémunération complémentaire, liée à l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur la portée effective de ces contrats en matière de maîtrise médicalisée et sur le rapport coût/efficacité de cette initiative.

- **L'impact en matière de maîtrise médicalisée**

Dans son rapport de septembre 2009, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a en effet porté son attention sur des contrats d'un type similaire d'amélioration des « bonnes pratiques ». S'il salue l'avancée dans le domaine des outils de connaissance et la mise à disposition de recommandations de bonnes pratiques, il estime cependant que *« les progrès réalisés dans l'amélioration de la qualité des pratiques collectives sont faibles. L'importance de la part non expliquée de l'hétérogénéité des pratiques médicales, à l'origine du concept de maîtrise médicalisée, est encore observée aujourd'hui sur des sujets aussi communs et importants que la vaccination antigrippale, la participation des patientes au dépistage organisé du cancer du sein. De même, des prescriptions de médicaments non adaptés sont toujours observées »*.

S'agissant plus spécifiquement des CAPI, **le bilan d'étape de la CNAM de septembre 2010 ne permet pas encore d'apprécier la portée effective de ces contrats**. Outre qu'il est encore tôt – les premiers CAPI ont été signés il y a un an –, les résultats obtenus ne sont pas simples à analyser puisque les médecins non-signataires enregistrent également une évolution positive de leurs pratiques en 2010, dans une moindre mesure certes par rapport aux praticiens engagés dans un CAPI. Par ailleurs, le taux moyen de réalisation des objectifs (45 %) dès la première année doit peut-être conduire à s'interroger également sur la pertinence des indicateurs retenus.

- **Le bilan « coût-efficacité »**

Il convient en effet d'éviter que la signature des CAPI crée une sorte d'« effet d'aubaine » pour les médecins respectant d'ores-et-déjà les objectifs de bonnes pratiques fixés par les CAPI, ceci d'autant plus que **les rémunérations proposées peuvent être assez élevées** : celles-ci peuvent atteindre plus de 7 000 euros par an pour un taux d'atteinte des objectifs de 85 %¹, soit près de 10 % de la rémunération moyenne d'un médecin généraliste².

En 2010, deux tiers des médecins ont rempli plus de 25 % des objectifs, seuil permettant de percevoir une rémunération pour une contrepartie financière moyenne de 3 101 euros. Le dernier quartile a reçu une rémunération moyenne de 5 168 euros pour un taux d'atteinte des objectifs de 54 %.

¹ Pour une patientèle de 1 200 patients.

² IGAS, « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers », janvier 2009.

Rémunération moyenne au sein des groupes de quartiles

(tous régimes – en euros)

	1 ^{er} quartile	2 ^e quartile	3 ^e quartile	4 ^e quartile
Signataires au 1 ^{er} juillet 2009	1 539	2 414	3 281	5 168

Source : CNAM – « Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) : une dynamique au bénéfice des patients

Sans préjuger de l'efficacité du dispositif en l'absence d'étude exhaustive, votre rapporteur pour avis souhaite qu'un **bilan coût/efficacité** (économies réalisées en matière de maîtrise médicalisée) **de ces contrats soit rapidement dressé.**

b) Les modalités d'application du contrat d'engagement de service public souscrit par les étudiants en médecine et les médecins (article 36 bis)

A l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 36 tendant à préciser **les modalités d'application des contrats d'engagement de service public qui peuvent être souscrits par les étudiants en médecine et les médecins.**

La loi « HPST » a en effet introduit un mécanisme de contrats d'engagement de service public prévoyant une allocation aux étudiants et aux médecins jusqu'à la fin de leurs études en contrepartie de l'engagement d'exercer en zone à faible densité médicale.

L'**article 36 bis** du présent projet de loi propose d'**étendre aux étudiants le mécanisme de remboursement des allocations reçues en cas de désengagement**, dispositif aujourd'hui prévu pour les seuls médecins contractants.

Le montant de cette indemnité sera dégressif et au plus égal aux sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'à une fraction des frais d'études engagés. Aujourd'hui, ce montant est égal aux sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'à une fraction des frais d'études engagés.

Le recouvrement de cette indemnité sera assuré, pour les médecins, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin exerce à titre principal et, pour les étudiants, par le centre national de gestion.

Le **II** de l'**article 36 bis** prévoit que le précompte de la CSG soit réalisé par le centre national de gestion qui verse l'allocation mensuelle.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette disposition. Il paraît légitime de demander le remboursement des allocations versées en cas de désengagement de l'étudiant de ses obligations.

c) Les logiciels d'aide à la prescription (article 36 septies)

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 36 tendant à favoriser la diffusion et le suivi des recommandations et avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé (HAS) et à inciter les médecins à prescrire dans le répertoire des génériques.

A cette fin, **il rend obligatoire l'intégration de ces informations dans les logiciels d'aide à la prescription certifiés.**

En outre, pour favoriser l'acquisition ou l'utilisation de ces logiciels, l'article 36 *septies* prévoit que **la convention médicale pourra instituer un dispositif d'aide à leur acquisition.**

S'il approuve l'enrichissement des logiciels d'aide à la prescription, votre rapporteur pour avis formule, en ce qui concerne la mise en place d'un dispositif d'aide à l'acquisition de ces logiciels, les mêmes observations que celles qu'il a émises précédemment s'agissant des CAPI.

2. La révision périodique de la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (article 35)

L'article 35 propose de rendre obligatoire le réexamen des conditions de prise en charge par l'assurance maladie des actes et prestations des professionnels de santé.

La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes techniques et de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques. Ces deux classifications permettent d'attribuer un code et un tarif à chaque acte ou prestation.

L'inscription sur cette liste peut 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.

La hiérarchisation des prestations et des actes est, quant à elle, établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention médicale (médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes, biologistes médicaux et auxiliaires médicaux). Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union

nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'UNCAM, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

L'article 35 du présent projet de loi propose que **tout acte nouvellement inscrit fasse l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision d'inscription de l'UNCAM.**

A l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a précisé que ce dispositif s'applique aux actes, mais aussi aux prestations nouvellement inscrites.

Même si l'impact financier de cette mesure est difficile à évaluer, **votre rapporteur pour avis y est favorable car elle permettra une réévaluation régulière, en fonction de leur utilité médicale, des conditions de prise en charge des actes et prestations nouvellement admis au remboursement.**

3. Les accords-cadres conclus entre le Comité économique des produits de santé et les représentants des fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux (article 36)

L'article 36 propose d'étendre au secteur des dispositifs médicaux¹ les mécanismes d'accord-cadre que le Comité économique des produits de santé (CEPS) peut conclure aujourd'hui avec les syndicats représentant les entreprises du médicament.

L'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale prévoit actuellement que le CEPS peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des dispositifs médicaux.

Il est proposé de préciser que le cadre de ces conventions peut être précisé par **un accord conclu entre le CEPS et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organismes regroupant les fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux.**

Cet accord cadre pourrait prévoir les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :

¹ *Sont visés les dispositifs médicaux à usage individuel, les tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et les prestations de services et d'adaptation associées.*

- les **modalités d'échanges d'informations** avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;

- les **conditions et les modalités de mise en œuvre** par les fabricants ou distributeurs **d'études de suivi postérieures** à l'inscription des dispositifs admis au remboursement.

Comme actuellement pour les entreprises du médicament (*cf.* encadré), en cas de manquement à ce second engagement (la mise en œuvre d'études de suivi), il est proposé que **le CEPS puisse prononcer une pénalité financière à l'encontre du fabricant ou du distributeur**, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations.

**Le dispositif actuel applicable aux entreprises du médicament
(article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale)**

« Le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années [...]. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :

[...]

« 4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.

« En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

« La pénalité, prononcée au titre d'une mesure d'interdiction de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par [les URSSAF]. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.

« Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat ».

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits ou prestations qui ont fait l'objet d'un engagement, durant les douze mois précédant la

constatation du manquement. Le montant de la pénalité varie en fonction de l'importance du manquement.

Cette pénalité est recouvrée par les URSSAF. Son produit est **affecté aux régimes d'assurance maladie**. Le recours présenté contre cette pénalité est de pleine juridiction.

L'**article 36** renvoie à un décret en Conseil d'Etat les règles, délais de procédure et modes de calcul de la pénalité financière, ainsi que la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision rédactionnelle.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure qui devrait contribuer à la régulation des dépenses de dispositifs médicaux qui ont progressé, selon la commission des comptes de la sécurité sociale¹, de 14 % en 2008, de 5,7 % en 2009 et de 9,1 % en 2010. Les économies attendues de ce dispositif sont évaluées à 10 millions d'euros en 2011 et à 29 millions d'euros par an à compter de 2012.

4. Le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation (article 36 *ter* et 36 *quater*)

L'Assemblée nationale a adopté **deux amendements tendant à promouvoir des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation** :

- le premier, à l'initiative du Gouvernement, prévoit que lors de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS), l'Agence régionale de santé (ARS) veille **au développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation** ;

- le second, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, propose que le SROS **organise le développement des activités de dialyse à domicile**.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces deux initiatives, sources d'économies potentielles si elles sont effectivement mises en œuvre. Dans son rapport sur les produits et les charges de l'assurance maladie pour 2010, la CNAMTS indiquait en effet que le coût de la dialyse à domicile était inférieur de près de 40 % au prix de l'hémodialyse en centre.

5. Le réseau des officines de pharmacie (article 36 *quinquies*)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la

¹ *Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2010.*

commission des affaires sociales, un amendement portant article additionnel après l'article 36 tendant à **clarifier les règles d'application des quotas d'officines pharmaceutiques** définies par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

En effet, afin d'inciter les officines à se regrouper, cet article a prévu un dispositif « de sauvegarde », qui consiste à **sécuriser l'opération de regroupement contre l'implantation d'une nouvelle officine** grâce au gel des licences d'officines pendant cinq ans.

Toutefois, ce dispositif comporte des imprécisions qui ont donné lieu à des **interprétations divergentes**, notamment sur le point de savoir si la licence issue du regroupement devait être comptabilisée elle aussi. Ainsi, comme le précise l'exposé des motifs de l'amendement, il a pu arriver que, lorsque deux officines se regroupent, elles soient comptabilisées non comme deux pharmacies, mais comme trois, pour l'application des quotas.

L'**article 36 quinquies** prévoit ainsi explicitement que le nombre de licences prises en compte est **le nombre d'officines regroupées**.

Votre rapporteur pour avis est favorable à ces mesures de clarification.

6. La diffusion des médicaments génériques (article 36 sexies)

L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 permet d'inscrire, au répertoire des groupes génériques, des spécialités qui, sans être strictement des médicaments génériques, en sont néanmoins très proches bien qu'elles se présentent sous une forme pharmaceutique différente de celle de la spécialité de référence.

A l'initiative de notre collègue Yves Bur, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 36 tendant à encourager la substitution par les pharmaciens d'officine de ce type de médicaments.

Votre rapporteur pour avis a noté le souhait d'accélérer la diffusion de ce type de médicaments moins onéreux, mais il s'interroge, comme lors de l'examen du PLFSS pour 2009, sur l'encadrement juridique assoupli dont bénéficient ces produits.

7. Les modalités de prescription des produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie (article 36 octies)

A l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 36 tendant à **encadrer les modalités de prescription des**

produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) et donc pris en charge par l'assurance maladie.

L'article 36 *octies* propose ainsi que la prise en charge de ces produits et prestations puisse être subordonnée à « *des conditions de validité de la prescription desdits produits ou prestations, à des modalités de délivrance des produits aux assurés et à des modalités d'exécution des prestations* ».

Il est ajouté que « *ces conditions sont définies dans le souci de la plus grande économie compatible avec la prescription médicale et peuvent notamment concerner la durée de validité de la prescription et le type de conditionnement délivré* ».

Les modalités d'application de cet article seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

Si votre rapporteur pour avis comprend la finalité recherchée par cette initiative, l'encadrement des modalités de prescription des dispositifs médicaux, il s'interroge sur son caractère opérationnel compte tenu de sa formulation assez peu précise.

8. Le rapport sur les franchises médicales (article 36 *nonies*)

A l'initiative de notre collègue député Marisol Touraine, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 36 proposant d'**avancer la remise du rapport annuel sur les franchises médicales au Parlement du 15 octobre au 30 septembre**. Il est proposé par ailleurs que ce rapport évalue les conséquences en termes d'accès aux soins de ce dispositif.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette initiative qui permettra peut-être, dans les années à venir, une remise moins tardive de ce document. Cet automne, le rapport a été remis le 25 octobre à votre rapporteur pour avis.

E. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. L'extension du champ des mises sous accord préalable aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation (article 37)

a) Un renforcement continu de la mise sous entente préalable

La procédure de mise sous accord préalable a été introduite par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Elle vise à subordonner à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie la couverture de certaines prises en charge.

D'abord limitée aux prescriptions relatives aux indemnités journalières et aux transports sanitaires, elle a été étendue, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, aux prescriptions de transports en ambulance et à l'ensemble des actes médicaux, prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux.

**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 de certaines prises en charge 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 de prise en charge des frais de transport et de versements d'indemnités journalières 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 ;

- un **taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées**, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même URCAM ;

- un **nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions 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.

Une procédure quasi-similaire a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour **certains actes pratiqués en établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)** et renforcée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Ainsi, aux termes de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en oeuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code.

Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent être facturées aux patients. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par l'établissement, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées.

b) Une extension aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation (SSR)

L'**article 37** du présent projet de loi de financement propose d'étendre ce dispositif aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation prescrits par les établissements de santé.

Le 1^o du **I** de l'article 37 étend ainsi la procédure **aux transferts des patients vers les centres de soins de suites ou de réadaptation quel que soit leur statut**.

Le 2^o du **I** précise la procédure de non facturation au patient en cas de refus de prise en charge. L'établissement de santé devra être informé par l'ARS du déclenchement de la procédure d'accord préalable. **Si l'établissement, ainsi informé, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne pourra facturer ces prestations au patient.**

Le 3^o du **I** étend les cas dans lesquels la procédure d'accord préalable pourra être engagée. Celle-ci pourra être mise en œuvre en cas de constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement **qui auraient pu donner lieu à des prises en charge** sans hébergement (hospitalisation de jour), mais aussi **sans hospitalisation, c'est-à-dire en ambulatoire**.

Le 4^o du **I** modifie les conditions de déroulement de la procédure contradictoire. Alors qu'il est aujourd'hui prévu qu'elle est mise en œuvre dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds, cette procédure est renvoyée au décret.

Le 5^o du **I** précise que l'urgence, qui doit permettre de ne pas requérir l'accord préalable du service du contrôle médical, doit être attestée par

l'établissement de santé prescripteur ou le médecin, ce qui n'était le cas jusqu'à présent.

Le II prévoit une période transitoire pour la procédure contradictoire : l'actuelle procédure continuera à s'appliquer jusqu'à l'entrée en vigueur du décret devant la réformer.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces mesures qui devraient permettre une amélioration du dispositif d'accord préalable, essentiel en matière de maîtrise médicalisée, et dont l'UNCAM avait demandé le renforcement dans ses propositions sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2008. Les économies attendues de ce dispositif sont évaluées à 10 millions d'euros par an.

2. Le report du passage à la facturation directe dans les établissements publics de santé (article 38)

L'article 38 propose de **reporter au 1^{er} janvier 2013 le passage à la facturation directe et individuelle** dans les établissements de santé anciennement financés par dotation globale.

Lors du passage à la tarification à l'activité (T2A) et étant donné les faiblesses des systèmes d'information, les modes de facturation dans les établissements de santé ont été différenciés selon le type d'hôpital :

- les établissements anciennement « sous objectif quantifié national » sont passés à la facturation individuelle ;

- alors que les établissements anciennement financés par dotation globale, à titre dérogatoire, bénéficient d'un mécanisme différent : les données d'activités sont remontées et traitées à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui transmet ensuite à l'agence régionale de santé le montant dû à l'établissement. L'ARS notifie alors à la caisse pivot d'assurance maladie ce montant afin que celle-ci procède au paiement.

Au départ, **cette dérogation ne devait s'appliquer qu'en 2005** (article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004). **Cette date a ensuite été constamment repoussée en raison de difficultés techniques** : au 31 décembre 2008 (article 69 de la loi de financement pour 2007 et article 62 de la loi de financement pour 2008), puis au 1^{er} juillet 2011 (article 54 de la loi de financement pour 2009).

L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoyait en outre la mise en place d'une expérimentation de la facturation individuelle dans les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif. Selon les données du ministère de la santé, cette expérimentation n'a pu être lancée qu'au début de l'année 2010 et devra être prolongée jusqu'à la fin de l'année 2012.

C'est pourquoi, l'**article 38** propose de **reporter au 1^{er} janvier 2013 le passage à la facturation directe et individuelle**, afin qu'un bilan de cette expérimentation puisse être établi avant sa généralisation.

Votre rapporteur pour avis déplore que soit, une nouvelle fois, repoussée cette mesure pour des raisons tenant à l'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information hospitaliers et ceux de l'assurance maladie.

Or, cette modernisation serait de nature à résoudre certaines difficultés rencontrées aujourd'hui par les hôpitaux en matière de facturation et de recouvrement. Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2010, les délais moyens d'émission des factures peuvent être longs et conduisent à des niveaux élevés de restes à recouvrer. La Cour cite ainsi l'exemple du centre hospitalier de La Rochelle où un acte réalisé en fin d'année peut donner lieu aux premiers encaissements en mars de l'année suivante.

3. La mise en place d'expérimentation des maisons de naissance (article 40)

L'**article 40** propose d'autoriser le Gouvernement à mettre en place, à partir du 1^{er} septembre 2011 et pendant une période de deux ans, **une expérimentation de nouveaux modes de prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés au sein de structures dénommées « maisons de naissance ».**

Les sages-femmes y réaliseraient l'accouchement des femmes enceintes dont elles auraient assuré le suivi de la grossesse, conformément aux conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du code de la santé publique.

Ces expérimentations auront une durée maximale de cinq ans.

Ces maisons de naissance ne relèveront **pas du statut d'établissement de santé** et seront soumises à **des règles dérogatoires aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement** prévues par le code de la santé publique pour les établissements de santé autorisés à pratiquer la gynécologie-obstétrique en application de l'article L. 6123-1 du code de la santé publique. Elles constitueront des structures autonomes fonctionnant avec des sages-femmes libérales.

Par dérogation à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance pourront être prises en charge en tout ou partie par la **dotation annuelle relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).**

L'**article 40** du présent projet de loi de financement précise que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental en fonction

notamment de l'intérêt et de la qualité du projet d'expérimentation et de son intégration dans l'offre de soins régionale en obstétrique. La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévues par l'article L. 6122-13 du code de la santé publique (constatation d'un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins assurée par le personnel médical).

Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

Il est prévu qu'un premier **bilan de l'expérimentation soit établi au 31 décembre 2014** par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en vue de la poursuite ou de l'abandon de l'expérimentation. Le Gouvernement adressera au Parlement un bilan définitif de l'expérimentation dans l'année qui suivra sa fin.

Les conditions de l'expérimentation, de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels, les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance ainsi que les modalités d'évaluation de l'expérimentation à son terme sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Votre rapporteur pour avis est dubitatif à l'égard de cette expérimentation dont les modalités de fonctionnement et de financement sont peu précises. Surtout, votre rapporteur pour avis s'interroge sur les questions soulevées par ce dispositif en termes de sécurité des patientes et des nouveaux-nés, ainsi qu'en termes de responsabilité médicale.

C'est pourquoi, il approuve l'amendement de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, tendant à prévoir que les maisons de naissance soient attenantes à un établissement de santé avec lequel elles doivent obligatoirement passer une convention.

Quant aux économies attendues, elles sont relativement modestes : 350 000 euros en 2012 après un coût de mise en place de 100 000 euros en 2011.

4. La convergence tarifaire intersectorielle (article 41)

a) Une réforme centrale qui a connu de nombreuses difficultés dès l'origine

Le processus de convergence tarifaire est un **élément central de la réforme du financement des établissements de santé**. Sa finalité est de réduire les différences de ressources constatées entre les établissements de

santé présentant le même type d'activité. Elle recouvre en réalité deux dispositifs : d'une part, la convergence intrasectorielle, propre à chaque secteur, public ou privé ; d'autre part, la convergence intersectorielle devant déboucher sur la détermination de tarifs communs aux établissements de santé publics et privés pour des prestations de même nature et dans la limite des écarts justifiés par des différences de charges couvertes par les établissements.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a ainsi fixé un objectif de convergence devant être atteint en 2012, avec une étape intermédiaire en 2008, prévoyant une réduction de 50 % des écarts entre les tarifs du secteur public et ceux du secteur privé.

Cependant, **dès l'origine, ce processus s'est heurté à plusieurs faiblesses**. Tout d'abord, il est à noter que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a fixé un objectif de résultat – la convergence entre les tarifs du secteur public et ceux du secteur privé – sans en préciser les modalités. Surtout, n'était pas précisé s'il devait s'agir d'une convergence vers les tarifs les plus bas, donc les plus performants, ou vers les tarifs moyens. Enfin, aucune analyse partagée par les différents acteurs n'était disponible, ce qui a fait l'objet d'assez fortes polémiques entre l'hôpital public et le secteur privé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a apporté deux principaux aménagements. Elle a tout d'abord précisé que le « *processus de convergence* [devait être] *orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale* », soit explicitement les tarifs des cliniques privées, considérées par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2006¹, comme les établissements les plus efficaces. Parallèlement, elle a fixé le principe de tarifs identiques pour les prestations nouvellement créées. Il s'agissait là de deux avancées essentielles, gages d'efficience.

En revanche, dans le même temps, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, tout en maintenant l'objectif d'une convergence pour 2012, a supprimé l'échéance intermédiaire de 2008 qui prévoyait une réduction de 50 % des écarts tarifaires. Le Gouvernement avait déjà demandé la suppression de cette étape lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, arguant de l'impossibilité dans laquelle se trouvaient les pouvoirs publics de mesurer l'écart de coûts entre le secteur public et le secteur privé et, donc, de leur incapacité à réduire de moitié un écart non mesuré.

b) Le retard pris dans les études d'analyse des coûts

Afin d'assurer l'équité entre les secteurs, la convergence des tarifs ne saurait s'opérer que sous réserve d'une identité dans la nature des coûts de production des établissements. Autrement dit, la convergence peut conduire à

¹ IGAS, mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, rapport n° 2006-009 – janvier 2006.

maintenir des écarts tarifaires dès lors que ceux-ci sont justifiés par des différences dans la nature des charges qui s'imposent aux établissements.

Deux des principales difficultés de la convergence intersectorielle tiennent ainsi, d'une part, aux **écarts de périmètres des charges couvertes par les tarifs pratiqués dans les deux secteurs** (*cf.* tableau suivant), d'autre part, à la nécessaire différenciation à opérer entre **ce qui relève du champ tarifaire et ce qui relève d'un financement par la dotation** « Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation » (MIGAC).

Comparaison des périmètres de charges couvertes par les tarifs

Secteur public		Secteur privé	
Hors tarif	Inclus dans le tarif	Inclus dans le tarif	Hors tarif
	Rémunérations des personnels médicaux, y compris les charges sociales		Honoraires des médecins et exonération des charges sociales en secteur 1
	Rémunérations des personnels non médicaux	Rémunérations des personnels non médicaux	
Listes en sus des médicaments / dispositifs médicaux implantables	Fournitures médicales, médicaments / dispositifs médicaux (hors listes)	Fournitures médicales, médicaments / dispositifs médicaux (hors listes)	Liste en sus des médicaments / dispositifs médicaux implantables
	Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles
	Charges logistiques, hôtelières et générales	Charges logistiques, hôtelières et générales	

Source : rapport 2009 au Parlement sur la convergence tarifaire – ministère de la santé

La réussite du processus de convergence suppose de pouvoir **identifier et justifier les divergences tarifaires et de dégager un consensus en la matière**. Or, depuis 2005, aucune étude complète n'a pu être établie sur ce sujet.

Des travaux ont pourtant été annoncés lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, dont les premiers résultats devaient être disponibles au cours du second trimestre 2007. Ces études devaient porter sur la détermination d'une méthodologie de mesure des coûts commune aux deux secteurs, public et privé, ainsi que sur les études dites complémentaires sur le coût du travail, la programmation de l'activité et la précarité, visant à expliquer les écarts de coûts observés.

Ces études ont finalement été reportées au 15 octobre 2008, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyant la remise au Parlement d'un rapport dressant le bilan de la réforme.

Ce rapport a été remis au Parlement à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. S'il présentait un bilan utile des étapes successives de la réforme et des travaux menés, il révélait néanmoins les très faibles progrès réalisés en la matière. En particulier, les travaux destinés à mesurer les surcoûts liés à la prise en charge de patients en situation de précarité et à l'organisation de la permanence de soins étaient encore inachevés, de même que les seize études complémentaires suggérées par l'IGAS dans un rapport de janvier 2006¹.

c) Un report de 2012 à 2018

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a proposé de reporter de 2012 à 2018 l'achèvement du processus de convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé.

L'exposé des motifs de cet article justifiait ce report par la nécessité de « **finaliser les études nécessaires** à l'objectivisation, l'analyse et la quantification des écarts de coûts résultant notamment de la permanence des soins hospitalière non médicale, des écarts de rémunération des personnels non médicaux et de l'impact de l'activité non programmée et afin de tenir compte des fortes contraintes financières induites pour les établissements du secteur public ».

Selon les données de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), **les études restant à réaliser à cette date étaient les suivantes :**

- la précarité (2011-2012) ;
- la permanence des soins hospitalière (2010-2012) ;
- la charge en soins (2011-2012) ;
- l'activité non programmée (2010-2011) ;
- les effets de gamme et de taille (2010-2011) ;
- le coût du travail (2010) ;
- les activités péri-hospitalières (2010) ;
- la fiscalité (2010).

Parallèlement au report de la date d'achèvement de la convergence, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, avait annoncé, lors de l'examen du projet de loi de financement, **une « convergence ciblée » sur 35 groupements homogènes de malades (GHM).**

d) Une convergence vers les tarifs les plus bas

L'**article 41** du présent projet de loi propose cette année de prévoir que la convergence doit s'orienter vers les « **tarifs les plus bas** » et non plus

¹ IGAS, mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, rapport n° 2006-009 – janvier 2006.

« vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale », c'est-à-dire ceux des cliniques privées, comme on l'a vu plus haut.

En effet, s'il est vrai que les tarifs des établissements privés sont majoritairement inférieurs à ceux des établissements publics anciennement financés par dotation globale, **il existe des activités pour lesquelles les tarifs du secteur public se trouvent inférieurs**. Dans le rapport remis au Parlement sur la convergence tarifaire, 37 GHM ont été identifiés pour lesquels les tarifs du secteur privé sont supérieurs aux tarifs du secteur public.

Si votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure qui va dans le sens de la volonté du législateur exprimée pour 2008, il insiste de nouveau sur la nécessité d'avancer plus vigoureusement sur ce sujet.

Lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2010, **il s'était opposé au report de la convergence à 2018**, considérant que ce report de près de six ans risquait de porter un **véritable coup d'arrêt** au processus de convergence.

Les premières données, peu encourageantes, de la « convergence ciblée » devant être mise en œuvre en 2010 conforte votre rapporteur pour avis dans cette analyse. En effet, selon le rapport 2010 remis au Parlement sur la convergence tarifaire, « *la convergence ne fut pas complète sur ces 35 GHM [sélectionnés], un simple rapprochement tarifaire ayant été retenu pour 14 d'entre eux* ». Par ailleurs, « *un bilan complet de la convergence ciblée n'est pas encore possible à ce jour, cette dernière ayant été mise en œuvre il y a seulement six mois. Il sera retracé dans le rapport 2011* ».

Quant aux études relatives aux écarts de coûts entre établissements, celles-ci sont encore en cours d'élaboration et ne permettent toujours pas **une analyse globale et un constat partagé** en la matière. Il s'agit pourtant de l'un des gages de l'acceptation du processus par les différents acteurs concernés.

5. La distinction, au sein de l'objectif quantifié national et de l'objectif de dépenses d'assurance maladie, du montant afférent aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (article 42)

Le sous-objectif de l'ONDAM « Autres dépenses relatives aux établissements de santé » comprend deux sous-objectifs :

- les dépenses dites de **l'objectif quantifié national (OQN)** qui regroupent les dépenses de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les dépenses de séjour en établissements psychiatriques en application d'un tarif pour les cliniques privées pour les frais de séjour, les médicaments, les dispositifs médicaux (article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale) ;

- **l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM)** qui recouvre notamment les dotations annuelles de financement des SSR, des activités de psychiatrie, des unités de soins de longue durée pour les hôpitaux publics ou participant à une mission de service public (article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale).

Ainsi les activités de soins de suite et de réadaptation et les activités de psychiatrie ne sont distinguées ni dans l'OQN, ni dans l'ODAM.

Le II et le 4° du III de l'article 42 propose de distinguer au sein de ces deux objectifs la part afférente aux activités de SSR et de psychiatrie.

Le I de l'article 42 propose, quant à lui, de clarifier les dispositions applicables à la prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale des frais afférents aux activités des unités de soins de longue durée et à leur mode de tarification.

Le 1°, 2° et 3° du III procède à des mesures de coordination avec l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 qui a supprimé la notion d'activités de soins dans le code de la sécurité sociale pour la remplacer par une référence aux modalités de financement de ces activités.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

Votre rapporteur pour avis est favorable à ces mesures de clarification qui devraient conduire à terme, selon l'étude d'impact, au passage à la tarification à l'activité des activités de soins de suite et de réadaptation et des activités psychiatriques.

6. L'extension du mécanisme de régulation des dépenses de médicaments prescrits par les établissements publics de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville (article 42 bis)

A l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à **préciser et à étendre le mécanisme de régulation des dépenses de médicaments prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville**, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Le mécanisme actuel repose sur trois éléments :

- la **réalisation d'une analyse nationale de l'évolution des dépenses concernées**, sur la base de laquelle l'Etat arrête, après consultation du conseil de l'hospitalisation, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses concernées ;

- la **possibilité pour les agences régionales de santé de conclure, avec les établissements de santé qui dépasseraient ce taux, un contrat, d'une durée de trois ans, d'amélioration de la qualité et de l'organisation**

des soins. Ce contrat doit comporter deux objectifs : 1) un objectif de réduction du taux d'évolution de ces dépenses, fixé en lien avec le taux national d'évolution des dépenses actualisé chaque année ; 2) un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en la matière.

- **des conséquences financières en cas de dépassement ou de respect des taux cibles d'évolution des dépenses selon le principe du bonus/malus.**

L'article 42 *bis* propose :

- d'étendre ce dispositif aux **prescriptions de produits et de prestations** inscrits sur la liste LPP ;

- de l'étendre aux **établissements privés de santé** ;

- de préciser les motifs sur lesquels le directeur général de l'agence régionale de santé pourra s'appuyer pour sanctionner l'établissement dont les prescriptions auront évolué de manière injustifiée à un rythme supérieur à l'objectif fixé par arrêté annuel des ministres : le taux d'évolution de l'établissement devra ne pas être justifié au regard de son activité et de sa patientèle ; ce dépassement devra résulter du non-respect des obligations prévues aux articles L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale (« *Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ») et L. 5125-23 du code de la santé publique (substitution à la spécialité prescrite d'une spécialité du même groupe générique).

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette extension qui devrait permettre une meilleure régulation des dépenses de prescription hospitalière remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

7. L'enrichissement du contenu des programmes de qualité et d'efficience de la branche maladie (articles 42 *ter* et 42 *quater*)

A l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements portant articles additionnels après l'article 42 visant à enrichir le contenu des programmes de qualité et d'efficience prévus à l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale.

Le premier prévoit que le PQE relatif à la branche maladie comporte des éléments relatifs à la **politique immobilière des établissements de santé** ; le second propose que le PQE dresse un **bilan et les perspectives des réorganisations internes** tendant à améliorer le fonctionnement des établissements publics de santé.

Votre rapporteur pour avis approuve ces mesures. En application de l'article 58-2 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, **vosre commission des finances a d'ailleurs demandé à la Cour des comptes de mener une enquête sur la gestion du patrimoine immobilier hospitalier.**

Dans son récent rapport sur le fonctionnement de l'hôpital, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale relève en effet que « *le patrimoine immobilier des hôpitaux publics n'est pas précisément connu, mais [qu'] il serait d'une surface supérieure à celui de l'Etat et pourrait représenter plusieurs dizaines de milliards d'euros* »¹. Alors que l'Etat a modernisé sa politique immobilière, la question peut se poser de savoir si une transposition de ce dispositif à l'immobilier hospitalier serait pertinente. Ce thème est également en lien avec la politique de restructuration de la carte hospitalière.

F. LES AUTRES MESURES

1. La procédure d'indemnisation à l'amiable des victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine (article 39)

L'article 39 du présent projet de loi tend à **simplifier les règles de gestion du dispositif d'indemnisation à l'amiable** des victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C consécutive à une transfusion sanguine ou à une injection de médicaments dérivés du sang.

Votre rapporteur pour avis renvoie à l'analyse de note collègue Alain Vasselle, rapporteur général au nom de la commission des affaires sociales, pour le détail du dispositif. **Il s'est concentré sur l'impact budgétaire de cette mesure pour l'assurance maladie.**

Aujourd'hui, **l'Office national d'indemnisation des victimes des accidents médicaux (ONIAM) supporte l'ensemble des dépenses** liées à l'indemnisation et aux frais de contentieux afférents aux procédures d'indemnisation des victimes de préjudices résultant de contaminations par le virus de l'hépatite C, causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang.

En contrepartie, l'Etablissement français du sang (EFS) verse à l'ONIAM une subvention correspondant au montant de ces dépenses. Pour financer celles-ci, **l'EFS – qui ne reçoit plus de subvention de la part de l'Etat depuis 2007 – majore les tarifs de cession des produits sanguins labiles, in fine** supportés par les établissements de santé et donc l'assurance maladie.

¹ Assemblée nationale – Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale - Rapport n° 2556 – XIII^e législature , « Le fonctionnement de l'hôpital ».

L'**article 39** du présent projet de loi propose de supprimer le versement de l'EFS à l'ONIAM et d'**intégrer le montant de ces dépenses dans la dotation annuelle de l'assurance maladie à l'ONIAM.**

Selon l'annexe 9 au présent projet de loi, le coût supplémentaire pour l'assurance maladie s'élèverait à **25 millions d'euros par an**. Cependant, l'étude d'impact relative au présent article précise que cette augmentation de la dotation versée à l'ONIAM par l'assurance maladie sera **compensée par la suppression de la fraction supplémentaire du tarif des produits sanguins labiles** aujourd'hui pratiquée par l'EFS.

Votre rapporteur pour avis souhaite attirer l'attention sur le coût potentiellement élevé à terme de ces indemnisations. Comme le soulignait la Cour des comptes, dans son rapport public annuel de 2010, *« du fait de la réduction du délai de traitement des dossiers et d'une hausse probable du nombre de demandes, une forte augmentation du montant des indemnisations est à craindre pendant plusieurs années, avec, selon les simulations réalisées, un pic à 40 millions d'euros par an entre 2011 et 2013, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui ».*

Par ailleurs, la Cour s'interrogeait sur le désengagement de l'Etat en la matière : *« depuis 2007, l'Etat, qui accordait à l'EFS une subvention annuelle couvrant la plus grande part des indemnisations versées, s'en est désengagé, transférant indûment cette charge à l'assurance maladie ».*

2. La responsabilité des sages-femmes (article 39 bis)

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel tendant à **étendre aux sages-femmes le dispositif**, introduit lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, **de protection des médecins exerçant des spécialités à risque, lorsqu'ils sont condamnés à réparer des dommages subis par une victime.**

Il est proposé de supprimer la possibilité pour l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux de se retourner contre les sages-femmes lorsqu'un juge a constaté leur insolvabilité ou lorsque leur couverture d'assurance est expirée.

3. Le maintien des indemnités maladie pendant les périodes de reconversion professionnelle (article 44)

L'**article 44** du présent projet de loi propose de maintenir le versement des indemnités journalières maladie pendant les périodes de reconversion professionnelle des salariés en arrêt maladie afin de favoriser leur retour à l'emploi.

a) Un dispositif introduit en 2009 pour les accidents du travail

Dans sa version antérieure à 2009, l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale prévoyait la possibilité de **maintenir le versement d'une indemnité journalière pour accident du travail ou maladie professionnelle** en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise était reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

L'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a étendu cette possibilité **lorsque la victime demande à accéder**, avec l'accord du médecin traitant, **à des actions de formation professionnelle**.

b) Une transposition aux arrêts maladie

L'**article 44** du présent projet de loi propose d'étendre ce dispositif aux salariés placés en arrêt maladie.

• **Deux dispositifs sont aujourd'hui prévus pour la réinsertion rapide de ces personnes :**

- *l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale* prévoit ainsi qu'en cas de reprise du travail, l'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou en partie pendant une durée fixée par la caisse, mais ne pouvant excéder une durée déterminée : soit si la reprise du travail et si le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à **favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré** ; soit si l'assuré doit faire **l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi** compatible avec son état de santé. Sauf cas exceptionnel que la caisse appréciera, le montant de l'indemnité maintenu ne peut porter le gain total de l'assuré à un chiffre excédant le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ;

- *l'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale* prévoit, quant à lui, qu'au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil, en liaison avec le médecin traitant, peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les **modalités de la reprise du travail ou envisager des démarches de formation**. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

• **Ces deux dispositifs posent néanmoins certaines difficultés**. Le premier mécanisme est assez peu utilisé en raison de son imprécision ; le second en raison de la difficile coordination entre les médecins conseil et les médecins du travail.

• Le **I de l'article 44** propose ainsi que le versement de **l'indemnité journalière – maladie ne fasse pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder à des actions de formation professionnelle continue ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil** auxquelles la caisse primaire participe, sous

réserve qu'après avis du médecin conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail.

Ce dispositif s'applique également aux arrêts maladie résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Le **II** de l'**article 44** prévoit, comme en matière d'accidents du travail, que le contrat de travail d'un salarié atteint d'une maladie ou victime d'un accident non-professionnel demeure suspendu pendant les périodes au cours desquelles il suit ces actions de formation. Contrairement aux autres suspensions du contrat de travail, l'absence pour maladie impose le maintien partiel ou total de la rémunération.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure dont **la finalité est de permettre aux salariés placés en arrêt de travail de bénéficier d'actions leur permettant une réinsertion professionnelle rapide.**

Les économies attendues (liées aux diminutions des dépenses d'indemnités journalières de longue durée et d'assurance invalidité) sont estimées à **15 millions d'euros en 2011.**

4. Le cumul des revenus d'une activité non salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général (article 43)

L'**article 43** propose d'abroger, à compter du 1^{er} juin 2011, l'article L. 340-10 du code de la sécurité sociale qui plafonne la possibilité de cumuler une activité non salariée et une pension d'invalidité servie par le régime général.

Le mécanisme actuel, en ce qu'il est plus restrictif, introduit une distorsion entre les bénéficiaires d'une pensions d'invalidité qui reprennent une activité salariée et ceux qui reprennent une activité non salariée.

La suppression du présent article, recommandée par le médiateur de la République, **rétablit une égalité de traitement que votre rapporteur pour avis ne peut qu'approuver.** Cela représentera un coût léger pour la CNAM qui devra verser plus de pensions, ou des pensions plus élevées, à hauteur de 8 millions d'euros par an.

5. Les mesures relatives au secteur médico-social (articles 43 bis à 43 septies)

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements portant articles additionnels relatifs au secteur médico-social. Ces amendements tendent à :

- sécuriser le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (article 43 *bis*) ;

- prévoir la remise d'un rapport sur les opérations de fongibilité effectuées au sein de l'ONDAM médico-social (article 43 *ter*);

- prolonger l'expérimentation prévue par la loi de financement pour 2009 relative à la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) (article 43 *quater*) ;

- adapter certaines dispositions relatives aux analyses transversales effectuées sur les évaluations de la perte d'autonomie des résidents des EHPAD pour tenir compte des nouvelles missions des ARS en matière médico-sociale (article 43 *quinquies*) ;

- reporter, à 2013, l'entrée en vigueur de la possibilité pour les groupements de coopération médico-sociaux d'exercer pour le compte de leurs membres les activités de pharmacie à usage intérieur (PUI) (article 43 *sexies*) ;

- demander la remise d'un rapport sur les écarts de coûts entre les différentes catégories d'établissements d'hébergement résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales (article 43 *septies*).

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces dispositions. Il regrette néanmoins le report à 2013 de l'entrée en vigueur de la possibilité pour les groupements de coopération médico-sociaux d'exercer pour le compte de leurs membres les activités de pharmacie à usage intérieur (PUI).

G. LES DOTATIONS AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET À DIVERS ORGANISMES

L'**article 6** du présent projet de loi de financement porte rectification des montants des crédits alloués pour 2010 au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'Etablissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS) – ce dernier point a été développé précédemment par votre rapporteur pour avis.

L'**article 45** fixe, quant à lui, les crédits alloués, pour 2011, à ces deux organismes ainsi qu'au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

1. La dotation au FIQCS (article 45 - I)

Le FIQCS a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il résulte de la fusion de la dotation nationale des réseaux (DNR) et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), effective depuis le 1^{er} juillet 2007. Ce fonds est notamment chargé 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 ou à des centres de santé.

La gestion du fonds est assurée au niveau national par le Conseil national de gestion (CNG) qui définit et gère les orientations stratégiques et la dotation du FIQCS, et par le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNQCS), qui délibère sur proposition du CNG. Au niveau régional, les agences régionales de santé assurent le secrétariat des instances du FIQCS.

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 (DNR), 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.

Depuis la loi « HPST », le FIQCS est chargé du versement des contreparties financières accordées dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre les ARS et les établissements de santé.

Contrairement aux années passées, le FIQCS ne fait pas l'objet de mesures d'ajustement de ses crédits. Votre rapporteur pour avis rappelle en effet que :

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait procédé, d'une part, au gel des crédits du fonds pour 2008 à hauteur de 70 millions d'euros, ainsi qu'à une nette diminution de ceux prévus pour l'année 2009, soit une diminution de 60 millions d'euros par rapport à la dotation initiale de 2008 ;

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 avait, quant à elle, procédé à un nouvel gel des crédits du FIQCS de 50 millions d'euros pour 2009, ainsi qu'à une diminution de 12 millions d'euros de sa dotation pour 2010 par rapport à 2009.

Le présent projet de loi de financement ne prévoit aucun gel de crédits pour 2010 et son **article 45** fixe à **250 millions d'euros la dotation accordée au fonds pour 2011**, soit une augmentation de 22 millions d'euros par rapport à 2010.

Le plafond de dépenses du fonds étant fixé à 296 millions d'euros, un **prélèvement sur fonds de roulement de 46 millions d'euros sera nécessaire, ramenant celui-ci à 29 millions d'euros à la fin 2011.**

Autorisations de dépenses et reports à nouveau du FIQCS 2008-2010

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011
Plafond de dépenses	285	250	290	296
Recettes	231	190	228	250
Report à nouveau	124	144	75	29

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement

2. La dotation au FMESPP (article 45-II)

Le **Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés** (FMESPP) a été créé le 1^{er} janvier 2003. Il a **succédé à plusieurs structures** : d'abord, le Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, puis le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Le FMESPP a également repris les créances et les dettes du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP), en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

A son origine, ce dispositif **finançait des mesures d'accompagnement social des opérations liées à la modernisation des**

établissements de santé, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels. **Ses missions n'ont cessé d'être élargies depuis sa création.**

Le 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 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), 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.

Comme le FIQCS, le FMESPP a fait l'objet de nombreuses mesures de régulation par le passé :

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait ainsi procédé à **l'annulation de 100 millions d'euros** des crédits destinés au FMESPP pour 2008. L'exposé des motifs de l'article 5 du PLFSS pour 2009 justifiait 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 ;

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait, par ailleurs, fixé la dotation du FMESPP pour 2009 à 190 millions d'euros, soit **une nette diminution par rapport aux dotations précédentes** – 301 millions d'euros en 2008.

La loi de financement pour 2010 n'a pas poursuivi ce mouvement d'ajustement : aucun gel de crédits pour 2009 n'était proposé et la dotation du FMESPP pour 2010 a été fixée à 264 millions d'euros, soit une augmentation de 74 millions d'euros par rapport à 2009.

Le présent projet de loi se situe à « mi-chemin » entre les deux précédentes lois de financement en proposant une annulation importante de crédits pour 2010, mais une nette augmentation des crédits du fonds pour 2011 :

¹ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

- l'article 6 prévoit un gel des crédits du FMESPP pour 2010 de 105 millions d'euros, soit le montant des crédits « déchus » du fonds selon la procédure introduite, à l'initiative de votre rapporteur pour avis, lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2010 ;

La procédure de déchéance des crédits du fonds

L'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a créé une procédure de « déchéance » des crédits affectés par le fonds mais n'ayant pas donné lieu à une demande de remboursement. Deux procédures distinctes doivent être introduites :

- l'une prévoyant une déchéance annuelle sur les crédits délégués aux ARH mais n'ayant pas fait l'objet d'un engagement réciproque entre l'ARH et l'établissement de santé. La fixation d'un délai d'engagement d'un an maximum, opposable aux ARH, permet de circonscrire à une année l'utilisation de ces crédits ;

- l'autre prévoyant une prescription triennale sur les crédits ayant fait l'objet d'un engagement réciproque et qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de paiement par les établissements bénéficiaires. Le délai de cette déchéance, opposable aux établissements, court à compter de la date de l'engagement réciproque entre l'ARH et l'établissement concerné et pour une période totale de quatre années maximum.

Les crédits déchus le sont au profit du fonds.

- l'article 45 fixe la dotation au fonds pour 2011 à 347,71 millions d'euros, soit une augmentation de près de 84 millions d'euros par rapport à 2010.

Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, cette nette augmentation résulte de « la montée en charge du plan hôpital 2012, le développement de la télémédecine et la diminution du fonds de roulement disponible ».

Ni l'étude d'impact, ni l'annexe 8 au présent projet de loi, ni le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale ne donnent cependant d'information sur le niveau de ce fonds de roulement.

3. La dotation à l'ONIAM (article 45 - IV)

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) est également financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

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 maladies 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 .

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a introduit 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 et à chargé l'ONIAM de sa gestion.

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'Office, qui se sont élevés à près de 200 millions d'euros en 2004 et 2006.

En 2009, la dotation de l'ONIAM s'est élevée à 117 millions d'euros et à 70 millions d'euros pour 2010.

Budgets et résultats cumulés de l'ONIAM

	2006	2007	2008	2009
Charges	50,3	82	94,8	89,2
Indemnisations financées par une dotation de l'AM	45,3	76,3	88,1	80,3
Produits	10,2	12,6	67,7	137,2
Dotations AM	0	0	50	117
Reprise sur investissement	9,1	11	11	14
Résultat net	-39,9	-69,2	-27	48,3
Fonds de roulement	165,4	98,2	75,9	119,8

Source : étude d'impact annexée au présent projet de loi de financement

Pour 2011, **l'article 45** du présent projet de loi de financement fixe la dotation de l'Office à **45 millions d'euros**. Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, ce montant serait suffisant compte tenu, d'une part, du fonds de roulement (86,7 millions d'euros) qui permet d'absorber environ une année d'indemnisations (88 millions d'euros en 2008) et, d'autre part, d'une évaluation des dépenses d'indemnisation des victimes de l'hépatite C VHC à la suite d'une transfusion à 35 millions d'euros.

4. La dotation aux ARS (article 45 - V)

a) Une dotation qui doit être fixée en loi de financement de la sécurité sociale

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a prévu la création des agences régionales de santé (ARS). Celles-ci sont destinées à renforcer l'efficacité du système de santé en regroupant, au niveau de chaque région, l'ensemble des compétences nécessaires à la coordination des différentes composantes de la politique de santé.

Les compétences des ARS sont ainsi plus larges que celles des anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH) puisqu'elles **regroupent la gestion du système de soins, la veille et la sécurité sanitaire, la prévention, la gestion du risque et le secteur médico-social**. La transversalité de leurs missions a pour but de décloisonner les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Les ARS ont ainsi vocation à regrouper sept entités existantes : les directions départementales (DDASS) et régionales (DRASS) des affaires sanitaires et sociales, pour l'Etat ; l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), pour l'assurance maladie ; enfin, au titre des organismes communs à l'Etat et à l'assurance maladie, les ARH, les missions régionales de santé (MRS) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

L'article 118 de la loi HPST prévoit que **les ressources** des agences sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'Etat ;

« 2° **Des contributions des régimes d'assurance maladie** ;

« 3° *Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux* ;

« 4° *Des ressources propres, dons et legs* ;

« 5° *Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics* ».

Il est, par ailleurs, précisé, grâce à l'initiative de notre collègue Alain Vasselle, que **les contributions des régimes d'assurance maladie et de la CNSA sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.**

b) Les difficultés proposées en 2010, année de transition

Pour 2010, année de transition, plusieurs difficultés se posaient pour la détermination de la dotation versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie aux ARS.

La **première difficulté** tenait à **la date effective de mise en place des agences**. La loi HPST prévoyait en effet que la création des ARS devait intervenir au plus tard le 1^{er} juillet 2010. Or, dès l'automne 2009, les 36 « préfigurateurs » des ARS avaient été nommés en conseil des ministres et une mise en place des agences dès le mois d'avril était évoquée.

La **deuxième difficulté** avait trait à **la détermination précise des dépenses de personnel**. Si les effectifs à transférer avaient été arrêtés, en revanche, la valorisation budgétaire de certains emplois n'était pas définie de façon précise. Ainsi selon les données transmises par le secrétariat général des ministères sociaux, 1 577 emplois temps plein (ETP) devaient ainsi être transférés dans les ARS (1 693 ETP en y ajoutant les effectifs du régime social des indépendants (RSI) et de la mutualité sociale agricole (MSA)).

Les emplois du régime général devaient être transférés selon deux modalités :

- 1 267 ETP correspondant à des agents exerçant leurs activités dans les organismes transférés en tout ou partie (URCAM et CRAM, notamment) ;

- 310 ETP correspondant à des postes budgétaires dont les emplois devaient être pourvus par appel à candidature.

La **troisième difficulté** tenait aux **frais d'installation des ARS**. Le coût de celles-ci était évalué par le secrétariat général des ministères sociaux à 67 millions d'euros sur 3 ans (*cf.* tableau suivant). A la différence des dépenses de personnel et de fonctionnement qui devaient donner lieu au versement d'une dotation annuelle des régimes obligatoires de base, ces dépenses nécessitaient un pilotage national et pluriannuel. D'après les informations alors recueillies par votre rapporteur pour avis, les régimes obligatoires de base d'assurance maladie devaient participer à hauteur de 28 millions d'euros aux frais d'installation des ARS.

Frais d'installation des ARS (2009-2011)

(en milliers d'euros)

	Coût total	2009	2010	2011
Création des ARS	2 210	1 500	710	0
Accompagnement du changement	5 700	1 780	3 920	0
Mobilité des agents	7 290	0	7 290	0
Systèmes d'information	20 240	1 410	11 210	7 620
Immobilier	23 000	4 200	9 800	9 000
Assistance à la mise en œuvre des ARS	9 820	4 850	4 970	0
Total	68 260	13 740	37 900	16 620

Source : secrétariat général des ministères sociaux

Compte tenu de ces difficultés, l'article 59 de loi de financement pour 2010 prévoyait deux dispositifs de financement :

- d'une part, une **dotation destinée à financer une partie des dépenses d'installation des ARS qui devait faire l'objet d'un rattachement par voie de fonds de concours**, selon une rédaction très évasive ;

- d'autre part, une **contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des ARS fixée par arrêté des ministres** chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture, pour un montant correspondant aux dépenses afférentes aux emplois transférés par les organismes d'assurance maladie et aux crédits de fonctionnement s'y rapportant.

Pour votre rapporteur pour avis, cet article n'était pas acceptable à deux titres.

• **Le caractère peu opérant de la rédaction relative à la dotation destinée aux frais d'installation des ARS, qui devait faire l'objet d'un rattachement par voie de fonds de concours.**

Votre rapporteur pour avis avait bien noté que cette mention peu précise, qui ne fixait pas en particulier le montant de cette dotation, avait pour but d'éviter que cette disposition ne soit considérée par le Conseil constitutionnel comme contraire à la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF). On rappellera, en effet, que le Conseil constitutionnel, dans sa décision relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, a mis fin pour l'avenir à la possibilité d'une contribution de l'assurance maladie au financement du plan de prévention et de lutte « pandémie grippale », par le biais d'un fonds de concours, au motif qu'« un tel prélèvement, en raison de son caractère obligatoire, ne figure pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours », définies par l'article 17 de la LOLF.

En outre, compte tenu de la procédure de création d'un fonds de concours, la mention relative à la dotation de l'assurance maladie pour les frais d'installation des ARS était inutile et répondait uniquement à un souci de transparence et d'information. Elle ne portait, en aucun cas,

création du fonds de concours qui relève du pouvoir réglementaire et ne peut se substituer à une décision expresse de la partie versante.

• **Le véritable « chèque en blanc » donné au pouvoir réglementaire pour la dotation « ordinaire » versée par l'assurance maladie aux ARS.**

Votre rapporteur pour avis ne méconnaissait pas les difficultés rencontrées par le Gouvernement pour fixer pour 2010 cette contribution en raison, d'une part, de l'indétermination de la date exacte de mise en place des ARS et, d'autre part, des incertitudes pesant sur la valorisation budgétaire de certains effectifs devant être transférés.

Cependant, plusieurs éléments doivent être rappelés :

- d'une part, **cette disposition contrevenait à l'article 118 de la loi « HPST »** précité qui prévoit la fixation de cette dotation en loi de financement de la sécurité sociale. Ce renvoi du législateur au pouvoir réglementaire aurait pu ainsi être interprété par le Conseil constitutionnel comme un cas d'**incompétence négative du législateur** ;

- d'autre part, si une certaine incertitude pesait encore sur le montant exact des dépenses de personnel, des **estimations relatives au coût des ARS en année pleine étaient disponibles**.

Afin d'encadrer la fixation de la dotation versée aux ARS, tout en veillant à laisser une marge de manœuvre aux agences compte tenu de l'indétermination de leur date de mise en place effective, **votre rapporteur pour avis et la commission des affaires sociales ont proposé de plafonner la dotation versée aux ARS, en année pleine, à 173 millions d'euros pour les dépenses en personnel et 40 millions d'euros pour les actions de prévention**. Cette dotation devait être fixée au *pro rata* de la période effective de fonctionnement des agences.

c) Un nouveau chèque en blanc pour 2011 ?

L'**article 45** du présent projet de loi fixe à **151 millions d'euros** la dotation aux ARS pour 2011 au titre de leur budget de gestion et à **40 millions d'euros** au titre de leurs actions de prévention.

Ni la fiche d'impact relatif à l'article - qui se borne à rappeler que la dotation aux ARS doit être fixée en loi de financement -, **ni l'annexe 8 au présent projet de loi de financement** - qui ne consacre aucun chapitre aux ARS - **ne permettent d'apprécier le montant affecté aux agences régionales de santé pour 2010 et pour 2011**.

Votre rapporteur pour avis souhaite que l'examen en séance publique du présent article soit l'occasion, pour le Gouvernement, de dresser un bilan des premiers mois de mise en œuvre des ARS, ainsi que des transferts de personnels qui ont effectivement eu lieu.

5. Le suivi et la fongibilité du FIQCS et du FMESPP (articles 45 bis et 45 ter)

a) *La transmission du rapport d'activité du FIQCS*

A l'initiative de notre collègue député Marisol Touraine, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnelle prévoyant **la transmission du rapport d'activité du FIQCS au Parlement avant le 1^{er} septembre.**

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette initiative, ceci d'autant plus qu'il a insisté à plusieurs reprises sur le peu d'informations disponibles sur l'utilisation des crédits des fonds médico-hospitaliers.

b) *La fongibilité des enveloppes gérées par l'assurance maladie du FIQCS et du FMESPP*

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un second article additionnel après l'article 45 tendant à organiser **une fongibilité symétrique des enveloppes régionales du FIQCS et du FMESPP gérées par les ARS.**

Ainsi est-il proposé de :

1) **financer, sur les crédits du FMESPP**, dans la limite et selon des modalités définies par décret, **le coût des « ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière ».**

Cette formulation assez imprécise renvoie, comme l'indique l'objet de l'amendement, aux projets de transformation hospitalière fixés dans le cadre des contrats de performance lancés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ;

2) confier aux ARS l'attribution des enveloppes du FMESPP destinés à financer les dépenses dites « de ressources humaines », les dépenses d'investissements immobiliers, inférieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, et le « coût des ressources de conseil » visé au 1).

Il est également proposé que **ces fonds puissent être affectés au financement des actions mentionnées à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, soit celles menées par le FIQCS ;**

3) ajouter, parmi les ressources des ARS, les crédits du FMESPP ;

4) **prévoir, enfin, dans le but d'une fongibilité symétrique, que les aides du FIQCS déconcentrées aux ARS puissent être affectées à certaines dépenses du FMESPP :** les dépenses dites « de ressources humaines », les dépenses d'investissements immobiliers, inférieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, et les plans de performance de l'ANAP.

Votre rapporteur pour avis juge ce dispositif prématuré. Comme l'a rappelé la ministre de la santé et des sports devant l'Assemblée nationale,

une mission commune d'inspection IGAS-IGF vient seulement de rendre récemment un rapport sur ce sujet. Il convient d'en examiner les propositions attentivement.

Par ailleurs, la fongibilité des crédits des deux fonds **risque de rendre encore plus complexe le suivi et le contrôle de leur utilisation**, complexité que votre rapporteur pour avis a souligné à de nombreuses reprises.

En outre, la loi HPST a confié de nouvelles missions au FIQCS : il est désormais chargé du versement des contreparties financières accordées dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre les ARS et les établissements de santé. Il convient donc de stabiliser ce dispositif avant d'envisager une fongibilité des enveloppes des deux fonds.

En revanche, il serait utile de poursuivre les efforts d'amélioration de la gestion de ces fonds, menés ces deux dernières années : mise en place d'une procédure de déchéance pour les crédits du FMESPP non utilisés, réactivation (ou activation puisque cette commission ne s'est jamais réunie) de la commission de surveillance du FMESPP.

C'est pourquoi votre rapporteur pour avis propose de supprimer les dispositions du présent article relatif à la fongibilité des crédits des deux fonds et de préciser les modalités de la procédure de déchéance des crédits non utilisés du fonds : il est proposé que les crédits déçus ne le soient plus au profit du fonds, mais reversés à l'assurance maladie.

III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE

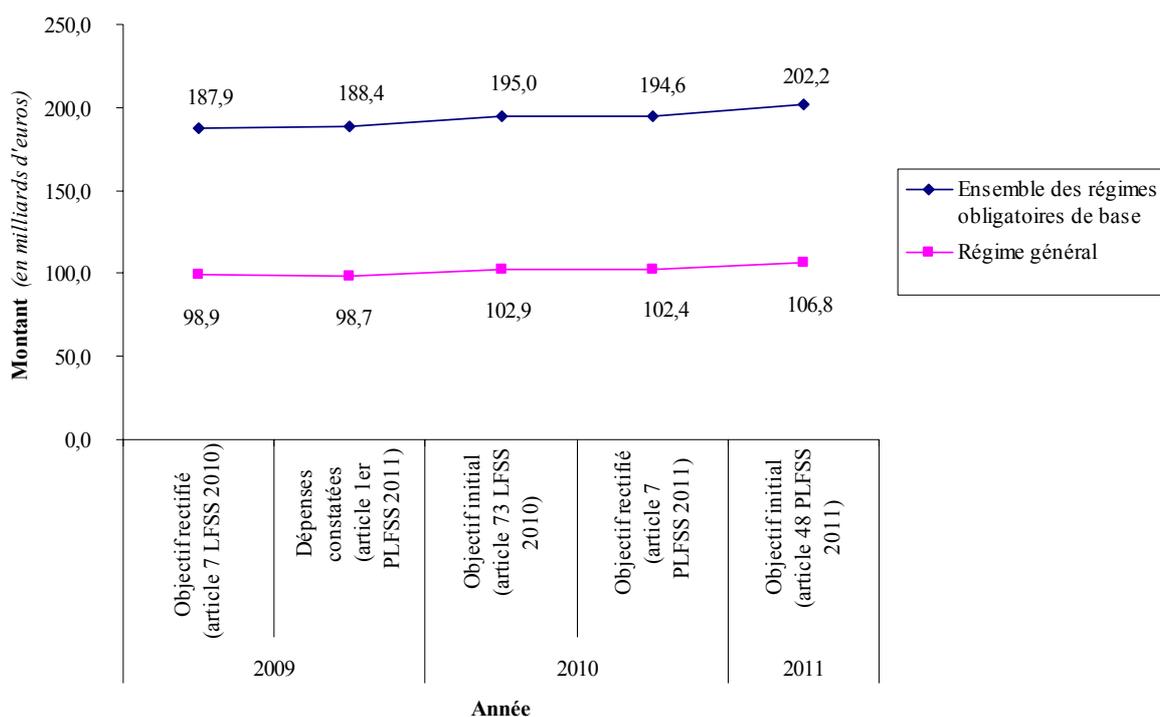
La section « dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse » du présent projet de loi ne comporte qu'un article : l'article 48 relatif aux objectifs de dépenses de la branche.

Cet article fixe ainsi :

- l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2011 à **202,2 milliards d'euros** pour les régimes obligatoires de base, soit une augmentation de 3,8 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2010 ;

- l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2011 à **106,8 milliards d'euros** pour le régime général, soit un accroissement de 4,3 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2010.

Evolution de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse



Source : commission des finances

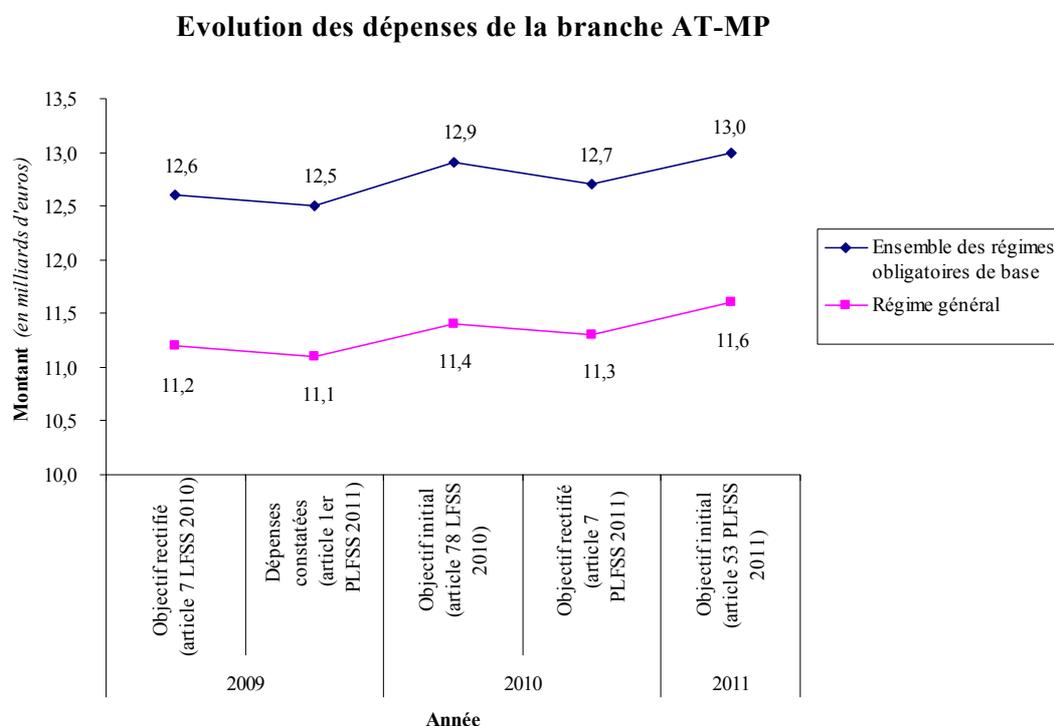
Votre rapporteur pour avis renvoie, pour le commentaire de cet article, aux développements de l'exposé général relatifs à l'impact de la réforme des retraites sur le solde de la branche vieillesse.

IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

A. LE MAINTIEN DE LA COMPENSATION A L'ASSURANCE MALADIE À HAUTEUR DE 710 MILLIONS D'EUROS

1. L'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2010 (article 53)

Le graphique qui suit retrace l'évolution des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) entre 2009 et 2011.



Source : commission des finances

Pour 2011, l'**article 53** du présent projet de loi de financement fixe à :

- **13 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'**ensemble des régimes obligatoires** de base, soit une augmentation de + 4 % par rapport aux dépenses constatées en 2009 ;

- **11,6 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour le **seul régime général**, soit une augmentation de + 4,5 % par rapport aux dépenses constatées en 2009.

Comme le précise l'annexe 9 au présent projet de loi de financement, ces objectifs intègrent :

- d'une part, **l'augmentation de la dotation de la branche AT-MP au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante** (+ 25 millions d'euros) destinée à financer les mesures nouvelles proposées l'article 49 du présent projet de loi (allongement des délais de prescription) ;

- d'autre part, **des dépenses nouvelles liées au dispositif de prise en compte de la pénibilité** introduit dans le cadre du projet de loi portant réforme des retraites (58 millions d'euros en 2011).

En contrepartie, la branche devrait bénéficier du **relèvement de 0,1 point du taux net des cotisations accidents du travail-maladies professionnelles** qui lui sont affectées pour un montant de 485 millions d'euros. Conformément à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, ce relèvement interviendra par décret¹.

Le financement de la prise en compte de la pénibilité, le dispositif proposé par la loi portant réforme des retraites

Le départ anticipé à la retraite pour pénibilité ne sera pas financé par la branche vieillesse, mais par la branche accidents du travail – maladies professionnelles. Le Gouvernement justifie ce choix au motif que « *la pénibilité étant liée aux conditions de travail, le financement de ce dispositif sera assuré par une contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse qui couvrira à due concurrence les dépenses supplémentaires générées par les départs à la retraite à raison de la pénibilité* »².

Ainsi le financement de ce dispositif sera assuré à deux niveaux :

- au niveau de la branche vieillesse : il est prévu que la branche AT-MP verse une contribution à la branche vieillesse afin de couvrir les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de départ en retraite anticipé pour pénibilité.

Selon les informations du ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, le dispositif envisagé ne prévoit pas de modalités particulières de calcul de cette contribution annuelle de la branche AT-MP. Il appartiendra à la CNAV de déterminer, à l'euro, près le surcoût résultant de la possibilité de départ à la retraite à 60 ans à taux plein par rapport au montant de pension calculée à l'âge légal de départ à la retraite. Le montant de cette contribution sera fixé, chaque année, en loi de financement de la sécurité sociale ;

- au niveau de la branche AT-MP : le montant de la contribution précitée « *sera pris en compte* » dans les éléments de calcul des cotisations employeurs accidents du travail – maladies professionnelles. La détermination du taux de contribution devrait être calculée annuellement en fonction du nombre total de personnes entrées dans le dispositif. Cette cotisation mutualisée pourra néanmoins être modulée par secteur d'activité.

¹ Article L. 242-5 du code de la sécurité sociale : « Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'après les règles fixées par décret ».

² Etude d'impact annexée au projet de loi portant réforme des retraites.

2. La compensation versée à la branche maladie maintenue à son niveau de 2009 (article 51)

L'**article 51** du présent projet de loi de financement propose de fixer le versement de la branche AT-MP à la branche maladie à **710 millions d'euros en 2011**. Ce montant demeure inchangé, depuis 2009, année pour laquelle la compensation versée a été revalorisée de 300 millions d'euros (+ 40 % par rapport à 2008).

Ce versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général a pour but de **compenser les conséquences financières pour l'assurance maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles**.

Une commission spécialisée est chargée d'évaluer, tous les trois ans, le coût de cette sous-déclaration. Le dernier rapport a été remis au Parlement et au Gouvernement en juin 2008¹. Il estimait le montant en cause dans une **fourchette comprise entre 565 millions et 1 015 millions d'euros**. Un nouveau rapport devrait être remis en 2011.

Votre rapporteur pour avis avait salué la fixation à 710 millions d'euros du montant de la compensation, observant que cette dotation était ainsi supérieure au montant minimal des sous-déclarations évalué par le rapport précité de juin 2008. Avant 2007, il était traditionnellement fixé au niveau de la fourchette basse.

B. LA CONTRIBUTION AUX « FONDS AMIANTE » : ENVIRON 1,2 MILLIARD D'EUROS EN 2010

Le drame de l'amiante a fait l'objet de nombreux travaux, notamment de nos collègues Gérard Dériot et Jean-Pierre Godefroy². **Son coût est monté progressivement en puissance et tend maintenant à se stabiliser**.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général est le principal contributeur des deux fonds créés pour assurer l'indemnisation des victimes de l'amiante : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les contributions de la branche AT-MP à ces fonds pèsent assez lourdement sur les comptes de la branche. La CNAM AT-MP aura ainsi contribué pour près de 9,3 milliards d'euros au financement de ces deux fonds sur la période 2002-2011.

L'**article 52** du présent projet de loi de financement prévoit une dotation totale versée par la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante de

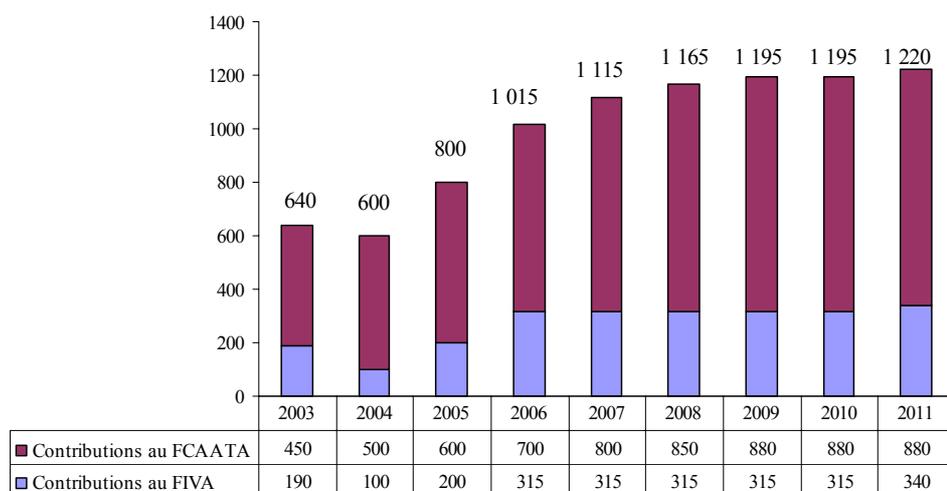
¹ *Rapport de la commission d'évaluation sur le coût des accidents du travail, présidée par Noël Diricq, juin 2008.*

² *Rapport d'information n° 34 (2005-2006).*

1,22 milliard d'euros, soit une légère augmentation (+ 25 millions d'euros) **par rapport aux dotations versées en 2010**. Cette majoration correspond à la réévaluation de la contribution au FIVA pour faire face aux nouvelles dépenses induites par l'article 49 du présent projet de loi de financement (*cf. infra*).

Contribution de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

(en millions d'euros)



Source : lois de financement correspondantes

L'impact financier de l'indemnisation 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 décrit 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 vingt 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 vingt 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 vingt 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'accroissant par la suite pour atteindre environ 6 400 bénéficiaires à l'horizon 2022. Pour les salariés entrant dans le dispositif au titre de la maladie professionnelle, la montée en charge du dispositif serait régulière jusqu'en 2016, avec un plafond de 14 395 bénéficiaires, stable jusqu'en 2022.

Sur cette base, **la fourchette de coût de la prise en charge des victimes de l'amiante (indemnisation et cessation anticipée d'activité) serait comprise entre 1,3 et 1,9 milliard d'euros par an et entre 26,8 et 37,2 milliards d'euros pour les vingt prochaines années.** Cet écart important est directement lié à l'état des évaluations épidémiologiques disponibles.

Le tableau suivant retrace ces projections, en indiquant la charge incombant aux différents organismes intervenant dans le champ de la 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)

L'article 43 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) destiné à financer 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.

Le tableau de la page suivante retrace l'évolution de la situation budgétaire du FCAATA. Ce fonds, qui n'a pas de personnalité juridique, est financé – outre la contribution de la branche accidents du travail – maladies professionnelles maintenue à 880 millions d'euros par l'article 52 du présent projet de loi – par une fraction du produit des droits tabacs et une contribution de la Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) pour couvrir la prise en charge de ses affiliés. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, la contribution versée par les entreprises dont certains salariés avaient été exposés à l'amiante a été supprimée.

Depuis 2006, les produits du fonds sont inférieurs aux charges supportées par le fonds, qui voit ainsi sa réserve cumulée devenir fortement négative, à hauteur de 288 millions d'euros en 2010.

En 2011, le résultat net du fonds devrait être positif (14 millions d'euros) et ainsi ramener le déficit cumulé du fonds à 274 millions d'euros. Votre rapporteur pour avis note que l'annexe 8 de la dernière loi de financement prévoyait déjà un résultat net positif du fonds pour 2010. Or, celui devrait finalement être négatif et approcher les – 4 millions d'euros.

Si le paiement des prestations n'est pas menacé par ce déficit – une ligne de trésorerie étant prévue au niveau des deux gestionnaires du fonds (la branche AT-MP et la Caisse des dépôts et consignations), **votre rapporteur pour avis attire néanmoins l'attention sur la situation préoccupante du FCAATA.**

Il note, par ailleurs, que **le relèvement des mesures d'âge proposées dans le cadre de la réforme des retraites ne permettra pas de moindres dépenses pour le fonds.** En effet, à l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat, les conditions actuelles d'âge de cessation d'activité et de perception d'une retraite à taux plein pour les bénéficiaires d'une allocation de cessation anticipée d'activité au titre de leur exposition à l'amiante (ACAATA) ont été maintenues. Cette initiative était justifiée par nos collègues par deux arguments :

- l'ACAATA vise à compenser la perte d'espérance de vie à laquelle sont confrontées statistiquement les personnes contaminées par l'amiante, espérance de vie qui peut être inférieure à 60 ans ;

- le projet de loi portant réforme des retraites proposait un mécanisme de prise en compte de la pénibilité permettant le départ à la retraite à 60 ans et la liquidation de la pension au taux plein, pour les assurés justifiant d'une certaine incapacité permanente au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques. Pour nos collègues, le dispositif d'ACAATA pouvait être assimilé à une mesure de prise en compte de la pénibilité, justifiant l'application d'un dispositif identique.

Le coût de cette mesure devrait être de l'ordre de **200 millions d'euros par an à compter de 2016.**

Evolution de la situation budgétaire du FCAATA

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	%	2010 (p)	%	2011 (p)	%
CHARGES	872	918	929	926	-0,2	915	-1,2	897	-2,0
Charges gérées par la CNAM AT-MP	754	795	806	804	-0,3	736	-1	780	-2,0
ACAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS)	608	638	647	645	-0,3	639	-1	626	-2,0
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	134	144	146	146	-0,5	144	-1,1	141	-2,0
Charges de gestion des CRAM	12	13	13	13	-0,9	13	-0,6	12	-2,0
Charges gérées par la CDC	118	123	122	123	0,2	120	-2,3	117	-2,0
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	117	122	121	120	-0,8	120	0	117	-2,0
IREC (AGIRC + ARRCO)	96	100	99	98	-0,4	98	-0,2	96	-2,0
IRCANTEC	1	1	1	1	-10,8	1	3,3	1	-2,0
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)	20	21	21	21	-2,6	21	0,9	20	-2,0
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)	1	2	2	3	75,5	0	-96,6	0	0
Charges financières CDC	0	0	0	0		0		0	
PRODUITS	753	862	916	915	-0,1	911	-0,4	911	0
Contribution de la CNAM AT-MP	700	800	850	880	3,5	880	0	880	0
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0	0	0,3		0,2		0,2	
Contribution de l'Etat : droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	32	29	30	31	2,7	31	0	31	0
Produits financiers CDC	1	0	1	0	-66,6	0	0	0	0
Contribution employeurs	21	33	35	3	-90,4	0			
Résultat net	-118	-56	-12	-11		-4		14	
Résultat cumulée depuis 2000	-204	-260	-272	-284		-288		-274	

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement

2. La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de procéder à la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou par les personnes ayant été directement exposées à l'amiante.

Selon les données de l'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le nombre de demandes d'indemnisation a augmenté 15,1 % pour atteindre 17 883 demandes en 2009.

La dotation du fonds pour 2011 s'élève à **340 millions d'euros**, soit 25 millions d'euros de plus que pour 2010 pour tenir compte des nouvelles dépenses qui incomberont au FIVA à compter de 2011 en raison, d'une part, de l'allongement de la durée de la prescription à dix ans au lieu de quatre ans et, d'autre part, de l'ouverture d'un délai supplémentaire de deux ans pour les personnes dont les dossiers ont été rejetés en 2009 et 2010 pour prescription, pour un coût total de 25 millions d'euros (article 49).

Selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, les charges du FIVA devraient très largement augmenter (+ 22 %) pour atteindre 600 millions d'euros. **Le déficit du fonds pourrait ainsi être plus élevé en 2011 qu'en 2010 pour atteindre 184 millions d'euros, ce qui conduirait à réduire les excédents cumulés du fonds à 34 millions d'euros.**

Les comptes du FIVA

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2009/ 2010	2011 (p)*	2010/ 2011
Charges	356	424	424	490	16 %	600	22 %
<i>Indemnisations</i>	350	416	418	483	16 %	592	23 %
<i>Autres charges</i>	6	8	6	7	17 %	8	14 %
Produits	402	419	418	414	-1 %	416	0,5 %
<i>Contribution CNAM</i>	315	315	315	315	0 %	315	0 %
<i>Contribution Etat</i>	48	47	48	48	0 %	50	4 %
<i>Autres produits</i>	39	57	55	51	-7 %	51	0 %
Résultat net	45	-6	-6	-76		-184	
Résultat cumulé depuis 2001	306	300	294	218	-26 %	34	-84 %

* Les données de la commission des comptes n'intègrent pas les mesures du présent projet de loi, soit une augmentation de 25 millions d'euros des dépenses du fonds, compensée par une majoration à due concurrence de la contribution de la CNAM. L'impact de ces mesures est donc nul sur le déficit prévisionnel du fonds et son résultat cumulé depuis 2001.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport de septembre 2010

C. LES AUTRES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP

1. L'allongement de la durée de prescription des actions en indemnisation devant le FIVA (article 49)

L'article 49 du présent projet de loi propose, d'une part, de **modifier le régime de prescription** des demandes d'indemnisation adressées au FIVA

et, d'autre part, de clarifier une disposition relative à son **rôle en cas de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur**.

a) Un dispositif actuel peu sécurisé

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 relatif au FIVA **ne précise pas les règles de prescription applicables** aux actions en indemnisation menées par les victimes de l'amiante devant le FIVA. En l'absence de dispositions législatives, **le conseil d'administration du fonds en a donc déterminé les principes** par une décision en date du 17 juin 2003. Ainsi, a-t-il été décidé :

- de transposer aux actions en indemnisations devant le fonds le dispositif de prescription quadriennale des créances publiques ;

- de choisir, comme point de départ de cette prescription, le certificat médical initial pour les plaques pleurales et les épaissements pleuraux, et cinq ans après le certificat médical initial pour les cancers en l'absence de constat d'aggravation. En pratique, le fonds retient le document médical qui fait le lien entre la pathologie et l'exposition à l'amiante.

La Cour de cassation, dans deux arrêts rendus le 3 juin et le 8 juillet 2010, a remis en cause la pratique adoptée par le FIVA en précisant que : « *la prescription quadriennale applicable à la demande d'indemnisation ne peut commencer à courir tant que la consolidation¹ du dommage n'a pas été constatée* ».

Or cette position n'est pas sans poser certaines difficultés. En particulier, elle conduit à **traiter de façon différenciée les victimes de maladies professionnelles et les victimes environnementales²**, le document retenu pour constater la consolidation n'étant pas le même dans les deux cas. Pour les victimes d'une maladie professionnelle, ce document peut être la constatation de consolidation réalisée par la caisse de sécurité sociale alors que, pour les victimes environnementales, la constatation de consolidation devra être réalisée par un médecin désigné par le FIVA. Elle interviendra donc nécessairement après le dépôt de la demande de la victime, ce qui rendra cette demande imprescriptible.

b) Le dispositif proposé

• **Le I de l'article 49 du présent projet de loi introduit ainsi un régime spécifique de prescription pour le FIVA :**

- prévoyant, d'une part, une **prescription décennale** ;

¹ Le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

² Victimes dont la pathologie n'a pas fait l'objet d'une reconnaissance de maladie professionnelle, mais figure sur une liste de maladies valant justification de l'exposition à l'amiante fixée par un arrêté du 5 mai 2002 ou qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française.

- choisissant, d'autre part, **un point de départ identique de la prescription** : la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante.

Deux exceptions à ce principe sont posées. Le délai de prescription ne court :

- pour l'indemnisation des préjudices résultant de l'aggravation d'une maladie dont un certificat médical a déjà établi le lien avec l'exposition à l'amiante, qu'à compter de la date du premier certificat médical constatant cette aggravation ;

- pour l'indemnisation des ayants droit d'une personne décédée, quand son décès est lié à l'exposition à l'amiante, qu'à partir de la date du premier certificat médical établissant le lien entre le décès et cette exposition.

- **Le II précise l'entrée en vigueur du dispositif.**

Le nouveau délai de prescription de dix ans s'appliquera immédiatement aux dossiers en cours en tenant compte du délai écoulé depuis l'établissement du premier certificat médical. Les certificats médicaux établis avant le 1^{er} janvier 2004 seront réputés l'avoir été à cette date, ce qui est favorable aux victimes.

En outre, un **délai supplémentaire** sera accordé **aux personnes dont les dossiers ont déjà été rejetés au motif qu'ils étaient prescrits avant l'entrée en vigueur de la présente loi**. Les auteurs d'une demande d'indemnisation pourront jusqu'au 1^{er} janvier 2014, demander au FIVA un réexamen de leur dossier. En contrepartie, ces personnes devront se désister de leur action en cours à l'encontre de la décision de rejet.

Il est prévu que le fonds informe les personnes concernées de ces nouveaux délais de prescription.

Ces dispositions ont vocation à limiter le développement de contentieux.

- **Le 2° et 3° du I clarifient, quant à eux, les conséquences pour la victime de l'action en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur à laquelle le FIVA est partie.**

c) La capacité d'absorption du FIVA

Votre rapporteur pour avis est favorable à ces dispositions qui tendent à sécuriser le régime de prescription des demandes d'indemnisation adressées au FIVA, dans un sens favorable aux victimes.

Il convient néanmoins de s'assurer de la « **capacité d'absorption** » de ces nouvelles demandes par le fonds, un rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 2008 ayant mis en évidence de graves difficultés d'organisation du FIVA (*cf.* encadré).

L'étude d'impact prévoit un **afflux modéré de dossiers nouveaux**. Par ailleurs, selon les informations fournies à votre rapporteur pour avis, les pistes de réorganisation du fonds formulées par la mission conjointe IGAS-IGF et tendant à formaliser et à fiabiliser les procédures de traitement des demandes, permettront de répondre à ce nouvel afflux de demandes.

Les conclusions de la mission d'audit IGAS/IGF

Un rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 2008 a mis en évidence de graves difficultés d'organisation du FIVA. A cette date, près de **24 000 demandes d'indemnisation étaient en instance d'instruction ce qui représentait environ vingt mois de traitement** alors que la loi impose au FIVA de faire une offre dans les six mois après que le dossier ait été jugé recevable. Seules 18 % des demandes étaient ainsi instruites dans ce délai et près de **150 000 euros d'intérêts de retard** avait été payés sur les cinq premiers mois de l'année 2008. Ce montant était en croissance rapide puisqu'il était quasi nul en 2006.

Selon les réponses au questionnaire budgétaire de votre rapporteur pour avis, suivant les recommandations de la mission conjointe d'inspection, un « **dispositif d'urgence** » a été mis en place en 2009, et prolongé en 2010, pour traiter le stock très important de demandes simples. Une extension des locaux du fonds est intervenue en juin 2010. En 2011, les pistes de réorganisation du fonds formulées par la mission IGAS-IGF et tendant à **formaliser et à fiabiliser les procédures de traitement des dossiers seront mises en place**.

Un **contrat de performance** a été signé entre l'Etat et le fonds le 15 février 2010.

2. Les incitations financières en matière de tarification des accidents du travail dans le secteur agricole (article 50)

L'article 50 du présent projet de loi **renforce les dispositifs dissuasifs et incitatifs en matière de tarification des accidents du travail dans le secteur agricole**.

Ainsi, s'agissant des **majorations de cotisation**, lorsque l'exploitation présente des risques exceptionnels, révélés notamment par une infraction aux règles d'hygiène et de sécurité, ou lorsqu'elle n'observe pas les mesures individuelles ou collectives de prévention édictées par les caisses, le I de l'article 50 prévoit :

- **un nouveau cas de dispense d'injonction préalable à cette majoration**. Une procédure d'injonction ne sera désormais plus nécessaire lorsque cette mesure découlera d'une répétition, dans un établissement et dans un délai déterminé, de « *certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel* » définies par arrêté et qui ont donné lieu à une première injonction ;

- **la fixation par arrêté du taux de la cotisation supplémentaire, de la durée pendant laquelle elle est due et de son montant forfaitaire**

minimal. Aujourd'hui, l'arrêté du 15 juillet 1974 relatif aux avances, à l'attribution de ristournes sur cotisations ou à l'imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles de salariés agricoles ne prévoit pas de montant plancher.

S'agissant des **dispositifs incitatifs**, le **II** de l'**article 50** ajoute, parallèlement aux actuelles avances pouvant être accordées par les caisses de mutualité sociale agricole aux employeurs « *qui souscrivent aux conditions de la convention d'objectifs, préalablement approuvée par la CCMSA, fixant un programme d'actions de prévention spécifique à leur branche d'activité* », la possibilité pour les caisses de verser une **subvention aux entreprises éligibles aux programmes de prévention nationaux définis par la CCMSA**. Ces programmes précisent les risques et les catégories d'entreprises éligibles ainsi que les montants de subvention pouvant être alloués.

Le coût total de ces mesures est évalué à **1,2 million d'euros par an** à compter de 2011.

Si votre rapporteur approuve ces mesures tendant à améliorer les conditions de travail dans les très petites exploitations, il conviendra néanmoins de veiller à la bonne articulation de l'ensemble de ces dispositifs.

V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2011

1. Des comptes enfin certifiés

Votre rapporteur pour avis se félicite que les comptes de la branche famille de l'exercice 2009 aient été **certifiés, contrairement à ceux des trois précédents exercices.**

Les raisons de la non-certification des comptes des exercices précédents

- La Cour des comptes avait estimé, s'agissant des comptes de l'exercice 2008, que l'audit des comptes avait été affecté par des **limitations** : déficiences systémiques du contrôle interne, insuffisance du rapport de validation des comptes des organismes de base et du processus de combinaison des comptes, production tardive de l'annexe aux comptes.

- Elle avait par ailleurs constaté un **désaccord** avec le producteur des comptes sur les **méthodes employées** pour la détermination des charges à payer et des provisions pour charges de gestion technique, pouvant conduire à une **sous-estimation**.

- Elle avait enfin relevé des **incertitudes** :

- sur la valorisation des charges de prestations enregistrées dans les comptes de la branche, du fait d'erreurs affectant la comptabilisation des rappels et indus sur prestations ;

- au regard de l'exhaustivité et de la réalité des montants de cotisations comptabilisés au titre de l'assurance vieillesse des parents aux foyers (AVPF) ;

- sur la fiabilité des cotisations et des prestations familiales gérées par les caisses de la MSA pour les salariés et exploitants agricoles, du fait du refus des commissaires aux comptes de la CCMSA de certifier ses comptes combinés.

La Cour des comptes a, cette année, pris en compte les progrès accomplis en termes notamment de **sécurisation des processus de liquidation des prestations**, grâce notamment au répertoire national des bénéficiaires et aux échanges de données informatisées avec la direction générale des finances publiques (DGFIP) et d'autres autorités. Elle salue également les étapes franchies dans la refonte des instruments de maîtrise des risques.

La certification s'est toutefois accompagnée de **réserves** sur sept points.

**Réserves formulées par la Cour des comptes en juin 2010
lors de la certification des comptes de la branche famille de l'exercice 2009**

- Incertitudes liées à l'assurance partielle procurée par le contrôle interne :

1°) Les progrès substantiels du contrôle interne ne dissipent pas en totalité les incertitudes relevées antérieurement quant à l'assurance d'une maîtrise des risques inhérents à l'activité de la branche ;

2°) La complexité intrinsèque au dispositif de l'AVPF, non compensée par le contrôle interne et le système d'information propres à ce dispositif, induit une incertitude sur la réalité et l'exhaustivité du montant des cotisations à la charge de la branche.

- Incertitudes affectant les écritures comptables :

3°) Le processus d'établissement des comptes combinés en 2009 a été exposé à des risques d'erreurs, et l'annexe ne procure pas encore toutes les informations attendues ;

4°) La méthode de calcul des charges à payer et provisions pour rappels de prestations a progressé et n'appelle plus de désaccord, mais elle n'est pas encore suffisamment étayée par des analyses rétrospectives ni suffisamment explicitée en annexe ;

5°) En dépit de progrès réalisés tant pour le périmètre que la méthode d'évaluation, il est constaté une incertitude sur le montant des provisions pour dépréciation de créances d'indus ;

6°) Une incertitude est constatée sur le montant des provisions pour dépréciation des créances relatives aux prêts à caractère social aux allocataires ;

7°) Du fait du refus de certification par les commissaires aux comptes de la CCMSA des comptes combinés du régime agricole, la Cour ne dispose pas d'une assurance appropriée sur la fiabilité des données reprises dans les comptes combinés de la branche en matière de cotisations et des prestations familiales gérées par les caisses de MSA pour les salariés agricoles et pour le régime des exploitants agricoles.

2. Les dépenses en hausse de 3,4 % (article 56)

Pour 2010, l'objectif rectifié des dépenses de la branche est de **53,8 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et de **53,3 milliards d'euros** pour le régime général (article 7 du projet de loi).

Pour l'année 2011, l'article 56 du projet de loi fixe les objectifs de dépenses de la branche famille à **55,7 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, et à **55,2 milliards d'euros** pour le régime général.

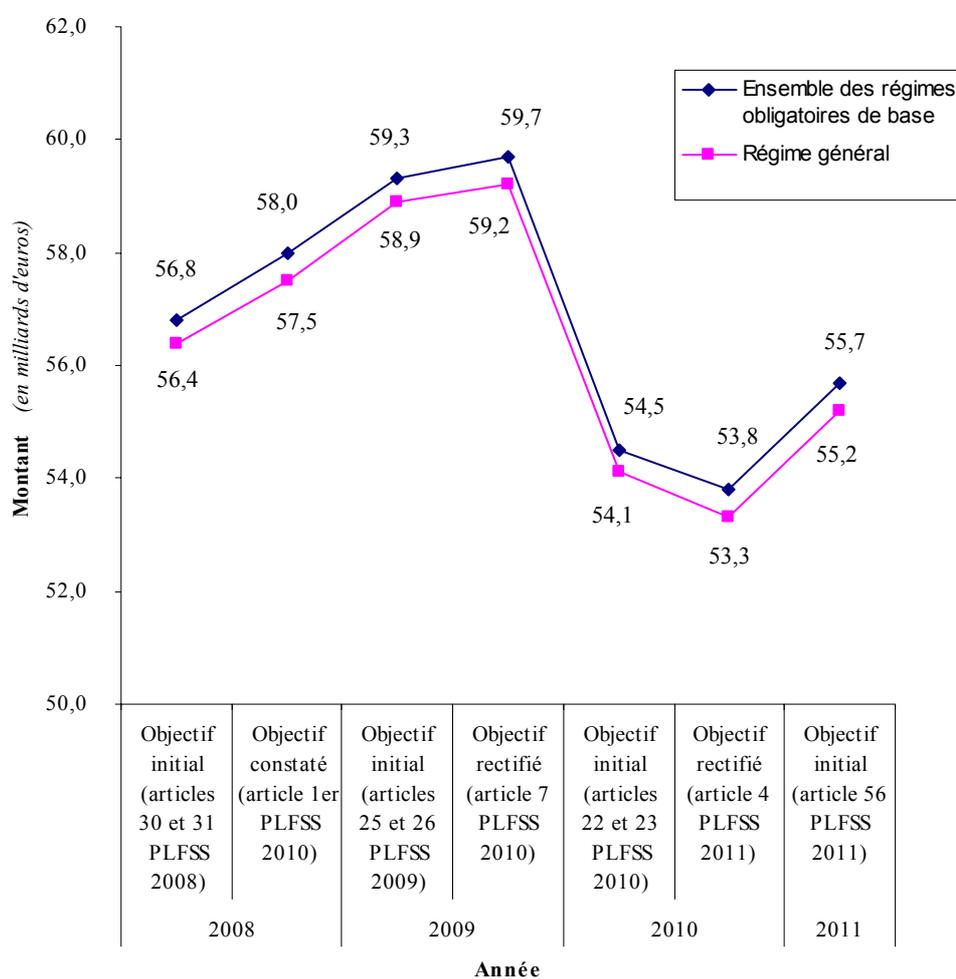
L'objectif de dépenses connaît donc une **progression de 3,4 %** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base comme pour le seul régime général.

En 2011, la base **mensuelle de calcul des prestations familiales (BMAF)**¹ devrait être **revalorisée de 1,5 %** (contre 0 % en 2010 et 3 % en 2009), ce qui aura pour effet d'**accélérer la croissance des prestations**

¹ La BMAF est estimée à partir de l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac et des écarts entre les prévisions d'évolution de ces prix et les réalisations (rattrapage).

légales. Par ailleurs, les prestations familiales (qui sont sur une tendance un peu inférieure à 2 % par an) sont tirées par la croissance encore forte – bien que progressivement ralentie – des prestations pour la petite enfance (les prestations d’entretien, qui représentent un peu plus de la moitié du total, augmentant lentement) : la natalité élevée des dernières années se traduit par un excédent des entrées sur les sorties dans le dispositif des prestations familiales, même si la réduction tendancielle de la taille des familles contribue à modérer la progression des dépenses.

Les dépenses de la branche famille



Source : commission des finances.

Les **prestations extra-légales** devraient pour leur part connaître une **croissance dynamique** (+ 4,2 % en 2010 et + 7,5 % en 2011, contre + 3,3 % en 2009) découlant des engagements de la convention d’objectifs et de gestion (COG) signée entre la CNAF et l’Etat pour la période 2009-2012.

Les dépenses au titre des aides **en faveur du logement** financées par la CNAF devraient continuer à s'accélérer en raison de la montée du chômage : elles devraient augmenter de **3,5 % en 2010** et **4,1 % en 2011**.

3. En dépit d'une hausse des recettes, le déficit de la branche s'élèvera à 3 milliards d'euros en 2011 (+ 15 %)

Les produits nets de la branche augmenteraient de 2,1 % en 2010 et de 3 % en 2011, du fait de la **progression de la masse salariale**, qui devrait s'établir à 2 % en 2010 et à 2,9 % en 2011. La reprise se fera toutefois **plus progressivement** que pour les autres branches.

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	Variation 2010/2011
Produits	56,6	51,2	52,7	+ 2,9 %
Cotisations effectives	31,9	32,7	33,9	+ 3,7 %
Cotisations fictives employeur	0,1	0,1	0,1	+ 0 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,7	0,7	0,6	- 14,3 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,3	0,3	0,3	+ 0 %
Contributions publiques	6,5	0	0	+ 0 %
Impôts et taxes affectés	16,2	16,5	17,0	+ 3,0 %
<i>dont CSG</i>	<i>12,0</i>	<i>12,1</i>	<i>12,5</i>	<i>+ 3,3 %</i>
Transferts entre organismes	0	0	0	+ 0 %
Produits financiers	0	0	0	+ 0 %
Autres produits	0,8	0,8	0,8	+ 0 %

Source : PLFSS

Néanmoins, alors que la branche famille était structurellement excédentaire, le renversement de tendance intervenu en 2008 se confirme, puisque son **déficit** devrait atteindre **2,6 milliards d'euros en 2010** pour le régime général, après avoir été de **0,3 milliard d'euros en 2008** et de 1,8 milliard en 2009.

La dégradation devrait se poursuivre en 2011 avec un déficit qui pourrait s'élever, pour le régime général, à **3,2 milliards d'euros en tendanciel**, et à **3 milliards d'euros après prise en compte des mesures du projet de loi**, qui représentent un **effort net de 0,2 milliard d'euros**.

L'annexe B au projet de loi prévoit un déficit cumulé s'élevant à **9,6 milliards d'euros** pour la période 2011-2014 (soit un déficit de 2,6 milliards d'euros en 2012, de 2,3 milliards en 2013 et de 1,7 milliard en 2014).

Votre rapporteur pour avis déplore d'autant plus cette **fragilisation** de la branche famille qu'elle s'inscrit dans le contexte tout particulier de la mise à contribution de la branche pour le refinancement de la dette sociale.

B. LES MESURES DU PLFSS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

La section 4 du projet de loi (« Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille ») s'est enrichie de plusieurs articles à l'occasion de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale (articles 55 *bis*, *ter* et *quater* (nouveaux)).

1. Suppression de la rétroactivité de trois mois des aides personnelles au logement (article 54)

Actuellement, un allocataire d'une aide personnelle au logement, qu'il s'agisse de l'allocation de logement familiale (ALF), de l'allocation de logement sociale (ALS) ou de l'aide personnalisée au logement (APL), peut bénéficier d'une rétroactivité de **trois mois** précédant sa demande s'il remplissait antérieurement les conditions d'octroi de l'aide.

Cette règle de rétroactivité se situe à mi-chemin entre l'appréciation des droits aux prestations familiales – ouverture du droit lorsque les conditions d'octroi sont réunies et rétroaction possible pendant deux ans avant la date de la demande, du fait de la prescription biennale – et les minima sociaux – ouverture du droit à la date du dépôt du dossier sans rétroaction possible.

L'article 54 propose d'harmoniser, à compter du 1^{er} janvier 2011, la date d'ouverture des droits aux aides personnelles au logement avec le traitement des minima sociaux, en prévoyant une ouverture du droit **à la date du dépôt du dossier sans rétroactivité possible**.

La mesure représente une économie pour la branche famille évaluée, en année pleine, à 120 millions d'euros en 2011, 100 millions en 2012, 80 millions en 2013 et 60 millions en 2014, soit 360 millions d'euros sur quatre ans.

Dépenses d'aides personnelles au logement de 2004 à 2011 (Tous régimes)

(en millions d'euros)

Dépenses tous régimes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010**	2011**
ALF	3 470	3 492	3 612	3 668	3 947	3 985	4 229	4 441
ALS	4 167	4 118	4 266	4 325	4 735	4 658	4 908	5 128
APL*	6 221	6 120	6 190	6 154	6 531	6 493	6 734	6 916
Total	13 858	13 730	14 068	14 117	15 213	15 136	15 871	16 485

* Métropole uniquement

** Prévisions

Source : CNAF

**Nombre de bénéficiaires d'aides personnelles au logement de 2004 à 2010
(Tous régimes)**

(en milliers)

Bénéficiaires au 31 décembre	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
ALF	1 235	1 257	1 245	1 261	1 346	1 307	1 221
ALS	2 232	2 249	2 195	2 207	2 331	2 235	2 087
APL	2 585	2 565	2 481	2 493	2 613	2 516	2 413
Total	6 051	6 070	5 921	5 961	6 290	6 058	5 721

* Données au 31 mars 2010

Source : CNAF

Votre rapporteur pour avis estime que cette mesure ne saurait, sous couvert d'un simple ajustement technique, porter préjudice aux **familles modestes et aux jeunes**, notamment dans le contexte de crise historique du logement.

Il rappelle que les prestations concernées sont attribuées sous condition de ressources, et donc à destination de populations fragiles.

Profil des bénéficiaires des aides au logement

1) Selon l'âge et la prestation, au 31 décembre 2009

	ALF	APL (métropole)	ALS
moins de 25 ans	89 505	201 052	830 304
de 25 à 29 ans	175 900	210 741	261 577
de 30 à 39 ans	478 159	567 964	202 218
de 40 à 49 ans	346 688	574 910	188 866
de 50 à 59 ans	81 983	374 125	220 239
de 60 ans et plus	16 756	587 410	461 303
Âge inconnu	244	223	323
TOTAL	1 189 235	2 516 425	2 164 830

2) Selon la taille de la famille et la prestation, au 31 mars 2010

	ALF	APL (métropole)	ALS
Isolé sans enfant	11 056	1 068 107	1 873 564
Isolé avec enfant	580 606	582 176	5 219
Couple sans enfant	25 655	161 891	206 720
Couple avec enfant	604 126	601 190	1 384
TOTAL	1 221 443	2 413 364	2 086 887

Source : CAF

Votre rapporteur pour avis rappelle toutefois :

- que la mesure ne remet pas en cause le principe selon lequel le mois de dépôt de la demande correspond à la **première manifestation du demandeur** et ce, **même si le dossier n'est pas complet** ;

- qu'elle ne remet pas non plus en cause la règle du versement de l'aide au logement à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel les conditions de droit sont remplies (appelé « **mois de carence** »)¹.

Le versement de l'aide au logement peut en revanche débuter dès le mois de la demande si les conditions de droit étaient réunies avant ce mois.

En conséquence, avec le nouveau dispositif, la personne continue de disposer, pour déposer sa demande d'aide au logement, d'un délai **que l'on peut considérer comme raisonnable**².

Il constate également que l'estimation des économies qui doivent découler de la mesure **est probablement surestimée** :

- d'une part, dans la mesure où la nouvelle réglementation devrait entraîner une **adaptation du comportement** des acteurs (bailleurs sociaux et allocataires), qui pourraient désormais déposer immédiatement leur demande d'aide au logement afin de ne pas perdre de droits ;

- d'autre part, parce que les demandes d'allocation logement avec rappel, qui ont permis d'établir cette estimation, correspondent pour certaines à des dossiers complexes pour lesquels le traitement a été long – et justifie de ce fait un rappel – et non pas forcément à des dossiers où le demandeur a utilisé la durée de trois mois prévue par la législation.

¹ Par exemple, si une personne entre dans son appartement le 15 février 2011 et dépose un dossier de demande d'aide au logement le jour de son entrée dans les lieux, elle ne pourra obtenir son premier versement d'aide au logement qu'au titre du mois de mars 2011.

² La personne disposerait d'un délai de près d'un mois et demi (entre le 15 février et le 31 mars) dans l'exemple ci-dessus.

2. Modification de la date de versement de la prestation d'accueil du jeune enfant (article 55 supprimé par l'Assemblée nationale en première lecture)

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est destinée à prendre en charge le coût lié à l'entretien de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à son troisième anniversaire.

Fonctionnement de la PAJE

La PAJE a été mise en place pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2004. Elle comprend quatre éléments (les deux premiers étant sous condition de ressources) :

- **la prime à la naissance ou à l'adoption** : la prime à la naissance, d'un montant de 889 euros, est versée au cours du septième mois de grossesse ; la prime à l'adoption s'élève quant à elle à 1 779 euros. Ces deux primes permettent de faire face aux premières dépenses liées à l'arrivée de l'enfant ;

- **l'allocation de base**, d'un montant de 178 euros, versée mensuellement jusqu'aux trois ans de l'enfant, est une aide à l'éducation du jeune enfant ;

- **le complément de libre choix du mode de garde (CMG)**, aide de la CAF, prend en charge une partie de la rémunération de l'assistante maternelle ou de la garde à domicile. Il est également versé en cas de recours à une micro crèche ;

- **le complément de libre choix d'activité (CLCA)**, aide financière attribuée en cas de cessation totale ou partielle d'activité pour élever un enfant de moins de trois ans.

Selon le rapport de la MECSS de l'Assemblée nationale de juillet 2009 sur la PAJE, environ 285 000 familles supplémentaires bénéficient d'une aide par rapport à 2003. Plus de 90 % des familles ayant un enfant en bas âge bénéficient de ce dispositif.

Source : réponses au questionnaire budgétaire de votre rapporteur pour avis

A la création de la PAJE, il a été décidé de verser l'allocation de base à compter du premier jour du mois de la naissance de l'enfant, c'est-à-dire dès le mois où les conditions d'ouverture de droit sont réunies.

La plupart des autres prestations familiales – allocations familiales, complément familial, allocation de soutien familial, aides au logement, prime à la naissance ou à l'adoption et complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant – sont au contraire versées à compter du mois suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture de droit sont réunies. L'allocation pour jeune enfant, à laquelle l'allocation de base a succédé, suivait d'ailleurs ce régime.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a modifié la date d'ouverture des droits de l'allocation de base – prestation sous conditions de ressources – en prévoyant un versement de celle-ci à compter du jour de la naissance ou de l'arrivée de l'enfant.

L'article 55 prévoit de poursuivre l'évolution amorcée en 2007 en alignant la règle actuelle d'ouverture du droit de l'allocation de base sur celle du droit commun. Elle sera ainsi fixée **au premier jour du mois civil suivant la naissance ou l'arrivée au foyer du ou des enfants**.

Compte tenu des délais d'adaptation des systèmes d'information de la CNAF, cette mesure s'appliquera aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2011.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur la légitimité d'un report de la date de versement de l'allocation, alors que la charge est, par définition, **immédiate pour les parents**, et ce d'autant que la mesure n'aurait qu'un **faible impact financier** (64 millions d'euros par an). L'argument technique de l'harmonisation dans les dates de versement des différentes prestations ne lui paraît pas recevable.

En outre, cette disposition créerait une **inégalité entre les familles** dont l'enfant est né en début de mois (qui perdront quasiment 178 euros) et celles dont l'enfant est né en fin de mois.

En conséquence, votre rapporteur spécial **propose le maintien de la suppression de cette mesure**, conformément au vote de l'Assemblée nationale.

3. Extension aux pères du bénéfice de l'indemnité d'adoption (article 55 bis)

Cet article nouveau fait suite à un amendement du Gouvernement. Il **vise à étendre aux pères le bénéfice de l'indemnité d'adoption**.

Aujourd'hui, les pères adoptifs n'ont droit à des indemnités journalières pour adoption **que lorsque la mère renonce à son droit à indemnités journalières ou décide de le partager**. Il faut toutefois que les deux parents soient affiliés à un régime de sécurité sociale :

- qui prévoit le versement d'indemnités journalières en cas d'adoption (certains organisent en effet un maintien du salaire) ;

- et qui permette le renoncement ou le partage de ces indemnités (c'est le cas notamment du régime général, du régime agricole ou de certains régimes spéciaux, mais pas du régime des professions indépendantes ou du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés).

Cette législation génère une **rupture d'égalité entre les pères**, selon que leur conjointe relève d'un régime servant ou non des indemnités

journalières et permettant ou non le renoncement ou le partage des indemnités pour adoption¹.

L'article 55 bis propose de modifier en conséquence le code de la sécurité sociale pour ouvrir en propre aux pères affiliés au RSI et au régime des Praticiens et auxiliaires médicaux (PAMC) le droit aux indemnités journalières pour adoption et organiser le partage de ce droit entre mère et père.

Ce nouveau droit devrait entraîner un surcoût d'environ un million d'euros pour les régimes concernés. Votre rapporteur pour avis est favorable à ce dispositif.

4. Modification des conditions de versement des allocations familiales pour les mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance (article 55 ter)

Cet article introduit en première lecture par l'Assemblée nationale précise les conditions dans lesquelles s'effectue le maintien du versement des allocations familiales, dans le cas où un mineur est confié au service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et que la famille participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant.

Aux termes de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale, lorsqu'un enfant est confié au service de l'ASE, les allocations familiales continuent d'être évaluées en tenant compte à la fois des enfants présents au foyer et de ceux confiés au service de l'ASE. La part des allocations familiales dues à la famille pour cet enfant est versée à ce service, **sauf si le juge décide, d'office ou sur saisine du président du conseil général, de maintenir le versement des allocations à la famille** lorsqu'elle participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de ce dernier dans son foyer.

Le montant de ce versement **ne pourrait alors**, selon les dispositions de l'article 55 ter, **excéder 20 % du montant total des allocations familiales**.

Cette modification vise à tenir compte des difficultés considérables rencontrées par les départements dans la mise en œuvre de la protection de l'enfance, par le versement d'une **part incompressible** des allocations en cas de placement d'un enfant. Cette solution avait été préconisée par un certain nombre de présidents de conseil général.

¹ Par exemple, un père salarié, affilié au régime général, qui peut prétendre à des indemnités journalières en cas d'adoption, n'y aura pas droit si la mère est une professionnelle libérale affiliée au RSI, dans la mesure où cette dernière ne peut ni renoncer à son droit à indemnité journalière pour adoption, ni le partager. En sens inverse, un père relevant du RSI n'a aujourd'hui aucun droit au congé d'adoption, quel que soit le régime de la mère.

L'article prévoit également qu'avant le 30 septembre 2011, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant le bilan de la mise en œuvre de la majoration du montant des allocations familiales lorsque l'enfant à charge atteint l'âge de quatorze ans.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur la place de cette disposition en loi de financement, **la mesure proposée n'ayant pas un impact sur les comptes de la sécurité sociale.**

5. Introduction d'une évaluation du coût des congés pour grossesse pathologique (article 55 *quater*)

Cet article introduit en première lecture par l'Assemblée nationale prévoit qu'un rapport est réalisé par le Gouvernement sur le nombre de semaines de congé accordées pour grossesse pathologique et sur leur coût pour l'assurance maladie. Ce rapport serait remis au Parlement au plus tard le 31 décembre 2011.

L'objectif est de mettre un terme à certains abus dans l'utilisation de ce congé **en faisant basculer le budget** qui lui est consacré **sur l'allongement du congé de maternité à vingt semaines**, récemment voté par le Parlement européen.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur l'opportunité d'un tel rapport, les informations sur ce sujet étant aisément accessibles.

VI. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

A. LA CRÉATION D'UN FONDS DE PERFORMANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (ARTICLE 59)

1. Une disposition déjà proposée lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2011

L'article 59 du présent projet de loi propose de créer un fonds de performance de la sécurité sociale, placé auprès de l'Union nationale des caisses de sécurité sociale.

Selon le texte proposé pour le nouvel article L. 114-23 du code de la sécurité sociale, ce fonds « finance des actions, notamment la réalisation d'études, d'audits ou de projets concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance globale du service public de la sécurité sociale, et contribue aux dépenses de fonctionnement de toute nature résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale. »

L'évaluation préalable des articles du présent projet de loi précise que ce fonds serait destiné à financer « des actions de pilotage et de gestion transversales de la sécurité sociale ».

Les recettes du fonds seront constituées d'apports des régimes imputés sur leurs budgets de gestion administrative.

Cette proposition avait déjà été introduite l'année dernière, à l'initiative du Gouvernement, à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Cette disposition avait été supprimée par un amendement de votre commission des finances et de la commission des affaires sociales.

Si votre rapporteur pour avis était favorable sur le principe d'une amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, il était également sensible au coût inutile que peut représenter l'empilement de structures créées dans le but de réorganiser ou de réformer des services en l'absence de détails sur le fonctionnement précis de cette structure et des modalités exactes de son financement.

2. Un retour sur investissement qui gagnerait à être éclairci

Votre rapporteur pour avis a bien noté l'espoir formulé par notre collègue député Yves Bur, rapporteur des recettes et de l'équilibre général, que « le temps de la réflexion écoulé depuis [l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010] conduise cette année le Sénat à

reconnaître l'opportunité d'une telle approche»¹. Néanmoins, **il reste dubitatif quant à l'opportunité de créer un tel fonds** à la lecture de l'étude d'impact.

« A titre d'exemple, précise l'étude, le fonds sera amené à contribuer à l'urbanisation des systèmes d'information, [...] en matière de ressources humaines, à disposer de diagnostics partagés, voire de plan d'actions partagés entre tous les opérateurs, à la convergence des outils et des pratiques de gestion des usagers : accueil téléphonique, gestion des courriers électroniques ». Ces mesures, aussi essentielles soient-elles, semblent pouvoir être mises en œuvre en l'absence de fonds dédié.

Surtout, il s'interroge **sur l'évaluation de la prévision de retour sur investissement des actions menées par le fonds** : 50 millions d'euros par an à compter de 2012 pour un coût annuel de 5 millions d'euros. Il vous propose en conséquence un amendement de suppression.

B. LE RENFORCEMENT DES MISSIONS DE L'UCANSS (ARTICLE 59 BIS)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, un amendement portant article additionnel après l'article 59 tendant à renforcer **le rôle de « tête de réseau » de l'UCANSS en matière de formation professionnelle**. L'UCANSS assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale.

Il est ainsi proposé que, lorsque les unions ou les fédérations des organismes locaux, régionaux et nationaux du régime général sont chargées de la formation professionnelle, l'UCANSS en assure le pilotage et approuve leur budget. Elle devra autoriser et exercer un contrôle sur les opérations immobilières de ces unions ou fédérations ainsi que sur la gestion de leur patrimoine immobilier. Elle devra conclure avec chacun de ces organismes un contrat pluriannuel de gestion. Le directeur de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale devra émettre un avis sur la nomination des directeurs et des agents comptables de ces organismes.

Votre rapporteur pour avis est favorable à ce dispositif devant permettre la cohérence des formations proposées.

¹ Assemblée nationale – XIII^e législature - Rapport n° 2916 – tome 1.

VII. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

La section 7 du projet de loi de financement ne comportait initialement qu'un **article 60** visant à créer une sanction financière pour les personnes qui exercent une activité non autorisée et rémunérée pendant leur arrêt maladie. Un amendement adopté à l'Assemblée nationale en première lecture a précisé le champ de cette activité non autorisée en prévoyant qu'elle ne doit donner lieu ni à rémunération, ni à gains, ni à revenus professionnels, afin de viser également la catégorie des travailleurs indépendants.

A. LES APPORTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La section a été considérablement enrichie en première lecture à l'Assemblée nationale, **puisque onze nouveaux articles viennent désormais compléter l'article 60.**

- L'**article 61** vise à compléter le dispositif prévu par l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale : dans le cadre des actions de lutte contre la fraude, les organismes de sécurité sociale peuvent faire usage du droit de communication auprès d'un certain nombre d'organismes ou d'entreprises (établissements bancaires, fournisseurs d'énergie, opérateurs de téléphonie, fournisseurs d'accès à internet...). Ce droit permet aux organismes de sécurité sociale de disposer de prérogatives comparables à celles dévolues aux services fiscaux.

L'article élargit le droit de communication aux informations sur des tiers soupçonnés de bénéficier indûment de prestations versées afin d'en améliorer la mise en recouvrement. Il s'agit par exemple de pouvoir identifier les mandataires des comptes bancaires de prestataires décédés continuant à percevoir frauduleusement des pensions.

- L'**article 62** vise à assurer la pleine effectivité du droit de communication ouvert aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale en prévoyant une sanction du refus de communication (pour le moment inexistante), sous la forme d'une amende délictuelle de 7 500 euros. Le texte prévoit l'application de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale. Il répond ainsi à une demande forte des agents de contrôle des CAF, des CPAM, de la CNAV et de Pôle Emploi, qui rencontrent des difficultés, notamment avec les banques.

- L'**article 63** instaure une obligation, pour tout auto entrepreneur, de déclarer ses revenus aux organismes de recouvrement, même en l'absence de chiffre d'affaires pour la période concernée. Il s'agit d'éviter certaines dérives liées à la possibilité, découlant du statut d'auto entrepreneur, de n'effectuer aucune déclaration à l'URSSAF quand aucun revenu n'a été perçu (travailleurs indépendants utilisant le statut d'auto entrepreneur pour ne pas déclarer leur

activité, employeurs inscrivant leur salarié au régime de l'auto entrepreneur pour ne pas avoir à les déclarer) et de faciliter les contrôles par les URSSAF.

- L'**article 64** vise à sécuriser les agents des organismes de sécurité sociale chargés des contrôles en indiquant expressément dans le code de la sécurité sociale qu'ils peuvent demander la production du passeport pour apprécier le respect de la condition de résidence, et celle du titre de séjour pour apprécier le respect de la condition de régularité sur le territoire national.

L'article tire les conséquences de deux récentes affaires, dans lesquelles la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) avait pris des positions inquiétant les agents chargés des contrôles.

- L'**article 65** prévoit l'arrêt de la prise en charge des cotisations de sécurité sociale des professionnels de santé conventionnés par l'assurance maladie lorsqu'ils ne remplissent pas effectivement leurs obligations de contribution à la protection sociale, jusqu'au paiement complet de leur dette. Il est toutefois prévu un délai spécifique pour ne pas léser les professionnels qui connaîtraient des problèmes de trésorerie.

- L'**article 66** substitue à la notion de manquement celle de manquement délibéré, qui traduit une volonté de ne pas se soumettre aux règles de codages et de facturations, au détriment de l'assurance maladie, dans la définition des faits passibles de sanctions pour les établissements de santé.

Afin que ne soient sanctionnés que les établissements dont la mauvaise foi est établie, l'article assortit la sanction de l'erreur de codage d'un mécanisme visant à alerter les établissements de leur erreur.

- L'**article 67** étend la procédure d'opposition à tiers détenteur à l'ensemble des débiteurs des URSSAF dans un souci d'équité et d'amélioration des procédures de recouvrement.

L'article L. 652-3 prévoit la possibilité pour les organismes de sécurité sociale de recourir à la procédure d'opposition à tiers détenteur, qui permet d'améliorer le recouvrement des sommes dues au titre des cotisations et contributions sociales en permettant à l'organisme de saisir des sommes détenues par des tiers. Si les URSSAF disposent de cette procédure pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, elles n'en disposent vis-à-vis des employeurs que dans le cadre du recouvrement de redressements assurés suite à contrôle dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé.

- L'**article 68** tire les conséquences du fait que les entreprises ayant recours au travail dissimulé ne sont pas soumises au même traitement sur le plan des sanctions civiles selon qu'elles sont *in bonis* ou dans le cadre d'une procédure collective de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.

En effet, certaines entreprises disparaissent lorsqu'elles sont convaincues d'avoir eu recours au travail dissimulé. Il est alors impossible de

recouvrer les sommes dues puisque, après une liquidation judiciaire, le passif est amputé de toute majoration, pénalité ou frais de justice.

L'article comble ce vide juridique dans le code de la sécurité sociale en excluant les cas de travail dissimulé du bénéfice de la remise de pénalités ou de majorations. Les fonctions de contrôle sont facturées en proportion des gains réalisés au moyen des redressements et constituent donc un apport de recettes pour le régime général.

- L'**article 69** précise que le contrôle des contributions destinées au financement du régime social des travailleurs indépendants est également confié aux URSSAF, dans le respect des dispositions relatives à l'interlocuteur social unique.

- L'**article 70** complète l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale qui prévoit, pour les grandes entreprises, une obligation de paiement par virement ou par voie dématérialisée et de déclaration par voie dématérialisée pour les entreprises, au-delà d'un certain seuil de cotisations. Or, actuellement, le non-respect de la déclaration dématérialisée ne donne lieu à aucune sanction. Il est donc proposé de l'instaurer, sous forme d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes concernées. Cette obligation ne pèsera que sur les entreprises redevables de cotisations, contributions et taxes d'un montant supérieur à 800 000 euros au titre d'une année civile.

- L'**article 71** étend aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse la définition de la notion de résidence en France adoptée pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), ainsi que la possibilité de supprimer ces allocations lorsqu'il est constaté que l'une des conditions exigées pour son service n'est pas remplie.

L'absence de cadrage de la notion de résidence en France pour ces prestations est en effet source d'abus et ne facilite pas les contrôles.

B. LA POSITION DE VOTRE RAPPORTEUR POUR AVIS

Si votre rapporteur pour avis est globalement favorable aux dispositions renforçant la lutte contre la fraude, il souhaite aborder plus en détails deux dispositifs : l'obligation de déclaration d'activité pour tous les auto-entrepreneurs même lorsque leur chiffre d'affaires est nul et l'assouplissement du contrôle externe de la tarification à l'activité.

1. L'obligation de déclaration d'activité pour tous les auto-entrepreneurs même lorsque leur chiffre d'affaires est nul (article 63 nouveau)

L'Assemblée nationale a adopté, sur un avis de sagesse du Gouvernement, le présent article 63 tendant à **instaurer pour les auto-entrepreneurs qui présentent un chiffre d'affaire nul une obligation de**

déclaration, selon une procédure prévue par voie réglementaire – l'article R. 133-3-2 du code de la sécurité sociale –, au même titre que celle à laquelle ils seraient soumis si leurs activités donnaient lieu à un revenu.

Cet amendement répond à **un problème soulevé par votre commission des finances lors de la table ronde qu'elle a organisée le 24 mars dernier** en présence du secrétaire d'Etat chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme, des services et de la consommation, et de toutes les parties prenantes, afin de dresser un bilan et les perspectives d'évolution du régime de l'auto-entrepreneur¹.

a) Les problématiques soulevées par le régime de l'auto-entrepreneur

Ainsi, il avait été constaté qu'en dépit du succès quantitatif du nombre d'inscription sous le statut de l'auto-entrepreneur² depuis sa mise en œuvre au 1^{er} janvier 2009, près de 60 % des inscrits ne déclaraient aucun chiffre d'affaires. Il y avait donc lieu de s'interroger sur les raisons de ce niveau très élevé, qu'il s'agisse soit de travailleurs sans activité, soit de travail dissimulé, donc non déclaré.

Parmi les difficultés de mise en œuvre soulevées par ce régime particulier, est apparue naturellement celle qui pose le plus grand problème : l'absence de déclarer un chiffre d'affaires. Votre rapporteur pour avis reprend à cet égard les conclusions du rapport de notre collègue Philippe Marini, rapporteur général : s'il n'y a pas de chiffre d'affaires, il n'y a pas de déclaration, ce qui complique l'exercice du contrôle. **L'absence d'obligation de déclarer un chiffre d'affaires, même nul, empêche les organismes de sécurité sociale d'assurer un contrôle fiable sur la réalité de l'activité des auto-entrepreneurs**³.

C'est pourquoi il avait été jugé opportun par plusieurs de nos collègues d'imposer la déclaration y compris lorsque qu'il n'y a pas de chiffre d'affaires. **Plusieurs initiatives sénatoriales** ont depuis lors eu pour objet de mettre en pratique les pistes de réflexions soulevées par votre commission des finances :

- dès le 8 avril 2010, notre collègue Jean Arthuis, président de la commission des finances, a présenté un amendement, dans le cadre de l'examen de la loi n° 2010-658 du 15 juin 2010 relative à l'entrepreneur

¹ *Rapport n° 365 (2009-2010) « Le régime de l'auto-entrepreneur : bilan et perspectives » présenté par Philippe Marini, rapporteur général.*

² *Au 30 avril 2010, la branche recouvrement de l'Urssaf dénombreait 453 000 comptes d'auto-entrepreneurs actifs parmi lesquels 338 000 auto-entrepreneur-entrepreneurs inscrits avant le 31 décembre 2009. Sur l'ensemble de l'année 2009, 149 000 auto-entrepreneurs avaient déclaré un chiffre d'affaire positif, représentant 934 millions d'euros. Seulement 44 % des auto-entrepreneurs déclarent donc un chiffre d'affaires.*

³ *De plus, le système d'information de recouvrement ne permet pas d'indiquer si l'activité des auto-entrepreneurs est une activité exercée à titre principale ou accessoire.*

individuel à responsabilité limitée (EIRL), afin notamment d'instaurer une obligation de déclaration, mais aussi une limitation dans le temps du régime¹ ;

- ensuite, nos collègues Muguette Dini, Jean Arthuis, Dominique Leclerc et Alain Vasselle ont présenté une proposition de loi n° 608 (2009-2010) du 5 juillet 2010 relative aux cotisations sociales versées par les auto-entrepreneurs dont l'objet portait également sur l'instauration d'une obligation de déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires ou de revenus, même lorsque leur montant est nul.

b) Les adaptations nécessaires de certains points de friction du dispositif

L'adoption d'une telle disposition, appelée de leurs vœux par plusieurs de nos collègues, tant de la commission des finances que de la commission des affaires sociales, doit donc être particulièrement appréciée.

Elle s'inscrit par ailleurs dans une série de dispositions législatives qui sont venues apporter des adaptations nécessaires à plusieurs points de friction du statut de l'auto-entrepreneur avec notamment celui des artisans :

- dans le cadre de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le Sénat a adopté un amendement pour prévoir que les auto-entrepreneurs déclarant, au titre d'une année civile, un chiffre d'affaires ou des revenus inférieurs à un seuil fixé par décret, n'entrent pas dans le champ de la compensation accordée par l'Etat aux organismes de sécurité sociale des professions libérales² ;

- comme cela a déjà été exposé, l'article 67 de la loi de finances rectificatives précitée pour 2009 rend obligatoire à compter du 1^{er} avril 2010 l'immatriculation au registre des métiers des auto-entrepreneurs exerçant à titre principal une activité artisanale. Les auto-entrepreneurs seront toutefois exonérés du paiement de la taxe pour frais de chambre de métiers pendant les trois premières années.

Aussi, votre rapporteur pour avis souscrit-il sur le fond avec l'initiative de nos collègues députés. Toutefois, il juge également justifiées les objections formulées par le Gouvernement quant à la nature règlementaire des dispositions adoptées par l'Assemblée nationale. En effet, celles-ci se bornent à étendre aux auto-entrepreneurs qui n'enregistrent pas de recette l'obligation du formulaire déclaratif prévu à l'article R. 133-30-2 du code de la sécurité sociale.

En outre, votre rapporteur pour avis remarque que cette obligation n'est assortie d'aucune sanction ou pénalité pour en assurer l'application

¹ Sans formuler d'avis défavorable sur le fond, le Gouvernement avait demandé le retrait de l'amendement au bénéfice de l'engagement de publier une évaluation approfondie du dispositif de l'auto-entrepreneur.

² Les responsables des caisses concernées se sont inquiétés des effets de l'inscription d'auto-entrepreneurs sur la compensation démographique entre régimes de sécurité sociale, prévue par l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale.

effective. C'est pourquoi, il propose **un amendement d'amélioration rédactionnelle tendant à sécuriser sur le plan juridique la rédaction du présent article 63**, sans en aucune manière remettre en cause, sur le fond, ce dispositif qui semble devoir recueillir le consensus des deux assemblées.

2. L'assouplissement du contrôle externe de la tarification à l'activité (article 66 nouveau)

L'**article 66** introduit à l'Assemblée nationale tend à **assouplir considérablement le contrôle externe de la tarification à l'activité des établissements de santé** en introduisant la notion d'intentionnalité des manquements.

Or il s'agit du seul dispositif de vérification et de contrôle des éléments de codification des actes et des séjours pratiqués à l'hôpital et donc de leur tarification.

Compte tenu du nombre d'actes et de séjours valorisés par l'assurance maladie – 22 millions en 2009 – un contrôle exhaustif est irréaliste. Il convient donc de **disposer d'un outil de sanction dissuasif** : il s'agit d'inciter les établissements de soins à être attentifs et vigilants quant à la qualité de la codification.

C'est pourquoi, **votre rapporteur vous propose de supprimer cette disposition.**

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 3 novembre 2010 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° 84 (2010-2011), adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2011.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Ce projet de loi de financement s'inscrit dans la continuité des débats que nous venons d'avoir sur la révision du cadre organique de la gestion de la dette sociale et sur la réforme des retraites.

Les articles qui le composent, tout comme les liens étroits qu'il entretient cette année avec le projet de loi de finances, soulignent, avec acuité les difficultés de financement auxquelles est confronté notre régime de sécurité sociale. Ce dernier enregistrera un déficit de 24,8 milliards d'euros cette année et de 22,7 milliards d'euros l'an prochain. Le déficit cumulé sur la période 2011-2014 serait de 79,5 milliards d'euros, les branches maladie et vieillesse représentant respectivement 45 % et 46 % de cette somme.

La maîtrise des dépenses est un levier dont la portée se réduit au fil des ans. Sauf à vouloir redéfinir à la baisse le niveau de protection sociale, les recettes doivent aujourd'hui être significativement renforcées. Je vous présenterai un amendement en ce sens pour la CSG des retraités. Dans le cas contraire, la question des restes à charge, ou de la mise sous condition de ressources des prestations, risque de devenir une constante de nos débats alors même que nous avons conscience que ces réflexions « creusent la tombe » du système créé en 1945.

Mais peut-on vouloir ne pas augmenter les recettes et conserver un système à vocation universaliste conciliant à la fois logique contributive et redistributive ? Cette position confortable ne peut pas être tenue car cela consisterait à mentir sur l'un des deux volets de la proposition.

C'est pourquoi, j'ai choisi cette année de souligner la nécessité de définir des circuits de financement respectueux des principes que nous avons par le passé choisi de mettre en place. Cela afin de garantir autant que possible la pérennisation d'un système que nombre de nos pays voisins ont pu envier au plus fort moment de la crise. Cette ligne de conduite ne signifie ni l'absence de pragmatisme, ni le refus de la nécessaire prise en compte du contexte économique actuel, bien au contraire.

Aussi, dans la continuité des positions exprimées sur la loi de financement pour 2010, mais également lors des réunions de la commission de la dette sociale ou plus récemment sur le projet de loi organique relatif à la dette sociale, je conteste le refus du Gouvernement de ne pas procéder à

l'augmentation de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

Cette position de principe conduit à aggraver les déséquilibres financiers des régimes obligatoires de base, par la mise en place de schémas financiers « acrobatiques » qui ne font au demeurant que renforcer la nécessité d'une approche consolidée des projets de loi de finances et de financement. La question de la nécessaire sécurisation des recettes de la sécurité sociale me paraît pouvoir être illustrée par trois exemples : le refinancement de la dette sociale, le bouclage financier de la réforme des retraites et la politique relative aux allègements généraux.

Sur la question de la dette sociale, j'ai un point de désaccord majeur avec le Gouvernement. Le refinancement des 130 milliards d'euros qu'il nous est proposé de transmettre à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) entre 2011 et 2018, soit l'équivalent de dix mois de dépenses d'assurance maladie, s'appuie, à la suite du vote de l'Assemblée nationale, sur le transfert de 0,28 point de CSG initialement affectée à la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). Celle-ci, dont les charges ne cessent d'augmenter, se verrait en contrepartie affecter le panier de recettes initialement constitué pour la CADES, mais très critiqué compte tenu de la chute de plus d'un tiers de son rendement dès 2013. Il s'agit donc du fameux panier que j'ai qualifié de « percé », parce que les recettes ne sont pas pérennes. D'ailleurs, l'Assemblée nationale en a jugé de même puisqu'elle a modifié son financement. Les recettes prévues s'établissent ainsi : 3,55 milliards d'euros en 2011, 3,35 milliards d'euros en 2012 et 2,5 milliards d'euros en 2013. Les mesures constitutives de ce panier ne sont ni aussi pérennes, ni aussi dynamiques que la CSG ou la CRDS, deux bonnes raisons qui ont conduit l'Assemblée nationale à refuser l'affectation de telles recettes à la CADES.

Je m'interroge : ce qui serait mauvais pour l'un serait-il donc bon pour un autre ? La seule question est-elle donc de choisir entre la fragilisation de la CADES ou celle de la CNAF ?

Outre les difficultés de financement de la branche famille, le transfert de CSG n'est pas satisfaisant, car il nie la spécificité de la CRDS. Cette dernière, bien qu'elle soit considérée comme une imposition de toute nature, revêt une dimension particulière : elle ne finance pas des dépenses de fonctionnement actuelles, encore moins des dépenses d'avenir, elle constitue le remboursement de dépenses de protection sociale passées.

A l'heure où le Parlement vient d'accepter non seulement d'utiliser de manière anticipée le Fonds de réserve des retraites (FRR), mais aussi de prolonger de quatre années la durée de vie de la CADES, à l'heure où il vient donc de reporter sur les générations futures une charge qu'il souhaitait encore pleinement assumer il y a cinq ans, il n'est pas responsable d'accepter le schéma de refinancement de la dette qui nous est proposé. Si nous n'avions

pas rallongé en permanence la durée de vie de la CADES, celle-ci se serait éteinte le 31 décembre 2009.

Cela me semble d'autant plus inacceptable que le transfert de dette envisagé par le projet de loi de financement est loin de constituer un solde de tout compte. Sauf à vouloir nous défausser de nos responsabilités morales et financières à l'égard des générations futures, je vous proposerai de voter une augmentation de la CRDS de 0,26 point afin de préserver aussi bien le financement de la CADES que celui de la branche famille. C'est un effort raisonnable et justifié. J'y reviendrai lors de la présentation des amendements.

Les recettes de la sécurité sociale ? Elles se présentent comme une sorte de tableau « Excel » diabolique qui ne permet ni d'apprécier l'équilibre proposé, ni de s'assurer à moyen terme de l'adéquation des différentes opérations de transfert.

Le financement de la réforme des retraites devient un univers « kafkaïen ». Le panier « retraite », c'est 1,47 milliard d'euros en 2011, 1,67 milliard d'euros en 2012 et 1,68 milliard d'euros en 2013. En effet, dans le cadre de la réforme des retraites, un certain nombre de mesures ont été annoncées afin d'assurer « le bouclage financier » de la réforme. Outre l'effort de l'État, trois blocs de mesures doivent permettre le rééquilibrage des comptes du système de retraites : premièrement, les mesures contributives telles que les mesures d'âge et le relèvement des taux de cotisations ; deuxièmement, le transfert à la CADES de 18 % du besoin de financement évalué jusqu'en 2018 ; troisièmement, l'affectation de nouvelles recettes fiscales et sociales au système de retraites à hauteur de 3,86 milliards d'euros en 2011. Ce dernier point a reçu sa traduction dans le projet de loi de finances et le projet de loi de financement.

Conformément à la logique qui veut que l'impôt finance prioritairement la solidarité, et donc en matière de vieillesse les avantages non contributifs, les nouvelles recettes devraient être affectées au Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Il s'agit en premier lieu de recettes fiscales nouvelles. Les principales en sont l'augmentation des contributions sur les hauts revenus et les revenus du capital ainsi que la suppression du crédit d'impôt sur les dividendes. Afin d'affecter le produit de ce panier discuté dans le projet de loi de finances, il est proposé, toujours dans le cadre du projet de loi de finances, de flécher à due concurrence, au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), une partie de la TVA brute collectée sur certains secteurs médicaux. En contrepartie, certaines recettes de la CNAM seraient affectées au FSV : le projet de loi de financement propose ainsi d'attribuer à ce dernier le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et une partie du forfait social dont le taux est relevé de deux points en 2011 pour atteindre 6 %.

Il s'agit, en second lieu, d'augmenter le produit des prélèvements sociaux : l'augmentation de la taxation des stock-options comme celle des

« retraites chapeaux » permettront, en majorant les ressources de la CNAM ou du FSV, de consolider le schéma que je viens de décrire. Par ailleurs, afin de financer les mesures votées par le Sénat sur les retraites, le Gouvernement a fait voter à l'Assemblée nationale, en projet de loi de finances, une augmentation de 0,2 point du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, qui s'élève désormais à 2,2 % : 0,3 point est affecté au FSV.

Il s'agit enfin de procéder en faveur du FSV à un redéploiement des économies réalisées au titre des allègements généraux. Le projet de loi de financement propose d'annualiser le calcul du coût de ces allègements, qui est aujourd'hui mensuel. Cette modification devrait accroître de 2 milliards d'euros les cotisations perçues par le régime général, et réduire d'autant le coût du panier fiscal destiné à la compensation des allègements généraux. Cette économie serait fléchée vers le FSV par l'affectation d'une fraction de la taxe sur les salaires qui est aujourd'hui, dans sa totalité, dédiée au financement des allègements généraux.

Ces montages financiers sont pour le moins complexes et se révèlent particulièrement difficiles à apprécier, notamment du point de vue de l'équilibre pluriannuel des comptes des différents acteurs. En effet, le rendement et le dynamisme des recettes ne sont pas connus de manière précise, notamment en 2010, année de transition entre crise et sortie de crise.

Un exemple : le Gouvernement évalue à 350 millions d'euros le surcroît de recettes résultant du relèvement du taux du forfait social ; or, ces estimations se fondent sur les montants de participation et d'intéressement versés en 2007 et en 2008, soit des années non encore touchées par la crise.

Au-delà de la compréhension des circuits de financement créés, il est primordial de s'assurer que les « opérations de conversion » décidées pour permettre la circulation des crédits entre les différents acteurs soient calibrées de manière satisfaisante : est-ce que le montant de TVA affectée à la CNAM équivaut bien au montant de recettes fiscales devant être fléchées vers la sécurité sociale ? Est-ce que les recettes attribuées demain au FSV et aujourd'hui affectées à la CNAM correspondent au montant de recettes supplémentaires perçues par cette dernière au titre de la TVA sectorielle ? Autant de questions auxquelles il est malheureusement impossible de répondre clairement. Une des solutions consiste à mettre en place des clauses de garantie à l'instar de ce qui a été fait afin d'assurer, pour la CNAM, la neutralité de l'affectation de la TVA en lieu et place notamment de la contribution additionnelle à la C3S.

Concernant les allègements généraux, assistons-nous à la fin de la compensation ?

Un autre sujet de complexité et d'inquiétude réside dans l'évolution à court terme du dispositif des allègements généraux. Ce dernier constitue un enjeu financier majeur, aussi bien pour la Sécurité sociale que pour l'État, qui doit compenser à cette dernière le coût qu'elle supporte au titre de ces allègements.

Pour mémoire, le coût des allègements généraux serait en 2010 de 21,8 milliards d'euros et de 21,2 milliards d'euros en 2011. Ce coût est supporté à hauteur de 42 % par la CNAM et de 31,2 % par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Actuellement, la répartition du produit du panier des allègements généraux est effectuée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), au prorata des dépenses enregistrées par les différentes branches. Alors qu'en 2009, le produit du panier était supérieur au coût d'environ 370 millions d'euros, les excédents prévus pour 2010 et 2011 seraient nettement supérieurs, à hauteur de 1,7 milliard d'euros en 2010 et 2 milliards d'euros en 2011.

L'affectation de l'excédent suscite bien des convoitises. En 2009, il a été utilisé pour compléter le produit du panier fiscal destiné à compenser les exonérations relatives aux heures supplémentaires. En 2010, il serait question d'allouer cet excédent à l'Etat, afin que celui-ci puisse ensuite payer en retour, à la Sécurité sociale, les sommes qu'il lui doit au titre de la compensation de certaines exonérations ciblées : en effet, les sommes budgétées pour 2010 seraient insuffisantes au moins à hauteur de 1,5 milliard d'euros.

Pour 2011 et les années suivantes, le Gouvernement a, de manière surprenante, introduit à l'Assemblée nationale, un amendement tendant à supprimer le principe de la compensation automatique du coût des allègements généraux. Pour ce faire, il propose d'affecter définitivement à la Sécurité sociale, à l'exception du droit de consommation sur les tabacs, les impôts et les taxes qui composent ce panier. Selon M. Baroin, il s'agit d'affecter l'excédent du panier des allègements généraux, intention louable mais qui n'a malheureusement pas pu être vérifiée dans les chiffres. A titre d'exemple, la CNAF serait même perdante, ce qui est d'autant plus inacceptable que, dans la rédaction actuelle du projet de loi de financement, elle percevrait à compter de 2011 des recettes dont la pérennité n'est pas garantie. Nous reviendrons sur cette question dans le cadre de la présentation des amendements.

Au demeurant, il me semblerait particulièrement dangereux de faire sortir les allègements généraux d'un mécanisme de compensation qui permet aujourd'hui de garantir à la Sécurité sociale un niveau de ressources à la hauteur des manques à gagner induits par la politique de l'emploi mise en œuvre par l'État. Les déséquilibres sont déjà suffisamment importants sans encore chercher à les aggraver. Ceci serait d'autant plus irresponsable que notre marge de manœuvre sur les dépenses est réduite.

Du côté des dépenses, je plaide pour une maîtrise effective et un pilotage sincère des comptes sociaux. Il faut garder à l'esprit que les mesures de gestion de la dette sociale que nous propose le Gouvernement – outre les questions que soulève leur schéma de financement – ne constituent pas une réponse structurelle à la question des déficits sociaux. Ce transfert de déficits ne constitue qu'une mesure de gestion qui n'apporte pas de solution à la dynamique de la dette. Par ailleurs, deux catégories de déficits ne sont pas concernées par le schéma proposé par le Gouvernement : les déficits futurs de

la branche maladie et, ce dont on parle moins, la dette des établissements de santé.

Le schéma de reprise de dette englobe, en effet, les déficits de la branche maladie 2009 et 2010 et son déficit prévisionnel pour 2011, soit plus de 33 milliards d'euros. Cependant, contrairement aux déficits « vieillesse », rien n'est prévu pour les déficits de la branche maladie à compter de 2012. Or, à l'horizon 2014, le déficit cumulé de cette branche atteindra déjà environ 24,5 milliards d'euros. Autrement dit, la reprise de dette présentée cet automne risque de ne constituer qu'une étape dans la « fuite en avant » à laquelle nous serons confrontés si aucune mesure structurelle n'est prise.

Un autre élément est assez peu souvent mis en avant : la dette des établissements de santé. Elle atteint 21,7 milliards d'euros en 2009, soit 36,6 % de la dette des administrations de sécurité sociale. Ce niveau élevé d'endettement résulte en partie de la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » qui a conduit à d'importants projets d'investissements hospitaliers, certes nécessaires, mais qui ont été financés principalement par l'emprunt.

Face à ces déficits, quelles mesures prendre ? Le projet de loi de financement pour 2011 propose de fixer un taux d'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,9 % et à 2,8 % à compter de 2012. Comme le reconnaît lui-même le Gouvernement, il s'agit d'un « objectif ambitieux ». En effet, depuis sa création en 1997, l'ONDAM n'a progressé que deux fois en dessous d'un taux de croissance de 3 % : en 1997 et en 1999. Il n'a jamais, en tout état de cause, évolué à un rythme inférieur à 3 % deux années consécutives.

Compte tenu de l'évolution spontanée des dépenses, respecter un taux de progression de l'ONDAM en 2011 de 2,9 % suppose 2,4 milliards d'économies, ce que propose ce projet de loi par le biais de ce que certains ont pu qualifier de « mesures de gestion » devenues habituelles : baisse des tarifs, maîtrise médicalisée...

On ne pourra plus aller beaucoup plus loin en matière de maîtrise des dépenses maladie, sauf à mettre en œuvre des réformes structurelles qui sont désormais bien connues. Pour reprendre le titre de l'un de mes rapports d'information, il me semble qu'en matière de réformes structurelles, « le diagnostic est maintenant posé » et que « le traitement s'impose ». Restructurations hospitalières, convergence tarifaire, financement de la dépendance, place des complémentaires santé, l'essentiel a été dit, il faut passer aux actes.

Cependant une action sur les dépenses serait incomplète sans une amélioration du pilotage des comptes sociaux. De ce point de vue, les propositions du groupe de travail animé par Raoul Briet, sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, devraient apporter des éléments de réponse : enrichissement de l'information sur la construction de l'ONDAM, programmation de l'ONDAM dans la loi de programmation, non plus en pourcentage d'évolution par rapport à l'exécution de l'année précédente, mais

en milliards d'euros afin d'éviter les phénomènes dits de « re-basage », mise en réserve de crédits, renforcement du rôle du comité d'alerte. Je vous proposerai plusieurs amendements allant encore plus loin.

Je souhaite surtout insister sur la sincérité des projections pluriannuelles. J'y suis revenu à plusieurs reprises devant vous, notamment lors de l'examen du projet de loi sur les retraites, s'agissant des hypothèses de taux de chômage retenues.

L'annexe B du projet de loi fixe la prévision de croissance de la masse salariale pour 2011 à 2,9 % et à 4,5 % à compter de 2012. Cette projection paraît, cette année encore, très optimiste. Le taux de progression proposé à partir de 2012 n'a, en effet, été atteint ou dépassé que trois fois au cours de ces dix dernières années, à savoir en 2000, 2001 et 2007.

Un retour sur les années qui ont suivi la récession de 1993 peut nous donner, en outre, une idée de la prudence qu'il convient d'avoir en « sortie de crise ». Le rebond de la masse salariale est très progressif. Ainsi, en 1993, le PIB a régressé en volume de 0,9 % et la masse salariale a enregistré, pour la première fois depuis 1960, une diminution de 0,52 % par rapport à l'année précédente, diminution qui s'est poursuivie en 1994, avec une baisse de 0,14 %, alors que le PIB augmentait à nouveau en volume de 2,2 %. Entre 1995 et 1998, la croissance annuelle moyenne de la masse salariale a été de seulement 1,74 %.

Le caractère extrêmement volontariste des hypothèses retenues dans le projet de loi de financement risque donc à nouveau de fausser le débat parlementaire en ne permettant pas de prendre l'exacte mesure de l'ampleur des efforts à fournir pour parvenir à rééquilibrer les comptes sociaux.

Pour améliorer la sincérité de la programmation, un scénario alternatif de croissance de la masse salariale de 3,5 % à compter de 2012 aurait pour le moins été souhaitable. Il augmente de 13 milliards d'euros le déficit cumulé 2012-2014 du régime général et de 17,7 milliards celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Le projet de loi de financement pour 2011 nous interpelle une fois de plus en tant qu'élus : une gestion responsable de la dette sociale, tout comme la sécurisation des recettes et un pilotage sincère des comptes sociaux doivent constituer notre « feuille de route ».

Les amendements que je vous propose s'inscrivent dans cette logique et, sous réserve de leur adoption, je consentirai à vous proposer de donner un avis favorable à l'adoption de ce projet de loi.

M. Jean Arthuis, président. – Merci pour cette contribution à notre lucidité. Nous atteignons ici les limites du ravaudage, du rafistolage, comme ce fut le cas, en son temps, pour la caisse d'amortissement de la dette de la SNCF. On a transféré 134 milliards d'euros à la Cades et on a remboursé 48 milliards d'euros. Nous nous apprêtons aujourd'hui à lui transférer 130 milliards entre 2011 et 2018.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Il y aura effectivement 68 milliards d'euros transférés à la CADES pour les déficits du régime général 2009, 2010 et prévisionnels pour 2011 de la branche famille et maladie, et 62 milliards supplémentaires pour les déficits prévisionnels de la CNAV entre 2012 et 2018, ces estimations reposant sur des hypothèses économiques très volontaristes.

M. Jean Arthuis, président. – En outre, le Fonds de réserve des retraites va servir à financer ces déficits. Nous allons maintenant ouvrir le débat.

M. Serge Dassault. – Comme vous venez de le démontrer, nous avons un problème de recettes. Ne serait-il pas temps de chercher d'autres modes de financement, en évitant de faire peser la protection sociale sur les salaires ? Pourquoi ne pas explorer d'autres voies, comme la « TVA sociale » ou une contribution assise sur le chiffre d'affaire auquel on retrancherait la masse salariale ? Une telle évolution permettrait-elle de couvrir à la fois les déficits de la maladie, de la vieillesse et de la famille ? Sans doute pas. Mais procédons à des simulations pour y voir plus clair. Nous ne pouvons rester les bras croisés alors que la situation s'aggrave et qu'une faillite générale s'annonce.

De plus, ne faudrait-il pas réduire les avantages que la Sécurité sociale accorde aux étrangers ? La générosité a du bon, mais il faut nous imposer des limites.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Ces propositions dépassent mes compétences, mais il nous faut assurément trouver des recettes supplémentaires. Le directeur général de la CNAM en est d'ailleurs bien d'accord.

Il faut rendre hommage à la gestion exemplaire de la Sécurité sociale : sans bruit, elle a réduit ses effectifs et modernisé sa gestion. Nous sommes aujourd'hui confrontés à une insuffisance structurelle de recettes.

M. Jean Arthuis, président. – La seule chose qu'on ne peut pas imaginer, c'est d'utiliser la TVA pour financer les retraites.

M. Éric Doligé. – Ce qui me choque toujours, c'est que nous n'envisageons le social que sous la forme de recettes et de dépenses. Pourquoi ne pas s'interroger sur le niveau des prestations ? Certaines d'entre elles ne sont-elles pas trop élevées ou ne touchent-elles pas un public trop large ? Devant l'envolée des budgets sociaux des collectivités territoriales, on se demande parfois s'il ne serait pas possible de mieux cerner les bénéficiaires. Certains systèmes étrangers sont à l'équilibre, mais est-ce parce que les recettes sont supérieures ou parce que le nombre des bénéficiaires est plus réduit que chez nous ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Le Gouvernement annonce chaque année des réductions de dépenses. Mais les réformes structurelles progressent peu, qu'il s'agisse du mode de prise en charge des

malades atteints d'affections de longue durée, ou du partage des rôles entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire .

La réforme de l'hôpital et la convergence des tarifs restent à faire.

Quand je suis arrivé au Sénat il y a cinq ans, j'ai fait un rapport sur le dossier médical personnel (DMP). Depuis, on n'a pas beaucoup avancé ! J'ai récemment interpellé le ministre en séance sur cette question. Par manque d'informations, on a des examens redondants, des traitements qui ne sont pas pertinents. J'entends parler des bonnes pratiques, mais aucune vérification n'est possible puisqu'un système d'information fiable fait défaut. Aujourd'hui, très peu d'hôpitaux sont capables d'envoyer des comptes rendus opératoires aux médecins traitants. Il y aurait beaucoup à gagner à mener à bien cette réforme des hôpitaux.

Chaque année, le Gouvernement nous propose certes des mesures d'économie, mais le fond du problème n'est pas réglé. Les médicaments inefficaces sont moins remboursés : ceci dit en passant, on se demande bien pourquoi ils ne sont pas totalement déremboursés. Il est encore possible d'agir sur les tarifs de certaines professions de santé, mais tout cela est à la marge. Des recettes supplémentaires sont indispensables.

Il faudrait tout d'abord que nous soyons capables de rembourser nos feuilles de maladie : ce sont des dépenses de fonctionnement quotidiennes. C'est pourquoi je vais vous proposer d'augmenter de 0,26 point la CRDS, soit 3,40 euros par mois pour un salarié rémunéré au SMIC. Une telle augmentation permettrait d'éviter tout ce rafistolage.

Nous ne pouvons plus, mes chers collègues, en rester à des clivages politiques classiques : on ne peut continuer à prétendre qu'il est impensable d'augmenter les prélèvements obligatoires alors que les prix de l'électricité et du gaz flambent, ce qui pénalise les ménages à faibles revenus.

Mme Nicole Bricq. – Oui, mais le Gouvernement vous répondra que l'on n'est pas obligé de se chauffer !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Nous devons rembourser notre dette sociale. Avec ce projet de loi de financement, ou c'est la CADES, ou c'est la CNAF : on déshabille Pierre pour habiller Paul ! C'est pourquoi je vous propose divers amendements pour remédier à cette situation.

M. Jean Arthuis, président. – Très bonne transition : nous allons passer à l'examen de vos amendements qui proposent plusieurs scénarios.

Examen des amendements

Articles additionnels avant l'article 9

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Dans le projet de loi de financement initial, le refinancement de la dette sociale était, en partie, assuré par l'affectation d'un panier de recettes qui se caractérise par la chute de son rendement dès 2013. L'Assemblée nationale a souhaité remédier à cette situation en affectant à la CADES une fraction de la CSG allouée à la branche

Famille, qui en contrepartie reçoit le fameux « panier percé ». Pourquoi s'en prendre à la CNAF alors que la CADES est couverte par une loi organique ?

M. Jean Arthuis, président. – Le panier percé, c'est le produit d'une taxe sur une réserve d'assurance qui est de l'ordre de 17 milliards et qui a été constituée lorsque les compagnies d'assurance faisaient des plus-values sur les titres obligataires. Pour faire bonne mesure, on prend 1,7 milliard d'euros en deux ans, mais après, il n'y aura plus rien, sauf à mettre une taxe supplémentaire.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Le Gouvernement n'est pas à l'aise sur ce point et il a laissé faire l'Assemblée nationale.

J'ai donc élaboré trois scénarios.

Le premier, qui a ma préférence, prévoit l'augmentation de 0,26 point de CRDS, ce qui permettrait de sécuriser les recettes de la CADES, de ne pas remettre en cause le financement de la CNAF et de bénéficier de recettes supplémentaires, dont une partie servirait à réduire le déficit du FSV.

Il est également proposé d'affecter l'excédent du panier des allègements généraux à la CNAM.

Scénario 2 : en l'absence de l'augmentation du taux de CRDS, je propose de sécuriser le financement de la CNAF, en revenant à la proposition initiale du Gouvernement, qui consiste à affecter un panier de recettes à la CADES. Ce panier est insuffisant, mais le financement de la CADES bénéficie d'une protection organique que ne possède pas la CNAF. Il est également proposé d'affecter l'excédent du panier des allègements généraux à la CNAM.

M. Philippe Dallier. – Quelle est la nature de cette obligation ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Elle figure dans la loi organique.

Mme Nicole Bricq. – Mais elle n'est pas respectée ! Le Gouvernement s'est totalement affranchi des règles qui figurent dans la loi organique. D'ailleurs, vous reconnaissez que le panier est insuffisant.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Il ne vous a pas échappé que j'étais favorable au scénario 1 !

M. Jean Arthuis, président. – En outre, le Conseil constitutionnel pourrait très bien considérer que ces schémas de financement doivent être censurés car contraires à la loi organique.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – J'en viens au scénario 3. Si l'augmentation du taux de la CRDS n'a pu être votée et si le financement de la CNAF n'a pu être sécurisé, il convient de garantir les ressources de cette dernière en lui affectant, par principe et par priorité, l'excédent du panier des allègements généraux.

Dans les trois *scenarii*, le mécanisme de compensation du coût des allègements généraux est maintenu.

Je vais maintenant présenter mes amendements : j'ai besoin d'avoir votre soutien pour que nous essayions en séance de nous en sortir au mieux.

M. Philippe Dallier. – Si le scénario 1 est repoussé, il faut absolument que nous sécurisions la CNAF, sinon les collectivités locales vont en supporter les conséquences, une fois de plus. Nous avons tout intérêt à en revenir au texte du Gouvernement.

M. Jean Arthuis, président. – Nos collègues de la commission des affaires sociales ont adopté le premier scénario et il serait fâcheux que la commission des finances se montrât moins exigeante. Je le vivrais comme une blessure.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Je vous présente donc l'amendement n°1 qui augmente de 0,26 point le taux de la CRDS. J'espère que dans votre esprit il reste encore un Parlement ! Nous pouvons décider de l'augmentation de la CRDS : c'est quand même nous qui votons la loi ! On ne peut nous opposer l'argument selon lequel on ne peut augmenter les prélèvements obligatoires sur les ménages modestes, ou alors, *quid* de la hausse des tarifs de l'énergie ?

Mme Nicole Bricq. – Le Gouvernement vous répondra que ce n'est pas une augmentation des prélèvements obligatoires et que l'on n'est pas obligé de se chauffer !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Comme je l'ai dit tout à l'heure, pour une personne au SMIC, l'augmentation que je propose représente moins de 40 euros par an. Et cela nous permettrait de nous libérer de l'abomination que je vous ai décrite.

Si nous n'avions pas faibli, la CADES n'existerait plus aujourd'hui. Essayons de discuter et de convaincre le Gouvernement.

M. Jean Arthuis, président. – Nous sommes tous d'accord pour réduire les dépenses, mais d'année en année, nous accumulons une dette que nous logeons dans la CADES. Dans les années 1990, le Gouvernement en avait fait de même avec la dette de la SNCF. Si nous sommes attachés à une solidarité intergénérationnelle, nous devons voter l'amendement n° 1. À un moment, le Parlement se doit d'exprimer ses convictions.

L'amendement n°1 est adopté.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Avec l'amendement n° 2, il s'agit d'élargir l'assiette de la CRDS aux plus-values immobilières réalisées à l'occasion de la vente de la résidence principale. À l'heure où le Parlement revient sur deux des engagements pris envers les générations futures – durée de vie de la CADES et utilisation anticipée du FRR – il serait justifié que tous les revenus perçus par les générations actuelles soient soumis à la CRDS.

L'amendement n° 2 est adopté

Article 9

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 3 est la traduction de ce que nous venons de voter. Il propose d'affecter au FSV le produit de la taxation des contrats d'assurance en multisupports.

L'amendement n° 3 est adopté.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Avec l'amendement n° 4, nous en arrivons au scénario 2 : nous proposons d'en revenir au texte du Gouvernement. La CADES trouvera son financement, compte tenu de la loi organique : l'affectation à la CADES d'un panier spécifique de recettes assorti d'une clause de garantie.

M. Jean Arthuis, président. – Il serait en effet pour le moins étrange, alors que nous parlons de l'avenir, de remettre en cause la politique familiale.

L'amendement n° 4 est adopté.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 5 sécurise le financement de la CNAF.

L'amendement n° 5 est adopté

Article 12 bis (nouveau)

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 6 affecte les excédents du panier des allègements généraux à la CNAM.

L'amendement n° 6 est adopté.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Nous en arrivons au scénario 3 avec cet amendement n° 7 : si nous ne sommes pas parvenus sécuriser les financements de la CNAF, il convient de prévoir l'affectation en priorité de l'excédent des allègements généraux à cette caisse.

L'amendement n° 7 est adopté.

Article 14

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 8 est la conséquence des amendements n° 6 et 7.

L'amendement n° 8 est adopté.

Article additionnel après l'article 15

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 9 est lourd : lorsqu'on est retraité, la CSG qui frappe les pensions est légèrement inférieure. Nous proposons d'aligner les seules pensions imposées au taux de 6,6 %, soit les retraites moyennes et hautes.

M. Jean Arthuis, président. – A partir de quel montant de retraite cette disposition s'appliquerait-elle ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Je dois vérifier. Les personnes exonérées de CSG ou taxées à 3,8 % ne seraient pas concernées. Seules celles imposées à 6,6 % le seraient. Une telle mesure rapporterait 1,7 milliard d'euros.

M. Jean Arthuis, président. – Qu'est-ce qui justifie qu'une pension ne soit pas soumise au même taux de CSG ? Notre République est devenue terriblement inégalitaire et pour maintenir ces inégalités, elle s'endette.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Tout le monde doit participer au financement des retraites : les retraités sont les seuls qui disposent encore d'un peu de pouvoir d'achat.

Le Gouvernement va nous dire que cette augmentation pourrait financer le cinquième risque. Mais votons cette mesure dès 2011 pour ne pas perdre 1,7 milliard d'euros.

M. Jean Arthuis, président. – Je propose de mettre cet amendement en réserve en attendant de savoir quelles seraient les personnes touchées par cette mesure.

L'amendement n° 9 est réservé.

Article 29 (Annexe B)

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n°10 propose d'harmoniser la présentation de l'évolution de l'ONDAM dans le présent projet de loi et le projet de loi de programmation des finances publiques.

L'amendement n°10 est adopté.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 11 prévoit d'ajouter un deuxième scénario à celui du Gouvernement retenu dans la programmation pluriannuelle : ce dernier prévoit une évolution de la masse salariale de 4,5 % en 2012. Nous proposons une hausse plus modérée de 3,5 % qui me paraît, hélas !, plus probable et qui se traduit par un accroissement du déficit du régime général de 13 milliards d'euros.

L'amendement n° 11 est adopté.

Article 34

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 12 abaisse le seuil d'alerte du dépassement de l'ONDAM de 1 % à 0,5 %. Cela nous permettrait de régir plus tôt en cas de dépassement de l'ONDAM.

L'amendement n°12 est adopté.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 13 rend systématique l'avis du Comité d'alerte sur la construction de l'ONDAM dont la construction demeure absconde.

L'amendement n° 13 est adopté.

Article additionnel après l'article 42 quater

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 14 est important : il permet la signature de conventions de coopération entre les hôpitaux militaires et les établissements civils de santé. L'armée détient neuf hôpitaux et ils représentent à eux seuls la moitié du déficit des établissements civils de santé. François Trucy est d'accord avec cet amendement. Il ne s'agit pas de s'en prendre aux hôpitaux militaires, mais d'assurer une mutualisation des moyens entre l'offre de soins civile et militaire.

M. Jean Arthuis, président. – C'est un vrai sujet car les hôpitaux militaires sont financés par le ministère de la défense mais à chaque fois qu'ils soignent des parlementaires ou des civils, la Sécurité sociale les rembourse.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – S'ils sont en déficit, c'est parce qu'ils ont des dépenses de personnel beaucoup plus importantes que dans le privé. Les déficits sont absolument effrayants.

L'amendement n°14 est adopté.

Article 45

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n°15 traite de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) pour lequel j'ai une grande affection depuis la grippe A. Cet établissement continue à avoir des dépenses prévisionnelles élevées. Il convient de réduire de 20 millions la dotation de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2011 et de la ramener ainsi à zéro.

L'amendement n°15 est adopté.

Article 45 ter

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 16 est plus technique : il propose de supprimer la fongibilité symétrique de certaines enveloppes de crédits de deux fonds médico-hospitaliers gérés par les ARS. Il s'agit du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sur lesquels je suis en train de mener une mission de contrôle. La fongibilité rendra plus complexe le suivi des crédits de ces deux fonds. Je propose, en contre partie, d'améliorer la procédure de « déchéance » des crédits non utilisés du FMESPP.

L'amendement n°16 est adopté.

Article 59

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 17 propose de supprimer l'article 51 tendant à prévoir la création d'un fonds de performance de la Sécurité sociale qui me semble totalement inutile. La commission des affaires sociales en pense d'ailleurs de même. Ainsi, l'étude d'impact estime que « le fonds sera amené à contribuer à l'urbanisation

des systèmes d'information ; en matière de ressources humaines, à disposer de diagnostics partagés, voire de plans d'action partagés entre tous les opérateurs, à la convergence des outils et des pratiques de gestion des usagers : accueil téléphonique, gestion des courriers électroniques ». Franchement, je pense que l'on peut s'en passer.

L'amendement n° 17 est adopté.

Article 63 (nouveau)

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 18 traite des auto-entrepreneurs : le ministre est très fier de leur nombre mais il oublie que 60 % de ces personnes ne déclarent aucun chiffre d'affaires. Ils ne cotisent donc à rien. Le président Arthuis avait souhaité instaurer une obligation de déclaration et des sanctions. Tel est l'objet de l'amendement.

M. Adrien Gouteyron. – Une telle mesure est d'autant plus nécessaire que le nombre d'auto-entrepreneurs ne cesse d'augmenter.

L'amendement n° 18 est adopté.

Article 66 (nouveau)

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 19 supprime l'article 66, qui assouplit considérablement le contrôle externe de la tarification à l'activité des établissements de santé. Or, près de 22 millions d'actes sont effectués tous les ans et ils doivent être contrôlés par la CNAM.

M. Éric Doligé. – On pourrait demander à François Trucy d'effectuer une mission sur l'efficacité des hôpitaux militaires.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Je ne sais s'il ira jusque là, car il juge très sévère le rapport de la Cour des comptes sur les hôpitaux militaires.

M. Jean Arthuis, président. – Nous pourrions en reparler lorsque nous examinerons les crédits de la mission défense.

L'amendement n° 19 est adopté

Article additionnel après l'article 15 (précédemment réservé)

Nous revenons à l'amendement n° 9 qui a été réservé.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Les personnes exonérées sont celles pour lesquels le montant des revenus retenus pour l'imposition sur le revenu est inférieur à 23 224 euros pour la première part du quotient familial. Je pense que les retraités qui perçoivent des pensions supérieures à ce montant pourraient faire cet effort.

L'amendement n° 9 est adopté.

M. Jean Arthuis, président. – Je fais l'hypothèse que dans les mois qui viennent, nous n'auront pas que des décisions populaires à prendre, mais le fait de ne pas prendre ces décisions n'est-il pas un facteur anxigène pour

l'opinion publique ? Cela pourrait peser sur la santé de nos concitoyens et donc sur le déficit de l'assurance maladie ...

La commission des finances a alors émis un avis favorable à l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, sous réserve des amendements qu'elle propose.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 9

Avant l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

A la fin de la première phrase de l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, le pourcentage : « 0,5 pour cent » est remplacé par le pourcentage : « 0,76 pour cent ».

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 9

Avant l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase du I de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, insérer une phrase ainsi rédigée :

« Pour la détermination de l'assiette de cette contribution, il n'est pas fait application des 1°, 2° et 3° du II de l'article 150 U du code général des impôts. »

ARTICLE 9

Après l'alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 10° *septies* Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euro des contrats d'assurance-vie multi-supports. »

ARTICLE 9

I. Alinéa 17

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

« 3° Le produit de la taxe mentionnée au deuxième alinéa du 2° *bis* de l'article 1001 du code général des impôts ;

« 4° Le prélèvement exceptionnel sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;

« 5° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euro des contrats d'assurance-vie multi-supports ;

II. Après l'alinéa 20

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les prévisions, figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale et dans la loi de finances, des montants cumulés pour une année des ressources mentionnées au présent article, à l'exclusion de celles prévues aux 6° et 7°, sont inférieures à la somme des prévisions, pour la même année, du rendement de 0,76 % de l'assiette des contributions mentionnées au 1° et du rendement de 0,2 % de l'assiette des contributions mentionnées au 2°, les taux des contributions mentionnées au 1° sont augmentés de façon à compenser cette différence. Cette disposition s'applique sans préjudice du mode de financement retenu pour les transferts de dette prévus postérieurement à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2011. »

ARTICLE 9

I. Alinéas 38 à 40

Supprimer ces alinéas

II. Alinéa 42 à 45

Supprimer ces alinéas

ARTICLE 12 BIS (NOUVEAU)

Rédiger ainsi cet article :

I. - Le 2 du III de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque que ce produit est supérieur au montant constaté de la perte de recettes liée aux mesures d'allègements de cotisations sociales mentionnées au I, l'excédent est versé à la caisse mentionnée au 1° du 1 du III. »

II. - La perte de recettes résultant pour l'État du I ci-dessus est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

ARTICLE 12 BIS (NOUVEAU)

Rédiger ainsi cet article

I. - Le 2 du III de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est complété par les dispositions suivantes :

« Lorsque que ce produit est supérieur au montant constaté de la perte de recettes liée aux mesures d'allègements de cotisations sociales mentionnées au I, l'excédent est versé :

« - par priorité, à la caisse mentionnée au 2° du 1 du III, si le produit des taxes et prélèvements mentionnés aux 5°, 6° et 7° de l'article L. 241-6 est inférieur au rendement de 0,28 % de l'assiette des contributions mentionnées au I de l'article L. 136-8 ;

« - pour le solde, à la caisse mentionnée au 1° du 1 du III. »

II. - La perte de recettes résultant pour l'État du I ci-dessus est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

ARTICLE 14

Alinéa 2

Rétablir cet alinéa dans la rédaction suivante :

1° Au début du 1° du II de l'article L. 131-8 sont insérés les mots :
« Une fraction égale à 83,3 % de » ;

Alinéa 5

Remplacer les mots :

Une fraction fixée à l'article L. 131-8 du présent code
par les mots :

Une fraction égale à 16,7 %

Alinéa 23

Rétablir cet alinéa dans la rédaction suivante :

III. – Les dispositions du 1° et du *a* du 2° du I s'appliquent à compter du 15 février 2011.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 15

Après l'article 15, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° du II est ainsi rédigé :

« 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions d'invalidité. » ;

2° Le 4° du IV est ainsi modifié :

a) le *a*) est ainsi rédigé :

« *a*) sous réserve des dispositions du *g* et du *h*, de 5,25 % pour les contributions mentionnées au 1° du 1 ; » ;

b) le *g*) est ainsi rédigé :

« *g*) sous réserve des dispositions du *h*, de 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ; » ;

c) il est ajouté un *h*) ainsi rédigé :

« *h*) de 5,25 % pour les pensions de retraite. ».

ARTICLE 29

(ANNEXE B)

Alinéa 1 de l'annexe B, tableau, dernière ligne

Rédiger ainsi cette ligne :

Objectif national de dépenses d'assurance maladie (en valeur - en milliards d'euros)	162,4	167,1	171,8	176,6	181,6
---	-------	-------	-------	-------	-------

ARTICLE 29

(ANNEXE B)

Compléter l'annexe par un paragraphe ainsi rédigé

IV - Un scénario alternatif

Dans un scénario alternatif où la croissance en moyenne annuelle de la masse salariale serait de 3,5 % en 2012, 2013 et 2014, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes s'établissent comme suit :

	Régime général						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Maladie						
Recettes	140,7	139,7	143,2	147,8	153,1	158,7	164,5
Dépenses	145,2	150,3	154,6	159,3	164,0	169,1	174,5
Solde	-4,4	-10,6	-11,4	-11,5	-10,9	-10,4	-10,0
	Accidents du travail/Maladies professionnelles						
Recettes	10,8	10,4	10,9	11,7	12,1	12,5	13,0
Dépenses	10,5	11,1	11,3	11,6	11,8	12,1	12,3
Solde	0,2	-0,7	-0,5	0,1	0,3	0,4	0,7
	Famille						
Recettes	57,2	56,1	50,7	52,6	54,0	54,5	56,2
Dépenses	57,5	57,9	53,3	55,2	56,8	58,6	60,2
Solde	-0,3	-1,8	-2,6	-2,6	-2,8	-4,1	-4,0
	Vieillesse						
Recettes	89,5	91,5	93,8	100,0	102,9	106,2	109,9
Dépenses	95,1	98,7	102,4	106,8	110,7	115,2	119,3
Solde	-5,6	-7,2	-8,6	-6,9	-7,8	-9,0	-9,4
	Toutes branches - consolidé						
Recettes	293,1	292,4	293,3	306,6	316,6	326,2	337,5
Dépenses	303,3	312,7	316,5	327,5	337,8	349,2	360,4
Solde	-10,2	-20,3	-23,1	-20,9	-21,2	-23,0	-22,9

Ensemble des régimes obligatoires de base							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie							
Recettes	164,0	163,2	167,1	172,2	178,4	184,8	191,6
Dépenses	168,1	173,6	178,4	183,5	189,3	195,3	201,8
Solde	-4,1	-10,4	-11,2	-11,3	-10,9	-10,5	-10,2
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	12,3	11,8	12,2	13,1	13,5	14,0	14,3
Dépenses	12,1	12,5	12,7	12,9	13,2	13,4	13,7
Solde	0,2	-0,6	-0,4	0,1	0,3	0,6	0,6
Famille							
Recettes	57,7	56,6	51,2	53,1	54,5	55,0	56,7
Dépenses	58,0	58,4	53,8	55,7	57,3	59,1	60,7
Solde	-0,3	-1,8	-2,6	-2,6	-2,8	-4,1	-4,0
Vieillesse							
Recettes	175,3	179,4	184,0	193,7	198,0	202,8	207,9
Dépenses	180,9	188,4	194,6	202,3	208,0	214,7	221,1
Solde	-5,6	-8,9	-10,5	-8,5	-10,0	-11,9	-13,2
Toutes branches - consolidé							
Recettes	404,2	405,6	409,3	426,6	438,7	450,8	464,6
Dépenses	414,0	427,3	434,1	448,9	462,1	476,7	491,2
Solde	-9,7	-21,7	-24,8	-22,3	-23,4	-25,9	-26,6
Fonds de solidarité vieillesse							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	15,4	12,9	13,3	18	18,7	19,4	20,5
Dépenses	14,5	16	17,6	21,9	22,5	22,7	23,1
Solde	0,8	-3,2	-4,3	-3,8	-3,8	-3,3	-2,5

ARTICLE 34

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

1° *bis* Dans la première phrase du dernier alinéa, le taux : « 1 % » est remplacé par le taux : « 0,5 % » et la deuxième phrase du même alinéa est complétée par les mots : « à hauteur du dépassement estimé ».

ARTICLE 34

Alinéa 5

Rédiger comme suit cet alinéa :

« Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté ».

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 42 QUATER

Après l'article 42 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6131-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6131-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6131-2-1.* - Aux fins mentionnées à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander au service de santé des armées de signer une convention autorisant des coopérations entre les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées situés dans le ressort territorial de ladite agence régionale de santé.

« Le directeur général transmet sa demande au service de santé des armées, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

« Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le service de santé des armées, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour qu'une telle convention soit signée. »

ARTICLE 45

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

ARTICLE 45 TER

Rédiger comme suit cet article :

Le IV de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

1° dans le deuxième alinéa, les mots : « à son profit » sont supprimés ;

2° il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les sommes prescrites en application des deux alinéas précédents sont restituées aux régimes obligatoires d'assurance-maladie. Elles sont versées à la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés, qui les répartit entre les régimes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. »

ARTICLE 59

Supprimer cet article.

ARTICLE 63 (NOUVEAU)

Rédiger ainsi cet article :

I. - L'article L. 133-6-8-1 du même code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les bénéficiaires du régime prévu au présent chapitre déclarent et acquittent les montants dus, même en l'absence de chiffre d'affaires ou de recettes effectivement réalisées, dans les conditions et sous les sanctions prévues par le présent code. Les modalités d'application des dispositions prévues aux chapitres 3 et 4 du titre 4 du livre deuxième du présent code, et notamment les majorations et pénalités applicables en cas de défaut ou de retard de déclaration ou de paiement, sont déterminées par décret en conseil d'Etat. En l'absence de déclaration ou de paiement pendant une période déterminée par décret, le bénéficiaire perd le bénéfice du régime. »

II. - Les dispositions du I sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2011.

ARTICLE 66

Supprimer cet article.