

N° 57

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

Annexe au procès-verbal de la séance du 10 novembre 2004

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2005, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome V : Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, président ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Campion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, vice-présidents ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Claude Bertaud, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontes, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Christiane Kammermann, M. André Lardeux, Mme Raymonde Le Texier, MM. Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Jackie Pierre, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vassel, Paul Vergès, André Vézinhel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^e législ.) : 1830, 1876, 1877 et T.A. 341

Sénat : 53 et 58 (2004-2005)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

Pages

EXAMEN DES ARTICLES.....	7
TITRE PREMIER - ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	7
• <i>Article premier</i> Approbation du rapport annexé	7
TITRE PREMIER BIS (NOUVEAU) - CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	10
• <i>Article premier bis (nouveau)</i> (art. L. 132-3-2 du code des juridictions financières) Modalités du contrôle de gestion des établissements de santé par la Cour des comptes	10
• <i>Article premier ter (nouveau)</i> (art. L. 131-8 du code de la sécurité sociale) Rapport au Parlement sur les compensations d'exonérations par l'État	12
• <i>Article premier quater (nouveau)</i> (art. L. 127-1 du code de la sécurité sociale) Modernisation des conventions d'objectifs et de gestion	13
• <i>Article premier quinquies (nouveau)</i> Rapport sur la situation du fonds de financement des prestations sociales agricoles	14
TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	16
• <i>Article 2</i> (art. L. 651-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale) Assujettissement des institutions financières à la contribution sociale de solidarité des sociétés	16
• <i>Article 2 bis (nouveau)</i> Modalités de recouvrement des indus par les caisses de sécurité sociale	18
• <i>Article 2 ter (nouveau)</i> (art. L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale) Modification du régime de la procédure de recours contre tiers	19
• <i>Article 3</i> (article 13 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées) Mesures garantissant la continuité des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	20
• <i>Article additionnel après l'article 3</i> (art. L. 241-2 et L. 245-7 du code de la sécurité sociale) Impositions affectées à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	22
• <i>Article 4</i> Prévision de recettes pour 2005	23
• <i>Article 5</i> Prévisions révisées de recettes pour 2004	26
• <i>Article 5 bis (nouveau)</i> (art. L. 241-2 du code de la sécurité sociale) Modification du taux de droit de consommation sur les tabacs affectés à la Caisse d'assurance maladie	27
TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE	28
• <i>Article additionnel avant l'article 6</i> (art. L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale) Identification des médecins hospitaliers et des médecins de centres de santé	28
• <i>Article 6</i> (art. L. 162-26 du code de la sécurité sociale, articles 24, 25 et 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour	

2004, article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et art. L. 4311-13 du code de la santé publique) Tarification à l'activité	29
• Article 6 bis (nouveau) (art. L. 161-39 du code de la sécurité sociale) Information de la Haute autorité de santé	32
• Article 7 (article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale) Avances de trésorerie aux établissements privés et aux professionnels exerçant à titre libéral dans ces établissements	32
• Article 8 (art. L. 753-4 du code de la sécurité sociale) Possibilité de majorations des prix et des tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux dans les départements d'outre-mer	34
• Article 9 (article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001) Financement et missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	36
• Article 10 (art. L. 162-22-2, L. 162-22-9, L. 174-1-1, L. 227-1 du code de la sécurité sociale et art. L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles) Fongibilité entre les différentes enveloppes de l'ONDAM	38
• Article additionnel après l'article 10 (art. L. 162-47 du code de la sécurité social) Attributions des missions régionales de santé	40
• Article 11 (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale) Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux élèves de cinquième	41
• Article 12 (art. L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale et art. L. 722-24-1 du code rural) Affiliation des enseignants et documentalistes contractuels ou agréés des établissements privés sous contrat au régime d'assurance maladie des fonctionnaires	42
• Article 13 Dotations de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville	44
• Article additionnel avant l'article 14 (art. L. 162-31 du code de la sécurité sociale) Lutte contre les fraudes et les abus d'utilisation de la carte Vitale	45
• Article 14 Dotations de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)	46
• Article 15 (article 51 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Participation de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de prophylaxie et de traitement nécessaires en cas de menace sanitaire grave	50
• Article 15 bis (nouveau) (art. L. 133-4 du code de la sécurité sociale) Recouvrement des indus par les caisses d'assurance maladie auprès des établissements de santé	52
• Article 15 ter (nouveau) (art. L. 141-1 du code de la sécurité sociale) Extension du domaine de l'expertise médicale	53
• Article 15 quater (nouveau) (art. L. 711-7 du code de la sécurité sociale) Contribution forfaitaire due par les assurés	54
• Article 16 Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2004	55
• Article 17 Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2005	55
• Article 18 Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2005	56
TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE	57

SECTION 1 - BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	57
• <i>Article 19 Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)</i>	57
• <i>Article 20 Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)</i>	58
• <i>Article 21 Contribution des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)</i>	61
• <i>Article 21 bis (nouveau) (article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999) Procédure d'inscription sur la liste des entreprises ouvrant droit au bénéfice de la cessation d'activité</i>	64
• <i>Article additionnel après l'article 21 bis (art. L. 242-5 du code de la sécurité sociale) Equilibre financier de la branche accidents du travail et maladies professionnelles</i>	65
• <i>Article 22 Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	66
• <i>Article 23 Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2005</i>	67
SECTION 2 - BRANCHE FAMILLE	69
• <i>Article 24 A (nouveau) (art. L. 122-26 du code du travail) Allongement de la durée du congé de maternité en cas de naissance prématurée</i>	69
• <i>Article 24 (art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale) Majoration de la prime d'adoption</i>	71
• <i>Article 25 (art. L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles) Réforme du mode de financement de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)</i>	72
• <i>Article 26 Prise en charge par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) des majorations de pension pour enfants</i>	75
• <i>Article 27 Fixation de l'objectif national de dépenses de la branche famille pour 2005</i>	76
SECTION 3 - BRANCHE VIEILLESSE	78
• <i>Article 28 (articles 18 et 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz) art. L. 135-6, L. 135-7, L. 135-7-1, L. 135-7-2 et L. 135-8 du code de la sécurité sociale) Modalités de versement de la soulte due par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) en contrepartie de son adossement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV)</i>	78
• <i>Article 29 Régime de retraite anticipée des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)</i>	85
• <i>Article 30 Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2005</i>	90
TITRE V - OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2004	94
• <i>Article 31 Objectifs de dépenses révisés pour 2004</i>	94
TITRE VI - MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE	96

- *Article 32 (art. L. 138-7, L. 138-17, L. 138-19 à L. 138-21, L. 245-3 et L. 245-5-
du code de la sécurité sociale) Dispositions relatives au recouvrement de
certaines contributions* 96
- *Article 32 bis (nouveau) (art. L. 212-3 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale)
Mission de la caisse maritime d’allocations familiales* 98
- *Article 33 (art. L. 174-2, L. 174-2-1 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale et
article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la
sécurité sociale pour 2004) Facturation par les établissements de santé aux
caisses d’assurance maladie* 99
- *Article 34 (art. L. 114-6 du code de la sécurité sociale) Amélioration de la
qualité des comptes sociaux* 101
- *Article 34 bis (nouveau) (art. L. 114-7 du code de la sécurité sociale) Création
d’un mécanisme d’alerte des dépenses de sécurité sociale* 102
- *Article 35 Fixation des plafonds d’avance de trésorerie pour 2005* 103

TRAVAUX DE LA COMMISSION 105

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

-

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Article premier

Approbation du rapport annexé

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport qui lui est annexé, présentant « les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier ».

I - Le dispositif proposé

Le projet de loi de financement pour 2005 constitue l'occasion d'une respiration dans un cycle majeur d'adaptation de notre protection sociale.

Après la conduite de la double réforme des retraites et de l'assurance maladie, la définition d'objectifs de santé publique dans un cadre pluriannuel, l'amélioration de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapés, le rapport annexé sur « *les orientations et objectifs de la politique de santé et de sécurité sociale* » revêt nécessairement une connotation rétrospective. Il évite pourtant le double écueil d'un tel exercice : le regard en arrière et l'autosatisfaction.

Les prochaines étapes jalonnant dans les mois à venir la mise en œuvre des acquis (installation des groupements régionaux de santé publique, plan Alzheimer, suivi de la montée en charge de la réforme des retraites) sont présentées sans pour autant éluder les chantiers à venir dont certains sont d'importance : la réorganisation de la branche accidents du travail-maladies professionnelles et les échéances de la politique familiale, auxquelles participent déjà certains articles du projet de loi (création d'une contribution amiante, doublement de la prime d'adoption).

Contrairement à la pratique suivie lors des deux années précédentes, le présent article a été réservé, lors du débat à l'Assemblée nationale, pour être examiné à la fin de la discussion du texte¹. Ce report a provoqué l'opposition désormais traditionnelle du député UDF Jean-Luc Prél, partisan « *d'examiner [le rapport] en début de discussion pour financer ensuite les actions arrêtées* ». Il en suggéra d'ailleurs ensuite la suppression au motif que la réserve témoignerait de son inutilité.

Mais, en dépit de son absence de valeur normative², l'adoption dudit rapport constitue une obligation organique posée par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel le Parlement ne peut déroger.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **dix amendements** au présent rapport, dont plus de la moitié de portée rédactionnelle. Les autres modifications résultent, pour l'essentiel, des initiatives de Jean-Luc Prél, aux termes d'un dialogue entre celui-ci, le rapporteur de la commission et le Gouvernement dont les avis n'ont d'ailleurs pas toujours convergés.

Par ces modifications, l'Assemblée nationale a tout d'abord entendu préciser la dimension éducative des objectifs sanitaires, la construction d'une véritable politique de santé publique et de prévention ayant désormais comme finalités « *l'éducation à la santé et la promotion de la santé* ». Cet objectif fut d'ailleurs décliné par l'injonction au Gouvernement – non contraignante au regard de la portée juridique du rapport – de conduire « *les actions nécessaires afin d'obtenir une diminution concrète de la consommation de stupéfiants* ». Elle a enfin insisté sur la nécessité de réduire les carences du suivi, à l'issue de leur séjour, des patients pris en charge en unité psychiatrique, notamment en pédopsychiatrie.

L'Assemblée nationale a par ailleurs voulu accorder un intérêt particulier aux conséquences de la désertification médicale en recommandant au Gouvernement de « *favoriser les initiatives pour la création de maisons médicales rurales et en zone urbaines difficiles* », préoccupation au cœur du champ conventionnel.

En écho aux travaux de l'office parlementaire des choix de santé (OPEPS), concrétisé sur ce point par le rapport de Marc Bernier, elle a complété les trois volets de la politique de santé et d'assurance maladie d'un appendice consacré au développement de la prévention du cancer du sein, dont le renforcement exigerait « *le dépistage systématique par mammographie chez les femmes de plus de cinquante ans (...) et, pour les plus jeunes, par une information claire et adapté par le généraliste* ».

¹ C'est d'ailleurs l'usage traditionnellement suivi au Sénat.

² Conformément à la décision du Conseil d'État du 5 mars 1999.

Enfin, de manière incidente, contre l'avis de sa commission et du Gouvernement, l'Assemblée nationale a enjoint ce dernier de « *proposer une solution pour les femmes fonctionnaires ayant adopté un ou plusieurs enfants avant le 1^{er} octobre 1978 et qui ne bénéficient pas de bonification de durée de service pour le calcul de leur retraite* ».

III - La position de votre commission

Conformément à sa position désormais traditionnelle, votre commission ne présente pas d'amendement au contenu du rapport annexé. Tout au plus formule-t-elle le regret de n'y pas avoir vu figurer les orientations du Gouvernement sur deux sujets importants et qui auraient utilement éclairé le Parlement sur le contenu même du projet de loi ou sur des échéances prochaines.

Elle regrette, en premier lieu, qu'il n'ait pas jugé opportun d'y préciser le contenu des mesures qu'il entend prendre pour assurer l'équilibre des fonds concourant au financement de la protection sociale. En effet, deux parmi ceux-ci - le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) - présenteront un déficit cumulé global de près de 5 milliards d'euros sans que sa réduction soit même évoquée. Pour mémoire, elle rappellera que l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale assigne à la loi de financement la tâche de définir les conditions par lesquelles « *les recettes et les dépenses du fonds [de solidarité vieillesse] doivent être équilibrées* ».

Elle aurait en outre apprécié d'y voir détaillés l'agenda et les orientations retenues par le Gouvernement pour la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, volet essentiel du chantier de redressement des comptes sociaux pourtant annoncé pour les mois à venir.

Sous ces réserves, **elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

TITRE PREMIER BIS (NOUVEAU)

CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article premier bis (nouveau)

(art. L. 132-3-2 du code des juridictions financières)

Modalités du contrôle de gestion des établissements de santé par la Cour des comptes

Objet : Cet article précise les modalités d'examen de la gestion des établissements de santé par la Cour des comptes, en liaison avec les chambres régionales des comptes.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative d'Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des Finances, cet article proposait dans sa version initiale une modification du code des juridictions financières pour préciser que la Cour des comptes examine la gestion des établissements de santé.

L'auteur de l'amendement reformulait ainsi, au nom de la commission des Finances et sous une forme différente, une proposition qu'il avait déjà avancée en tant que rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Cette proposition visait à confier à la Cour des comptes l'examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux, qui relève pourtant de la compétence juridictionnelle et budgétaire des chambres régionales des comptes (CRC).

Le Sénat s'était montré réservé sur cette proposition pour trois raisons :

- il lui avait tout d'abord semblé paradoxal de recentraliser le contrôle des centres hospitaliers régionaux alors même que le Gouvernement

s'engageait dans une nouvelle phase de décentralisation et qu'il affichait son souhait d'évoluer à terme vers une régionalisation de la santé ;

- il avait ensuite estimé contestable de dissocier les fonctions de contrôle de gestion, confiées à la Cour, et de contrôle des comptes, confiées aux chambres régionales. Or, l'évaluation de la gestion peut difficilement être envisagée sans qu'elle s'appuie sur l'examen des comptes, le jugement des comptes et l'évaluation de la gestion devant nécessairement aller de pair ;

- le Sénat avait enfin observé qu'une modification des champs de compétences respectives aurait soulevé des problèmes pratiques considérables, dont le transfert à Paris d'une cinquantaine de magistrats inamovibles.

Un compromis fut trouvé : la Cour des comptes fut habilitée à recueillir, en liaison avec les chambres régionales des comptes, des informations auprès des établissements de santé.

La première version de l'amendement présenté par la commission des Finances de l'Assemblée nationale, au présent projet de loi, visait à nouveau à confier à la Cour des comptes la compétence relative à la gestion des structures hospitalières, suscitant cette critique du Gouvernement « *qu'il dissocierait le contrôle des comptes des CHU et des CHR, effectué par les chambres régionales des comptes, du contrôle de gestion attribué à la Cour* ». En dépit de cette réserve, l'amendement fut adopté. Le Gouvernement ayant toutefois demandé une deuxième délibération sur cet article, il fut substantiellement rectifié.

La rédaction retenue prévoit désormais que la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes arrêtent et mettent en oeuvre annuellement un programme pluriannuel de travaux à mener en matière de contrôle de gestion hospitalière. Afin d'assurer sa recevabilité en lois de financement, le présent article prévoit enfin que la Cour en rende compte dans son rapport annuel sur la sécurité sociale.

II - La position de votre commission

Votre commission prend acte de l'insistance avec laquelle cette proposition est formulée de manière récurrente par l'Assemblée nationale. Critiquable dans sa version initiale, le présent article corrigé participe d'un objectif louable d'améliorer le contrôle de gestion à l'hôpital.

Elle propose toutefois, outre une modification rédactionnelle, de lui apporter une précision ponctuelle visant à prévoir un programme de travail trisannuel, plutôt qu'annuel et pluriannuel en même temps, ce qui lui paraît contradictoire.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article premier ter (nouveau)
(art. L. 131-8 du code de la sécurité sociale)

Rapport au Parlement sur les compensations d'exonérations par l'État

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, prévoit le dépôt d'un rapport annuel sur l'application du principe de la compensation à la sécurité sociale de toute perte de recettes décidée par l'État.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le **paragraphe I** vise à améliorer l'information du Parlement sur l'application des dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Cet article affirme le principe de la compensation à la sécurité sociale de toute perte de recettes que lui occasionnerait une décision de l'État.

Ce rapport, déposé dans les dix jours suivant la tenue de la tenue de la Commission des comptes de la sécurité sociale d'automne, doit notamment retracer :

- les différentes mesures donnant lieu à compensation ;
- la ventilation de ces mesures par branche et par régime de base obligatoire ;
- leur évolution sur les trois dernières années.

Le **paragraphe II** modifie la numérotation d'un article du code de la sécurité sociale pour permettre l'insertion des dispositions du présent article additionnel.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà constaté dans son exposé général les difficultés que pose l'application du principe de compensation. En l'absence de tout tableau ou annexe récapitulatifs des mesures en cause, le Parlement se trouve dépourvu des moyens d'en contrôler le respect.

Dans l'attente de la réforme de la loi organique - qui pourrait porter le contenu des dispositions de l'article L. 131-7 à un niveau supra législatif - elle propose de faire figurer dans ce rapport le montant des créances des organismes détenues par la sécurité sociale sur l'État au titre de l'application du principe de compensation. Elle souhaite aussi fixer au 1^{er} octobre la date limite de dépôt de ce document au Parlement.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article premier quater (nouveau)
(art. L. 127-1 du code de la sécurité sociale)

Modernisation des conventions d'objectifs et de gestion

Objet : *Cet article ajuste le contenu des conventions d'objectifs et de gestion des caisses de sécurité sociale ainsi que les modalités du contrôle de leur application.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, propose de modifier le contenu des conventions d'objectifs et de gestion des caisses de sécurité sociale ainsi que les modalités du contrôle de leur application.

A cette fin, le 1^o modifie l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale pour compléter le contenu actuel des conventions par un nouvel objectif : l'accroissement de la productivité des caisses de sécurité sociale et son articulation avec le maintien d'un maillage territorial de proximité. Cette proposition est inspirée partiellement des travaux de la Cour des comptes. Dans son dernier rapport sur la sécurité sociale, la Cour a estimé que les progrès dans la productivité des services pouvaient être accomplis. Elle a en outre déploré le caractère parfois anarchique du développement de points d'accueil locaux par les régimes.

La rédaction proposée pour cet article laisse entendre que les deux objectifs visés - l'amélioration de la productivité et le maintien d'un maillage territorial de proximité - sont antinomiques et doivent donc être conciliés.

Le 2^o élargit la période pour laquelle peuvent être conclues des conventions d'objectifs et de gestion à quatre années au minimum, contre trois actuellement. Il prévoit enfin l'établissement d'un bilan de leur mise en oeuvre au moins une année avant leur terme.

II - La position de votre commission

Les conventions d'objectifs et de gestion sont des outils de pilotage et de réforme des différents réseaux dont le potentiel n'est plus contesté. A ce titre, toute mesure de **perfectionnement** mérite d'être sérieusement étudiée.

Pour autant, les dispositions du présent article pourraient faire l'objet de trois aménagements :

- en l'état, elles tendent à opposer l'objectif de réaliser des gains de productivité et celui de préserver un maillage territorial alors que votre commission les juge complémentaires. Elle propose donc de remplacer la référence à un objectif de « *maintien d'un maillage territorial* » par un objectif d'amélioration de « *l'organisation territoriale* » de la sécurité sociale ;

- en outre, votre commission s'inquiète de la superposition d'un bilan de la COG aux travaux réalisés par les conseils de surveillance que l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale charge de rédiger un avis, transmis au Parlement, sur la mise en œuvre des conventions. Le Gouvernement, par la voix de Xavier Bertrand, s'est déclaré « *réservé sur ce bilan, car il semble que l'information parlementaire est suffisamment assurée par le fait que des représentants des deux assemblées sont membres, voire présidents, des conseils de surveillance institués auprès des caisses* ».

Toutefois le dispositif actuel est perfectible : les présidents des conseils de surveillance ne disposent pas des moyens nécessaires pour réaliser ce travail d'évaluation dans une parfaite indépendance vis-à-vis des caisses.

Aussi votre commission vous propose-t-elle d'officialiser une pratique officieuse à laquelle il fut déjà recouru par le passé pour contourner cette difficulté : les présidents des conseils de surveillance pourraient solliciter, dans le cadre de la rédaction de leur avis, une mission d'appui de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ;

- elle propose enfin de doter l'ensemble des régimes de sécurité sociale - y compris spéciaux - d'un socle législatif commun pour l'organisation de ces conventions.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article premier quinquies (nouveau)

**Rapport sur la situation du fonds de financement
des prestations sociales agricoles**

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, prévoit la rédaction d'un rapport sur la situation et les perspectives de la protection sociale agricole.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article prévoit l'établissement d'un rapport sur la situation et les perspectives du financement de la protection sociale agricole. Ce rapport doit être remis au Parlement avant le 31 mars 2005.

II - La position de votre commission

Compte tenu des observations formulées sur la situation du FIPSA dans son exposé général, votre commission se bornera ici à formuler le souhait que le dépôt du rapport annoncé puisse intervenir avant l'examen par le Sénat du futur projet de loi organique relative aux lois de financement de sécurité sociale. Selon la Cour des comptes, « *le financement des prestations sociales*

agricoles suppose une contribution du budget de l'État et l'examen des conditions d'équilibre du FIPSA. C'est en fonction de ces données qu'il appartient au Gouvernement de choisir entre le débat sur la loi de finances ou sur la loi de financement de la sécurité sociale pour procéder à l'examen [des comptes de la protection sociale agricole] ». Les options retenues par le Gouvernement pour assurer l'équilibre à terme du FIPSA auront nécessairement des incidences sur l'organisation de la loi de financement. Aussi serait-il préférable qu'elles soient rendues publiques avant la réforme de celle-ci, afin que le législateur organique puisse en tenir compte.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

TITRE II
-
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 2
(art. L. 651-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale)
**Assujettissement des institutions financières
à la contribution sociale de solidarité des sociétés**

Objet : Cet article modifie la liste des personnes morales assujetties à la contribution sociale de solidarité des sociétés, ainsi que l'assiette sur laquelle elles acquittent leur contribution.

I – Le dispositif proposé

Le présent article assujettit les mutuelles et institutions de prévoyance à la contribution sociale de solidarité (C3S), tout en définissant de manière restrictive l'assiette sur laquelle est calculée leur contribution.

Le **paragraphe I** redéfinit la liste des personnes morales susceptibles d'acquitter la C3S. Actuellement, le 9° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale soumet à cette taxe l'ensemble des sociétés financières, par un simple renvoi aux catégories d'entreprises visées par l'article 235 ter Y du code général des impôts (contribution des entreprises financières). Or, le dernier alinéa de cet article disposant que le prélèvement cesse d'être applicable aux dépenses et charges engagées à compter de 2004, le Gouvernement saisit cette occasion pour fixer, dans le code de la sécurité sociale, les différentes catégories d'institutions financières redevables de la C3S.

Le 9° précité est ainsi remplacé par une disposition qui inclut, dans le champ des assujettis, l'ensemble des établissements de crédit et entreprises d'assurances, mais également les mutuelles et institutions de prévoyance auparavant non soumises à la C3S puisque le code général des impôts les exonère de la contribution des entreprises financières.

La disparition de la contribution des entreprises financières ne pose pas en soi une difficulté juridique : elle pourrait demeurer une liste de référence pour l'assujettissement des entreprises et institutions financières à la C3S. En revanche, la conformité du régime juridique de cette dernière avec les dispositions du droit communautaire de la concurrence resterait imparfaite.

En effet, les institutions financières et entreprises d'assurances sont soumises à la C3S sur le chiffre d'affaires réalisé au titre d'activités strictement identiques à celles que réalisent les mutuelles et les institutions de prévoyance, qui en sont pourtant exemptées.

On peut toutefois craindre qu'un assujettissement aussi brutal remette en cause l'équilibre financier des mutuelles et des entreprises de prévoyance.

Le **paragraphe III** pallie ce risque, en fixant des conditions d'assujettissement avantageuse, par l'exclusion de l'assiette d'une fraction de leur chiffre d'affaires : les contrats solidaires, les « contrats groupes » (15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts), les remises de gestion qui leur sont consenties en contrepartie de la gestion d'un régime de base d'assurance maladie, ainsi que certaines subventions versées par le fonds national de solidarité d'actions mutualistes.

Ces exonérations ne contreviennent pas au droit de la concurrence : l'ensemble des entreprises financières peuvent en bénéficier. Mais, les mutuelles exercent un monopole de fait sur ce secteur. Au total, son impact sur le produit de la C3S sera nul ou quasi nul, mais elle aura permis de mettre en conformité le régime juridique de cette taxe avec le droit communautaire.

Le **paragraphe II** apporte une précision rédactionnelle.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification

II - La position de votre commission

Votre commission vous demande adopter cet article sans modification.

Article 2 bis (nouveau)
**Modalités de recouvrement des indus
par les caisses de sécurité sociale**

Objet : *Cet article a pour objet d'étendre aux différentes caisses de sécurité sociale, les pouvoirs dont dispose la branche de recouvrement pour assurer le recouvrement des cotisations.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, étend aux caisses de sécurité sociale, dans le but de favoriser la récupération des prestations indûment servies, les prérogatives dont disposent les URSSAF pour assurer le recouvrement des cotisations et contributions sociales.

L'initiateur de cette mesure, Yves Bur, l'a justifiée par le souci que *« les caisses n'aient plus besoin d'attendre une décision de justice pour obtenir un titre exécutoire »*.

L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale prévoit pourtant déjà des modalités de recouvrement des prestations indûment versées en raison d'une erreur de droit par les professionnels de santé (non respect de la nomenclature des actes professionnels, de biologie médicale, tarif interministériel des prestations sanitaires ou règles de tarification des frais de transport). Mais ce recouvrement est effectué auprès des professionnels de santé et non des usagers.

Le présent article étend en quelque sorte à l'ensemble des caisses la procédure de contrainte prévue par l'ancien article L. 244-9 qui disposait que *« la contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale pour le recouvrement des cotisations et des majorations de retards comporte [à défaut d'opposition dans un délai donné] tous les effets d'un jugement (...)»*.

II - La position de votre commission

Votre commission s'interroge sur l'opportunité d'étendre le champ de la procédure visée à l'article L. 133-4 à la récupération des prestations indûment versées.

Elle comprend sa justification en matière de recouvrement des contributions sociales. La nature de la relation entre la branche du recouvrement et ses usagers implique nécessairement des outils permettant à la sécurité sociale de ne pas être pénalisée par la prolifération de « mauvais payeurs ». Il en est de même du non-respect des règles de nomenclature par les professionnels de santé, car ces obligations encadrent l'exercice habituel de leur profession.

En revanche, si l'extension de cette procédure à l'ensemble des prestations de sécurité sociale permettrait de contrer plus facilement les fraudes, elle pourrait aussi, si elle était appliquée sans discernement, dégrader les relations des assurés avec les organismes de sécurité sociale. Tous les cas de prestations indûment versées ne sont pas, loin de là, imputables à leur bénéficiaire. Dans ce contexte, est-il impérieux de procéder à une telle extension ? Votre commission le pense d'autant moins que l'article en lui-même n'est pas articulé avec la procédure prévue par l'article L. 133-4 précité. A tout le moins, l'extension devrait-elle être effectuée sur ce modèle.

A titre conservatoire, elle vous demande de supprimer cet article.

Article 2 ter (nouveau)

(art. L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale)

Modification du régime de la procédure de recours contre tiers

Objet : Cet article retouche la procédure du recours contre tiers.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, modifie les conditions dans lesquelles des frais de procédures peuvent être perçus par les caisses dans le cadre de la procédure du recours contre un tiers responsable d'un accident ayant justifié le versement à la victime de prestations ou d'indemnités par les caisses d'assurance maladie.

L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale précise que ces caisses bénéficient, dans le cadre de cette procédure de recours, d'une indemnité en contrepartie des frais qu'elles engagent pour obtenir de l'assureur du tiers le remboursement des prestations servies à l'accidenté. Ces indemnités sont fixées au tiers des sommes remboursées, dans les limites d'un plafond et d'un plancher. Or, depuis leur création en 1996, aucune de ces deux limites n'a été réévaluée.

Le **paragraphe I** relève respectivement ces deux limites de 760 à 910 euros pour le plafond et de 76 à 91 euros pour le plancher et instaure le principe de leur révision par arrêté conjoint des ministres en charge de la sécurité sociale et en charge du budget.

Le **paragraphe II** opère une coordination.

Le **paragraphe III** impose à l'assureur du responsable de l'accident d'informer l'organisme complémentaire de la victime, sous peine de devoir acquitter une indemnité. Celle-ci n'est toutefois due que dans l'hypothèse où cet organisme peut être identifié par l'assureur.

II - La position de votre commission

Cette proposition complète la modification de la procédure du recours contre tiers prévue par la loi de financement pour 2004. Elle soulève toutefois une série de difficultés :

- la revalorisation prévue par le présent article atteint 20 %, ce qui paraît excessif dès lors qu'elle intervient en l'absence de toute concertation ;

- le mécanisme de revalorisation pour 2006 n'ayant pas d'impact sur les comptes de la sécurité sociale pour 2005, il est irrecevable dans le présent projet de loi de financement ;

- il en est de même pour le paragraphe III relatif à l'obligation d'information prévue au bénéfice des régimes complémentaires. Une telle identification apparaît en outre difficile dans un contexte où l'assureur ne dispose pas des moyens de contraindre la victime de l'accident à lui révéler les références de sa protection sociale complémentaire.

Votre commission propose en conséquence de ne conserver de cet article que le mécanisme de revalorisation des limites de l'indemnité. A compter de 2005, cette revalorisation sera effectuée par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 3

(article 13 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées)

Mesures garantissant la continuité des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Objet : Cet article fixe le montant de la contribution apportée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement du volet médico-social de l'ONDAM.

I – Le dispositif proposé

La loi du 30 janvier 2004 a créé deux prélèvements au bénéfice du financement de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : une contribution assise sur le produit d'une journée de travail supplémentaire et une cotisation additionnelle à la taxe de 2 % sur les revenus du capital. L'ensemble a été affecté la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) instituée pour l'occasion.

L'article 13 de cette loi a réparti les moyens nouveaux selon les modalités suivantes : 80 % des moyens disponibles sont affectés pour moitié à des actions en faveur des personnes âgées et pour moitié à des actions en faveur des personnes handicapées.

Le présent article précise les dispositions de l'article 13, en affectant 48 % des 40 % destinés aux personnes âgées au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (soit 365 millions d'euros). Un prélèvement à finalité identique mais à hauteur de 15 % seulement est opéré sur la fraction réservée aux personnes handicapées (soit 114 millions d'euros).

Au total, le présent article organise ainsi la ponction de 480 millions d'euros sur les ressources de la CNSA au bénéfice des régimes d'assurance maladie afin d'assurer le financement de l'ONDAM médico-social.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision rédactionnelle.

III - La position de votre commission

En l'état, le présent article présente deux difficultés.

- La première, d'ordre juridique, est imputable aux défauts de coordination entre différents textes en cours d'examen, notamment du présent article, avec les dispositions du projet de loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées.

En effet, l'article 26 *quater* de ce projet de loi prévoit l'abrogation de l'article 13 précité au 1^{er} janvier 2006. Dans ce contexte, la modification apportée par l'Assemblée nationale, qui précise que les dispositions du présent article n'ont de valeur que pour 2005 est inutile, puisque l'article 13 qu'il modifie serait abrogé par l'article 26 *quater* précité à compter du 1^{er} janvier 2006.

En revanche, la coordination interne du projet de loi relatif aux personnes handicapées reste à assurer : en l'état actuel, son article 26 *nonies* modifie la répartition des recettes de la CNSA prévue par l'article 13 à l'entrée en vigueur de la loi tandis que l'article 26 *quater* maintient en vigueur les effets de ses dispositions jusqu'au 1^{er} janvier 2006

• La deuxième difficulté est d'ordre intellectuel : le présent projet de loi prévoit l'affectation d'une somme « *au financement, par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, des établissements (...)* ». Il s'agit d'une contribution de la caisse au financement de l'ONDAM médico-social. On pourrait en conclure la substitution des crédits de la CNSA à ceux de l'assurance maladie, concrétisant un désengagement de cette dernière du secteur médico-social. En l'absence d'informations fiables sur la répartition finale de l'ONDAM, votre commission ne peut trancher.

Sous ces réserves, elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 3
(art. L 241-2 et L. 245-7 du code de la sécurité sociale)
**Impositions affectées à la Caisse nationale d'assurance maladie
des travailleurs salariés**

Objet : Cet article additionnel, propose de préciser dans le code de la sécurité sociale le pourcentage du produit du droit de consommation sur les tabacs et de la taxe sur les boissons alcooliques affecté à la CNAMTS.

Le présent article additionnel propose de préciser, dans le code de la sécurité sociale, le montant de deux recettes fiscales affectées à la sécurité sociale.

Le **paragraphe I** reprend les dispositions de l'article 5 *bis*, pour qu'elles figurent avant l'article 4 qui établit les prévisions de recettes.

Le **paragraphe II** conserve 20 % du produit de la cotisation sur les boissons alcooliques au profit de la CNAM, au lieu de supprimer totalement cette recette comme le propose l'article 77 pour 2005. Ce maintien d'un taux de 20 % - le solde étant versé au fonds de financement de la couverture maladie universelle - permet de compenser à la CNAM la perte de recettes imputable à la compensation imparfaite de ce transfert de ressources¹.

Votre commission vous demande d'insérer cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous propose.

¹ Cf. Tome 1, p. 15.

Article 4

Prévision de recettes pour 2005

Objet : Cet article détermine les prévisions de recettes pour 2005 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes créés pour concourir à leur financement.

I – Le dispositif proposé

En application du 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

La nomenclature de la présentation des produits, qui n'est pas fixée par la loi organique, reprend pour l'essentiel, à un niveau agrégé, la classification retenue par la Commission des comptes de la sécurité sociale. Elle consiste à distinguer la partie contributive, elle-même répartie en cotisations effectives - divisées entre cotisations effectivement prélevées et prises en charge par l'État - et cotisations fictives des autres ressources, lesquelles sont moins sensibles aux variations de l'activité économique.

• Dans le projet de loi initial, les **prévisions de recettes pour 2005** s'élèvent à 354,1 milliards d'euros en 2005, contre 333,3 milliards en 2004 (+ 6,2 %). Elles se répartissent comme suit :

- **les cotisations effectives (188,1 milliards d'euros)**, qui comprennent les cotisations effectivement prélevées sur les salaires, les revenus de remplacement et les revenus des entrepreneurs individuels ;

- **les cotisations fictives (34,1 milliards d'euros)**, qui correspondent, conformément aux conventions de la comptabilité nationale, aux cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales. Elles recouvrent pour l'essentiel des prestations vieillesse servies par certains régimes spéciaux (pensions civiles et militaires, SNCF, RATP, Banque de France) et des prestations maladie, invalidité et accidents du travail servies également directement, sans contrepartie en termes de cotisations par les salariés ;

- **les cotisations prises en charges par l'État au titre de la politique de l'emploi (22,9 milliards d'euros)**, qui avaient fortement augmenté en 2004, à la suite de la rebudgétisation du FOREC. Leur croissance devrait se poursuivre en 2005 du fait de la mise en place de dispositifs nouveaux et de la montée en charge du dispositif Fillon. On notera toutefois que la prévision est construite sur un plafond d'exonération à 1,7 SMIC alors que le projet de loi de finances ramène celui-ci à 1,6 SMIC. En conséquence, cette ligne se trouve artificiellement majorée de 1,7 milliard d'euros au détriment des cotisations effectives ;

- **les contributions publiques (11,8 milliards d'euros)**, qui sont des participations du budget général de l'État à certains régimes de sécurité sociale pour garantir leur équilibre financier. Elles regroupent deux éléments principaux : des remboursements de prestations dues par l'État ou par des organismes publics (pour l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation de parent isolé) et des subventions d'équilibre versées par l'État à certains régimes spéciaux ;

- **les impôts et taxes affectés (89,2 milliards d'euros)**, qui regroupent l'ensemble des ressources de nature fiscale affectées aux régimes de base et aux fonds de financement des régimes. Cette catégorie de recettes augmente fortement du fait d'une part, des mesures fiscales prises dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie (augmentation de la CSG, de la C3S et de la majoration de la part du produit des droits sur les tabacs affectés à la CNAM), d'autre part, des modalités de comptabilisation d'une fraction de la soulte des industries électriques et gazières (IEG) (progression artificielle de 4,14 milliards d'euros) ;

- **les transferts (600 millions d'euros)**, qui sont constitués par la prise en charge de cotisations opérées par un régime au profit de ses bénéficiaires. Les transferts internes aux régimes de base, qui figurent en dépenses selon leur origine, n'entrent pas dans cet agrégat ;

- **les revenus des capitaux (1 milliard d'euros)**, qui constituent une recette de trésorerie sur les placements réalisés. Cette ressource doit évoluer en fonction inverse des besoins de trésorerie, lesquels sont d'autant plus grands que le déficit augmente ;

- **les autres ressources (6,4 milliards d'euros)**, qui incorporent les recours contre tiers, les recettes des départements d'outre-mer - pour des motifs tenant à la fiabilité des outils statistiques - et les recettes diverses qui ne figurent pas dans l'une des autres rubriques. Il s'agit notamment du versement de la seconde fraction de la soulte IEG.

• Les **prévisions de recettes établies pour 2005** prennent en compte :

- d'une part, les évolutions tendanciennes de chaque catégorie de recettes, telles qu'elles ont été déterminées par la Commission des comptes de la sécurité sociale dans son dernier rapport, et sur la base des hypothèses retenues dans ce cadre (notamment une progression de la masse salariale de 2,7 % et 4 % pour les masses plafonnées et déplafonnées en 2005) ;

- d'autre part, les mesures nouvelles définies, en recettes, par le présent projet de loi.

**Mesures nouvelles de recettes dans le projet de loi de financement
de la sécurité sociale pour 2004**

(en millions d'euros)

Agrégat de recettes 2005	Régime général	Autres régimes	Recettes supplémentaires
Contribution tarifaire IEG		4.140	4.140
Contribution des employeurs IEG		2.760	2.760
Baisse des cotisations des enseignants du privé	- 22		- 22
Prise en charge par l'État des prestations des enseignants du privé		22	22
Retraite anticipée – Fonction publique d'État (cotisations fictives d'équilibre)		70	70
TOTAL	- 22	6.992	6.970

Source : annexe C p. 17

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- le premier à l'initiative du Gouvernement pour préciser les modalités de comptabilisation de la soulte IEG. **Cet amendement réduit l'objectif initialement proposé de 3,6 milliards d'euros ;**

- le second à l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, pour prendre en compte la diminution, par le projet de loi de finances, du plafond de rémunération ouvrant droit à exonération (de 1,7 à 1,6 SMIC).

III - La position de votre commission

Sous le bénéfice des observations formulées dans l'exposé général sur la prévision budgétaire pour 2005, **vo**tre commission vous demande **d'adopter cet article sans modification.**

Article 5

Prévisions révisées de recettes pour 2004

Objet : Cet article a pour objet de réviser les prévisions de recettes adoptées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, afin de prendre en compte les évolutions constatées depuis lors.

I – Le dispositif proposé

En application du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules les lois de financement peuvent modifier des dispositions faisant partie de leurs domaines obligatoires. Il en est ainsi des prévisions de recettes par catégorie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Le présent article vise à tirer les conséquences des évolutions constatées depuis le vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Les principaux écarts sont les suivants :

- **cotisations effectives** : - 1,8 milliard d'euros, en raison de la révision en baisse de la prévision de croissance de la masse salariale en 2004 ;

- **cotisations fictives** : + 0,4 milliard d'euros, imputable à la hausse des cotisations fictives des pensions de retraite des fonctionnaires ;

- **cotisations prises en charge par l'État** : + 200 millions d'euros expliqués notamment par une sous-estimation initiale du coût des différents dispositifs d'allègements de cotisations ;

- **contributions publiques** : - 600 millions d'euros du fait de l'absence de subvention d'équilibre au régime des exploitant agricoles ;

- **impôts et taxes affectés** : - 600 millions d'euros, en raison notamment de la diminution du produit de la CSG (- 230 millions), d'une moindre progression des produits de la fiscalité des tabacs (- 150 millions d'euros) et d'une baisse de rendement de la C3S sur les sociétés et de la taxe de 2 % sur les produits du capital (- 160 millions) ;

- **autres ressources** : - 400 millions d'euros, du fait d'une modification des produits de gestion courante.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification

II - La position de votre commission

Sous le bénéfice des observations formulées dans l'exposé général sur l'exécution 2004, **vostra commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 5 bis (nouveau)
(art. L. 241-2 du code de la sécurité sociale)

**Modification du taux de droit de consommation sur les tabacs
affectés à la Caisse d'assurance maladie**

Objet : Cet article vise à coordonner, dans le code de la sécurité sociale, les dispositions du projet de loi de finances qui procèdent à la répartition des droits de consommation sur les tabacs.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, coordonne dans le code de la sécurité sociale les dispositions figurant dans l'article 42 du projet de loi de finances pour 2005 qui procèdent à la répartition des droits de consommation sur les tabacs.

Cette répartition est la suivante :

- 32,5 % du produit de cette taxe sont affectés à l'assurance maladie ;
- 52,36 % au fonds de financement des prestations sociales agricoles ;
- 14,83 % au budget général ;
- 0,31 % au financement de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Cette nouvelle répartition majore la fraction affectée à la CNAM et minore celle attribuée à l'État. Elle concrétise en premier lieu l'engagement pris par le Gouvernement, lors de la réforme de l'assurance-maladie, de lui rétrocéder un milliard d'euros de recettes à titre d'indemnisation de l'insuffisance des compensations dont elle fut victime lors de la mise en place des trente-cinq heures. Cette rétrocession est en outre majorée de 90 millions d'euros pour compenser en partie à la CNAM la perte de la cotisation sur les boissons alcoolisées au profit du fonds de financement de la CMU¹.

II - La position de votre commission

Par coordination avec l'article additionnel qu'elle vous propose d'insérer après l'article 3, **votre commission vous demande de supprimer cet article.**

¹ Cf. Tome 1, p. 13.

TITRE III
-
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

*Article additionnel avant l'article 6
(art. L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale)*

**Identification des médecins hospitaliers
et des médecins de centres de santé**

Objet : Cet article additionnel propose la mise en place d'un numéro d'identification individuelle des médecins hospitaliers et des médecins salariés d'un centre de santé

Dans le courant de l'année 2005, plusieurs dispositifs de coordination et d'optimisation des soins devront à être mis en œuvre ou expérimentés, comme ceux du médecin traitant et du dossier médical partagé.

Le développement de ces outils a été soutenu par la réforme de l'assurance maladie, pour parvenir à la maîtrise médicalisée des dépenses.

La loi du 13 août 2004 a proposé, dans le même temps, de renforcer les contrôles sur la délivrance des arrêts de travail et la rédaction des protocoles de soins destinés aux assurés souffrant d'une affection de longue durée. Elle prévoit également de sanctionner les assurés, les employeurs, les médecins et les établissements de santé en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge indues.

Pour rendre effectives ces mesures, la CNAMTS a besoin d'identifier individuellement chaque médecin, libéral, hospitalier ou salarié dans un centre de santé.

Actuellement, il est possible d'identifier individuellement les seuls professionnels de santé libéraux par l'intermédiaire du numéro ADELI, mais cette identification n'a pas d'équivalent dans le domaine hospitalier puisque, dans ce cas, la CNAMTS identifie des établissements et non des personnes.

Pour faciliter et accélérer la mise en œuvre des outils de coordination et de régulation contenus dans la loi du 13 août 2004, il serait opportun de pouvoir disposer d'une identification personnelle et précise de ces professionnels de santé.

Votre commission vous propose donc de rendre obligatoire l'usage d'un numéro d'identification personnelle qui devra figurer obligatoirement sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie en vue du remboursement ou de la prise en charge des soins et prescriptions dispensés par ces médecins.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 6

*(art. L. 162-26 du code de la sécurité sociale,
articles 24, 25 et 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004,
article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004
relative à l'assurance maladie
et art. L. 4311-13 du code de la santé publique)*

Tarification à l'activité

Objet : Cet article vise à réglementer la tarification des consultations et actes réalisés dans le cadre des services de consultation externe des établissements de santé.

I - Le dispositif proposé

Cet article aménage les dispositions applicables à la tarification des consultations externes hospitalières au regard des mesures contenues dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et définit les conditions de mise en œuvre du mécanisme du médecin traitant dans les établissements de santé.

Il convient de rappeler, au préalable, que le financement à l'activité peut emprunter trois formes : le paiement d'un tarif par séjour ou groupe homogène de séjour (GHS) ; le paiement d'un tarif de prestation pour les activités de consultation et les actes externes d'urgence ; le paiement de certaines fournitures en plus des tarifs de prestation (médicaments coûteux, dispositifs médicaux implantables).

Le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale afin de coordonner les règles de tarification des consultations externes réalisées dans un établissement de santé avec celles

régissant le mécanisme du médecin traitant et l'accès aux médecins spécialistes.

Il précise les règles relatives à la prise en charge et à la fixation du tarif des consultations et des actes externes d'urgence réalisés dans les établissements publics de santé, les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier et les établissements privés ayant choisi un financement par dotation globale.

Ces prestations sont prises en charge dans les conditions fixées aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire qu'elles doivent être inscrites à la nomenclature des biens et services remboursables et que leur tarif est déterminé dans un cadre conventionnel. Elles sont donc régies par des règles de droit commun.

Les tarifs ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré (le reste à charge), à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie (c'est également le cas des tarifs fixés pour les GHS) et à l'exercice de recours contre tiers (sanction en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale).

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de leur activité libérale lesquels sont régis par les règles de tarification et de dépassement fixées pour la médecine de ville.

Le présent article complète l'article L. 162-26 pour :

- déterminer les modalités de fixation du tarif des consultations externes réalisées par des médecins hospitaliers. Ces tarifs sont opposables lorsque le médecin hospitalier est le médecin traitant de l'assuré ;

- définir les modalités de fixation du tarif des actes externes réalisés dans un service chargé des urgences ;

- prévoir qu'un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier ;

- préciser que ces règles ne s'appliquent pas aux consultations réalisées dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier.

Les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, c'est-à-dire celles qui ne sont pas financées à l'activité, reçoivent une dotation globale annuelle.

Le **paragraphe II** fixe au 5 octobre 2004 la date d'entrée en vigueur des dispositions prévues à l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui définissent les conditions de prise en charge des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de services associés.

Il prévoit que le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation établit une liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge les dispositifs médicaux, et notamment les plus lourds comme les défibrillateurs cardiaques. Cette liste tient compte des capacités

hospitalières considérées comme nécessaires pour présenter un maillage sanitaire qui réponde aux besoins de la population et tienne compte de l'implantation, de l'équipement des établissements et de la spécialisation de leurs équipes médicales.

Le **paragraphe III** rectifie le calendrier de mise en œuvre de la tarification à l'activité tel qu'il avait été précédemment établi par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Il ramène du 1^{er} mars au 1^{er} janvier 2005 la date d'entrée en vigueur des nouveaux tarifs de prestations, sur la base desquels sera valorisée l'activité MCO des établissements.

Malgré cette anticipation, 2005 reste une année de transition au cours de laquelle les établissements de santé publics ne procéderont pas encore à la transmission de leurs factures aux caisses pivots mais communiqueront le relevé de leurs activités aux agences régionales d'hospitalisation, qui les valoriseront par application des tarifs fixés par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale.

Ce paragraphe prévoit également que les actes et consultations externes sont inclus dans le dispositif transitoire de montée en charge de la réforme de la tarification.

Enfin, il précise que les prestations de prélèvements d'organes ou de tissus seront facturées dans leur intégralité sur la base des nouveaux tarifs dès le 1^{er} janvier 2005.

Le **paragraphe IV** propose une nouvelle rédaction de l'article 36 de la loi du 13 août 2004. Il s'agit de préciser la portée de l'annulation proposée par le 2^o du I de cet article et de corriger une erreur rédactionnelle. *In fine*, l'intention du législateur est de supprimer la mention au rapport d'activité de la commission d'évaluation des produits et prestations, qui est devenue l'une des commissions au sein de la Haute autorité de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements visant à :

- préciser que la détermination du tarif des prestations hospitalières est conforme au processus de convergence qui doit aboutir à un tarif commun pour les établissements publics et privés au plus tard le 1^{er} janvier 2012 ;
- reporter l'application de la tarification à l'activité en Guyane, jusqu'au 1^{er} janvier 2008 (deux amendements) ;
- régulariser la situation des aides opératoires bénévoles.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 6 bis (nouveau)
(art. L. 161-39 du code de la sécurité sociale)

Information de la Haute autorité de santé

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à préciser les conditions d'information de la Haute autorité de santé.

I - Le dispositif proposé

La Haute autorité de santé créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie peut procéder à tout moment à l'évaluation du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé.

Pour mener à bien sa mission, la Haute autorité doit pouvoir disposer des informations détenues par les entreprises, établissements, organismes ou professionnels concernés.

Le présent article précise donc que ceux-ci sont soumis à une obligation de transmission des informations demandées par la Haute autorité, après s'être assurés du caractère anonyme de ces données.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 7
(article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale)

Avances de trésorerie aux établissements privés et aux professionnels exerçant à titre libéral dans ces établissements

Objet : Cet article a pour objet d'ouvrir une période de deux mois, au cours de laquelle les caisses d'assurance maladie pourront consentir des avances de trésorerie aux établissements de santé privés.

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à faciliter l'application de la tarification à l'activité dans les établissements de santé privés. Il permet aux caisses de sécurité sociale de consentir des avances de trésorerie aux établissements pendant deux mois à compter de la mise en œuvre de la nouvelle classification des

prestations. Le Gouvernement fait ici preuve de pragmatisme pour surmonter les difficultés techniques de l'entrée en vigueur.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avait prévu que ce nouveau mode de financement serait appliqué aux établissements privés à compter du 1^{er} octobre 2004. Or, les informations disponibles laissent entendre que les adaptations techniques nécessaires et notamment la mise à niveau des systèmes permettant la transmission des données entre les établissements de santé et les caisses, ne seront pas achevées.

Plutôt que de repousser cette échéance, le Gouvernement propose une solution transitoire, dont les modalités d'application sont définies par le présent article.

Il en résulte que les caisses de sécurité sociale chargées de verser les sommes dues au titre des frais d'hospitalisation pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire, peuvent consentir des avances de trésorerie aux établissements privés ne participant pas au service public hospitalier et ne bénéficiant pas d'un financement par dotation globale, ainsi qu'aux professionnels de santé exerçant dans ces établissements.

Cette procédure, limitée dans le temps, prend effet à compter de la date de mise en œuvre des nouveaux tarifs de prestations permettant de facturer les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, même si elle devait intervenir avant publication de la présente loi. Votre commission émet des réserves sur cette procédure qui ne sera validée qu'après la promulgation de la loi.

Ces avances permettront de couvrir les sommes dues aux établissements de santé privés et aux professionnels de santé exerçant dans ces établissements puisque leurs activités communes donnent lieu jusqu'à présent à une double facturation.

A la fin de la période transitoire, cette double facturation n'aura plus lieu d'être, les actes des professionnels de santé effectués en relation avec une hospitalisation et les prestations d'hospitalisation devront être facturés sur le même support administratif et comptable. Ce formulaire commun sera ensuite transmis aux caisses d'assurance maladie pour paiement.

Ces avances ne peuvent être consenties que dans deux cas seulement : en cas de non-transmission par voie électronique ou d'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en œuvre de la nouvelle classification. Il s'agit donc bien d'une mesure ponctuelle pour répondre à des difficultés techniques non encore résolues. En effet, le montant de ces avances sera ensuite déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins.

Enfin, le présent article prévoit les conditions dans lesquelles les caisses locales d'assurance maladie pourront s'organiser pour consentir les avances (recours à une caisse pivot) et les règles selon lesquelles la charge financière résultant de ces avances sera répartie entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements visant à :

- repousser la date de la mise en œuvre de la T2A dans les établissements privés du 1^{er} octobre 2004 au 1^{er} décembre 2004 (deux amendements) ;

- simplifier le dispositif de consentement des avances.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 8

(art. L. 753-4 du code de la sécurité sociale)

Possibilité de majorations des prix et des tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux dans les départements d'outre-mer

Objet : Cet article définit les produits pharmaceutiques susceptibles de se voir appliquer des majorations dans les départements d'outre-mer.

I - Le dispositif proposé

Cet article répertorie les produits pharmaceutiques qui pourront se voir appliquer des majorations dans les départements d'outre-mer. Il vise particulièrement les tarifs forfaitaires de responsabilité et les spécialités mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. Ces prestations, délivrées dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, regroupent les spécialités pharmaceutiques dispensées dans la cadre de l'activité « médecine-chirurgie-obstétrique » d'un établissement, qui peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation définies par le groupe homogène de séjour (GHS). Il s'agit pour l'essentiel de molécules innovantes dont le coût est très élevé, comme certaines molécules de chimiothérapie.

Le présent article modifie en ce sens la rédaction de l'article L 753-4 du code de la sécurité sociale.

Il inscrit sur la liste des produits remboursables par les organismes de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer, les spécialités pharmaceutiques visées à l'article L. 162-22-7.

Il prévoit ensuite que ces spécialités inscrites sur la liste des produits remboursables sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie d'outre-mer.

Il précise qu'un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'économie et de l'outre-mer fixera les conditions dans lesquelles ces majorations peuvent être appliquées au prix des médicaments.

Ces majorations pourront porter sur les tarifs forfaitaires de responsabilité prévus à l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, sur les spécialités visées par l'article L. 162-22-7 du même code, mais également sur les médicaments rétrocédés (c'est-à-dire vendus par les établissements de santé), et les tarifs de responsabilité des médicaments visés à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale (les médicaments dont le prix est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le comité économique des produits de santé).

Ces majorations ont pour objet de compenser les sujétions particulières qui, dans les départements d'outre-mer, grèvent le coût des médicaments. Il s'agit en fait d'appliquer un coefficient correcteur en fonction des contraintes géographiques de ces collectivités. Un tel dispositif de majoration est déjà prévu pour les tarifs nationaux de prestations (GHS) « *afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifie de manière manifeste permanente et substantielle le prix de revient de certains prestations dans la zone considérée* ».

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9

(article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001)

Financement et missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Objet : Cet article aménage les compétences du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et détermine le montant de ses ressources pour 2005.

I - Le dispositif proposé

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a intégré le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) au fonds de modernisation des établissements de santé (FMES), pour créer un fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) unique.

Cette fusion visait à simplifier le dispositif de financement complémentaire que constituent les fonds et à recentrer leur mission sur l'accompagnement financier de la modernisation sociale et technique des établissements de santé publics et privés.

Dans le plan « Hôpital 2007 », le FMESPP est financeur des investissements prévus à hauteur de 10 milliards d'euros entre 2003 et 2007, soit une augmentation de l'investissement moyen annuel de 30 %, et dont bénéficient aussi bien les établissements de santé publics que privés, qu'ils participent ou non au service public hospitalier.

Les dispositions prévues par le présent article s'inscrivent dans le prolongement des mesures adoptées l'année dernière. Elles accompagnent la progression du plan « Hôpital 2007 » au fur et à mesure de sa mise en oeuvre.

Le **paragraphe I** prévoit que le fonds prendra désormais en charge le financement des conseillers généraux des hôpitaux (1°), placés auprès du ministre de la santé, ainsi que les primes versées aux établissements au titre de l'amélioration des pratiques hospitalières (2°).

- La création du cadre des **conseillers généraux des hôpitaux** est prévue dans la réforme de la gouvernance hospitalière. Ces conseillers seront choisis parmi les fonctionnaires hospitaliers de catégorie A ou les praticiens hospitaliers, et placés auprès du ministre de la santé. Ils seront chargés de contribuer à l'amélioration de l'organisation, du fonctionnement et du rôle des établissements publics de santé. Ils pourront également intervenir dans les établissements en cas de dégradation importante de la situation financière.

- Le FMESPP devra également verser aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses évitées par l'application des accords de bonne pratique.

Cette mesure organise le financement des dispositions innovantes prévues par l'article 13 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour favoriser la conclusion d'accords-cadres en vue d'améliorer les pratiques hospitalières. Ces accords peuvent être conclus sur des questions relatives à la qualité des soins, mais également sur des thèmes propres à la qualité de la gestion de l'établissement. L'originalité du dispositif est de prévoir l'intéressement financier de l'établissement qui atteint les objectifs fixés.

Enfin, le 3° assure une coordination rédactionnelle entre les dispositions relatives aux missions du FMESPP et les articles du code de la sécurité sociale portant sur la tarification à l'activité. Cet ajustement permet de mettre à jour la liste des établissements de santé susceptibles de bénéficier des aides financières octroyées par le fonds.

Le **paragraphe II** prévoit l'application de ces dispositions à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, dans le souci de normalisation des règles applicables aux établissements de santé situés sur le territoire de ces collectivités à statut particulier.

Le **paragraphe III** fixe à 405 millions d'euros le montant de la participation obligatoire des régimes d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés pour l'année 2005.

Cette dotation portera à 1,6 milliard d'euros le montant total des crédits alloués au fonds depuis sa création.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé les dispositions relatives à la prise en charge du financement des emplois de conseillers généraux par le FMESPP.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve la suppression votée à l'Assemblée nationale. Elle considère que recourir à l'assurance maladie pour assurer la rémunération d'experts placés auprès du ministre est source de confusion. D'autres solutions pourraient consister à faire appel au budget du ministère de la santé ou utiliser les mises à disposition puisque les conseillers généraux sont recrutés parmi les membres de la fonction publique hospitalière ou du cadre des praticiens hospitaliers. Elle est, par ailleurs, très favorable au développement des accords de bonne pratique dans les établissements de santé et considère légitime l'élargissement des compétences du FMESPP aux accords de bonne pratique à l'hôpital.

Elle souhaite que le décret qui doit fixer notamment les conditions de participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords en application de l'article 13 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance

maladie soit publié rapidement afin que les parties concernées puissent conclure les premières conventions de ce genre nouveau.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 10

*(art. L. 162-22-2, L. 162-22-9, L. 174-1-1, L. 227-1
du code de la sécurité sociale*

et art. L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles)

Fongibilité entre les différentes enveloppes de l'ONDAM

Objet : Cet article vise à organiser une fongibilité totale entre les différentes enveloppes de l'ONDAM.

I - Le dispositif proposé

L'ONDAM est la somme des dépenses des régimes obligatoires de base, hors prestations invalidité-décès, rentes d'accidents du travail, indemnités journalières maternité, dépenses d'action sanitaire et sociale, prestations extralégales, dépenses de gestion administrative et, au titre des divers fonds, transferts et les frais financiers. Sont en revanche ajoutées les dépenses des DOM.

Il se décompose traditionnellement en quatre agrégats :

- l'objectif « soins de ville », qui intègre les honoraires, les prescriptions et les indemnités journalières maladie ;

- l'objectif « établissements sanitaires » qui correspond à l'activité des établissements sous dotation globale, ainsi que les hôpitaux militaires ;

- l'objectif « établissements médico-sociaux », qui s'applique à l'activité des établissements destinés aux personnes âgées ou handicapées et aux enfants inadaptés ;

- l'objectif « cliniques privées », qui s'impose à l'activité des établissements qu'ils soient sous objectif quantifié national (OQN) ou qu'ils n'entrent pas dans le champ de cet OQN.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, l'ONDAM comprend en outre une cinquième enveloppe, destinée au financement des réseaux de santé.

L'instauration de la tarification à l'activité, en 2003, s'est accompagnée de la création d'un nouvel objectif de dépenses d'assurance maladie : l'ODMCO, pour objectif des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Est suivie, au travers de cet objectif, la facturation des activités de l'activité médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des

établissements qui sont à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie.

L'ODMCO comprend les groupes homogènes de séjour (les pathologies qui font l'objet d'une facturation), les forfaits techniques (scanner, IRM, PET-Scan), le forfait de passage aux urgences, les forfaits annuels (urgences et prélèvements d'organes), les actes et consultations externes, l'hospitalisation à domicile, les suppléments journaliers (réanimation), les médicaments et les dispositifs médicaux implantables payés en sus.

Toutefois, cette modification législative a eu un effet indésirable : la suppression involontaire de la fongibilité entre l'objectif « *établissements sanitaires* » et l'objectif « *établissements médico-sociaux* ».

Le présent article vise donc à rétablir cette fongibilité entre les différents objectifs de l'ONDAM, « *y compris entre l'enveloppe des soins de ville et l'enveloppe médico-sociale* » selon l'exposé des motifs.

Le **paragraphe I** rétablit la fongibilité entre établissements sanitaires et établissements médico-sociaux, en cas de conversion d'activité en complétant la rédaction des articles du code de la sécurité sociale :

- L. 162-22-2 (dépenses de soins de suite et de réadaptation et activités psychiatriques des établissements de santé privés) ;

- L. 162-22-9 (activités MCO) ;

- L. 174-1-1 (dépenses de soins de suite et de réadaptation et activités psychiatriques des établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier).

Le **paragraphe II** modifie la rédaction de l'article L. 227-1 du même code afin de préciser que l'objectif de dépenses spécifique aux soins de ville prend en compte les évolutions d'activités susceptibles de se traduire par un changement de nature juridique et, *de facto*, par une imputation dans un autre objectif de dépense.

Le **paragraphe III** procède de la même logique et prévoit la fongibilité de l'enveloppe médico-sociale définie à l'article L. 314-3 du même code.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission se prononcera sur la question de la fongibilité des enveloppes composant l'ONDAM à l'occasion du débat consacré à la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 10
(art. L. 162-47 du code de la sécurité social)
Attributions des missions régionales de santé

Objet : Cet article additionnel propose de compléter les attributions des missions régionales de santé.

L'article 67 de la loi du 13 août 2004 prévoit la création de missions régionales de santé, sur la base d'une convention conclue entre l'URCAM et l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) de chaque région.

Votre commission avait souligné le caractère particulièrement innovant de ces dispositions qui créent les conditions d'une meilleure coordination entre soins de ville et soins hospitaliers.

Elle vous propose de franchir une étape supplémentaire et de favoriser, par l'intermédiaire des missions régionales de santé, et plus tard des agences régionales de santé, la diffusion des recommandations des bonnes pratiques et des guides de bon usage de soins qui seront élaborés par la Haute autorité de santé.

Ce dispositif de relais régionaux n'exclut pas le recours à d'autres voies de diffusion des bonnes pratiques, mais il constituerait un appui utile et efficace. Ces relais régionaux sont, en effet, déjà exploités en matière de santé publique, avec les groupements régionaux de santé publique, ainsi qu'en matière hospitalière, avec les vingt-six chargés de mission régionaux de la mission d'aide à l'investissement. Ce recours semble d'autant plus justifié au moment où la CNAMTS mise sur la régionalisation pour parvenir à une maîtrise médicalisée des dépenses.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 11

(art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux élèves de cinquième

Objet : Cet article a pour objet de confier à l'assurance maladie la prise en charge des dépenses liées aux consultations de prévention destinées aux préadolescents.

I - Le dispositif proposé

La conférence de la famille du 29 juin 2004 a consacré une partie de ses travaux aux besoins spécifiques des adolescents en matière de santé, ainsi que l'indique le rapport annexé au présent projet de loi.

A l'issue de ses travaux, elle a estimé nécessaire d'instaurer un entretien de santé personnalisé. Réservé aux adolescents scolarisés en classe de cinquième, cet entretien a pour but de repérer au plus tôt les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'altérer leur développement.

Le présent article propose de déterminer les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de ces entretiens qui s'inscrivent dans le cadre des programmes de santé définis par la loi du 9 août 2004.

Il complète en ce sens la rédaction de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale afin de préciser que ces consultations médicales sont intégralement prises en charge par l'assurance maladie et que les bénéficiaires, en l'occurrence leurs parents, seront dispensés de reste à charge et d'avance de frais.

Le coût de cette mesure est évalué à 15 millions d'euros ; elle vise 740.000 bénéficiaires potentiels.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission observe que les dispositions du présent article vont au-delà des mesures prévues par l'article 10 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

En effet, cet article dispose qu'un arrêté ministériel détermine des programmes de santé destinés à éviter l'apparition de maladie ou d'incapacité et que des consultations médicales périodiques sont organisées dans le cadre de ces programmes.

En outre, il prévoit expressément que ces consultations sont prises en charge par l'assurance maladie, mais que l'assuré est soumis au ticket modérateur et aux règles d'avance des charges. Cette règle est complétée par

les dispositions de l'article L. 1411-8 du code de la sécurité sociale selon lesquelles la participation des professionnels de santé libéraux à la mise en œuvre de ces programmes est régie par des contrats de santé publique.

Or, le présent article introduit une modification des règles relatives à la prise en charge des consultations médicales puisqu'il crée une prise en charge exorbitante de droit commun pour les entretiens de santé instaurés au bénéfice de ces élèves de cinquième.

Votre commission interrogera le Gouvernement sur l'interprétation exacte qu'il faut donner à cette nouvelle rédaction de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale qui fait mention des « *consultations de prévention destinées aux mineurs* ». Une interprétation extensive de cette rédaction conduirait à accorder aux mineurs la gratuité de toutes les consultations de prévention prévues dans le cadre d'un programme destiné à éviter l'apparition, le développement et l'aggravation des maladies.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 12

*(art. L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale
et art. L. 722-24-1 du code rural)*

Affiliation des enseignants et documentalistes contractuels ou agréés des établissements privés sous contrat au régime d'assurance maladie des fonctionnaires

Objet : Cet article propose d'affilier les maîtres et documentalistes de l'enseignement privé au régime d'assurance maladie des fonctionnaires.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose d'affilier au régime d'assurance maladie des fonctionnaires, les maîtres et documentalistes de l'enseignement privé. L'exposé des motifs présente cette démarche comme une conséquence logique du statut particulier de ces personnels recrutés par l'État pour enseigner dans les établissements privés.

Cette intégration peut paraître d'autant plus inévitable que l'article L. 914-1 du code de l'éducation pose le principe d'une égalité des règles qui déterminent les conditions de formation, de service ou de cessation d'activité des maîtres titulaires de l'enseignement public et des maîtres du privé exerçant dans des établissements privés sous contrat.

Cette mesure d'affiliation constitue donc un pas dans le sens de la convergence du statut d'enseignants et de documentalistes de l'enseignement public et de l'enseignement privé sous contrat.

Le **paragraphe I** insère une nouvelle section 4 *bis* intitulée « *Dispositions applicables aux maîtres et documentalistes de l'enseignement privé* » au sein du chapitre II « *Régime des fonctionnaires de l'État et des magistrats* » du titre I^{er} du livre VII du code de la sécurité sociale

Cette section 4 *bis* est composée d'un article unique L. 712-10-1, dont la rédaction applique aux maîtres et documentalistes les dispositions prévues par les articles L. 712-1 (prestations en cas de maladie, maternité, invalidité et décès), L. 712-3 (indemnités journalières), L. 712-9, premier alinéa (cotisations maladie, maternité, invalidité) et L. 712-10 (cotisations pour des prestations nouvelles).

Le **paragraphe II** insère une nouvelle sous-section 1 *bis* intitulée « *Dispositions applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'État par contrat* » dans la section 2, consacrée aux personnes salariées des professions agricoles, du chapitre II du titre II du livre VII du code rural.

Cette section comporte un nouvel article L. 722-24-1 précisant que les mêmes dispositions des articles L. 712-1, L. 712-3, L. 742-9 et L. 712-10 s'appliquent aux enseignants et personnels de documentation contractuels, qui exercent leurs fonctions dans des associations ou des organismes responsables des établissements d'enseignement agricole privés liés à l'État par contrat.

Le **paragraphe III** fixe au 1^{er} septembre 2005 la date d'entrée en vigueur de ces dispositions.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à l'instauration de plus d'équité dans le traitement des maîtres de l'enseignement privé sous contrat, lesquels ont les mêmes obligations que ceux de l'enseignement public, particulièrement en ce qui concerne leurs cotisations et droits à la retraite.

En revanche, elle considère qu'il n'est pas justifié que les cotisations de l'employeur à l'égard du régime d'assurance maladie soient diminuées. Or, mécaniquement, la part patronale est ramenée de 12,80 % (taux appliqué dans le régime général salarié) à 9,70 % (taux appliqué dans la fonction publique). Cet abattement de 24 % par rapport à celui appliqué au régime général est généralement justifié par le fait que les prestations en espèce (indemnités journalières, prestations d'invalidité et de décès) et l'action sociale sont autofinancées par l'État. Cependant, la Cour des comptes a calculé que le taux de « parité » devrait s'établir à 11,9 % et non 9,70 %, ce qui représente un manque de recettes pour le régime général.

En conséquence, votre commission vous propose un **amendement** tendant à fixer au niveau du taux de parité estimé par la Cour des comptes, le montant des cotisations de l'employeur versées pour le compte des maîtres et documentalistes de l'enseignement privé.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 13

**Dotation de financement du Fonds d'aide
à la qualité des soins de ville**

Objet : Cet article fixe le montant de la dotation financière versée au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FASQV) pour l'exercice 2005.

I - Le dispositif proposé

Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a été créé le 1^{er} janvier 1999 par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il distribue des aides destinées à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville ; ces aides sont attribuées à des professionnels de santé, médecins et auxiliaires médicaux, individuellement ou collectivement, et aux centres de santé. Elles peuvent également soutenir le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins.

Créé pour une durée initiale de cinq ans, le FAQSV a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2006 par la loi de financement de la sécurité sociale 2002. Par ailleurs, plusieurs lois de financement de la sécurité sociale ont étendu le périmètre des actions susceptibles de recevoir un financement du FAQSV :

- aux aides en faveur des professionnels de santé autres que les médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins (LFSS pour 2002) ;

- aux actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (LFSS pour 2003) ;

- à l'expérimentation relative à l'hébergement des données personnelles de santé (LFSS pour 2004).

La gestion du FAQSV est confiée à un comité national de gestion, placé au sein de la CNAM, et à des comités régionaux de gestion, placés au sein des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Ces comités de gestion sont composés de représentants des professions de santé

libérales, des établissements de soins et des organismes d'assurance maladie, ainsi que de personnes qualifiées.

En 2004, le FAQSV a notamment participé au financement des maisons médicales de garde.

Le présent article prévoit d'accorder au FAQSV une dotation de 30 millions d'euros au titre de l'exercice 2005, contre 15 millions en 2004, et fixe le montant maximal de ses dépenses à 106 millions d'euros, comme en 2003 et 2004.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a prolongé d'un an la durée de vie du FAQSV, soit jusqu'au 31 décembre 2007.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve cette nouvelle prolongation et **vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article additionnel avant l'article 14
(art. L. 162-31 du code de la sécurité sociale)*

Lutte contre les fraudes et les abus d'utilisation de la carte Vitale

Objet : Cet article additionnel propose de renforcer le dispositif de lutte contre les fraudes et les abus d'utilisation de la carte Vitale.

I - Le dispositif proposé

A l'occasion des travaux préparatoires à la réforme de l'assurance maladie, le ministre de la santé et de la protection sociale avait annoncé son intention de lutter contre les fraudes et les abus d'utilisation des cartes Vitale (carte électronique individuelle interrégimes).

Cette déclaration faisait suite à la publication d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, qui avait été chargée par le Gouvernement de mesurer les risques de fraude à l'assurance maladie. Ce rapport évaluait le dispositif carte Vitale instauré en 1998-1999. Il en soulignait les avantages : rapidité du règlement, sécurisation de la transmission des données et amélioration des délais de liquidation. Il pointait également les défauts du dispositif et notamment trois faiblesses principales :

- une gestion non optimale du parc de cartes ;
- des données contenues sur la carte qui ne permettent pas de connaître l'étendue des droits ouverts aux assurés ;

- un défaut d'identification du porteur.

L'article 21 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a apporté des premières réponses à ces remarques en encadrant l'utilisation de cette carte et en prévoyant l'apposition d'une photographie d'identité.

Parallèlement, le GIE carte Vitale a développé une nouvelle politique de gestion du parc de cartes et a réfléchi aux moyens de rendre opérationnelle une liste d'opposition répertoriant les numéros de cartes en circulation et en cours de validité, perdues, volées ou dénoncées. L'objectif est d'équiper tous les pharmaciens qui ont recours à la télétransmission d'un logiciel de gestion de la liste d'opposition.

L'enjeu est d'importance puisque le recours à la télétransmission permet de dispenser l'assuré de toute avance de frais et apporte aux pharmaciens une garantie de paiement.

Depuis 1999, la convention Sesam-Vitale prévoit expressément l'absence de garantie de paiement en cas d'inscription des cartes sur la liste d'opposition. Au moment où la liste devient véritablement opérationnelle, il est souhaitable que la convention qui régit les rapports entre les pharmaciens et les régimes obligatoires d'assurance maladie précise les conditions dans lesquelles cette garantie de paiement peut être retirée.

Votre commission vous propose d'inscrire ces dispositifs dans la loi afin d'en renforcer la portée.

Elle vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 14

Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

Objet : Cet article fixe à 30 millions d'euros la dotation de l'ONIAM en 2005.

I - Le dispositif proposé

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et effectivement présidé par le professeur Claude Huriet, l'ONIAM a pour missions principales d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques et d'assurer le bon

fonctionnement du dispositif de réparation des accidents médicaux institué par la loi du 4 mars 2002.

Concrètement, ce dispositif 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, qui présente une offre d'indemnisation lorsque le dommage résulte d'un aléa thérapeutique ou d'une infection nosocomiale aux conséquences graves (loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité médicale).

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.

Dans le cadre de ce dispositif, la loi du 4 mars 2002 a également créé une commission nationale des accidents médicaux, placée auprès des ministres de la santé et de la justice, qui a pour missions :

- d'établir la liste nationale des experts en accidents médicaux ;
- d'assurer la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale ;
- d'établir des recommandations sur la conduite des expertises ;
- de veiller à une application homogène de la loi par les CRCI ;
- d'évaluer l'ensemble du dispositif dans le cadre d'un rapport annuel remis avant le 15 octobre au Gouvernement et au Parlement.

Comme en témoigne précisément son dernier rapport, le bilan de la CNAM reste maigre à ce jour : plus de deux ans après la parution du décret constitutif de cette commission, seule la mission d'évaluation du dispositif a été effectivement remplie. Le retard pris dans l'élaboration de la liste nationale des experts en accidents médicaux, des recommandations sur la conduite des expertises et en matière d'application homogène de la loi par les CRCI pourrait rapidement s'avérer préjudiciable au fonctionnement de l'ensemble du dispositif.

Le présent article fixe à **30 millions d'euros la dotation de l'ONIAM en 2005**. En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office est en effet financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. L'ONIAM avait ainsi été doté de 70 millions d'euros chaque année au titre de 2002, 2003 et 2004.

La dotation proposée par le projet de loi s'inscrit dans le cadre d'une montée en charge rapide de l'activité d'indemnisation des victimes par l'ONIAM, qui a véritablement démarré en 2004.

L'année 2003 a en effet été consacrée pour l'essentiel à la mise en place du dispositif prévu par la loi du 4 mars 2002. Ce dispositif est aujourd'hui pleinement opérationnel : toutes les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation de métropole sont désormais installées, près de 5.000 dossiers de demande d'indemnisation ont été déposés, un millier d'avis au fond ont été rendus, après expertise, par les commissions régionales et l'ONIAM a déjà indemnisé près de 200 victimes.

En 2005, le nombre de nouveaux dossiers déposés devrait atteindre 4.500. Compte tenu des tendances observées en 2004, environ un millier de dossiers devraient faire l'objet d'une indemnisation par l'ONIAM. Cette forte croissance par rapport à l'année 2004 s'explique par un phénomène de décalage dans le temps inhérent au dispositif : les victimes sont indemnisées par l'ONIAM en moyenne un an après le dépôt de leur dossier auprès des CRCI. Les indemnisations versées en 2005 correspondront donc aux dossiers déposés en 2004.

Le montant moyen des indemnisations, qui a tendance à croître en raison de l'arrivée de dossiers plus lourds, devrait se situer autour de 50.000 euros. En fonction de ces hypothèses, les dépenses d'indemnisation atteindraient donc 50 millions d'euros en 2005.

Subsiste néanmoins une incertitude forte liée à la prise en charge financière par l'ONIAM des infections nosocomiales graves (décès ou taux d'incapacité permanente partielle supérieur à 25 %) en application de la loi du 30 décembre 2002. On estime en effet à plusieurs milliers par an le nombre de décès imputables à une infection nosocomiale. Les prévisions pour 2005 ne tiennent pas compte de l'impact que pourrait avoir un afflux de demandes d'indemnisation fondées sur ce motif.

On rappellera enfin que le législateur a souhaité récemment confier à l'ONIAM de nouvelles missions. Ainsi, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique transfère à l'office :

- l'indemnisation des victimes d'accidents résultant de vaccinations obligatoires, jusqu'alors assurée par la Direction générale de la santé ;

- l'indemnisation des victimes contaminées par le VIH, jusqu'alors assurée par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) qui a, en conséquence, été supprimé ;

- 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.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé cet article, à l'initiative d'Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances. Elle a estimé que le fonds de roulement de l'office était suffisamment abondé (195 millions d'euros fin 2004) pour lui permettre de faire face à ses dépenses prévisibles en 2005, et qu'en conséquence aucune dotation supplémentaire n'était nécessaire.

III - La position de votre commission

Votre commission considère que la décision de l'Assemblée nationale doit être reconsidérée pour au moins trois raisons.

Premièrement, si la trésorerie de l'office, gérée par l'ACOSS, peut paraître abondante, elle doit aussi être examinée au regard des dossiers en instruction. Or, l'office prévoit d'indemniser 1.000 dossiers supplémentaires en 2004 tandis que 4.500 dossiers devraient être présentés en 2005. Cette prévision ne tient, en outre, pas compte des demandes qui pourraient être déposées au titre de ses nouvelles compétences en application de la loi du 9 août 2004.

Ces chiffres laissent prévoir une montée en charge rapide des indemnisations versées par l'ONIAM et justifie donc l'existence des moyens financiers nécessaires.

Deuxièmement, puisque le budget de l'office doit être abondé, votre commission estime plus pertinent d'anticiper cette montée en puissance en lui attribuant une dotation annuelle plutôt que de le priver de financement en 2005 et de devoir lui attribuer une dotation beaucoup plus importante l'année suivante.

Troisièmement, supprimer la dotation de l'ONIAM en 2005 a aussi pour effet singulier d'adresser un message négatif aux associations d'usagers et de brouiller l'action du Gouvernement en matière d'indemnisation des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

En conséquence, **votre commission vous propose de rétablir la rédaction de l'article 14 telle qu'elle figurait dans le projet de loi initial.**

Article 15

*(article 51 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)*

**Participation de l'assurance maladie au financement de stocks
de produits de prophylaxie et de traitement nécessaires
en cas de menace sanitaire grave**

Objet : Cet article vise à reconduire, pour l'année 2004, la participation de l'assurance maladie à un fonds de concours exceptionnel destiné à financer l'acquisition de moyens de prophylaxie dans le cadre du plan Biotox.

I - Le dispositif proposé

Adopté le 26 septembre 2001, le plan Biotox détermine les responsabilités incombant à chaque ministère en cas d'acte terroriste de nature biologique. L'originalité de ce plan, aboutissement d'un travail interministériel engagé en 1999, est de mettre en exergue la spécificité du risque biologique qui n'était pas expressément prise en compte dans les dispositifs précédents (Piratox).

Le plan d'intervention Biotox comporte quatre axes d'action : la prévention, la surveillance, l'alerte et l'intervention en cas de crise. Il permet de réagir à des attentats revendiqués ou à des menaces sérieuses, face à des objets suspects ou des enveloppes susceptibles de contenir un agent biologique, lors de la découverte d'une souche de nature biologique dans un endroit anormal, ou encore en cas de découverte d'un malade avéré.

Le ministère de la santé est concerné en premier chef pour décliner au niveau sanitaire les modes d'intervention nécessaires. Ainsi, la circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 traite de l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux des victimes.

Le plan Biotox fait également appel aux compétences de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé qui a établi des recommandations thérapeutiques pour les personnes exposées à un agent infectieux. Des plans détaillés spécifiques ont par ailleurs été mis au point comme le plan variole, défini par le décret n° 2003-313 du 3 avril 2003.

Le financement du plan Biotox s'effectue selon deux modalités : les crédits budgétaires et l'assurance maladie, en fonction de la nature des opérations à financer.

Le financement assuré par la CNAM est destiné à permettre la constitution de stocks de précaution nécessaires à une mobilisation rapide des produits de prophylaxie ou de traitement nécessaires en cas d'exposition d'un grand nombre de personnes à des agents microbiens, toxiques ou chimiques.

Inscrit dans la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2002, pour un montant de 198,18 millions d'euros, il a permis l'acquisition, le stockage et la livraison de matériels associés aux pathologies résultant d'actes terroristes.

Cette contribution a été reconduite par la loi de financement pour 2003, puis à nouveau l'année suivante à hauteur de 154,4 millions d'euros.

Le **paragraphe II** prévoit que l'assurance maladie apportera, au titre de l'année 2004, une nouvelle contribution de 62 millions d'euros. L'apport global de l'assurance maladie au fonds Biotox s'élève donc 370,4 millions d'euros depuis 2001.

Le **paragraphe I** propose, en outre, de modifier la nature de la participation de l'assurance maladie au financement du plan Biotox en précisant que cette contribution ne vise plus simplement à couvrir les dépenses engagées au titre de la protection des personnes exposées à un agent toxique dans le cadre d'un acte terroriste mais qu'elle est étendue aux menaces sanitaires graves, quelles que soient leur origine et leur nature.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Lors des débats relatifs au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, votre commission s'était interrogée sur la pertinence qu'il y avait à recourir à l'assurance maladie pour financer l'acquisition de vaccins, alors que la lutte contre le bioterrorisme relève des missions régaliennes de l'État.

Saisi par *plusieurs* sénateurs, le Conseil constitutionnel avait considéré que « par la création d'un tel dispositif, le législateur poursuit, dans l'intérêt général, des objectifs de sauvegarde de la santé publique ; qu'ainsi la participation à ce fonds de la CNAMTS prévue par l'article 42 (LFSS 2002) n'est pas étrangère à ses missions ». Il avait également précisé que le législateur était fondé à « *prévoir à titre exceptionnel, une contribution majoritaire de la CNAMTS* ».

Il semble clairement établi que la contribution demandée à l'assurance maladie a perdu son caractère exceptionnel et qu'elle contribue désormais régulièrement au financement de la politique de sécurité sanitaire.

Mais, dans sa décision n° 2003-486 du 11 décembre 2003 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, le Conseil Constitutionnel a considéré qu'il n'y avait pas lieu de déclarer ces dispositions contraires à la Constitution.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15 bis (nouveau)
(art. L. 133-4 du code de la sécurité sociale)

**Recouvrement des indus par les caisses d'assurance maladie
auprès des établissements de santé**

Objet : Cet article vise à étendre aux établissements de santé les règles de recouvrement des indus prévues par l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale permet à l'organisme de prise en charge de recouvrer directement auprès du professionnel qui n'a pas respecté les règles en vigueur, les sommes indûment remboursées.

Le champ d'application de cet article est limité au non-respect de la nomenclature générale des actes professionnels, de la nomenclature des actes de biologie médicale, du tarif interministériel des prestations sanitaires et des règles de tarification des frais de transports.

Le présent article améliore la rédaction de l'article L. 133-4 afin de préciser que le recouvrement de l'indu peut-être fait auprès d'un professionnel ou d'un établissement.

Cette nouvelle rédaction est l'occasion d'anticiper l'entrée en vigueur prochaine de la classification commune des actes médicaux et d'adapter la procédure de recouvrement aux dispositions de l'article 23 de la loi du 13 août 2004 relatif aux pénalités administratives et à leurs modalités de recouvrement.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à toute mesure tendant à faire rentrer le contrôle des prescriptions délivrées par les établissements de santé dans le droit commun de la sécurité sociale. Elle approuve l'initiative prise par l'Assemblée nationale qui vise à réunir, dans une procédure commune, les opérations de recouvrement des indus.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15 ter (nouveau)
(art. L. 141-1 du code de la sécurité sociale)
Extension du domaine de l'expertise médicale

Objet : Cet article vise à ouvrir la possibilité de recourir à l'expertise médicale en cas de contestation sur les modalités de prise en charge thérapeutique d'un assuré.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

En l'état actuel de notre législation, seules les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime peuvent donner lieu à l'ouverture d'une procédure d'expertise médicale.

Ces contestations sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin conseil.

Le présent article propose de compléter la rédaction de l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale afin d'ouvrir le recours à l'expertise aux contestations d'ordre médical portant sur les modalités de prise en charge thérapeutique, en particulier dans le cadre des affections de longue durée.

Cette mesure s'inscrit dans le prolongement de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui encadre la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique et qui renforce la portée des protocoles de soins. Elle permettra de recourir à une expertise médicale en cas de contestation de la prise en charge thérapeutique d'un assuré bénéficiant d'une prise en charge au titre d'une affection longue durée (ALD).

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15 quater (nouveau)
(art. L. 711-7 du code de la sécurité sociale)
Contribution forfaitaire due par les assurés

Objet : Cet article précise que les régimes spéciaux d'assurance maladie et les contrats d'assurance maladie complémentaire en vigueur avant le 1^{er} janvier 2005, sont soumis aux règles relatives à la non-prise en charge de la contribution forfaitaire créée par la loi du 13 août 2004.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a instauré une contribution forfaitaire de un euro que les assurés doivent acquitter lors de chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale.

Cette contribution est l'un des moyens proposés par le Gouvernement pour favoriser le changement de comportement et, en l'occurrence, mieux responsabiliser les assurés. Il s'agit de faire prendre conscience aux Français du coût de la santé.

Le **paragraphe I** vise à s'assurer que cette disposition s'applique également aux assurés pris en charge par les régimes spéciaux d'assurance maladie.

Le **paragraphe II** complète les dispositions de l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui fixent les conditions dans lesquelles les dispositifs d'assurance maladie complémentaire peuvent bénéficier d'avantages fiscaux. La loi précise explicitement que ces avantages ne sont ouverts qu'aux contrats « *qui ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale* », c'est-à-dire aux contrats qui ne prennent pas en charge la participation forfaitaire d'un euro due par l'assuré.

Le présent article étend ces dispositions aux contrats d'assurance maladie complémentaire en vigueur avant le 1^{er} janvier 2005.

II - La position de votre commission

Votre commission vous présente deux amendements visant à préciser que ces dispositions s'appliquent aux contrats individuels et collectifs et à corriger une erreur matérielle, puis **vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 16
**Fixation de l'objectif national de dépenses
d'assurance maladie révisé pour 2004**

Objet : Cet article fixe à 131 milliards d'euros l'ONDAM révisé pour 2004.

I - Le dispositif proposé

En application du 4° du I et du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. D'un montant de 131 milliards d'euros pour 2004, il correspond à un dépassement de 1,3 milliard d'euros par rapport au chiffre initial prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 17
**Fixation de l'objectif national de dépenses
d'assurance maladie pour 2005**

Objet : Cet article fixe à 134,9 milliards d'euros l'ONDAM pour 2005.

I - Le dispositif proposé

En application du 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale détermine l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

Le présent article fixe cet objectif à 134,9 milliards d'euros pour 2005, soit une augmentation de 3,2 % des dépenses par rapport aux prévisions actuelles pour l'ONDAM 2004¹.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ L'analyse de cette disposition figure dans l'exposé général du présent rapport consacré à l'assurance maladie.

Article 18

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2005

Objet : Cet article fixe à 148,3 milliards d'euros en 2005 l'objectif de dépenses de la branche maladie.

I - Le dispositif proposé

Conformément aux dispositions du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 148,3 milliards d'euros en 2005 l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20.000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de dépenses de la branche maladie figurent à la suite des mesures qui la concernent et qu'un article spécifique est consacré à l'objectif de dépenses de chaque branche.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE IV
-
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES
DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Section 1
-

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 19

**Contribution de la branche accidents du travail et maladies
professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
(FIVA)**

Objet : Cet article fixe à 200 millions d'euros, pour 2005, le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FIVA.

I - Le dispositif proposé

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu que serait fixé, chaque année, dans la loi de financement de la sécurité sociale, le montant de la contribution demandée à la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général pour financer le FIVA.

Le FIVA

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) afin de faire bénéficier les salariés d'une indemnisation intégrale du préjudice né d'une exposition à l'amiante.

Ce dispositif intéresse tous les salariés qu'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a reconnu atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Il concerne aussi les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture du risque accidents du travail/maladies professionnelles. Les ayants droit peuvent faire valoir leur préjudice propre.

Dès lors que la victime accepte l'offre de réparation du fonds, elle ne peut plus engager d'action en justice pour rechercher la faute inexcusable de l'employeur. L'acceptation n'a pas en revanche d'incidence sur d'éventuelles actions pénales.

Le fonds est financé pour partie par l'État et pour partie par la branche AT-MP.

Le présent article fixe le montant de la contribution pour 2005 à 200 millions d'euros, contre 100 millions d'euros en 2004.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà analysé les conditions de financement du FIVA¹.

Ayant perçu des dotations limitées en 2004 (la branche AT-MP a versé 100 millions d'euros, tandis que l'État n'a apporté aucune contribution), le fonds a dû puiser largement dans ses réserves pour financer ses dépenses, qui continuent d'augmenter.

Or, il s'attend à recevoir entre 9.000 et 10.000 dossiers d'indemnisation en 2005, pour une dépense totale de l'ordre de 600 millions d'euros. Dans ces conditions, une augmentation de la dotation par rapport à 2004 est nécessaire et la fixer à 200 millions d'euros apparaît raisonnable.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 20

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

Objet : Cet article fixe à 600 millions d'euros en 2005 le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FCAATA.

I - Le dispositif proposé

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a prévu que serait fixé chaque année, dans la loi de financement, le montant de la contribution demandée à la branche AT-MP du régime général pour financer le FCAATA.

¹ Cf. tome IV du présent rapport

Le FCAATA

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé une allocation de cessation anticipée d'activité destinée aux « travailleurs de l'amiante ». Le bénéfice de ce dispositif a d'abord été ouvert aux personnes de cinquante ans et plus :

- travaillant ou ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ;
- reconnues atteintes d'une maladie provoquée par l'amiante.

Les établissements ainsi que les maladies professionnelles en question ont été précisés par arrêté.

Le dispositif a été progressivement étendu :

- aux salariés et anciens salariés des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ;
- aux salariés et anciens salariés des établissements de construction et de réparation navales ;
- aux dockers, dans la mesure où ils avaient exercé leur activité dans un port et pendant une période indiquée par arrêté ;
- aux salariés et anciens salariés du régime agricole reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante.

Un fonds spécifique, le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), prend en charge le financement des allocations et des cotisations de retraite complémentaire qui les accompagnent. Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, les prestations étant attribuées et servies par la CNAMTS.

Les recettes du fonds sont constituées par une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs et par une contribution de la branche AT-MP du régime général de la sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, fixée chaque année.

Ses dépenses sont, à ce jour, constituées par le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité et par la prise en charge des cotisations retraite des allocataires.

Un conseil de surveillance est chargé du suivi et du contrôle des activités du fonds et de son fonctionnement. Il examine les comptes et le rapport annuel d'activité, au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle de l'exercice concerné. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit que le rapport d'activité doit également être transmis au Gouvernement et au Parlement.

Le présent article fixe à 600 millions d'euros le montant de la contribution de la branche AT-MP du régime général pour 2005. Il était de 500 millions d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

L'augmentation de la dotation demandée témoigne de la poursuite de la montée en charge rapide du FCAATA, du fait notamment de l'élargissement continu du champ potentiel de bénéficiaires et de la croissance du nombre de maladies professionnelles reconnues liées à l'amiante.

Ses dépenses devraient encore augmenter de 14 % en 2005 pour s'établir à plus de 750 millions d'euros.

La croissance des dépenses ne s'est pas accompagnée d'une progression aussi forte des recettes, ce qui devrait conduire le FCAATA à afficher un déficit d'environ 130 millions d'euros cette année.

Votre commission s'était déjà préoccupée l'an passé de la dégradation de la situation financière du FCAATA ; les résultats attendus pour 2004 ne contribuent pas à apaiser ses craintes.

Pour 2005, il est prévu de porter la dotation de la branche AT-MP du régime général à 600 millions d'euros.

Cette mesure, que complète la création, à l'article 21, d'une nouvelle contribution sur les entreprises pour alimenter le FCAATA, devrait permettre de ramener le fonds quasiment à l'équilibre.

Compte tenu de la gravité des enjeux sanitaires liés à l'amiante, et de la nécessité d'accroître les ressources du FCAATA pour lui permettre de faire face à ses charges, votre commission ne peut s'opposer à l'augmentation de la dotation demandée à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, en dépit du fait qu'elle contribuera à aggraver la détérioration de sa situation financière.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 21

Contribution des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

Objet : Cet article institue, au bénéfice du FCAATA, une nouvelle contribution à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante.

I - Le dispositif proposé

Cet article met à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante une nouvelle contribution destinée à alimenter le FCAATA. Cette contribution est due pour chaque salarié admis à bénéficier du dispositif et est versée en une fois au moment de son départ.

Le **paragraphe I** indique que son produit est exclusivement affecté au FCAATA, puis définit les règles d'assujettissement à la contribution.

Y sont assujetties les entreprises :

1° dont un salarié ou ancien salarié est admis à bénéficier de l'allocation de cessation anticipée d'activité versée par le FCAATA ;

2° et qui supportent, au titre des cotisations accidents du travail, les dépenses liées à la maladie professionnelle d'un salarié ou ancien salarié liée à l'amiante ;

3° ou qui, si le salarié n'est pas atteint par une maladie professionnelle provoquée par l'amiante :

- soit ont des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navale ;
- soit sont des entreprises de manutention ou des organismes gestionnaires de port employant (ou ayant employé) des ouvriers dockers professionnels ou des personnels de manutention dans des ports où est (ou a été) manipulée de l'amiante.

Si le salarié admis dans le dispositif a été employé par plusieurs entreprises, on applique les règles suivantes :

- en cas de succession d'entreprises dans l'exploitation d'un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navale, l'entreprise assujettie à la totalité de la contribution est celle qui exploite l'établissement à la date d'admission du salarié dans le dispositif ;

- en cas d'embauche du salarié dans plusieurs entreprises exploitant ce type d'établissements - soit concomitamment, soit successivement - ou dans plusieurs entreprises ou organismes portuaires, la contribution est répartie entre les employeurs au prorata de la durée d'exposition du salarié au risque.

Pour les dockers professionnels intermittents, un dispositif de mutualisation entre les employeurs est instauré : la contribution correspondant à la période d'intermittence sera répartie au prorata des rémunérations totales brutes payées aux dockers.

Pour éviter de pénaliser les très petites entreprises, le texte propose d'exonérer de la contribution le premier bénéficiaire admis dans le dispositif au cours de l'année civile.

Le **paragraphe II** détermine le montant de la contribution.

Celui-ci est égal à 15 % du coût de l'allocation sur la période prévisible de versement, c'est-à-dire jusqu'aux soixante ans du salarié, majoré des cotisations à la charge du fonds (cotisations de retraite).

$0,15 \times (\text{montant de l'allocation du FCAATA} + \text{cotisations sociales}) \times (60 - \text{âge du bénéficiaire})$

Pour éviter de mettre en difficulté des entreprises déjà fragiles, le texte dispense du versement de la contribution les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire. De plus, il prévoit un double plafonnement :

- le montant de la contribution ne peut excéder 2 millions d'euros pour chaque année civile par redevable ;
- ni représenter plus de 2,5 % de la masse totale des salaires versés au personnel pour la dernière année connue.

La contribution sera appelée, recouvrée et contrôlée par certaines URSSAF, désignées à cet effet par le directeur de l'ACOSS, selon les mêmes règles applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

Le **paragraphe IV** précise que les conditions d'application du présent article seront fixées par décret.

Le **paragraphe V** indique que la contribution s'appliquera pour chaque nouveau bénéficiaire admis dans le dispositif à partir du 5 octobre 2004. Elle ne comporte donc pas d'effet rétroactif pour les bénéficiaires actuels de l'allocation.

II - La position de votre commission

Le financement du FCAATA représente une charge de plus en plus considérable, qui est actuellement supportée par l'ensemble des entreprises via leurs cotisations à la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Dans ces conditions, il est légitime de vouloir mettre davantage à contribution les entreprises qui ont exposé leurs salariés à l'amiante et qui portent donc une responsabilité particulière dans le déclenchement de cette crise sanitaire. Il convient toutefois de ne pas les déstabiliser en fixant le montant de la contribution à un niveau économiquement déraisonnable.

Le dispositif proposé paraît, de ce point de vue, satisfaisant, notamment grâce au mécanisme de double plafonnement. La contribution devrait essentiellement frapper les plus grandes entreprises : 5 % des entreprises supporteront 60 % de cette nouvelle charge.

Le rendement attendu de la contribution est de 120 millions d'euros pour 2005. Cette ressource supplémentaire devrait permettre de ramener les comptes du FCAATA quasiment à l'équilibre l'an prochain. A l'avenir, elle permettra de limiter les contributions demandées à la branche accidents du travail et maladies professionnelles et facilitera donc le rétablissement de sa situation financière.

Votre commission souhaite que la mise en œuvre de cette contribution soit aussi simple et efficace que possible.

La juste application du dispositif de répartition de la contribution entre plusieurs entreprises ou organismes ayant employé un salarié, suppose que les URSSAF disposent de tous les éléments leur permettant de l'établir, à savoir la liste des entreprises et des établissements concernés ainsi que la durée de travail du salarié au sein de chacun d'eux. Il est prévu que le décret d'application confie aux CRAM la mission de transmettre ces informations aux URSSAF, ce qui devrait simplifier la gestion d'un dispositif *a priori* complexe.

Votre commission vous présente **deux amendements** à cet article :

- elle observe que le prélèvement de la contribution sera confié à certaines URSSAF. Il lui paraît judicieux d'admettre une exception à cette règle, pour prévoir que le recouvrement des contributions dues par des entreprises agricoles sera assuré par les caisses de mutualité sociale agricole, qui sont habituellement compétentes pour prélever les cotisations sociales dues par ces entreprises.

- elle vous propose une seconde mesure de simplification relative, cette fois, au mode de calcul de la contribution. Il est prévu de la calculer par référence au montant de l'allocation majoré des cotisations de retraite à la charge du fonds. Ces cotisations englobent les versements aux régimes de base et aux régimes complémentaires de retraite. Or, l'obtention des informations nécessaires auprès des régimes de retraite complémentaire risque d'être longue, vu la nécessité de vérifier la qualité de cadre, d'assimilé cadre ou de non-cadre du salarié. Il est donc préférable de prévoir une majoration forfaitaire, que votre commission vous propose de fixer à 40 %. Ce chiffre correspond au niveau moyen des cotisations rapporté au niveau de l'allocation. Il peut paraître élevé, mais votre commission rappelle que les cotisations sont calculées, dans l'intérêt des bénéficiaires, non par référence au niveau de l'allocation, mais par référence au dernier salaire perçu.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 21 bis (nouveau)
(article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998
de financement de la sécurité sociale pour 1999)

**Procédure d'inscription sur la liste des entreprises ouvrant droit
au bénéfice de la cessation d'activité**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, décrit la procédure d'inscription d'un établissement ou d'un port sur la liste ouvrant droit aux salariés à bénéficier d'une cessation anticipée d'activité.

I - Le dispositif proposé

Cet article précise les conditions dans lesquelles un établissement ou un port peut être inscrit sur la liste, établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, ouvrant droit au bénéfice de la cessation anticipée d'activité pour les salariés.

Le déroulement de la procédure étant mal défini, il est arrivé que des établissements soient inscrits sur la liste sans qu'ils en soient informés et parfois sans avoir jamais exposé leurs salariés à l'amiante.

L'absence de notification de la décision d'inscription a pu également priver certaines entreprises du droit de contester cette décision en justice, à cause d'un dépassement des délais de recours.

Le présent article vise à corriger les défauts de cette procédure. Il indique que l'inscription d'un établissement ou d'un port doit être précédée d'une information de l'employeur concerné et que la décision d'inscription doit obligatoirement lui être notifiée.

Afin que les salariés soient également informés, la décision d'inscription est obligatoirement affichée sur le lieu de travail concerné.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve les améliorations bienvenues apportées par cet article additionnel. Les insuffisances de la procédure d'inscription ont pu conduire à des erreurs regrettables ou ont empêché des chefs d'entreprise de faire valoir leur droit à contester les décisions de l'administration en justice.

Il importe qu'un échange ait lieu avec l'employeur avant que la décision d'inscription ne soit prise, afin qu'il puisse faire connaître ses observations à l'administration. Cette précaution permettra de prévenir de nombreuses difficultés. Il est souhaitable également d'assurer la publicité de la décision d'inscription.

En conséquence, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article additionnel après l'article 21 bis
(art. L. 242-5 du code de la sécurité sociale)*

**Equilibre financier de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles**

Objet : Cet article additionnel propose que les éléments de calcul des cotisations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont déterminés en fonction de la situation financière de la branche.

L'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale indique que la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixe les éléments de calcul des cotisations dues au titre des risques professionnels en fonction de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Afin de mieux affirmer l'autonomie de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, votre commission vous propose d'indiquer que la fixation des éléments de calcul des cotisations se fera désormais en fonction de **l'équilibre financier de la branche** et non plus de la situation financière de la sécurité sociale dans son ensemble.

Cette modification est conforme aux principes posés par la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994, relative à la sécurité sociale, qui organise la séparation financière des branches et confie à chaque caisse le soin de veiller à l'équilibre financier de la ou des branches dont elle a la charge.

Votre commission vous demande d'insérer cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 22

**Montant du versement de la branche accidents du travail
à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du
travail et des maladies professionnelles**

Objet : Cet article reconduit à 330 millions d'euros en 2005 le montant du reversement forfaitaire de la branche AT-MP du régime général à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

I - Le dispositif proposé

L'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, codifié à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, a institué un reversement forfaitaire annuel de la branche AT-MP du régime général vers la branche maladie, afin de prendre en compte les dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge en application de la législation sur les maladies professionnelles. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a étendu ce mécanisme à la prise en compte de la sous-déclaration des accidents du travail.

On rappellera que l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, issu du même article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, dispose que le montant de ce versement est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale et qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement, après avis de la commission des AT-MP, un rapport évaluant « *le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles* ». Le dernier rapport de cette commission a été rendu le 19 septembre 2002.

Le présent article prévoit de reconduire le montant de ce reversement pour 2005 à un montant identique à celui fixé pour 2004, soit 330 millions d'euros, le Gouvernement estimant que « *les travaux de cette commission étant triennaux, aucun élément nouveau ne justifie de modifier ce montant* »¹.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà exposé la raison d'être et l'évolution de ce reversement forfaitaire² qu'elle juge légitime même s'il pèse sur les comptes de la branche AT-MP.

¹ Selon les termes de l'exposé des motifs de l'article 22.

² Cf. tome IV du présent rapport

Pour l'heure, et en l'absence de tout élément objectif nouveau susceptible de modifier l'évaluation réalisée en septembre 2002 par la commission *ad hoc*, elle ne peut que partager la décision du Gouvernement de reconduire le reversement à son niveau de 2004.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 23

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2005

Objet : Cet article fixe à 10,5 milliards d'euros en 2005 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP.

I - Le dispositif proposé

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres* ».

Pour la branche des accidents du travail, les dépenses sont constituées par :

- les dépenses des régimes et fonds existants : CNAM, salariés agricoles, mines, Fonds commun des accidents du travail agricoles (FCATA), Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales¹;
- les dépenses effectuées directement par les régimes d'employeurs en contrepartie de cotisations dites « fictives »².

Les transferts se rapportent, d'une part, au versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail prévue à l'article 22, d'autre part, aux transferts intra-branches³.

¹ Ayant moins de 20.000 bénéficiaires, le Fonds commun des accidents du travail (FCAT) ne rentre plus dans le champ des agrégats de dépenses.

² Les « cotisations fictives » mesurent la contribution des employeurs au financement du régime d'assurance sociale qu'ils organisent eux-mêmes pour leurs propres salariés ou ayants droit. Elles sont la contrepartie des prestations sociales versées par l'employeur.

³ Ils comprennent les compensations entre le régime général, d'une part, et les régimes des mines et des salariés agricoles, d'autre part, la dotation au FCATA et la dotation à la gestion administrative de l'ACOSS.

Le présent article fixe cet objectif de dépenses pour 2005 à **10,5 milliards d'euros**, en progression de 4 % par rapport à l'objectif révisé de la branche pour 2004, dont le montant est établi à 10,1 milliards d'euros par l'article 31 du projet de loi.

Cet objectif de dépenses, défini à partir du total des dépenses brutes de l'ensemble des régimes de base obligatoires de plus de 20.000 cotisants, auquel sont retranchés les transferts entre régimes, a été déterminé comme suit :

Détermination de l'objectif de dépenses pour 2005

(en droits constatés et en millions d'euros)

Dépenses brutes (1)	Transferts intra-branches (2)	Dépenses consolidées (1-2)	Transferts inter-branches (3)	Transferts à consolider (4 = 2+3)	Agrégats de dépenses (1-4)
11.557	702	10.856	330	1032	10.526

Source : annexe C du projet de loi

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission souhaite que cet objectif d'évolution modéré des dépenses soit respecté afin de ne pas détériorer davantage le solde de la branche.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 2

-

Branche famille

Article 24 A (nouveau)

(art. L. 122-26 du code du travail)

Allongement de la durée du congé de maternité en cas de naissance prématurée

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet d'allonger la durée du congé de maternité postnatal en cas de naissance prématurée et de l'adapter en fonction de la date de l'accouchement.

I – Le dispositif proposé

Aux termes de l'article L. 122-26 du code du travail, la durée de droit commun du congé de maternité s'établit à seize semaines, soit six semaines avant la date présumée de l'accouchement et dix semaines à compter de celui-ci. Lorsque des naissances multiples sont prévues, cette période commence douze semaines avant l'accouchement (vingt-quatre en cas de naissances de plus de deux enfants) et se termine vingt-deux semaines après. Des dispositions particulières sont en outre prévues à la naissance d'un enfant de rang 3 ou plus : la mère bénéficie alors d'un congé de huit semaines avant la date prévue de l'accouchement et de dix-huit semaines ensuite.

Lorsque la naissance a lieu avant la date présumée, la période postnatale de suspension du contrat de travail peut être prolongée jusqu'à son terme légal (seize, vingt-six, trente-quatre ou quarante-six semaines, selon les cas).

Le congé de maternité n'est donc pas allongé en cas de naissance prématurée, mais seulement décalé dans le temps au profit du congé postnatal par compensation avec le congé prénatal non utilisé.

Le présent article propose d'aménager ce dispositif : en cas de naissance prématurée avant la vingt-huitième semaine d'aménorrhée (soit six mois et demi de grossesse environ), la durée du congé de maternité postnatal serait étendue de douze semaines ; avant la trente-troisième semaine (soit avant sept mois et demi de grossesse), de huit semaines ; avant la

trente-septième semaine (soit avant huit mois et demi de grossesse), de quatre semaines.

Il s'agit de répondre aux besoins des 45.000 familles qui connaissent chaque année un cas de naissance prématurée nécessitant l'hospitalisation de l'enfant pour suppléer à l'inachèvement de son développement intra-utérin. Durant cette période d'hospitalisation, la présence de la mère est en effet requise pour des raisons tant psychologiques que médicales. Or, bien souvent, le congé de maternité actuel s'achève lorsque l'enfant sort de l'hôpital, obligeant alors la mère à s'en séparer au moment le plus difficile.

II - La position de votre commission

Votre commission partage largement l'esprit et les préoccupations qui ont présidé à l'adoption de cet article additionnel.

Elle observe toutefois qu'il est d'inspiration proche de l'article premier *septies* introduit, à l'initiative du Sénat, dans le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées en cours d'examen par le Parlement. Celui-ci dispose en effet que, lorsque l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date prévue pour l'accouchement et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période de suspension du contrat de travail est prolongée à due concurrence de la différence entre la date prévue de l'accouchement et sa date effective, afin d'associer la mère aux soins dispensés à son enfant et aux actions d'éducation à la santé préparant le retour à domicile.

Cette rédaction lui paraît préférable à deux titres :

- la condition de l'hospitalisation postnatale de l'enfant y est expressément mentionnée. En effet, lorsque la mère et l'enfant rentrent à leur domicile dans des délais normaux, un allongement du conté de maternité n'est pas nécessaire ;

- l'allongement du congé n'est possible que si l'accouchement a eu lieu au moins six semaines avant la date prévue, ce qui limite le bénéfice de cette mesure aux cas qui le justifient réellement.

Enfin, votre commission s'inquiète de l'introduction du présent article dans la section du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 consacrée à la branche famille, alors que le financement du congé de maternité est du ressort de l'assurance maladie. Il ne s'agit pas en effet de transférer la prise en charge de ces nouvelles dépenses de la branche maladie vers la branche famille.

C'est pourquoi, **votre commission vous propose la suppression de cet article.**

Article 24
(art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale)

Majoration de la prime d'adoption

Objet : Cet article a pour objet de majorer la prime versée à l'occasion de l'adoption d'un enfant.

I – Le dispositif proposé

La prime d'adoption constitue l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), créée par l'article 60 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Aux termes de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, qui en fixe les modalités d'attribution, cette prime est versée sous condition de ressources en fonction du rang de l'enfant adopté, de la taille et des revenus du ménage. Elle est due à l'arrivée de l'enfant dans son foyer adoptif.

La prime est versée pour chaque enfant, quel que soit son âge. Son montant, qui évolue en fonction de l'inflation, est identique à celui de la prime à la naissance, soit 812,23 euros en 2005.

Le présent article propose de majorer cette prime en cas d'adoption. Selon l'exposé des motifs du texte, elle devrait être doublée et portée à 1.624,75 euros en 2005.

Il s'agit de mieux prendre en compte le coût, pour les familles, des démarches effectuées en vue d'une adoption, estimé entre 10.000 et 20.000 euros pour un enfant adopté à l'étranger, soit un cas sur cinq des 5.000 adoptions réalisées chaque année en France. Ces dépenses comprennent des frais de dossiers, de nombreux déplacements entre la France et l'étranger et, bien souvent, le paiement des frais d'entretien de l'enfant avant même son arrivée en France.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve la mesure proposée au profit des familles adoptives et souhaite la mise en œuvre rapide de la réforme des procédures d'adoption annoncée par Marie-Josée Roig, notamment la création de l'agence française de l'adoption.

Il apparaît en effet aujourd'hui indispensable de simplifier et de sécuriser l'adoption internationale, tant pour les familles adoptantes que pour les pays d'origine des enfants adoptés.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 25

(art. L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles)

**Réforme du mode de financement de l'Union nationale
des associations familiales (UNAF)**

Objet : Cet article a pour objet de réformer le mode de financement de l'UNAF.

I – Le dispositif proposé

• Les missions de l'UNAF

Les premières associations familiales sont nées en France à la fin du XIX^e siècle, en vue d'organiser l'entraide entre les familles.

Après la seconde guerre mondiale, face aux défis de la reconstruction, le Gouvernement s'est trouvé confronté à l'urgence d'élaborer une politique familiale volontariste et ambitieuse. Pour définir cette politique et la mener à bien, il a souhaité s'appuyer, au niveau local et national, sur l'ensemble des familles. Le 3 mars 1945, une ordonnance a institué, dans ce but, l'UNAF et les unions départementales des allocations familiales (UDAF).

Ces missions, définies à l'article L. 211-3 du code de l'action sociale et des familles, sont les suivantes :

- donner leur avis aux pouvoirs publics sur les questions d'ordre familial et proposer des mesures conformes aux intérêts matériels et moraux des familles ;

- représenter officiellement, auprès des pouvoirs publics, l'ensemble des familles et notamment désigner ou proposer les délégués des familles aux divers organismes institués par l'État et les collectivités territoriales ;

- gérer tout service d'intérêt familial dont les pouvoirs publics estimeront devoir leur confier la charge. A ce titre, on peut citer les tutelles des majeurs protégés et aux prestations sociales, le conseil en économie familiale (en cas de surendettement, notamment), la médiation familiale, l'accompagnement des allocataires du revenu minimum d'insertion, la formation des illettrés et l'aide aux familles immigrées. Ce type de missions ne cesse de croître et emploie désormais plus de 6.000 personnes dans les UDAF ;

- enfin, exercer devant toutes les juridictions, sans avoir à justifier d'un agrément ou d'une autorisation préalable de l'autorité publique, l'action civile contre des faits de nature à nuire aux intérêts moraux et matériels des familles. Dans les faits, il s'agit surtout d'affaires liées au respect du droit de la consommation.

Pour ce faire, l'UNAF anime le réseau des vingt-deux unions régionales des associations familiales (URAF) et des cent UDAF, soit 23.000 bénévoles, et les appuie dans leurs missions institutionnelles et de services aux familles.

L'UNAF est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique, réunissant exclusivement des personnes morales. Ses adhérents sont de deux types :

- sont membres actifs, outre les UDAF, huit mouvements familiaux nationaux généralistes et vingt mouvements « à recrutement spécifique » (agissant sur des domaines particuliers de la politique familiale : éducation, formation, action sociale, familles monoparentales, handicap, etc) ;

- sont en outre membres associés les trente-huit groupements nationaux à but familial agréés par l'UNAF. Ils ne sont pas considérés comme des associations familiales au sens propre du terme, mais leur action sur le terrain est jugée conforme aux intérêts des familles.

• L'organisation financière

Les ressources de l'UNAF, mentionnées à l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles, proviennent de quatre sources :

- un fonds spécial, créé par la loi du 24 mai 1951, alimenté par un prélèvement annuel effectué sur les ressources des différents régimes de prestations familiales. Ce prélèvement est égal à 0,1 % du montant des allocations familiales versées annuellement par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), soit 23,3 millions d'euros en 2003.

L'UNAF en conserve 30 % pour son propre fonctionnement et reverse une partie de cette dotation aux mouvements nationaux agréés en qualité de membres actifs ; 66,15 % sont affectés aux UDAF, qui en reversent une partie aux associations adhérentes ; le solde est affecté aux URAF (soit 3,85 %) ;

- les cotisations des associations, fédérations, confédérations et sections d'associations familiales adhérentes ;

- les subventions publiques ou privées ainsi que les dons et legs ;

- les rémunérations ou indemnités pour frais de gestion que peuvent comporter les divers services familiaux.

La partie des ressources alimentée par le fonds spécial a fait l'objet de critiques récurrentes de la Cour des comptes quant à son financement.

Outre le fait que ce mode de financement rend l'UNAF tributaire des aléas de la politique familiale, les critiques portent sur un certain manque de transparence dans l'utilisation des fonds, notamment sur l'absence d'une convention d'objectifs avec l'État et sur la faiblesse des contrôles, tant internes qu'externes.

En outre, à l'occasion du contrôle des comptes de l'UNAF pour les exercices 1997 à 2002, la Cour des comptes a formulé plusieurs interrogations critiques sur la représentativité de certaines composantes du mouvement

familial et sur les critères d'agrément actuellement utilisés par les mouvements en place pour refuser de nouveaux membres.

En réponse à ces critiques, le présent article modifie la partie de l'article L. 211-10 précité relative au fonds spécial.

Ainsi, le **paragraphe I** indique que le fonds spécial est alimenté par un versement effectué par la CNAF et la caisse centrale de MSA, au prorata du montant des prestations familiales versées l'année précédente par chacune des caisses. Désormais, les régimes spéciaux ne participent donc plus au financement du fonds.

Le fonds est ensuite séparé en deux enveloppes :

- la première, qui représente 80 % de la dotation, est destinée à couvrir les missions d'intérêt général mentionnées à l'article L. 211-3. Elle évoluera comme l'inflation ;

- le solde financera des actions définies par voie conventionnelle entre l'UNAF et le ministère de la famille. Son indexation est plus dynamique puisqu'elle évoluera au même rythme que les prestations familiales.

A ce titre, le texte prévoit un mécanisme de lissage en cas de création ou de suppression d'une prestation pour réduire les variations de financement d'une année sur l'autre : le taux d'évolution retenu sera alors égal à la moyenne des taux des trois années précédentes.

Sont ensuite précisées les prestations familiales prises en compte pour le calcul de la dotation du fonds. Il s'agit de l'ensemble des prestations légales, hormis l'allocation de parent isolé (API), auxquelles s'ajoutent l'allocation pour jeune enfant (APJE), l'allocation d'adoption, l'allocation parentale d'éducation (APE), l'allocation pour la garde d'enfant à domicile (AGED) et l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) jusqu'en 2007.

Le **paragraphe II** fixe le montant des deux enveloppes précitées pour l'année 2005, soit 19,45 millions d'euros pour la première et 4,86 millions pour la seconde, pour un total de 24,31 millions d'euros pour l'ensemble du fonds.

Hormis un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II – La position de votre commission

Soucieuse de la clarification et de la plus grande transparence du financement du fonds spécial de l'UNAF, votre commission approuve ce dispositif.

C'est pourquoi, **elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 26

**Prise en charge par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)
des majorations de pension pour enfants**

Objet : Cet article prévoit la prise en charge des majorations de pensions de retraite pour enfant par la branche famille à hauteur de 60 % de leur coût.

I – Le dispositif proposé

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV), institué par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993, finance des avantages vieillesse à caractère redistributif, relevant de la solidarité nationale (minimum vieillesse, cotisations des périodes validées gratuitement au titre du service national ou du chômage). Il prend également en charge les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse (régime général, régimes alignés et régime des exploitants agricoles), des majorations de pension de retraite pour conjoint à charge et celles qui sont accordées en fonction du nombre d'enfants.

Les majorations pour enfants, instaurées en 1945, ont pour effet d'augmenter, d'un dixième de son montant, la pension de retraite de tout assuré, qui a eu ou a élevé trois enfants ou plus avant leur seizième anniversaire, pendant au moins neuf ans. Elles sont versées sans condition de ressources.

Ce dispositif en faveur des parents de familles nombreuses vise à compenser, au moment de la retraite, les charges de famille et leurs conséquences en termes de pension, compte tenu du fort taux d'inactivité des mères de trois enfants ou plus.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu la prise en charge progressive, par la branche famille, de ces majorations de pension de retraite pour enfants, par tranche de 15 % chaque année, selon un calendrier devant aboutir à un transfert intégral en 2007.

Faisant fi de cet échéancier, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a fortement accéléré ce transfert en portant à 60 % la participation financière de la CNAF aux majorations de pension pour enfants remboursées au FSV.

Les lois de financement de la sécurité sociale suivantes ont ensuite maintenu ce taux à 60 %. Tel est également l'objet du présent article, alors que la prise en charge des majorations de pension par la CNAF aurait dû atteindre 75 % en 2005 en application du calendrier initial.

La charge supportée à ce titre par la branche famille s'élèvera à 1,97 milliard d'euros en 2005.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II – La position de votre commission

A l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, votre commission avait déjà contesté le principe même de ce prélèvement sur la branche famille.

Les majorations de pension pour enfants constituent en effet, à ses yeux, un avantage vieillesse, c'est-à-dire un juste retour accordé aux parents qui ont contribué, en élevant des enfants, à l'équilibre des régimes de retraite par répartition.

Comme les années précédentes, votre commission dénonce le principe de ce transfert qui, en contraignant les finances de la branche famille, la prive des moyens du développement d'une politique familiale plus ambitieuse. Pour ces raisons, elle se contente du maintien du transfert du taux de 60 % pour 2005.

Elle appelle toutefois à nouveau de ses vœux une clarification des comptes de la CNAF et, plus largement, la fin des transferts entre les différentes branches de la sécurité sociale.

En attendant cette réforme essentielle, qu'elle espère proche, votre commission **vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 27

Fixation de l'objectif national de dépenses de la branche famille pour 2005

Objet : Cet article fixe à 46,2 milliards d'euros en 2005 l'objectif de dépenses de la branche famille.

I – Le dispositif proposé

En application du 3° du paragraphe I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe le montant des dépenses de la branche famille pour 2005 à 46,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20.000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Les dépenses de la branche famille sont, pour l'essentiel, celles de la CNAF, qui retrace déjà dans ses comptes l'ensemble des prestations légales servies par les différents organismes, ainsi que les charges annexes supportées par les organismes du régime général. Les prestations extralégales versées par d'autres régimes ainsi que leurs dépenses de fonctionnement sont également prises en compte. Seules les sommes versées par certains régimes spéciaux, qui ont un caractère de complément de salaire, ne sont pas intégrées dans l'agrégat de dépenses.

L'objectif de dépenses est fixé en fonction des montants prévisionnels des charges, compte tenu des mesures nouvelles introduites par le projet de loi de financement, de l'évolution prévisible du nombre d'allocataires des prestations familiales, des objectifs des caisses d'allocations familiales en matière d'action sociale, ainsi que du taux retenu pour la BMAF.

Ce taux est de 2,2 % en 2005. En application de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, il est fixé en fonction de l'inflation prévue pour 2005 (soit + 1,8 %) et d'un correctif qui tient compte d'un éventuel décalage entre les prévisions de l'année précédente et l'inflation effectivement constatée (soit + 0,4 %).

L'objectif de dépenses initial pour 2004 avait été fixé à 45,5 milliards d'euros par l'article 52 de la précédente loi de financement. Il a été ramené à 45 milliards d'euros en conséquence d'une révision à la baisse des dépenses pour l'exercice 2003.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission observe que, cette année encore, la revalorisation de la BMAF se limite strictement à l'inflation compte tenu par ailleurs des mesures nouvelles qu'elle approuve, votre commission **vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Section 3

-

Branche vieillesse

Article 28

*(articles 18 et 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004
relative au service public de l'électricité et du gaz)
art. L. 135-6, L. 135-7, L. 135-7-1, L. 135-7-2 et L. 135-8
du code de la sécurité sociale)*

**Modalités de versement de la soulte due par la Caisse nationale
des industries électriques et gazières (CNIEG) en contrepartie
de son adossement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse
des travailleurs salariés (CNAV)**

Objet : *Cet article définit les modalités de versement de la soulte due à la CNAV en contrepartie de l'adossement de la CNIEG.*

I - Le dispositif proposé

Cet article complète les dispositions du titre IV de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. Il tend à préciser les modalités de versement de la soulte due par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV). Afin d'éviter une comptabilisation de cette somme en une seule fois, il fait intervenir le Fonds de réserve pour les retraites (FRR). Un relèvement des fourchettes de la contribution tarifaire sur les activités régulées est également prévu pour faire face aux besoins de financement.

Montant définitif et paramètres de calculs de la soulte des IEG

Le dossier de la négociation des « droits d'entrée », c'est-à-dire de la soulte à acquitter par la CNIEG à la CNAV, a consacré le recours à la méthode dite « prospective ». Cette méthode consiste à projeter dans l'avenir les données financières, économiques et démographiques du régime adossé et celles du régime d'accueil, afin de prévenir une dégradation exogène des équilibres de ce dernier.

L'accord auquel le Gouvernement et la CNAV ont abouti dans la nuit du 18 au 19 octobre 2004 repose sur cinq paramètres principaux:

- une projection sur une durée de 25 ans ;
- un taux d'actualisation de 2,50 % par an ;
- la fixation du salaire de base pour le calcul de la pension des retraites à 100 % du plafond de la sécurité sociale pour 2006, alors que le salaire moyen des salariés des IEG s'établit à 95,6 % de ce même plafond ;
- la prise en charge par les IEG de l'écart entre 95,6 % et 100 % dudit plafond ;
- la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) des prestations familiales.

Au total, les IEG acquitteront, pour les seuls droits de base équivalant à ceux versés par la CNAV, un droit d'entrée qui correspondra à la soulte proprement dite, c'est-à-dire une contribution libératoire et exceptionnelle de 7,7 milliards d'euros.

Le paiement de cette soulte sera assuré de deux façons différentes :

- un versement initial de 40 %, soit 3,1 milliards d'euros valeur 2005, sera confié au FRR, pour être placé à long terme jusqu'en 2020, la CNAV recouvrant alors ce capital, majoré des intérêts capitalisés ;
- le solde de 4,6 milliards d'euros (en valeur 2005 actualisée) sera versé de façon échelonnée par la CNIEG à la CNAV pendant vingt ans, de 2005 à 2024.

Le **paragraphe I** organise l'intervention du FRR dans la gestion de la soulte et modifie en ce sens la rédaction de l'article 19 de la loi précitée du 9 août 2004. A côté des deux conventions à intervenir, avec la CNAV, d'une part, et les institutions de retraites complémentaires, d'autre part, il est prévu qu'une troisième convention soit signée entre la CNIEG et le FRR. L'intervention du FRR dans ce schéma, bien qu'éloignée de sa mission principale, est motivée par le souci d'éviter une comptabilisation en une seule fois du montant de la soulte. Faire appel à ce fonds pour gérer la trésorerie de la soulte permet également de bénéficier d'économies d'échelle et du recours aux meilleurs spécialistes de la gestion financière.

Le **paragraphe II** tend à compléter l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale, en définissant cette nouvelle mission du FRR en plus de celle consistant à gérer les sommes destinées à assurer la pérennité des régimes de retraite qui lui incombe actuellement. Le FRR versera chaque année à la CNAV le montant correspondant au surcoût annuel, dû à la différence de niveau de prestations entre le régime des industries électriques et gazières et le régime général. Par là même, la neutralité de l'adossement sera assurée. Sur le plan juridique et comptable, les deux sections sont conçues comme séparées et étanches.

Le **paragraphe III** établit une coordination rédactionnelle à l'article L. 135-7 du même code.

Le **paragraphe IV** propose, en créant deux nouveaux articles L. 135-7-1 et L. 135-7-2 dans le code la sécurité sociale, de préciser les modalités d'intervention du FRR dans le cadre de sa nouvelle mission.

• **Le nouvel article L. 135-7-1** détermine ainsi les ressources et les dépenses de cette nouvelle section du FRR. L'unique type de ressources prévu est le produit « *des contributions exceptionnelles, forfaitaires et libératoires* », autrement dit des soultes. Il convient d'ailleurs, à ce titre, de s'interroger sur le pluriel retenu dans cette phrase, car la CNAV ne recevra qu'une seule soulte de la CNIEG, la seconde soulte devant être versée aux institutions de retraite complémentaire. Ce point ne revêt toutefois qu'un intérêt rétrospectif, dans la mesure où le présent paragraphe IV a été supprimé en première lecture à l'Assemblée nationale.

Logiquement, seuls les versements à la CNAV sont prévus au titre des dépenses. Il convient néanmoins de remarquer que le montant et la date de ces versements seront déterminés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des finances et du budget, selon la même procédure que celle prévue pour établir le montant de la soulte dans la loi du 9 août 2004.

• **Le nouvel article L. 135-7-2** prévoit que la CNAV recevra les intérêts capitalisés produits par le placement de la soulte, et ce l'année qui suit le dernier versement annuel du FRR, c'est à dire en 2025. Comme pour l'échéancier des versements du FRR à la CNAV, il est prévu que les modalités de calcul et de versement de ces intérêts seront fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des finances et du budget.

Le **paragraphe V** propose, par coordination avec les dispositions précédentes, de renforcer les pouvoirs du Conseil de surveillance du FRR. Ce dernier se voit ainsi confier la responsabilité de fixer les orientations générales de la politique de placement de la soulte, en respectant l'objectif et l'horizon de placement de celle-ci, et en tenant compte notamment, des échéances de versement de la CNIEG au FRR, d'une part, et du calendrier des versements du FRR à la CNAV, d'autre part.

Le **paragraphe VI** procède au relèvement des fourchettes encadrant le taux de la contribution tarifaire sur les activités régulées qui financera, à compter du 1^{er} janvier 2005, une partie des engagements de retraite des IEG.

Cette contribution tarifaire constitue une imposition de toute nature pesant sur les activités régulées, créée par l'article 18 de la loi du 9 août 2004, qui vient se substituer à une charge jusqu'alors intégrée dans les tarifs sous la forme de frais de gestion des tarifs d'utilisation des réseaux et qui s'élèverait à 800 millions d'euros pour EDF et GDF. Il convient également de rappeler son caractère complexe, caractérisé par plusieurs assiettes ainsi que la possibilité laissée au pouvoir réglementaire de déterminer son taux à l'intérieur des fourchettes assignées par la loi.

L'exposé des motifs précise que « *les taux actuels de cette taxe ne lui permettent pas de financer l'intégralité des charges qu'elle est censée couvrir. Cette insuffisance s'explique notamment par le fait que, lors du vote de la loi (n° 2004-803 du 9 août 2004), l'assiette de la contribution n'était pas connue avec précision. En effet, depuis lors, la commission de régulation de l'énergie a redéfini les tarifs d'acheminement de l'électricité* ».

Trois des quatre fourchettes de la contribution tarifaire sont donc relevées de façon substantielle :

- pour celle acquittée par les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité, la fourchette applicable, actuellement comprise entre 1 % et 10 %, passe entre 10 % et 20 % ;

- pour celle payée par les consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité, elle est portée de 1 % à 10 % à entre 10 % et 20 % ;

- pour celle acquittée par les consommateurs raccordés aux réseaux de transport de gaz naturel, elle passe d'entre 10 % et 20 % à entre 15 % et 25 %.

La quatrième fourchette déterminée par l'article 18 de la loi précitée du 9 août 2004 demeure inchangée. Il s'agit de celle concernant l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel, qui reste comprise entre 10 % et 20 %.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par le Gouvernement modifiant radicalement la rédaction initiale du présent article. L'importance de ces changements s'explique notamment par la nécessité d'intégrer, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, les termes de l'accord intervenu avec la CNAV, le 19 octobre 2004. Cet amendement a en outre été sous-amendé à trois reprises avec l'accord du Gouvernement, dont deux fois à l'initiative de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et une fois à l'initiative de la commission des Finances, saisie pour avis, au paragraphe II.

Dans cette nouvelle rédaction, le **paragraphe I** ne prévoit plus l'intervention du FRR que pour la gestion **d'une partie**, et non plus **de la totalité** de la soulte (**1°**).

Il précise désormais que le calendrier des versements, échelonnés en application de l'accord du 19 octobre 2004 entre le Gouvernement et la CNAV sera déterminé dans le cadre d'un arrêté des ministres chargé du budget et de la sécurité sociale. Il dispose que les versements directs de la CNIEG à la CNAV seront garantis par l'État, dans des conditions déterminées en loi de finances (**2°**).

Les modalités financières de l'accord intervenu avec la CNAV, et notamment la répartition de la soulte entre deux ensembles distincts de 60 % et 40 %, sont de nature réglementaire et figureront dans l'arrêté précité.

Le **paragraphe II** complète les articles L. 135-6 du code de la sécurité sociale en apportant une précision rédactionnelle (**1°**). Il définit la nouvelle mission du FRR comme consistant à assurer la gestion financière de la partie de la soulte qui lui est confiée jusqu'à sa rétrocession à la CNAV « *à compter de 2020* », c'est-à-dire la date à partir de laquelle le fonds commencera à utiliser ses actifs pour combler les déséquilibres démographiques (**2°**). Les produits financiers seront versés à la CNAV à cette même date. Les modalités de rétrocession doivent être déterminées par une convention entre la CNAV et le FRR. Par rapport à la version initiale du projet de loi, le changement est important : dans la mesure où le FRR n'aura finalement pas à verser à la CNAV, chaque année, les fonds nécessaires à la couverture des besoins liés aux IEG, le projet de créer deux sections distinctes dans le cadre du fonds a été abandonné.

Les **3°** et **4°** tendent tous deux à faciliter et simplifier la gestion du FRR, non seulement pour la gestion de la soulte des IEG, mais aussi pour sa mission principale consistant à assurer la pérennité à long terme des régimes de retraite. Le **3°** insère un nouvel alinéa à l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale pour autoriser le fonds, dans des cas exceptionnels et à titre temporaire, à gérer directement ses actifs, et ce dans des conditions fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. Le **4°** modifie l'article L. 135-12 du code de la sécurité sociale de façon à ce que les commissaires aux comptes certifient les comptes du FRR avec une périodicité annuelle et non plus semestrielle.

En conséquence, les **paragraphes III, IV et V** ont été supprimés. Le paragraphe IV, qui définissait les ressources et les dépenses de la deuxième section du FRR, dont la création a été finalement abandonnée, et qui fixait la date de versement à la CNAV des intérêts capitalisés, est devenu sans objet. La suppression des paragraphes III et V est de nature rédactionnelle.

En revanche, l'élargissement des différentes fourchettes de la contribution tarifaire exposées au **paragraphe VI** demeure inchangé.

III - La position de votre commission

Lors de l'examen de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, votre commission s'était fermement engagée en faveur de l'inscription dans la loi du principe de neutralité de l'opération d'adossement pour les assurés du régime général. Garantir la neutralité du montage supposait en effet un adossement juste et transparent, ce qui sera le cas.

Après l'accord du 19 octobre 2004 entre le Gouvernement et la CNAV, les négociations entre la CNIEG et les régimes complémentaires AGIRC et ARRCO doivent encore être conclues d'ici la fin de l'année. Les sommes en jeu sont ici aussi considérables et pourraient atteindre 9 milliards d'euros, en cas de reprise total des droits.

Votre commission se félicite, en premier lieu, que l'adossement des IEG soit parfaitement équitable pour la CNAV : le montant de la soulte correspond aux prestations particulièrement généreuses versées par le régime des IEG. Sur 76 milliards d'engagements de retraite au 1^{er} janvier 2003, ceux correspondant au « régime chapeau » sont évalués à 36 milliards, soit presque autant que ceux des « droits de base » estimés à 40 milliards d'euros. On peut en conclure que la situation au regard de la retraite des personnels gaziers et électriciens est près de deux fois plus favorable que celle des assurés sociaux du secteur privé relevant de la CNAV, d'une part, des retraites complémentaires AGIRC et ARRCO d'autre part. Cet écart s'explique pour moitié par un âge de liquidation plus précoce et pour moitié par des calculs de liquidation plus avantageux. Il convient enfin de noter que, contrairement aux assurés sociaux du régime général, des régimes alignés et des trois fonctions publiques désormais, les personnels gaziers et électriciens sont exclus du champ d'application de la réforme des retraites du 21 août 2003.

Votre commission se réjouit, en second lieu, de voir consacrée la méthode de calcul de la soulte dite « prospective », qu'elle avait elle-même proposé d'intégrer directement dans les dispositions de la loi du 9 août 2004. L'autre méthode, dite « instantanée », ne lui semblait en effet appropriée que pour la reprise de petits régimes. On relèvera également que, en ayant recours à la méthode prospective, la CNAV s'aligne aussi sur les pratiques des régimes de retraite complémentaire.

Votre commission constate en troisième lieu, une évolution sensible des paramètres de ce dossier depuis le vote de la loi du 9 août 2004 et le dépôt du projet de loi initial de financement de la sécurité sociale pour 2005 en raison de l'achèvement de la négociation entre l'État et la CNAV. Elle observe que l'équilibre initial du présent article s'en trouve modifié sur plusieurs points :

- le montant de la soulte est plus élevé que prévu initialement : 7,7 milliards d'euros contre 6,9 milliards, soit un écart de 11 % ;
- les fourchettes de la contribution tarifaire sont relevées ;
- les majorations pour enfants des retraites des agents des IEG seront mises à la charge *in fine* du FSV, pour une valeur totale actualisée sur vingt-cinq ans de 1,3 milliard d'euros, d'après les calculs de la CNAV.

Or, le FSV présente une situation fragilisée depuis cinq ans et un déficit cumulé qui devrait atteindre, sur la base des dernières prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale, 2,6 milliards d'euros à la fin

de l'année 2005. Dans ce contexte, la mise à la charge du FSV d'une dépense supplémentaire rend indispensable et urgent son refinancement.

On peut se demander si la contribution tarifaire ne verra pas son champ étendu au-delà des seuls engagements de retraite spécifiques aux IEG décomptés au 31 décembre 2004, pour inclure également le financement de la soulte et donc les « droits de base ».

Au total, cet article illustre à nouveau le caractère particulièrement avantageux des prestations du régime de retraite spécial des électriciens et des gaziers. Si l'opération s'avèrera neutre pour l'assuré social du régime général, le redevable de la CSG (*via* le FSV) et le consommateur risquent tous deux, à terme, d'être mis à contribution.

La loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières a donc résolu le problème du financement de ce régime de retraite spécial et de l'adaptation des IEG aux nouvelles normes comptables internationales. Néanmoins, votre commission estime que se poseront, à terme rapproché, les questions de la pérennité du niveau des prestations des IEG au regard de son coût élevé et croissant, de sa légitimité par rapport aux autres régimes de retraites, qui sont pour leur part concernés par la réforme des retraites, et de l'hypothèse de la mise en extinction de ce régime spécial.

Votre commission proposera également deux **amendements**.

Le premier vise à préciser l'année du début (2005), et l'année de fin (2024), des versements pluriannuels qui seront effectués par la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, au titre de la seconde partie de la soulte.

Le second amendement tend, afin d'explicitier le mécanisme de la soulte :

- à prévoir que l'arrêté interministériel indiquera les paramètres retenus pour le calcul de ladite soulte ;

- à soumettre cet arrêté à l'avis du conseil d'administration de la CNAV, préalablement à sa publication.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé

Article 29

**Régime de retraite anticipée des fonctionnaires territoriaux
et hospitaliers relevant de la Caisse nationale des retraites
des agents des collectivités locales (CNRACL)**

Objet : Cet article tend à transposer à la fonction publique territoriale et hospitalière, le dispositif des « carrières longues » bénéficiant déjà aux assurés sociaux relevant du régime général et des régimes alignés.

I - Le dispositif proposé

L'allongement progressif de la durée d'activité d'une part, et l'entrée plus tardive dans la vie active, d'autre part, ont rendu moins fréquents les cas de personnes justifiant de la durée maximale de cotisation avant l'âge de soixante ans. Néanmoins, demeure une population d'assurés ayant commencé leur activité très jeunes, à quatorze, quinze ou seize ans et ayant effectué une très longue carrière.

C'est à leur intention que l'article 23 de la loi n° 2003-775 portant réforme des retraites a ouvert la possibilité d'un départ anticipé en retraite avant l'âge de soixante ans, pour les personnes relevant du régime général et des régimes alignés. Le décret n° 2004-1036 du 30 octobre 2003 a précisé les modalités et les conditions d'application de ce dispositif.

Ce nouveau droit est ouvert, sous condition d'âge et de durée de cotisation, dans les conditions suivantes :

Age du début de carrière	Age de départ	Durée validée	dont cotisée
moins de 16 ans	56 ou 57 ans	42 ans	42 ans
moins de 16 ans	58 ans	42 ans	41 ans
moins de 17 ans	59 ans	42 ans	40 ans

Il n'était pas question d'exclure les fonctionnaires de cette mesure. Toutefois, compte tenu des spécificités de la fonction publique, et notamment du grand nombre de corps ayant chacun ses particularités et des multiples dispositifs autorisant une liquidation de pension avant l'âge de soixante ans, la mise en œuvre de cette nouvelle dérogation à l'âge normal de départ en retraite a suivi un processus d'élaboration particulier. Conformément au relevé de décisions du 15 mai 2003 avec les partenaires sociaux, un groupe de travail a été constitué à l'été 2003. Au terme de ces travaux, le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'État a conduit en juin 2004 une concertation avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique sur les modalités d'accès et de mise en œuvre de cette mesure aux fonctionnaires de l'État, des collectivités locales et des hôpitaux.

A la suite des recommandations du Conseil d'État, le Gouvernement a décidé que la transposition du dispositif des « carrières longues » dans les fonctions publiques se présentera sous rédaction identique, mais dans deux véhicules législatifs différents :

- l'article 73 du projet de loi de finances pour 2005 institue un nouvel article L. 25 bis dans le code des pensions civiles et militaires pour les fonctionnaires de l'État ;

- le présent article du projet de loi de financement de la sécurité sociale reproduit, sans le codifier, le contenu de cet article L. 25 bis pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers affiliés à la CNRACL.

Le dispositif « carrières longues » dans la fonction publique repose sur un calendrier d'entrée en application étalé dans le temps, dont les **quatre premiers alinéas du paragraphe I** exposent le détail. Pour les fonctionnaires ayant eu une carrière longue, il se présente donc de la façon suivante :

Date d'ouverture	Age du début de carrière	Age de départ	Durée validée	dont cotisée
1 ^{er} janvier 2008	moins de 16 ans	56 ou 57 ans	42 ans	42 ans
1 ^{er} juillet 2006	moins de 16 ans	58 ans	42 ans	41 ans
1 ^{er} janvier 2005	moins de 17 ans	59 ans	42 ans	40 ans

Ainsi, les fonctionnaires ayant atteint l'âge de cinquante-neuf ans et remplissant les conditions d'éligibilité, seront les premiers bénéficiaires du dispositif. Pour ceux âgés de cinquante-huit, cinquante-sept ou cinquante-six ans, la montée en charge du dispositif sera progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2008, comme le sont d'ailleurs la plupart des dispositions de la réforme des retraites applicables aux fonctionnaires, à l'instar de la décote.

La durée validée prend en compte le cas des agents ayant accompli une partie de leur parcours professionnel dans un autre régime obligatoire de retraite.

Les critères d'éligibilité (durée cotisée, durée validée, conditions de début de carrière) retenus pour qualifier de « longue » la carrière d'un fonctionnaire et lui ouvrir droit à un départ anticipé sont identiques à ceux définis pour les assurés sociaux du régime général et des régimes alignés, par le décret du 30 octobre 2003 précité. Ainsi, par exemple, les bonifications et les majorations accordées à quelque titre que ce soit ne peuvent être prises en compte dans la durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge des fonctionnaires.

Les **alinéas 5 à 7 du paragraphe I** définissent la notion de condition d'âge. Pour être considérés avoir débuté leur activité professionnelle avant seize ou dix-sept ans, les fonctionnaires devront remplir l'une ou l'autre des

deux conditions suivantes : avoir cotisé pendant cinq trimestres à la fin de l'année où est survenu leur seizième ou dix-septième anniversaire ou quatre trimestres au moins à ces mêmes dates s'ils sont nés au quatrième trimestre de l'année civile.

Les **alinéas 8 à 12 du paragraphe I** précisent la notion de durée d'activité. Comme pour les salariés du secteur privé, il est prévu de prendre en compte, au titre de la durée cotisée, à hauteur respectivement de quatre trimestres, les périodes de service national et les périodes de congés maladie. La disposition du onzième alinéa prévoyant que le nombre de trimestres ayant donné lieu à cotisations (...) ne peut « *excéder quatre pour une même année civile* » ne vise pas spécifiquement les fonctions publiques, mais plutôt les pluripensionnés ayant réalisé une partie de leur carrière dans le secteur privé. Cette disposition reprend d'ailleurs, mot pour mot, celle du décret du 30 octobre 2003.

Le **treizième alinéa** prévoit de la même façon, qu'il est tenu compte pour la durée validée de l'ensemble des bonifications et majorations à caractère familial.

Le **paragraphe II** prévoit, très logiquement, que le fonctionnaire doit prendre l'initiative de demander à bénéficier du dispositif des « carrières longues », avant son soixantième anniversaire. Les bénéficiaires de la mesure se verront appliquer, au moment où ils rentreront dans le dispositif, les conditions résultant de la loi portant réforme des retraites en matière de nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum de la pension et d'entrée en application du mécanisme de la décote.

Le **paragraphe III** fixe l'entrée en vigueur du dispositif au **1^{er} janvier 2005**.

Évaluation du nombre des bénéficiaires potentiels et du coût de la mesure

D'après les renseignements disponibles et sur la base des travaux réalisés par l'INSEE, le nombre de bénéficiaires potentiels s'établit comme suit :

Nombre de bénéficiaires	2005	2006	2007	2008
Ensemble de la fonction publique	14.900	25.700	31.900	28.800
<i>Dont fonction publique de l'État</i>	<i>9.000</i>	<i>15.400</i>	<i>19.100</i>	<i>17.300</i>

Pour les fonctionnaires de l'État, la mesure aura un impact sur le montant des charges de pensions supportées par le budget de l'État (chapitre 32-97) qui devraient augmenter en 2005 de 70 millions d'euros à 140 millions d'euros, en fonction de la répartition mensuelle des flux de départs.

Pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers qui relèvent d'une caisse de retraite, les dépenses supplémentaires de pensions seront supportées par la CNRACL dont le financement est assuré exclusivement par les cotisations des fonctionnaires qui y sont affiliés et de leurs employeurs.

L'Assemblée nationale a adopté le présent article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve l'extension du dispositif des « carrières longues » à la fonction publique. Elle rappellera ici deux observations qu'elle avait formulées lors de l'examen de la loi portant réforme des retraites.

En premier lieu, malgré le caractère régulateur des critères d'éligibilité, le coût de la mesure apparaît élevé à court terme. A l'instar des assurés du régime général, compte tenu de la réforme Berthouin de 1959 (élévation de l'âge de la scolarité obligatoire à seize ans et traitement différencié de l'apprentissage), les effectifs concernés par la réforme devraient diminuer dans les années 2010 et revenir à un niveau relativement faible en 2020.

En second lieu, elle regrette à nouveau que d'autres possibilités de choix ne soient pas offertes aux assurés concernés. Elle estime qu'une alternative au départ anticipé devrait être introduite par le biais de l'ouverture exceptionnelle en leur faveur du mécanisme de la « surcote » pour les trimestres cotisés au-delà de ceux déjà nécessaires pour bénéficier de la sortie anticipée. Ceci permettrait à ces personnes de choisir entre le départ immédiat et la perception différée d'un avantage, matérialisée par une augmentation de la retraite à l'âge de soixante ans, du fait du bénéfice de la surcote. Votre commission avait d'ailleurs déposé un amendement en ce sens lors des débats de la loi portant réforme des retraites.

Par ailleurs, il convient de souligner que **le coût très élevé du dispositif pour les finances publiques explique et justifie un étalement dans le temps du calendrier de cette avancée sociale.** De surcroît, il convient d'observer que les fonctionnaires bénéficient encore aujourd'hui de règles beaucoup plus favorables que celles des assurés sociaux du régime général et des régimes alignés en matière d'ouverture des droits à pension avant soixante ans. Dans son rapport public particulier publié en avril 2003 et consacré aux pensions des fonctionnaires civils de l'État, la Cour des comptes constatait ainsi que, en 2001, **73 % des pensions ont été liquidées en 2001 avant l'âge de soixante ans.**

Extraits du rapport public particulier de la Cour des comptes consacré aux pensions des fonctionnaires civils de l'État – Avril 2003

« Toutes les données disponibles montrent que, dans leur très grande majorité, les fonctionnaires privilégient une retraite précoce en utilisant pleinement toutes les possibilités qui leur sont offertes par la réglementation. L'article L. 24 rappelle que la jouissance de la pension civile est immédiate, en dehors des fonctionnaires radiés pour limite d'âge (soixante ans), pour tous les fonctionnaires « ayant atteint l'âge de soixante ans ou, s'ils ont accompli au moins quinze ans de services actifs ou de la catégorie B, l'âge de cinquante-cinq ans ».

« De ce fait, l'âge moyen de départ en retraite, tous motifs de liquidation confondus, a été, pour les nouveaux retraités de 2001, de 57,35 ans. Cette moyenne a été tirée vers le bas par le nombre très important d'agents publics (20 056 soit 34,9 % du flux 2001) prenant une retraite au titre des services dits « actifs » (54,85 ans en moyenne)

« Parmi les autres retraités dits « sédentaires », pour lesquels la réglementation impose normalement un départ à soixante ans, de très nombreux agents partent en retraite avant soixante ans ou bénéficient de dispositifs de préretraite attractifs.

« Les départs avant soixante ans correspondent d'une part aux agents bénéficiaires de pensions d'invalidité (4 228 cas en 2001, soit 7,4 % du flux 2001 avec un âge moyen à la radiation de 53,35 ans) et, d'autre part, aux mères de famille ayant élevé au moins trois enfants qui, au titre de l'article L. 24-3, sont parties en retraite en 2001 à un âge moyen de 51,69 ans (5 096 fonctionnaires, soit 8,9 % du flux 2001).

« Les départs imposés à soixante ans révolus concernent, quant à eux, les cessations progressives d'activité (CPA) et les congés de fin d'activité (CFA). Conçus dans un objectif initial d'amélioration de l'emploi public, ces deux dispositifs, mis en place respectivement à partir de 1982 [9] et de 1996, se sont révélés très attractifs pour leurs bénéficiaires : en 2001, 12.677 nouveaux retraités étaient antérieurement bénéficiaires d'un CFA ou d'une CPA, soit 22 % du flux de nouveaux retraités de l'année.

« Au total, les agents sédentaires ayant utilisé les possibilités de départ en retraite avant soixante ans (cas d'invalidité, mères de famille d'au moins trois enfants) ou à soixante ans (mais à l'issue d'un dispositif de cessation progressive ou totale d'activité) représentent donc plus de 38 % de l'ensemble des retraités de 2001.

« La prise en compte de toutes ces situations particulières résultant de la réglementation en vigueur fait que, en définitive, seule une minorité d'agents (15.336 soit 26 % du flux 2001) est susceptible de cesser totalement son activité pour prendre sa retraite à partir de soixante ans, soit parce qu'elle ne peut pas partir avant soixante ans, soit parce qu'elle n'a pas utilisé, notamment pour des raisons financières, les formules de préretraite existantes.

« Cette population a eu tendance à diminuer au cours de ces dernières années en raison de l'augmentation sensible des agents partant en retraite au titre des services actifs et surtout de ceux qui ont bénéficié d'une CPA.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 30

Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2005

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage pour 2005.

I - Le dispositif proposé

La branche vieillesse rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits dérivés.

Le présent article fixe à 160,5 milliards d'euros cet objectif de dépenses pour 2005.

Périmètre de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage

Les dépenses incluses dans l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage comprennent :

- . les prestations sociales légales ou extralégales ;
- . les prestations des services sociaux (notamment la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux) ;
- . les frais de gestion engagés par les organismes de sécurité sociale ;
- . les transferts entre régimes de protection sociale ;
- . les frais financiers et les autres dépenses.

Les objectifs de dépenses par branche du projet de loi de financement sont définis à partir du total des dépenses de l'ensemble des régimes de base obligatoires, de la façon suivante :

- sont soustraites les dépenses des régimes de moins de 20.000 cotisants ou bénéficiaires, les transferts internes aux régimes de base considérés, ainsi que les dépenses constituant la contrepartie des cotisations prises en charge par la sécurité sociale ;
- sont ajoutées les dépenses dans les départements d'outre-mer (DOM) qui, dans les comptes de la sécurité sociale, sont consolidées avec les recettes perçues dans les DOM.

L'évolution des dépenses de la branche vieillesse au cours des années récentes et le montant de l'objectif pour 2005 font apparaître quatre grandes tendances :

- une accélération progressive, avant même que ne survienne le choc démographique attendu pour 2006, de la progression des prestations versées ;

Les prestations vieillesse des régimes de base évoluent à un rythme encore modéré mais croissant : + 3,4 % en 2003, + 4,5 % attendus en 2004 et + 4,7 % prévus en 2005. Cette évolution correspond aux départs en retraite des classes creuses nées pendant la Seconde guerre mondiale (entre 500.000 et 600.000 par an). Dès 2006, avec les premières générations issues du « baby boom » dont l'effectif moyen sera supérieur à 800.000 personnes par an, les dépenses seront amenées à s'accroître rapidement.

- le calibrage exact des objectifs successifs de dépenses de la branche au cours des quatre dernières années ;

Au cours des dernières années, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse a été fixé de façon réaliste : depuis 2001, l'écart entre l'objectif initial du PLFSS pour l'année n et l'objectif révisé de l'année n+1 a oscillé entre - 0,12 % et + 0,34 %.

- la prise en compte de l'impact financier, à partir de l'année 2004, du dispositif des « carrières longues » ;

L'impact financier du dispositif des « carrières longues », dont ne bénéficiaient, pour des raisons techniques et juridiques, jusqu'ici que les assurés sociaux du régime général et des régimes alignés commence à faire sentir ses effets à partir de l'année 2004. Selon Danièle Karniewicz, présidente de la CNAV, compte tenu des délais de mise en place de cette mesure nouvelle, son impact financier se limiterait en 2004 à 630 millions d'euros, mais devrait atteindre en année pleine un montant moyen de 1,2 à 1,3 milliard d'euros chaque année entre 2005 et 2008.

- l'effet exceptionnel, sur l'objectif de dépenses de l'année 2005, de la soulte correspondant à l'adossement du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières sur la CNAV.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par le Gouvernement tendant à modifier le montant de l'objectif de dépenses, en le ramenant de 160,5 milliards d'euros à 156,7 milliards d'euros, soit une diminution de 3,8 milliards d'euros.

Cet amendement a un double objet :

- tenir compte du résultat définitif des négociations avec la CNAV sur le montant de la soulte des IEG : initialement évaluée à 6,9 milliards d'euros, celle-ci s'élèvera en définitive à 7,7 milliards d'euros, soit un écart de plus de 11 % ;

- clarifier le traitement comptable de la partie de la soulte qui sera versée pendant vingt ans. En conséquence, seule la partie de la soulte versée en une fois par la CNIEG au FRR, pour le compte de la CNAV (3,1 milliards d'euros), se trouvera consolidée dans l'objectif de dépenses pour 2005. S'en trouveront exclus, en revanche, les versements annuels directs de la CNIEG à la CNAV (4,6 milliards d'euros au total sur vingt ans, en valeur 2005 actualisée) qui n'étaient pas prévus à l'origine. Ces versements seront chiffrés sur la base d'annuités constantes en termes réels sur la période, dont 295 millions d'euros en 2005.

III - La position de votre commission

Initialement, la totalité de la soulte, alors évaluée à 6,9 milliards d'euros, était intégrée dans le l'objectif de dépenses de l'année 2005. L'intégralité des dépenses de la CNIEG s'y trouvait ainsi comptabilisée en une seule fois ainsi que les recettes permettant d'y faire face. L'annexe C du projet de loi de financement de la sécurité sociale classait ainsi cette dépense parmi les « *autres charges techniques* » des IEG, l'annexe D inscrivait en contrepartie parmi les recettes, la partie de la soulte payée par les IEG et confiée à titre transitoire au FRR (2,763 milliards d'euros de « *divers produits techniques* ») et les versements pluriannuels directs de la CNIEG à la CNAV (4,140 milliards d'euros au total en valeur actuelle et classés dans la catégorie « *autres impôts et taxes affectés* »).

Contrairement à ce qui était possible dans le cadre de l'ancienne comptabilité en encaissements-décaissements, les principes de la comptabilité en droits constatés ne permettent pas d'inscrire, en 2005, la totalité des paiements à venir, sur les vingt prochaines années, de la CNIEG à la CNAV.

Le schéma retenu en définitive est donc vertueux : le paiement de la plus grande partie de la soulte, 60 %, est étalé dans le temps, au lieu d'être intégralement attribué et comptabilisé à la CNAV en une fois, ce qui renforcerait artificiellement sa situation financière ; le solde, 40 %, sera placé jusqu'en 2020 pour éviter précisément cet écueil.

L'objectif ainsi corrigé des dépenses de la branche vieillesse en 2005 (156,7 milliards d'euros) s'inscrit en hausse de 7 % par rapport à celui de 2004 (146,5 milliards d'euros), dont 3,1 milliards au titre des IEG. En dehors de ce facteur exceptionnel, la croissance des dépenses de la branche vieillesse s'élève à + 4,7 %.

Approuvant ce nouveau schéma, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE V
-
OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2004

Article 31
Objectifs de dépenses révisés pour 2004

Objet : Cet article a pour objet de réviser les objectifs de dépenses par branche fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, afin de prendre en compte les modifications intervenues depuis lors.

I – Le dispositif proposé

La révision des objectifs de dépenses des quatre branches prend acte pour 2004, comme ce fut le cas les années précédentes, d'une dégradation en exécution du budget de la sécurité sociale. Mais cette dégradation d'1,6 milliard d'euros (soit 0,46 %) est moins importante que celle constatée pour la réalisation de la loi de financement pour 2003 (2,4 milliards, soit 0,72 %).

L'essentiel du dérapage est imputable à l'évolution de l'ONDAM, pour 1,3 milliard :

Objectifs de dépenses par branche en 2004

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales LFSS 2004	LFSS 2004 révisée	Écart 2004 révisée/2004 initiale	Taux de variation
Maladie, maternité, invalidité et décès	143,6	145,1	1,5	+ 1,04 %
<i>dont ONDAM</i>	<i>129,7</i>	<i>131,0</i>	<i>1,3</i>	<i>+ 1,00 %</i>
Vieillesse	146,6	146,8	0,2	+ 0,14 %
Accidents du travail	9,7	10,1	0,4	+ 4,12 %
Famille	45,5	45,0	- 0,5	- 1,10 %
Total des dépenses	345,4	347,0	1,6	+ 0,46 %

L'écart constaté pour la branche vieillesse-veuvage résulte d'une sous-estimation des dépenses du régime des pensions des fonctionnaires de l'État.

La réduction de l'objectif de dépenses de la branche famille s'explique essentiellement par des mesures d'économie sur les aides au logement, permises par l'entrée en vigueur des décrets du 28 mai et du 15 juillet 2004.

L'augmentation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles résulte notamment de la progression des rentes AT-MP au titre des incapacités permanentes.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification

II - La position de votre commission

Sous le bénéfice des observations relatives à l'exécution 2004 figurant dans l'exposé général du présent rapport, **vo**tre **commission** **vous** **demande d'adopter cet article sans modification.**

TITRE VI
-
**MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS
RELATIVES À LA TRÉSORERIE**

Article 32

*(art. L. 138-7, L. 138-17, L. 138-19 à L. 138-21, L. 245-3
et L. 245-5- du code de la sécurité sociale)*

Dispositions relatives au recouvrement de certaines contributions

Objet : Cet article confie aux URSSAF le recouvrement des contributions acquittées par les entreprises pharmaceutiques.

I – Le dispositif proposé

En l'état du droit, l'ACOSS assure le recouvrement direct de la taxe sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur et diverses contributions dont sont redevables les entreprises du médicament. Ce recouvrement est effectué sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général.

Pour accomplir cette mission, l'agence peut requérir l'assistance des URSSAF, notamment par la mise à disposition des inspecteurs du recouvrement en vue de contrôler les entreprises assujetties au paiement de ces contributions.

Le présent article propose de refondre cette répartition des compétences au sein de la branche du recouvrement.

Le **paragraphe I** opère une coordination.

Le **paragraphe II** propose de transférer le recouvrement et le contrôle des taxes acquittées par les laboratoires pharmaceutiques vers deux URSSAF désignées par le directeur de l'ACOSS, qui pourraient être celles de Paris et de Lyon en raison de leur proximité avec l'implantation des laboratoires pharmaceutiques.

Les taxes visées sont la contribution due sur les ventes directes, la clause de sauvegarde de l'ONDAM, la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments, la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux, la contribution dite « remise conventionnelle », la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires issue de la loi de

financement pour 2004 et la contribution sur le chiffre d'affaires instaurée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

L'ACOSS conserverait en revanche le recouvrement de la taxe sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur.

Le **paragraphe III** abroge certaines dispositions du code de la sécurité sociale qui imposaient aux entreprises assujetties à ces taxes la désignation d'un représentant responsable du paiement auprès des organismes de recouvrement.

Le **paragraphe IV** effectue une coordination.

Le **paragraphe V** détaille les modalités du transfert de compétences aux URSSAF, cette mesure s'appliquant non seulement aux opérations de recouvrement et de contrôle relatives aux contributions dues postérieurement au 1^{er} janvier 2005 mais également à celles qui ont été effectuées par l'ACOSS au titre de contributions exigibles antérieurement à cette date.

Ce nouveau partage vise en premier lieu à favoriser un recentrage de l'Agence centrale sur ses missions fondamentales de tête de réseau, pour laisser aux URSSAF la tâche de procéder aux opérations de recouvrement.

Il doit en outre permettre de mettre fin à une source importante de contentieux relatif au recouvrement des ressources de la sécurité sociale et favoriser l'amélioration des relations avec les entreprises redevables et, ainsi, l'optimisation des performances de recouvrement.

Rendement des contributions transférées

(en milliers d'euros)

RECETTES	EXERCICE 2002	EXERCICE 2003
Ventes directes	321.973	412.746
Dépenses de promotion médicaments	262.698	196.707
Dépenses de promotion dispositifs médicaux (LFSS 2004)	-	-
Clause de sauvegarde ONDAM	487	30
Contribution issue de la loi du 13 août 2004	-	-
TOTAL	585.158	609.483

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 32 bis (nouveau)
(art. L. 212-3 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale)
Mission de la caisse maritime d'allocations familiales

Objet : *Cet article précise d'une part, les missions de recouvrement de la caisse maritime d'allocations familiales et valide, d'autre part, le recouvrement des cotisations et contributions effectuées par cette caisse depuis 1999.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, cet article précise les compétences de la caisse maritime d'allocations familiales (CMAF) en matière de recouvrement.

Depuis la fusion de la caisse nationale des marins pêcheurs et de la caisse nationale d'allocations familiales des marins du commerce, la CAMF assure le service des prestations familiales aux marins ainsi que le recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) auxquelles ils sont assujettis. Les sommes recouvrées s'élèvent en moyenne à environ 200 millions d'euros annuels.

Or, en raison de l'agencement des textes, le partage de compétences en matière de recouvrement entre la CAMF et les organismes du régime général restait incertain et a suscité des contentieux.

Le **paragraphe I** vise donc à affirmer expressément la compétence de la CMAF sur le recouvrement des cotisations des marins, afin d'assurer la sécurité juridique des opérations de recouvrement aujourd'hui mises en cause.

Le **paragraphe II** vise à valider les actions de recouvrement opérées depuis le 1er janvier 1999 par les différentes caisses d'allocations familiales du secteur maritime. La perte de ces recettes, qui pourrait se cumuler sur cinq années, mettrait en cause l'équilibre financier de ce régime spécial.

II - La position de votre commission

Sous les réserves qu'elle formule habituellement à l'encontre des validations législatives, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 33

*(art. L. 174-2, L. 174-2-1 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale
et article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)*

**Facturation par les établissements de santé
aux caisses d'assurance maladie**

Objet : Cet article complète le dispositif législatif relatif au financement des établissements de santé publics et privés en distinguant les modalités de prise en charge des prestations financées à l'activité de celles financées par dotation.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** vise à supprimer dans la rédaction de l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale les références aux prestations d'hospitalisation rémunérées à l'activité. Avec cette nouvelle rédaction, cet article ne régit plus que les questions relatives au financement des dotations prévues aux articles L. 162-22-16 (dotation des hôpitaux locaux et des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées) et L. 174-1 (dotation annuelle pour le financement des activités de soins de suite ou de réadaptation et activités de psychiatrie).

Le **paragraphe II** propose d'insérer un nouvel article L. 174-2-1 dans le code de la sécurité sociale dont l'objet est de fixer les règles de prise en charge des prestations d'hospitalisation rémunérées à l'activité.

Ce nouvel article prévoit qu'une caisse pivot assurera la part prise en charge par l'assurance maladie :

- des prestations d'hospitalisation relevant du champ des activités de médecine, chirurgie, obstétrique dans les établissements de santé publics, les établissements privés participant au service public hospitalier et les établissements de santé privés ayant choisi le financement par dotation globale ;

- des médicaments, produits et prestations, pouvant faire l'objet d'une prestation en sus des prestations hospitalières afférentes ;

- des consultations et actes externes d'urgence.

Cette caisse pivot peut être soit la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription dans laquelle est implanté l'établissement, soit une caisse relevant d'un autre régime qui doit être désigné par convention.

Un décret en Conseil d'État déterminera les modalités d'application du présent article et, notamment, les responsabilités respectives de la caisse pivot et de la caisse dont relève l'assuré dans le traitement de la facturation.

Le **paragraphe III** vise à modifier la rédaction de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale afin d'étendre ce dispositif aux cliniques privées.

Le **paragraphe IV** complète la rédaction de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 afin de préciser comment sont réparties, entre les différents régimes d'assurance maladie, les sommes versées aux établissements de santé au titre : de la dotation annuelle complémentaire, des forfaits annuels et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Ce paragraphe précise que les dotations annuelles complémentaires seront versées par douzième par la caisse pivot avant de distinguer deux procédures distinctes, l'une pour la période 2005-2006, l'autre pour la période 2007-2012.

• **Pour les années 2005 et 2006**, années où la facturation individuelle aux caisses d'assurance maladie ne sera pas encore appliquée, la répartition, entre les différents régimes de l'assurance maladie, des sommes dues au titre du versement des dotations annuelles complémentaires sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L. 174-2, c'est-à-dire dans le cadre d'une convention. A défaut d'accord entre les régimes, l'État fixe cette répartition. Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article et, notamment, les critères de la répartition entre régimes de ces dotations.

En outre, les mêmes modalités de répartition s'appliquent aux sommes versées au titre des forfaits annuels et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

• **Pour la période de 2007 à 2012**, la répartition entre les régimes de l'assurance maladie des dotations annuelles complémentaires versées aux établissements sera effectuée au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie et obstétrique de ces établissements.

Les modalités d'application des dispositions législatives relatives à la répartition de ces versements aux établissements feront l'objet d'un décret en Conseil d'État.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels et un amendement visant à préciser que les organisations représentatives des établissements de santé seront consultées avant la publication du décret en Conseil d'État précisant les modalités d'application de l'article.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 34

(art. L. 114-6 du code de la sécurité sociale)

Amélioration de la qualité des comptes sociaux

Objet : Cet article complète la procédure applicable à l'élaboration et à la validation des comptes de la sécurité sociale.

I – Le dispositif proposé

Les procédures de contrôle et de validation des comptes des régimes de sécurité sociale sont précisées par le décret du 19 septembre 2001 : les données comptables annuelles des organismes nationaux sont transmises à la mission comptable permanente - structure légère instituée auprès de la Direction de la sécurité sociale - qui en assure la centralisation et effectue, à cette occasion, des contrôles de cohérence et de vraisemblance.

Postérieure à l'institution d'une comptabilité en droits constatés, cette procédure a permis d'améliorer sensiblement la fiabilité des comptes sociaux.

Toutefois la justification de certains comptes - notamment les comptes d'imputation provisoire - requiert encore certains travaux de mise à niveau. Elle repose principalement sur l'action qui devra être menée par les agents comptables nationaux, sous la supervision de la mission comptable permanente. Les dispositions du présent article visent précisément à leur conférer l'autorité nécessaire sur les agents comptables des organismes de base pour permettre la préparation de comptes nationaux validés dans tous leurs éléments.

Dans cet objectif, les dispositions du présent article prévoient :

- l'inscription dans la loi du principe de sincérité - les comptes de ces organismes devant en effet présenter une image fidèle de leur situation financière ;

- la validation des comptes des différents établissements par l'organisme national de la branche ou du régime, qui procède ensuite à un travail de consolidation ;

- la transmission de ces comptes « consolidés » annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a étendu les procédures prévues par cet article aux organismes de la branche du recouvrement.

III - La position de votre commission

Les dispositions prévues par le présent article visent à permettre, à terme, l'extension du principe de certification des comptes sociaux comme il en est des comptes de l'État. Toutefois, cette certification, qui n'est mentionnée que dans l'exposé des motifs de l'article, apparaîtrait prématurée si elle devait intervenir dès à présent. Les indications fournies ci-dessus témoignent des progrès accomplis en matière de fiabilité des comptes sociaux, mais, de l'aveu même de la Cour des comptes, ceux-ci « *restent très certainement en deçà de la qualité nécessaire pour être certifiés* ».

Sous le bénéfice de ces informations, **elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 34 bis (nouveau)

(art. L. 114-7 du code de la sécurité sociale)

Création d'un mécanisme d'alerte des dépenses de sécurité sociale

Objet : Cet article, ajoutée à l'Assemblée nationale introduit un mécanisme d'alerte en cas de dérapage des dépenses des différentes caisses de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel insère un chapitre nouveau dans le code de la sécurité sociale pour prévoir un mécanisme d'alerte dans l'hypothèse où l'évolution des dépenses d'une branche ou d'un régime se révélerait incompatible avec le respect des objectifs votés en loi de financement.

L'alerte est mise en œuvre par les caisses nationales, dans le champ de leurs branches respectives. Le Gouvernement, ainsi alerté, est invité à informer les commissions compétentes des deux assemblées de l'ampleur du dérapage, et des mesures qu'il envisage de prendre pour y remédier.

II - La position de votre commission

Votre commission partage la préoccupation, formulée par l'Assemblée nationale, qu'un meilleur suivi de l'exécution des lois de financement puisse être assuré. Pour autant, la procédure proposée par le présent article est trop imprécise.

Elle confère un pouvoir d'interprétation aux organismes nationaux : le « caractère manifestement incompatible » d'un dépassement avec le respect des objectifs n'est pas défini. A titre d'exemple, le mécanisme d'alerte pour dépassement de l'ONDAM, mis en place lors de la réforme de l'assurance maladie, prévoit par l'intermédiaire d'un décret, que la procédure est mise en œuvre lorsque le dérapage atteint 0,75 %.

Votre commission estime donc préférable de surseoir à la création de ce dispositif et d'examiner à nouveau l'ensemble des mécanismes du suivi de l'exécution des lois de financement dans le cadre de la prochaine réforme de la loi organique relative à ces dernières. Aussi, vous demande-t-elle de **supprimer cet article.**

Article 35

Fixation des plafonds d'avance de trésorerie pour 2005

Objet : Cet article, qui fait partie du contenu « obligatoire » des lois de financement de la sécurité sociale, fixe les limites dans lesquelles les besoins de trésorerie des régimes obligatoires, comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, peuvent être couverts par des ressources non permanentes.

I – Le dispositif proposé

Le présent article fixe à 13 milliards d'euros le plafond d'avances de trésorerie autorisées pour le régime général en 2005, soit une nette diminution par rapport au niveau défini dans la loi de financement de la sécurité sociale initiale pour 2004 (33 milliards d'euros).

Ce plafond a été déterminé sur la base des évaluations réalisées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Après avoir atteint un résultat négatif de 14 milliards d'euros fin 2003, le compte de l'ACOSS s'établirait à 3 milliards fin 2004, cette amélioration du solde (+ 17) résultant d'une dégradation de la variation de trésorerie de 18 milliards simultanément compensée par une reprise de dette par la CADES de 35 milliards.

Ce montant de 3 milliards d'euros sera toutefois soumis à deux aléas en fin d'année : l'absence de versement dès le mois de décembre, par l'État, des cotisations maladie des fonctionnaires dues au titre de janvier et les insuffisances du FSV. Dans l'hypothèse d'une réalisation de ces deux aléas, le solde serait dégradé de 1,6 milliard d'euros et ne s'élèverait plus qu'à 1,4 milliard.

Selon les hypothèses de cadrage du présent article, l'exercice de prévision normée de la trésorerie pour 2005 prévoit un point bas de l'ordre de - 10 milliards. Le plafond des ressources non permanentes mobilisables par l'ACOSS fait donc apparaître une « marge » de 3 milliards, à laquelle on peut éventuellement ajouter le solde positif constaté à fin 2004.

Cette marge a vocation à couvrir deux types d'incertitudes : d'une part, la volatilité quotidienne des flux, particulièrement à compter de septembre lorsque la trésorerie sera proche du point bas, d'autre part, la non-réalisation d'une ou plusieurs hypothèses, notamment sur l'évolution de l'ONDAM ou de l'assiette salariale.

Les plafonds d'avances de trésorerie autorisés par le présent article sont majorés pour la protection sociale agricole par rapport à ceux qui avaient été définis, en 2004, pour le régime des exploitants agricoles (BAPSA) : la forte dégradation des comptes du FIPSA, l'absence de subvention d'équilibre de l'État et les effets de la mensualisation des retraites agricoles justifient le relèvement du plafond qui désormais augmente de deux milliards par année (6,2 milliards contre 4,1 milliards en 2004 et 2,2 milliards en 2003).

Les plafonds sont stables pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et le régime des mines. En raison de la réforme des pensions des entreprises électriques et gazières, et la création d'une caisse autonome, le présent projet prévoit un plafond d'emprunt pour la caisse des IEG.

Evolutions des plafonds 2003/2005

	Plafonds d'avances 2003	Plafonds d'avances 2004	Plafonds d'avances 2005
BAPSA	2.210	4.100	6.200
CNRACL	500	500	500
Régime des mines	200	200	200
IEG			500

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 10 novembre 2004, sous la présidence de **M. Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'examen du **rapport sur le projet de loi n° 53 (2004-2005) de financement de la sécurité sociale pour 2005**, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture : **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse** et **M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles**.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a fait observer que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 était probablement le dernier, avant que n'intervienne la révision prévue de la loi organique relative aux lois de financement. Dans cette perspective, il a souhaité intégrer dans son rapport, outre une présentation des enjeux relatifs aux équilibres financiers généraux et à l'assurance maladie, des éléments de réflexion en vue de préparer cette réforme de la loi organique annoncée par le Gouvernement.

Observant que l'exécution de la loi de financement pour 2004 a été difficile, il a souligné le caractère historique du niveau de déficit atteint par le régime général - 14 milliards d'euros. Celui-ci est imputable à hauteur de 13,2 milliards à l'assurance maladie, mais il s'explique également, pour partie, par une croissance des recettes inférieure aux anticipations initiales.

Il a relevé que, malgré une croissance du PIB supérieure aux prévisions (2,5 % contre 1,7 %), le manque à gagner au niveau des recettes s'élèvera à 2,8 milliards d'euros, en raison du traditionnel décalage dans le temps entre la croissance économique et la croissance de la masse salariale.

En ce qui concerne le volet dépenses, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a précisé que le dépassement de 1,5 milliard d'euros de l'objectif initial résulte, pour 1,3 milliard d'euros, de l'évolution de l'ONDAM dont le rythme de croissance, initialement fixé à 4,2 %, atteindrait finalement 5,2 % en 2004. Sur la base des derniers éléments statistiques disponibles, il semble toutefois que l'évolution de l'ONDAM pour 2004 ralentisse d'ici la fin de l'année et s'inscrive, in fine, en deçà de ce chiffre.

Constatant qu'en 2004, la sécurité sociale n'a pu assurer le paiement des prestations que grâce aux disponibilités de trésorerie exceptionnellement élevées qu'avait autorisées la loi de financement pour 2004 – 33 milliards d'euros – et grâce au refinancement des dettes de l'assurance maladie par la CADES à hauteur de 35 milliards d'euros, il a estimé que les prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 font figure, en quelque sorte, de rémission.

Grâce aux premiers effets de la réforme de l'assurance maladie, et si l'amélioration de la situation économique se confirme, le déficit du régime général pourrait être ramené de 14 à 10,2 milliards d'euros en 2005. Il a indiqué que cette prévision repose sur l'hypothèse d'un taux de croissance identique à celui de 2004 (2,5 %) et sur celle d'une augmentation modérée de la masse salariale dé plafonnée de 4 %. Il a noté que la prévision de recettes des organismes de sécurité sociale s'établit en hausse de 17,3 milliards d'euros sous l'effet d'une augmentation des impositions et taxes de 5,3 milliards d'euros, résultant tout à la fois des mesures prises dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie et de la cotisation affectée aux retraites des industries électriques et gazières, ainsi que d'une augmentation du champ des cotisations, en raison de l'évolution naturelle des prévisions de croissance de la masse salariale.

En ce qui concerne le volet des dépenses, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a observé que les équilibres du projet de loi de financement de la sécurité sociale sont bâtis sur le pari de la réussite de la réforme de l'assurance maladie, la progression de l'objectif de dépenses étant limitée à 14,7 milliards d'euros, grâce à une progression de l'ONDAM de 3,2 % seulement. En effet, les mesures de responsabilisation des patients prises dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie devraient permettre une économie de 700 millions d'euros, soit l'équivalent de 0,50 % de l'ONDAM.

Il a rappelé que les équilibres de la loi de financement de la sécurité sociale sont toutefois fragilisés dans la mesure où trois fonds sociaux - le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) et le fonds de réserve pour les retraites (FRR) - connaissent des difficultés structurelles.

Le FFIPSA, qui a remplacé le BAPSA et pris en charge le financement des prestations sociales, ne dispose pas, contrairement à son prédécesseur, d'une subvention d'équilibre du budget de l'État ; or, le régime de la protection sociale agricole affichera un déficit cumulé de 2,5 milliards d'euros en 2005. La situation est comparable pour le FSV, en déséquilibre depuis 2000 et qui présentera, pour sa part, à la fin de l'année prochaine, un fonds de roulement négatif de 2,6 milliards d'euros. L'existence de ces deux sources de déficits supplémentaires totalisant 5 milliards d'euros est préoccupante en plus du déficit du régime général.

Il a ensuite observé que le plan de financement du FRR avait été construit, à l'origine, sur l'hypothèse d'un abondement moyen de 5 milliards d'euros par an, mais que le fonds n'a jamais été doté des recettes pérennes nécessaires. En conséquence, selon les hypothèses les plus optimistes, le FRR pourrait, in fine, n'accumuler qu'un tiers des 150 milliards promis à sa création par le gouvernement de Lionel Jospin. Il a regretté que le fonds se trouve ainsi privé de perspectives de développement, au moment où s'accroissent les déficits des comptes sociaux.

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie,** s'est félicité que la réforme de l'assurance maladie ait été l'occasion de renforcer les dispositions relatives au principe de la compensation des pertes de recettes pour la sécurité sociale. Ce principe reste toutefois d'application difficile puisqu'il est remis en cause par la création des contrats d'avenir dans le projet de loi de cohésion sociale, et par le transfert, de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) vers le fonds de financement de la CMU, de la recette tirée des droits sur les alcools. En conséquence, la CNAM perdra 370 millions d'euros, qui ne seront qu'imparfaitement compensés par une série de reclassements de mesures de recettes et dépenses, d'où il résultera, in fine, un manque d'environ 80 millions d'euros. Il a annoncé qu'il proposerait un amendement tendant à rétablir la CNAM dans ses fonds.*

*Sur la situation de la branche maladie, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie,** a indiqué que les deux thèmes essentiels sont, le financement d'organismes et de fonds médicaux d'une part, et les mesures relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) d'autre part.*

Sur le premier point, il a fait observer que la fixation du montant des dotations annuelles de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et du fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) n'avaient jamais fait l'objet, au cours des années précédentes, de débats particulièrement animés, dans la mesure où il s'agissait, dans la plupart des cas, de s'assurer que le montant de la dotation était conforme aux objectifs assignés à ces organismes.

Or, cette année, l'Assemblée nationale a supprimé, à l'initiative de sa commission des finances, la dotation annuelle de l'ONIAM. Il a estimé que cette initiative malheureuse repose sur un raisonnement purement comptable, fondé sur l'importance du fonds de roulement de cet office, mais qu'elle sous-estime l'ampleur des indemnisations à venir, notamment pour des décès résultant d'infections nosocomiales, et qu'elle adresse un signal négatif aux associations d'usagers. Il a donc annoncé qu'il présenterait un amendement tendant au rétablissement de la dotation prévue dans le projet de loi initial, soit 30 millions d'euros.

Sur le deuxième point, il a noté que les articles du présent projet consacrés à la tarification à l'activité conduisent à engager une réflexion sur l'hôpital, resté à l'écart de la réforme de l'assurance maladie, bien qu'il absorbe environ la moitié des dépenses d'assurance maladie. Seul le plan « hôpital 2007 » en fait réellement état, à travers quatre grandes orientations : le soutien volontariste à l'investissement, la rénovation des règles de financement des établissements, l'assouplissement des règles de planification de l'offre de soins et la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance des établissements.

*A ce sujet, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a rappelé que la réforme de la planification et celle de la gouvernance hospitalière constituaient un volet complémentaire indispensable des mesures d'investissement et de financement qui sont développées par ailleurs.*

En matière d'investissement, 10 milliards d'euros supplémentaires seront disponibles entre 2003 et 2007 pour l'ensemble du parc hospitalier, aussi bien public que privé, pour moderniser un patrimoine immobilier vétuste, faciliter la mise en œuvre de priorités de santé publique (plan cancer, plan urgences, plan santé mentale) et assurer le respect des normes de sécurité en vigueur.

Il a noté que, pour faciliter l'exécution de ce plan, les pouvoirs publics ont développé des modalités juridiques innovantes, comme l'aménagement des règles régissant les groupements de coopération sanitaires ou les modalités de partenariats entre les secteurs publics et privés.

*Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a rappelé que le cœur du plan « Hôpital 2007 » réside dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) qui s'avère, au demeurant, complexe. Elle est censée financer, en 2012, tous les établissements en fonction de l'activité qu'ils réalisent. Dans un premier temps toutefois, seule l'activité MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) est concernée et sa tarification repose sur la définition de groupes homogènes de séjour (GHS) auxquels est rattaché un tarif.*

Il a observé que la montée en charge progressive de ce nouveau mode de financement se poursuit depuis le 1^{er} janvier 2004 pour les établissements de santé sous dotation globale et qu'il s'appliquera également, à compter du 1^{er} décembre 2004, aux établissements privés sous objectif quantifié national.

Ce processus souffre toutefois de retards qui s'expliquent par des difficultés techniques de mise en place des nouveaux systèmes d'information, mais il a souligné la démarche volontariste du Gouvernement consistant, plutôt que d'accepter de nouveaux reports, à recourir à des mécanismes transitoires permettant aux différents acteurs de s'approprier la réforme. Relève de cette inspiration la procédure des avances de trésorerie versées par les caisses aux établissements en cas d'impossibilité technique de transmission des bordereaux de facturation, proposée par le présent texte.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite abordé la situation des établissements publics. Leur cadre comptable et budgétaire actuel est conservé en 2004, mais les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mesurant l'activité des établissements sont prises en compte pour la détermination et l'ajustement des budgets puisque 10 % de leurs activités MCO doivent également être rémunérées à l'activité. Le premier bilan réalisé par le ministre de la santé et de la protection sociale montre que 400 établissements verraient leur budget augmenter, pour un montant cumulé de 230 millions d'euros, tandis que 172 établissements verraient, à l'inverse, leur budget se réduire de 30 millions. Il en résultera que les agences régionales d'hospitalisation auront à rendre des décisions budgétaires difficiles et que l'exécution de l'ONDAM pour 2004 affichera une dépense supplémentaire de 200 millions d'euros.

Il a regretté la faiblesse des informations disponibles pour établir une évaluation transparente de la situation de l'hôpital en général, et de cette première année d'application de la tarification à l'activité en particulier, ainsi que l'absence d'un tableau de bord global permettant de retracer la situation financière des établissements hospitaliers, les dotations auxquelles ils peuvent prétendre et la situation de l'emploi ou le montant réel des reports de charges.

Cette situation est d'autant plus dommageable qu'elle aboutit à faire de l'assurance maladie un payeur quasi-aveugle et à entretenir les soupçons de dissimulation de coûts pesant sur l'hôpital public.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a estimé que l'année 2005 sera décisive : le Gouvernement doit prochainement préciser le niveau de progression de la T2A et faire connaître la part allouée au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), dont l'importance est capitale, d'une part, parce qu'elle déterminera les moyens dévolus au service public de la santé, d'autre part, parce qu'elle donnera un signal clair sur la volonté du Gouvernement de développer la T2A.

L'année 2005 marquera également le début de la convergence sur les tarifs et les prestations, devant déboucher sur une échelle unique des tarifs en 2012, et la mise en œuvre de l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités, l'ODMCO, sous-enveloppe de l'ONDAM. Enfin les travaux préparatoires à l'extension de la T2A, ou d'un système similaire, aux activités de soins de suite ou de réadaptation et aux activités psychiatriques seront poursuivis.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a considéré que ces nombreuses mesures constituent le corps de la réforme de l'hôpital, mais qu'il y manque encore une réflexion sur l'optimisation de la qualité des soins, alors même que cette réflexion figurait au cœur de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Deux instruments devraient néanmoins permettre à la fois d'optimiser la qualité des soins, de lutter contre les abus et les gaspillages et d'étendre à l'hôpital des solutions développées dans le cadre des soins de ville : le recours à la contractualisation en vue d'améliorer les pratiques hospitalières par le biais de l'utilisation d'indicateurs quantifiés et d'un intéressement des établissements ; l'extension des compétences de la Haute autorité de santé en matière d'élaboration et de diffusion des guides de bonne pratique, d'accréditation des médecins et des équipes médicales et de certification des établissements. Il a proposé de les compléter par une association des missions régionales de santé à la diffusion des recommandations des bonnes pratiques en relation avec la Haute autorité.

Il a enfin insisté sur l'intérêt de lutter contre les abus et les gaspillages à l'hôpital, en se fondant notamment sur le rapport d'exécution de l'ONDAM 2003 publié par la CNAM qui a fait ressortir le poids croissant des prescriptions hospitalières dans les dépenses de soins de ville. Il a toutefois reconnu que plusieurs facteurs expliquaient cet état de fait et, notamment, le rôle joué par les établissements de santé en matière de permanence des soins.

Après avoir rappelé que la loi du 13 août 2004 avait renforcé, d'une part, les contrôles sur la délivrance des arrêts de travail et la rédaction des protocoles de soins destinés aux assurés souffrant d'une affection de longue durée, et prévu, d'autre part, de sanctionner les assurés, les employeurs, les médecins et les établissements de santé en cas d'inobservation des règles de demande de remboursement ou de prise en charge indues, il a considéré normal que ce contrôle s'applique aussi aux professionnels de santé libéraux et aux médecins hospitaliers.

Dans cet objectif, M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a indiqué qu'il proposerait un amendement organisant l'identification individuelle des médecins hospitaliers et des médecins salariés des centres de santé afin qu'ils soient soumis aux mêmes règles d'individualisation que leurs collègues libéraux, qu'ils puissent être choisis comme médecin traitant et que leurs prescriptions puissent éventuellement être contrôlées.

Abordant la question de la future réforme de la loi organique relative aux lois de financement, il a rappelé que la commission avait engagé, dès 1999, une réflexion sur les moyens d'améliorer le contenu et la présentation des lois de financement.

Il a indiqué que sa réflexion personnelle s'articule autour de trois questions : quelles modifications apporter à la construction des agrégats ? Quelles extensions du périmètre des lois de financement envisager ? Quelles améliorations d'examen et de contrôle de l'application de la loi suggérer ?

Il a d'abord considéré que les progrès réalisés dans la construction des comptes permettent désormais d'envisager, pour le futur, une présentation des recettes par branche et par régime, autorisant la confrontation du champ des recettes avec celui des dépenses, lors du vote de la loi de financement.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite jugé que la révision de la loi organique devra être également l'occasion de revoir l'articulation du partage des recettes entre loi de finances et loi de financement, qui donne lieu actuellement à des situations absurdes, comme le montre l'exemple des droits de consommation du tabac, dont l'assiette et le taux sont décidés dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, mais pour laquelle la répartition intervient en loi de finances.

Il a enfin estimé que les objectifs de dépenses des différentes branches ne constitueront pas des agrégats, au sens plein du terme, aussi longtemps que le Parlement ne sera pas en mesure d'apprécier les dépenses de gestion administrative, l'action sociale et les dépenses de prestations.

Observant que l'ONDAM concentre à lui seul l'essentiel des griefs adressés aux lois de financement, il a déclaré vouloir s'en tenir à la formulation de deux souhaits : celui d'une meilleure coordination entre l'ONDAM et l'objectif de dépenses de la branche maladie, sans pour autant préconiser la suppression de l'un au profit de l'autre ; celui d'une meilleure ventilation de cet objectif en sous-enveloppes, afin de pouvoir débattre successivement de la médecine de ville, du médicament, de l'hôpital, du médico-social avant le vote final du Parlement.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a estimé que la redéfinition des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses devrait aboutir à la définition d'un véritable solde pour la sécurité sociale et que, dans l'hypothèse de la réforme de ces agrégats, il serait envisageable de définir un équilibre général du « périmètre des lois de financement de la sécurité sociale » par consolidation.

Il s'est ensuite interrogé sur la pertinence de s'inspirer de la démarche qui a présidé à la réforme de la loi organique relative aux lois de finances. Si l'approche par programmes et par missions recourant à l'adoption d'indicateurs de performances ne lui semble pas transposable, telle quelle, aux lois de financement, elle pourrait toutefois s'adapter utilement à deux catégories d'objectifs : celui des dépenses de gestion administrative et d'action sociale, pour lesquelles la fixation d'objectifs et d'indicateurs de performances apparaît pertinente, et celui de l'ONDAM, dont la philosophie repose sur une maîtrise médicalisée des dépenses.

Puis il s'est préoccupé de l'extension éventuelle de la compétence des lois de financement au-delà des seuls objectifs des régimes de base de plus de 20.000 ressortissants. Parmi les modifications souhaitables, il a cité, en premier lieu, la prise en charge de l'autonomie, désormais institutionnalisée dans le cadre de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et dont les dépenses et les recettes n'apparaissent ni en loi de finances, ni en loi de financement. Il a évoqué, en second lieu, la place réservée à la protection sociale agricole, la suppression du BAPSA en 2004 s'étant traduite par la disparition du débat traditionnel qui avait lieu en loi de finances.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite envisagé la nécessité de rénover les modalités d'examen des lois de financement, et d'abord en confirmant la prééminence du ministre en charge de la sécurité sociale en la matière et en dotant son administration des moyens d'effectuer un tel travail.

Il paraît également nécessaire de clarifier l'environnement institutionnel des finances sociales en veillant à l'articulation de la loi de financement avec les événements de la protection sociale et, surtout, en substituant au débat relatif aux prélèvements obligatoires, qui a lieu à l'automne, un débat de printemps sur le financement de la sécurité sociale. Ce nouveau calendrier permettrait au Parlement d'intervenir, en amont, sur la construction du PLFSS. Il a regretté, à ce titre, que le gouvernement qui avait pris cet engagement en 1996 ne l'ait jamais respecté.

Enfin, l'amélioration des annexes explicatives constitue l'une des priorités de la réforme de la loi organique, car leur fiabilité conditionne la qualité du contrôle parlementaire. Il conviendrait, a minima, de créer une annexe consacrée aux recettes construites sur le modèle des « voies et moyens », d'instaurer un récapitulatif fiable des mesures nouvelles et de disposer d'un document propre aux agrégats de dépenses détaillant le contenu par catégories, par régimes et par branches. Même si, dans la plupart des cas, ces informations sont déjà disponibles, elles figurent dans divers documents, dont le rapport de la Commission des comptes, et requièrent un effort de retraitement minutieux et contraignant.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a reconnu que cette réforme entraînera nécessairement l'allongement des délais consacrés à l'examen des lois de financement de la sécurité sociale, actuellement trop courts au regard des volumes financiers qu'elles recouvrent.

Puis M. André Lardeux, rapporteur pour la famille, a présenté la situation de la branche famille, indiquant que, après cinq années d'excédents, 2004 devrait enregistrer un déficit de près de 183 millions d'euros, les recettes ayant augmenté moins que prévu et les dépenses crû plus rapidement. Il a expliqué ce dérapage par une conjoncture économique favorable à l'augmentation des prestations sous condition de ressources et un calibrage

trop imprécis de la mise en œuvre de la nouvelle prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

La branche devrait à nouveau connaître un déficit en 2005, mais limité à 31 millions d'euros grâce à l'augmentation de 3,2 % des recettes, du fait du retour de la croissance, et de 2,9 % seulement pour les dépenses, les mesures nouvelles consistant essentiellement à accompagner la montée en puissance des dispositifs existants. Si ces prévisions se réalisent et que l'embellie économique se confirme, le retour à une situation excédentaire des comptes de la branche famille devrait être effectif à compter de 2006.

En 2005, la progression des recettes devrait résulter d'une hausse de 3,5 % de la contribution sociale généralisée, grâce à la croissance, d'une augmentation de 3 % des cotisations sociales et de l'accroissement de 4,2 % des remboursements de l'État à la CNAF pour les prestations servies pour son compte (l'allocation aux adultes handicapés [AAH] et l'allocation de parent isolé [API]). Cette dernière ressource n'est toutefois guère intéressante pour la branche, dans la mesure où près du tiers de cette somme est versé par l'État en année n+1, au détriment de la trésorerie de la CNAF.

Il a reconnu que cette situation devrait s'aggraver puisque, à compter de 2005, l'État remboursera à la CNAF, selon ce schéma, un troisième type de prestations : les prestations légales et l'action sociale familiale collective des fonctionnaires.

Ce transfert, dont le coût est estimé, pour 2005, à 80 millions d'euros, concerne 430.000 nouveaux allocataires et seule l'action sociale individuelle devrait rester du ressort de l'État. Sans être hostile à cette mesure censée faire économiser à l'État près de 600 emplois, le rapporteur a souhaité qu'elle constitue une opération neutre pour la branche famille.

***M. André Lardeux, rapporteur pour la famille,** a ensuite rappelé que les dépenses de la branche sont constituées, à 70 %, des prestations légales, dont 54 % de prestations d'entretien. L'augmentation plus limitée des prestations familiales en 2005 est due à la diminution de ces prestations d'entretien mais l'analyse est rendue délicate car la PAJE, n'y est pas incluse, curieusement, alors qu'elle entraîne la baisse mécanique de l'allocation pour jeune enfant (APJE) et de l'allocation d'adoption.*

Il a considéré que l'évolution des prestations d'entretien depuis plusieurs années s'explique par la transformation des structures familiales, notamment la diminution de la taille moyenne des familles résultant des séparations et de la baisse du nombre de familles de plus de trois enfants, et par les sorties nombreuses des générations nées au début des années quatre-vingt. De ce fait, le poids des dépenses de la branche famille consacré aux prestations légales est en recul par rapport aux dépenses d'action sociale et aux aides au logement versées aux familles les plus modestes, ce constat étant renforcé par le poids grandissant des prestations légales sous condition de ressources qui représentent plus de la moitié des prestations en 2004.

Sans nier la légitimité d'une redistribution en faveur des familles les plus modestes, le rapporteur a souhaité rappeler la vocation universelle de la politique familiale, symbolisée par les allocations familiales versées à toutes les familles sans condition de ressources, à hauteur de 11,9 milliards d'euros en 2005. Pour développer ce caractère universel, il a estimé aujourd'hui nécessaire d'engager une réflexion sur les missions de la branche famille et de revaloriser plus largement la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), pour permettre une augmentation générale de l'ensemble des prestations au-delà du taux d'inflation.

***M. André Lardeux, rapporteur pour la famille,** a reconnu ensuite que, en raison de ces perspectives financières moins favorables, la branche famille doit arbitrer ses choix, sa marge de manoeuvre étant de surcroît réduite par des charges illégitimes.*

La plus coûteuse de ces dépenses indues concerne la prise en charge des majorations de pension de retraite pour enfants depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, dont le taux est maintenu à 60 % de leur coût en 2005, soit un total de 1,97 milliard d'euros. Le rapporteur a déploré cette utilisation abusive des moyens de la branche, au détriment des mesures qu'elle pourrait prendre en faveur des familles.

Il a indiqué alors que, dans ce contexte, la CNAF a fait porter sa priorité sur l'accueil de l'enfant et sur l'aide aux familles défavorisées, comme le confirment les dispositions du présent projet de loi.

En 2004, la mesure phare a été l'institution de la PAJE pour aider financièrement 90 % des familles lors de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, puis les assister pour assurer sa garde.

En 2005, une deuxième étape en faveur de l'accueil de l'enfant consistera à réformer le système d'adoption.

***M. André Lardeux, rapporteur pour la famille,** a indiqué, à ce sujet, que le nombre d'adoptions d'enfants étrangers a quadruplé en vingt ans et s'élève aujourd'hui à 5.000 enfants chaque année, pour 23.000 familles en attente d'adoption. Il a donc approuvé les propositions du Gouvernement visant notamment à faciliter les démarches des familles grâce à la création d'une agence française de l'adoption dotée de 3 millions d'euros dans le projet de loi de finances pour 2005, à mieux associer le réseau consulaire et à favoriser le développement des actions de coopération en matière de protection de l'enfance, ainsi qu'à améliorer la prise en charge, le suivi et la santé des enfants adoptés. Cette réforme est complétée par le doublement de la prime à l'adoption, prévu par le présent PLFSS, soit 1.600 euros pour un total de 2 millions d'euros, afin de tenir compte du coût des démarches entreprises par les familles adoptantes.*

Il a indiqué enfin que la troisième piste choisie par le Gouvernement pour favoriser l'accueil de l'enfant consiste à développer l'offre de garde. La réforme du statut des assistants maternels est actuellement en cours d'examen

et deux dispositifs sont consacrés à l'amélioration de l'offre de garde collective : un troisième fonds d'aide à l'investissement pour la petite enfance, doté de 160 millions d'euros, mis en place au mois d'avril 2004, et le développement de l'aide aux crèches privées grâce aux subventions des caisses d'allocations familiales (CAF) et au crédit d'impôt « famille » institué par l'article 98 de la loi de finances pour 2004.

*Abordant l'aide aux familles défavorisées, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, a indiqué ensuite que, via l'action sociale des CAF qui absorbe 8 % des dépenses de la branche, le fonds national d'action sociale devrait dépasser, en 2005, 3,1 milliards d'euros, soit une augmentation de 3,2 %, moins importante que celle des années précédentes, en raison de l'arrivée à échéance de la convention d'objectifs et de gestion 2001-2004. Deux domaines de l'action sociale ont été particulièrement encouragés en 2004 et seront renforcés en 2005 : l'information des familles, avec l'installation des « Points Info Familles », et la médiation familiale.*

A cet égard, il a approuvé le fait que le projet de loi de financement pour 2005 propose une réforme du mode de financement de l'union nationale des associations familiales (UNAF), en charge d'une partie de l'action sociale. En conséquence, le fonds spécial UNAF, soit 24,3 millions d'euros en 2005, se décomposera en deux enveloppes : la première, pour 80 % de la dotation, financera les quatre missions traditionnelles de l'UNAF (représentation des familles et appui au développement de la vie associative, émission d'avis aux pouvoirs publics, actions en justice, gestion des services d'intérêt général) ; le solde permettra d'engager des actions nouvelles liées à la politique familiale dans le cadre d'une convention conclue entre l'UNAF et le ministre de la famille.

*Concernant les aides au logement, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, a indiqué que ce troisième domaine d'intervention de la branche famille concerne plus de 20 % de ses dépenses, partagés de manière non égalitaire entre trois types d'aides : l'aide personnalisée au logement en grande majorité, l'allocation de logement sociale et l'allocation de logement familiale.*

Ces dépenses ne devraient s'élever qu'à 6,6 milliards d'euros en 2005, soit autant qu'en 2004 en raison notamment de mesures d'économie faites sur ce poste ; comme l'augmentation du minimum de perception de 15 euros à 24 euros qui conduit à exclure environ 75.000 familles du bénéfice de ces aides. Il a déploré cette situation et a souhaité qu'une réflexion soit menée pour prévoir le versement annuel d'une aide au logement, lorsque la mensualité est inférieure à 24 euros.

*En conclusion, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, a considéré qu'après plusieurs années consacrées à l'accueil et à la garde des jeunes enfants et à aider les familles défavorisées, la branche famille est aujourd'hui appelée à moderniser ses instruments de gestion et à répondre à*

de nouveaux défis : ceux de la jeunesse, de la démographie et des familles fragiles.

La Conférence de la famille de juin 2004 a été précisément consacrée à l'adolescence et a prévu la mise en oeuvre de différentes mesures orientées vers trois objectifs : valoriser l'engagement personnel, prévenir les comportements à risques et développer l'autonomie de l'adolescent, mais sans réelles conséquences financières sur les comptes de la branche en 2005.

M. André Lardeux, rapporteur pour la famille, s'est réjoui également que Mme Marie-Josée Roig, ministre de la famille, ait choisi de travailler sur les questions de démographie et le thème des familles défavorisées en 2005 et a souhaité que la commission puisse apporter son soutien à la préparation de la prochaine Conférence de la famille. Il a ajouté que l'année 2005 serait également l'occasion de définir les priorités et les axes de travail de la branche famille pour les quatre années à venir, au travers de la négociation de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion avec l'État.

Il a enfin fait valoir que, confrontée à de nouveaux enjeux pour lesquels elle se doit de dégager les ressources nécessaires, la branche famille doit rapidement retrouver son équilibre financier, notamment au moyen d'une clarification des charges de la CNAF.

Après avoir rappelé que le système français d'assurance vieillesse avait été fondé, à la Libération, sur les principes de répartition, de contributivité et d'équité, M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a considéré que, depuis l'échec du plan Juppé en 1995, il avait été menacé par la tentation de l'immobilisme, par le développement du corporatisme, par une contestation largement irrationnelle du principe même de la réforme et par un consensus national implicite sur les cessations précoces d'activité.

Soulignant le caractère inéluctable des échéances démographiques, caractérisées par la perspective d'un quasi-doublement de la population âgée de plus de soixante ans - 12 millions de retraités aujourd'hui, 20 millions en 2020 - en moins de deux décennies, il a souligné que le vieillissement de la population est à l'origine de la dégradation du rapport entre le nombre des retraités et celui des cotisants amenés à financer leurs pensions. Une poursuite du statu quo aurait signifié, d'une part, accepter un déficit structurel de l'assurance vieillesse, d'autre part, mettre à contribution les générations futures par le biais de l'emprunt.

Il a indiqué que l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 lui donne l'opportunité de présenter un premier bilan de la réforme des retraites votée en 2003, d'engager une réflexion sur les prochaines étapes de la consolidation de la branche vieillesse et de chercher les moyens d'inverser la tendance à la cessation précoce d'activité professionnelle.

Faisant valoir le bilan encourageant de la réforme des retraites, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a considéré que l'affirmation de son caractère généreux reposait sur des chiffres et des faits insuffisamment connus. Il a ainsi souligné l'importance du dispositif des « carrières longues » permettant aux personnes ayant commencé à travailler très jeunes de partir en retraite avant soixante ans, dont 132.000 personnes devraient bénéficier en 2004. Le présent projet de loi propose, d'ailleurs, de transposer aux trois fonctions publiques ce dispositif jusqu'alors réservé aux assurés sociaux du régime général et des régimes alignés.

Il a également précisé qu'avant de réaliser des économies structurelles, la loi du 21 août 2003 allait créer, à titre transitoire, de nombreuses dépenses supplémentaires : chaque année, la revalorisation du minimum contributif devrait coûter, d'ici 2020, 600 millions d'euros, le dispositif carrières longues, 300 millions d'euros, les mesures en faveur des pluripensionnés, 900 millions d'euros, et la création du régime de retraite complémentaire de la fonction publique, 800 millions d'euros.

Parmi les apports structurels de la réforme, il a signalé le succès du lancement de l'épargne retraite et la suppression progressive du mécanisme des transferts financiers entre régimes spéciaux, la « surcompensation », dont la commission avait régulièrement souligné les effets pervers.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a enfin fait observer que la quasi-totalité des mesures réglementaires d'application de la loi a été prise.

Abordant la seconde réforme importante conduite en 2004, celle du financement du régime de retraite spécial des industries électriques et gazières (IEG), il a souligné que sans le vote de la loi du 9 août 2004, les nouvelles normes comptables internationales auraient obligé EDF et GDF à provisionner, en une seule fois, dès le 1^{er} janvier 2005, la totalité de leurs engagements de retraite : près de 80 milliards d'euros, soit un montant trois fois plus élevé que leurs fonds propres. Pour garantir le niveau des prestations versées aux personnels électriciens et gaziers, un montage inédit d'adossement de ce régime spécial sur les régimes de retraite de droit commun a été conçu, sur lequel la commission s'était fermement prononcée en faveur du principe de neutralité de l'opération pour les assurés sociaux du secteur privé. Les engagements pris par le Gouvernement ont été tenus puisque la soultte due à la CNAV par les entreprises de la branche IEG s'élèvera finalement à 7,7 milliards d'euros et qu'elle sera calculée sur la base la plus juste, celle de la méthode prospective.

Se plaçant sur un plan prospectif, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a estimé que la consolidation de la réforme des retraites appellera, à l'avenir, d'autres efforts financiers. Parmi les priorités s'imposant à court terme, il a identifié, d'une part, le rétablissement des équilibres financiers du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), d'autre part, la nécessité de fournir de nouvelles ressources au Fonds de réserve des retraites

(FRR). A plus long terme, il a relevé que la loi du 21 août 2003 a pour échéance l'horizon 2020 et qu'elle ne pourra, à elle seule, régler tous les problèmes posés par le vieillissement de la population, dont les effets se feront sentir jusqu'en 2040 et au-delà.

En ce qui concerne les résultats financiers du FSV, qui prend en charge les avantages non contributifs de l'assurance vieillesse, la tendance à la dégradation se poursuit et le déficit atteindra probablement 1,18 milliard d'euros en 2005. Pour sa part, le FRR, créé avec l'objectif ambitieux de détenir 150 milliards d'euros de réserve en 2020, voit ses ressources se tarir avec la disparition des versements exceptionnels, comme les licences téléphoniques UMTS. Sur la base de sa seule ressource durable, c'est-à-dire la quote-part de 65 % de la taxe de 2 % sur les revenus des capitaux, les actifs de ce fonds culmineront, au mieux, à 56 milliards d'euros en 2020. Il convient donc désormais, ou bien de donner un second souffle au FRR, en lui affectant par exemple de futures recettes de privatisation, ou bien de s'interroger sur sa légitimité et de réfléchir à l'utilité même de son maintien.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a ensuite indiqué que, si la réforme des retraites couvrira spontanément environ 40 % de son besoin global de financement, le solde doit résulter d'une baisse du taux de chômage - 5 % à l'horizon 2020 - autorisant un transfert des excédents de l'assurance chômage vers la branche vieillesse. Après avoir insisté sur les « engagements hors bilan », correspondant aux futures retraites des fonctionnaires, qui n'ont jamais été provisionnés - 850 milliards d'euros -, il a considéré que la loi du 21 août 2003 ne sera que la première étape d'un processus de consolidation progressif à long terme.

Puis il s'est inquiété des déséquilibres des régimes spéciaux ou des besoins de financement de celui des agents publics de La Poste, qui n'ont pas davantage été provisionnés : ces engagements de retraite s'élèvent à 18 milliards d'euros pour la RATP et à 57 milliards pour La Poste. Il a donc considéré que le schéma d'adossement retenu pour les IEG ne pourrait être généralisé à ces autres régimes sans porter atteinte à la neutralité de l'opération.

Il s'est également préoccupé de certaines « failles » du code des pensions civiles et militaires de retraite de la fonction publique susceptibles d'entraîner des surcoûts inattendus. A ce titre, il a relevé, en premier lieu, la majoration de pension, atteignant jusqu'à 75 % en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, des fonctionnaires résidant outre-mer, dont la Cour des comptes a sévèrement critiqué le coût annuel, 160 millions d'euros pour 20.000 bénéficiaires, et des modalités de contrôle qu'elle juge inopérantes. Il a insisté, en second lieu, sur le problème posé par la transposition, par le juge administratif français, de la jurisprudence européenne sur l'égalité des hommes et des femmes, en matière de liquidation de pension de retraite pour les mères de trois enfants présentant quinze ans de services. L'ouverture de cet avantage familial aux hommes en a dénaturé l'esprit, en le transformant en un nouveau système de préretraite. Sachant que 30 % des hommes dans la

fonction publique sont pères de trois enfants, l'impact financier annuel correspondant pourrait s'élever à terme à 1,3 milliard d'euros par an. Ce niveau de dépense insoutenable pourrait conduire à abroger purement et simplement cet avantage familial.

Enfin, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a considéré que la loi du 21 août 2003 ne constituait qu'une condition nécessaire mais pas suffisante, du succès de la réforme et qu'il convenait désormais de faire évoluer les comportements collectifs et individuels sur deux points principaux : celui du recours aux préretraites, que certains qualifient de « drogue dure » de l'économie française, et celui du taux d'emploi des seniors.

La cessation précoce d'activité, d'abord conçue comme exceptionnelle au début des années 1980, s'est depuis lors institutionnalisée et généralisée : le nombre de personnes en préretraite ou en dispense de recherche d'activité dépasse encore aujourd'hui 480.000, soit l'équivalent d'une classe d'âge née pendant la Seconde guerre mondiale. Ce constat traduit l'existence d'un consensus national implicite entre les employeurs, les salariés et les syndicats, dont le résultat est pourtant incompatible avec l'intérêt général du pays : selon une étude réalisée pour l'ensemble des pays de l'OCDE, le coût d'opportunité global pour l'économie française de la tendance générale à la cessation précoce d'activité pourrait dépasser 10 % de sa richesse nationale potentielle.

Par ailleurs, avec seulement 40 % de personnes actives parmi les 55-64 ans, la France se classe dans les derniers rangs des pays européens, ce qui justifie de renforcer la politique publique de lutte contre les préretraites. La loi du 21 août 2003 a déjà marqué une inflexion majeure dans ce domaine, en liant les dispositifs existants à la pénibilité de certaines professions et en pénalisant les régimes de préretraites organisés par les entreprises, mais l'impact de ces mesures se trouve dans l'immédiat contrarié par les effets du dispositif « carrières longues ».

Après avoir observé que d'autres pays industrialisés, comme la Finlande, sont parvenus à accroître le taux d'activité des seniors, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a noté l'amorce d'un retournement de tendance en France, mais la persistance de comportements individuels et collectifs tend à tempérer ce timide jugement optimiste.

En conclusion, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a exprimé une double conviction : celle que la réforme des retraites ne sera jamais terminée et qu'elle demandera des ajustements réguliers, raisonnables et orientés sur le long terme ; celle que la logique de la réforme de 2003, au-delà de la dimension financière, vise surtout à prévenir l'apparition de conflits entre les générations ou entre ressortissants du régime général, des régimes spéciaux et de ceux des fonctions publiques.

Enfin, M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a abordé l'examen de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de la sécurité sociale, dont les dépenses pour 2005 devraient avoisiner les 10,5 milliards d'euros.

Il a rappelé tout d'abord que le nombre d'accidents du travail tendait à diminuer depuis plusieurs années mais que les maladies professionnelles devenaient plus fréquentes, à cause notamment des maladies périarticulaires et des pathologies liées à l'amiante, en forte augmentation.

Il a souligné que la branche faisait face à une situation financière dégradée, en raison, principalement, de l'augmentation des dépenses d'indemnisation des salariés victimes de l'amiante. A la différence des autres branches de la sécurité sociale, son déficit devrait encore s'accroître l'an prochain, pour s'établir à 704 millions d'euros, soit 200 millions de plus qu'en 2004.

La branche AT-MP a pâti ces dernières années du faible dynamisme de la masse salariale, qui a pesé sur la progression de ses recettes, composées à 95 % de cotisations patronales. En 2005, la masse salariale devrait progresser plus rapidement, grâce à une conjoncture économique mieux orientée, sans que cette amélioration soit toutefois suffisante pour compenser la progression attendue des dépenses.

Ses charges sont composées aux trois quarts de dépenses de prestations et, pour le quart restant, de dépenses de transfert et de gestion courante. Ce sont les dépenses de transfert qui devraient progresser le plus vivement l'an prochain. Ces transferts alimentent, en premier lieu, l'assurance maladie, au titre de la compensation pour la prise en charge de dépenses indues. Ils abondent, en outre, les deux fonds de l'amiante : le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Les dotations à ces fonds sont en hausse de 200 millions d'euros par rapport à 2004, afin de leur permettre de financer l'indemnisation d'un nombre croissant de victimes de l'amiante.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a ajouté que ce contexte financier tendu rendait d'autant plus nécessaire une réforme de la branche.

Il a alors évoqué la conclusion prochaine d'une convention d'objectifs et de gestion avec l'État. Ses principaux axes sont l'amélioration de la prévention des risques professionnels et de l'accompagnement des victimes en vue de leur réinsertion professionnelle, la lutte contre la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, par un renforcement du partenariat avec les médecins du travail et les services hospitaliers, et l'amélioration de l'appareil statistique et du système d'information de la branche.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a ensuite présenté la nouvelle contribution mise à la charge des entreprises qui ont exposé leurs salariés à l'amiante, destinée à compléter les recettes du FCAATA. Calculée par référence au coût de l'allocation de cessation anticipée d'activité, elle est plafonnée à 2,5 % de la masse salariale et à 2 millions d'euros par entreprise. Son rendement attendu est de l'ordre de 120 millions d'euros par an. Considérant que cette mesure ne règle pas les problèmes financiers observés, il a souhaité une meilleure programmation pluriannuelle des transferts au FCAATA et au FIVA, ainsi que la définition d'une clé de répartition équitable des charges liées à l'amiante entre l'État et la branche.

Il a ensuite présenté les récentes initiatives gouvernementales dans le domaine de la prévention des risques professionnels. Il a rappelé que, parmi les objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, figuraient quatre objectifs relatifs à la santé au travail (nombre d'accidents routiers mortels liés au travail, contraintes articulaires, exposition au bruit et aux substances cancérigènes). Le plan « santé-environnement », présenté le 21 juin par le Premier ministre, contient également des mesures visant à réduire les expositions professionnelles à certaines substances pathogènes et à renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires liés à l'utilisation des substances chimiques dangereuses. Il sera complété prochainement par le plan « santé au travail », encore en cours d'élaboration.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, s'est ensuite interrogé sur les perspectives de réforme à plus long terme du système de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et notamment sur l'éventualité d'un passage à une réparation intégrale, et non plus forfaitaire, du préjudice subi par les victimes. S'appuyant sur les travaux de la commission présidée par M. Michel Laroque, il a souligné le coût potentiellement très élevé d'une telle mesure, difficilement compatible avec la situation financière de la branche, déjà grevée par les charges liées à l'amiante.

Il a enfin indiqué attendre avec intérêt les propositions de réforme de la branche que les partenaires sociaux doivent présenter au Gouvernement et au Parlement, d'ici un an, comme les y invite la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Constatant que la quasi-totalité des régimes sociaux présentait désormais des comptes déficitaires, **M. Bernard Cazeau** a souligné le niveau exceptionnel atteint par ces déséquilibres financiers. Il a observé que le montant total des déficits successifs repris, depuis sa création, par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dépassait 103 milliards d'euros, dont 21 milliards étaient imputables à la période pendant laquelle M. Alain Juppé était Premier ministre, 13,2 milliards à celle où M. Lionel Jospin lui succéda et plus de 50 milliards depuis l'arrivée aux affaires de M. Jean-Pierre Raffarin.

Il a estimé que l'objectif d'une progression de 3,2 % de l'ONDAM en 2005 n'était pas crédible. Il a également déploré l'absence de compensation, à la sécurité sociale, des financements nécessaires à la mise en œuvre des contrats d'avenir, dont le projet de loi de cohésion sociale proposait la création.

Abordant la réforme de l'assurance maladie, il a considéré que la plus grande partie des efforts d'économie demandés reposera sur les assurés sociaux. Après avoir critiqué l'absence de prise en compte, d'une part, des surcoûts entraînés par cette réforme, d'autre part, des autres mesures intervenues depuis, comme la revalorisation à hauteur de 150 millions d'euros des honoraires des chirurgiens, il a considéré que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 reposait sur des hypothèses fantaisistes et avait pour objectif essentiel de gagner du temps, tout en accreditant à tort l'idée du lancement d'une réforme structurelle.

***M. François Autain** s'est interrogé sur la possibilité de réaliser les économies prévues dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il a estimé que ce projet de loi reposait sur des prévisions irréalistes, notamment pour ce qui concerne la fixation de l'objectif de l'ONDAM, dont il a prédit qu'il serait dépassé en 2005, comme cela avait été le cas les années précédentes.*

Après avoir considéré qu'il ne fallait pas stigmatiser l'hôpital public et ses personnels, il a jugé que l'attention portée aux économies de gestion ne devait pas occulter le manque de moyens financiers, rappelant à ce titre que la fédération hospitalière de France (FHF) estimait à 4,8 % l'accroissement minimal de l'ONDAM.

S'agissant du volet recettes du projet de loi de financement de la sécurité sociale, il a regretté qu'il n'ait pas été procédé à un alignement de l'assiette des cotisations sociales du secteur public sur celle du secteur privé, ce qui aurait permis de dégager 2,5 milliards d'euros de recettes supplémentaires par an.

Sur la question des pensions de réversion, il a considéré qu'il convenait non pas de revoir les dispositions réglementaires aujourd'hui contestées, mais de modifier les termes de la loi du 21 août 2003 elle-même.

***Mme Sylvie Desmarescaux** s'est inquiétée des conséquences de la suppression des allocations logement dans le cadre de la branche famille.*

***M. Guy Fischer** a considéré que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne comportait pas de véritables propositions, alors même qu'existaient des besoins importants dans des domaines comme l'accès aux soins, la prévention et la prise en charge des personnes les plus démunies. Il a estimé que les mesures de redressement de l'assurance maladie pesaient très largement sur les salariés, alors même que leur pouvoir d'achat tendait à baisser, comme le montrait l'exemple des négociations salariales en cours dans la fonction publique.*

Après avoir constaté que les interventions des quatre rapporteurs avaient toutes mis en évidence l'accroissement des déficits sociaux, il s'est déclaré à son tour opposé à toute stigmatisation du fonctionnement de l'hôpital public. Il a jugé que la notion de maîtrise médicalisée des dépenses de santé traduisait en réalité une volonté de restriction des volumes de soins. Il a enfin déploré l'absence de mesure nouvelle pour la branche accident du travail-maladie professionnelle.

***M. Alain Gournac** a contesté l'interprétation erronée faite des propos de M. Alain Vasselle qui tendrait à assimiler la promotion des économies de gestion dans les hôpitaux à une volonté de stigmatiser leurs personnels. Il a estimé que la situation de « payeur aveugle » dans laquelle se trouvait la CNAM à l'égard des établissements hospitaliers n'était pas acceptable, de même que le fait que 65 % des ordonnances ne permettaient pas d'identifier le nom du médecin. S'agissant de la branche vieillesse, il a estimé qu'il conviendrait de consolider l'acquis de la réforme des retraites et de traiter alors le problème des régimes spéciaux.*

***M. Jean-Marc Juilhard** s'est inquiété, comme l'avait fait M. Alain Vasselle, du fait que la transformation du Budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) en Fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) puisse aboutir à remettre en cause la protection sociale agricole. Après avoir rendu hommage à l'action et au rôle assuré par la Mutualité sociale agricole dans ce domaine, il a souhaité que soit organisé, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, un débat sur le FFIPSA.*

*Après avoir estimé que ce projet de loi de financement pour la sécurité sociale illustre l'ampleur des difficultés auxquelles le Gouvernement avait à faire face pour réformer les régimes sociaux, **Mme Bernadette Dupont** a regretté que la politique familiale ne se fonde plus, depuis 1981, sur un modèle familial. Elle s'est interrogée sur le statut des personnels de l'union nationale des associations familiales (UNAF) et, s'agissant de la question de l'amiante, elle s'est demandé s'il était possible d'évaluer précisément les futurs besoins d'indemnisation.*

***Mme Marie-Thérèse Hermange** a souhaité obtenir des précisions sur l'extension des contrats d'objectifs avec les caisses d'allocations familiales. Elle a fait part de ses réserves quant à la perspective d'une contractualisation des relations entre l'UNAF et la CNAF et a estimé que le soutien aux structures collectives ne devait pas aboutir à pénaliser les modes de garde individuels. Faisant référence au passage du rapport de M. Alain Vasselle consacré au fonds de solidarité vieillesse (FSV) et au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), elle a considéré qu'il serait utile de procéder à un recensement et à une évaluation des dépenses de l'ensemble des fonds de financement et organismes divers créés, dans le cadre de la protection sociale, au cours des dix dernières années.*

M. Jean-Pierre Godefroy s'est inquiété de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Faisant référence aux nombreux cas de personnes concernées à la direction des constructions navales (DCN), notamment parmi celles qui ont construit les sous-marins nucléaires français, il s'est indigné que la caisse des dépôts et consignations (CDC) refuse d'autoriser les conjoints de personnes décédées à bénéficier du cumul d'une pension de réversion avec le montant de l'indemnisation de l'amiante. Il a indiqué que, bien que la DCN ait reconnu le caractère de faute inexcusable de l'exposition de ses personnels à l'amiante, la CDC fondait son refus sur une mesure réglementaire ancienne, datant de 1965 et avait même réclamé le remboursement de sommes très importantes, jusqu'à 23.000 euros, à certaines veuves d'anciens salariés de la DCN.

Mme Raymonde Le Texier s'est étonnée du fait que M. André Lardeux ait considéré dans son rapport que la taille moyenne des familles françaises avait diminué en raison de l'augmentation du nombre des divorces.

Répondant à l'ensemble des intervenants, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a indiqué que la branche famille ne connaissait pas une situation de déficit structurel, que le résultat négatif enregistré en 2004 correspondait à une évolution certes négative, mais transitoire, du fonds de roulement, et que le montant des excédents accumulés par cette branche atteignait 2,5 milliards d'euros. Il a également précisé que la gestion des allocations familiales de la fonction publique d'État, et sans doute également prochainement celle de la fonction publique territoriale, était en passe d'être transférée à la CNAF.

Il a observé que la somme de 103,8 milliards d'euros citée par M. Bernard Cazeau correspondait au total des déficits successifs des comptes sociaux repris par la CADES depuis sa création et incluait les montants estimés pour l'année 2004 et prévus pour 2005. Il a précisé que sur ce capital emprunté, 17,9 milliards d'euros avaient toutefois été remboursés à ce jour, mais que l'ensemble des frais financiers acquittés par la CADES atteignait déjà 19,2 milliards d'euros.

S'agissant de l'ONDAM pour 2005, il a jugé que l'objectif d'une progression contenue à 3,2 % apparaissait certes ambitieux, mais réaliste, compte tenu des premiers effets de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie.

Sur la question de la multiplication des fonds de financement, il a souligné qu'il convenait de procéder à une analyse au cas par cas, et de bien distinguer par exemple le FSV, dont l'utilité apparaissait incontestable, du FOREC que la commission s'était réjouie de voir disparaître après avoir déploré sa création à de nombreuses reprises.

S'agissant de la perspective de voir supprimer l'allocation logement, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, a indiqué qu'une telle mesure relevait du domaine réglementaire, mais qu'il veillerait à relayer les

inquiétudes exprimées par Mme Sylvie Desmarescaux. Il a précisé que le personnel de l'UNAF rassemblait au total 6.000 personnes et bénéficiait du concours extérieur de 23.000 bénévoles.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a indiqué que le Conseil d'orientation des retraites rendrait prochainement son avis sur la question des pensions de réversion.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a insisté sur les résultats d'une étude publiée en 2003 prévoyant que le montant total des indemnisations qui seraient versées, au cours des vingt prochaines années, au titre de l'amiante, pourrait atteindre 26,8 à 37,2 milliards d'euros.

Puis la commission a procédé à l'examen des articles et des amendements présentés par les rapporteurs.

La commission a adopté sans modification l'article premier (approbation du rapport annexé).

A l'article premier bis (modalités du contrôle de gestion des établissements de santé par la Cour des comptes), outre deux amendements rédactionnels, elle a adopté un amendement prévoyant d'une part que le programme de travail établi et mis en œuvre par la Cour des comptes en liaison avec les chambres régionales des comptes sera trisannuel et limitant, d'autre part, le champ de ce programme à l'évaluation du contrôle de gestion.

Elle a adopté deux amendements de précision à l'article premier ter (rapport au Parlement sur les compensations d'exonérations par l'État).

A l'article premier quater (modernisation des conventions d'objectifs et de gestion), outre un amendement de précision, la commission a adopté un amendement indiquant que les conventions d'objectifs et de gestion (COG) et leurs avenants sont adressés aux commissions en charge des affaires sociales de chaque assemblée. Elle a également adopté un amendement visant à supprimer le principe d'un bilan d'application des COG rédigé au cours des trois premières années et à permettre aux présidents des conseils de surveillance des caisses de sécurité sociale de recourir, pour l'établissement de leur rapport sur l'application des COG, à une mission d'appui de l'inspection générale des affaires sociales. Elle a enfin adopté un amendement fixant un cadre légal commun aux COG pouvant être conclues avec tous les organismes, cohérent avec le socle que constituent les conventions du régime général.

Elle a adopté sans modification l'article premier quinquies (rapport sur la situation du fonds de financement des prestations sociales agricoles) et l'article 2 (assujettissement des institutions financières à la contribution sociale de solidarité des sociétés).

Elle a adopté un amendement de suppression de l'article 2 bis (modalités de recouvrement des indus par les caisses de sécurité sociale).

A l'article 2 ter (modification du régime de la procédure de recours contre tiers), elle a adopté un amendement ayant pour objet de renvoyer à un arrêté ministériel la réévaluation de l'indemnité de procédure perçue par les organismes de sécurité sociale dans le cadre du recours contre tiers.

Elle a adopté sans modification l'article 3 (mesures garantissant la continuité des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

Après l'article 3, elle a adopté un amendement, portant article additionnel, visant à insérer les dispositions figurant actuellement à l'article 5 bis et à assurer la compensation intégrale, pour la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) de l'affectation de la cotisation sur les boissons alcoolisées au fonds de financement de la couverture maladie universelle (CMU) à compter de 2005.

Elle a adopté les articles 4 (prévision de recettes pour 2005) et 5 (prévisions révisées de recettes pour 2004) sans modification.

En conséquence de l'amendement voté à l'article 3, elle a adopté un amendement de suppression de l'article 5 bis (modification du taux de droit de consommation sur les tabacs affectés à la Caisse d'assurance maladie).

Avant l'article 6, elle a adopté un amendement, portant article additionnel, prévoyant l'identification personnelle des professionnels de santé hospitaliers.

Elle a adopté les articles 6 (tarification à l'activité), 6 bis (information de la Haute autorité de santé), 7 (avances de trésorerie aux établissements privés et aux professionnels exerçant à titre libéral dans ces établissements), 8 (possibilité de majorations des prix et des tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux dans les départements d'outre-mer), 9 (financement et missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) et 10 (fongibilité entre les différentes enveloppes de l'ONDAM) sans modification.

Après l'article 10, elle a adopté un amendement, portant article additionnel, ayant pour objet de favoriser, par l'intermédiaire des missions régionales de santé puis des agences régionales de santé, la diffusion des recommandations de bonne pratique et des guides de bon usage de soins élaborés par la Haute autorité de santé.

Elle a adopté l'article 11 (exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux adolescents en classe de cinquième) sans modification.

A l'article 12 (affiliation des enseignants et documentalistes contractuels ou agréés des établissements privés sous contrat au régime d'assurance maladie des fonctionnaires), elle a adopté un amendement visant à fixer les cotisations des employeurs au régime d'assurance maladie à un niveau identique à celui applicable au régime général salarié, dans le cadre de l'affiliation des maîtres et documentalistes contractuels ou agréés au régime de prise en charge du risque maladie des fonctionnaires.

Elle a adopté l'article 13 (dotation de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville) sans modification.

Avant l'article 14, elle a adopté un amendement, portant article additionnel, visant à inscrire le principe de la liste d'opposition des cartes Vitale dans la loi.

La commission a adopté ensuite un amendement visant à rétablir l'article 14 (dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) dans sa rédaction initiale.

Elle a adopté sans modification les articles 15 (participation de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de prophylaxie et de traitement nécessaires en cas de menace sanitaire grave), 15 bis (recouvrement des indus par les caisses d'assurance maladie auprès des établissements de santé) et 15 ter (extension du domaine de l'expertise médicale).

A l'article 15 quater (contribution forfaitaire due par les assurés), elle a adopté un amendement de cohérence et un amendement de précision.

Elle a adopté sans modification les articles 16 (fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2004), 17 (fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2005), 18 (fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2005), 19 (contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante) et 20 (contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante).

A l'article 21 (contribution des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante), elle a adopté deux amendements visant respectivement à préciser que l'assiette de calcul de la contribution de l'employeur au FCAATA est égale au montant de l'allocation majorée de 40 % et à faire recouvrer ladite contribution par les caisses de mutualité sociale agricole auprès des entreprises concernées pour les salariés relevant ou ayant relevé du régime de protection sociale agricole.

Après l'article 21, elle a adopté un amendement, portant article additionnel, prévoyant que la fixation des éléments de calcul de cotisations par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles se fait uniquement en fonction de l'équilibre financier de la branche accidents du travail maladies professionnelles et non pas de l'équilibre financier général de la sécurité sociale.

Elle a adopté sans modification les articles 21 bis (procédure d'inscription sur la liste des entreprises ouvrant droit au bénéfice de la cessation d'activité), 22 (montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles) et 23 (fixation de l'objectif de

dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2005).

Elle a adopté un amendement de suppression de l'article 24 A (allongement de la durée du congé de maternité en cas de naissance prématurée) l'estimant satisfait par l'article premier septies du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Elle a adopté sans modification les articles 24 (majoration de la prime d'adoption), 25 (réforme du mode de financement de l'Union nationale des associations familiales), 26 (prise en charge par la Caisse nationale d'allocations familiales des majorations de pension pour enfants) et 27 (fixation de l'objectif national de dépenses de la branche famille pour 2005).

A l'article 28 (modalités de versement de la soulte due par la Caisse nationale des industries électriques et gazières en contrepartie de son adossement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés), la commission a adopté un amendement de précision et un amendement rédactionnel.

Elle a adopté les articles 29 (régime de retraite anticipée des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales), 30 (objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2005), 31 (objectifs de dépenses révisés pour 2004), 32 (dispositions relatives au recouvrement de certaines contributions) et 32 bis (mission de la caisse maritime d'allocations familiales) sans modification.

A l'article 33 (facturation par les établissements de santé aux caisses d'assurance maladie), elle a adopté un amendement visant à corriger une erreur matérielle.

Elle a adopté sans modification l'article 34 (amélioration de la qualité des comptes sociaux).

Elle a adopté un amendement de suppression de l'article 34 bis nouveau (création d'un mécanisme d'alerte des dépenses de sécurité sociale), jugeant que le dispositif d'alerte sur l'évolution des dépenses de sécurité sociale devrait plutôt être débattu dans le cadre de la réforme de la loi organique relative aux lois de financement.

Elle a adopté enfin sans modification l'article 35 (fixation des plafonds d'avance de trésorerie pour 2005).

La commission a adopté le projet de loi ainsi amendé.