

N° 90

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2009

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2010, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur,
Rapporteur général.

Tome VII :
Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : Mme Muguette Dini, présidente ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, vice-présidents ; MM. Nicolas About, François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, secrétaires ; M. Alain Vasselle, rapporteur général ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Adrien Giraud, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Marc Laméni, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, François Vendasi, René Vestri, André Villiers.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 1976, 1994, 1995 et T.A. 358

Sénat : 82, 83 et 91 (2009-2010)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
EXAMEN DES ARTICLES	9
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2008	9
• <i>Article premier</i> Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2008	9
• <i>Article 2</i> Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités d'affectation des excédents et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2008	18
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2009	23
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale	23
• <i>Article 3</i> Ratification du relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général	23
• <i>Article 4</i> Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2009	25
• <i>Article 5</i> Objectif d'amortissement rectifié de la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du fonds de réserve pour les retraites	28
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses	30
• <i>Article 6</i> Dotations au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires	30
• <i>Article 7</i> Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche	35
• <i>Article 8</i> Rectifications de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2009	37
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2010	39
• <i>Article 9</i> Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)	39
• <i>Article additionnel après l'article 9 (article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale)</i> Contribution au remboursement de la dette sociale	43
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement	45
• <i>Article 10</i> Contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des mesures de préparation à la pandémie de grippe A (H1N1)	45
• <i>Article 11 (art. L. 138-10, L. 165-4 et L. 162-37 du code de la sécurité sociale)</i> Régime de la clause permanente de sauvegarde - Modalités de recouvrement des remises sur le chiffre d'affaires dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux	48
• <i>Article 12 (art. L.161-45, L. 245-5-1 et L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale)</i> Modification de l'assiette, du taux et de l'affectation de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux remboursables	51

• Article 13 (article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005, article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008, art. L. 732-58 et L. 732-62 du code rural) Modification de la clé de répartition du droit de consommation sur les tabacs et financement du régime complémentaire des exploitants agricoles	54
• Article 13 bis (art. 575 A du code général des impôts) Augmentation du minimum de perception sur les cigarettes et le tabac à rouler	59
• Article 14 (art. L. 137-11 du code de la sécurité sociale) Réforme du dispositif des retraites « chapeau »	60
• Article 15 (art. L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale) Augmentation du forfait social	63
• Article 16 (art. L. 136-6 du code de la sécurité sociale, articles 15 et 17 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, art. 170, 1600-0 G à 1600-0 M et 1649-0 A du code général des impôts) Suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux	68
• Article 17 (art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale, article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale) Aménagement du régime des contrats d'assurance vie au regard des contributions sociales en cas de décès	71
• Article 17 bis (art. L. 242-1-1 du code de la sécurité sociale) Aménagement des sanctions applicables en cas de dissimulation d'activité	73
• Article 17 ter (art. L. 136-6 et L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale) Assujettissement aux cotisations et contributions sociales du bonus accordé aux salariés chargés de constituer des fonds de capital-risque	74
• Article 17 quater (art. L. 222-2 du code du sport) Extinction du régime du droit à l'image collective des sportifs professionnels	76
• Article additionnel après l'article 17 quater (art. L. 136-7-2 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale) Extension de l'assiette de la contribution sociale généralisée	78
• Article 18 (art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale) Exonération de la cotisation d'assurance vieillesse pour les centres communaux et intercommunaux d'action sociale	81
• Article additionnel après l'article 18 Anticipation limitée du transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage aux Urssaf	85
• Article 19 (art. L. 131-7 du code de la sécurité sociale) Non-compensation par le budget de l'Etat d'une mesure d'exonération de cotisations sociales	86
• Article 20 Montant de la compensation des exonérations	87
• Article additionnel après l'article 20 (art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale) Annualisation du calcul des allègements généraux de charges sociales	93
Section 2 - Révisions de recettes et tableaux d'équilibre	96
• Article 21 Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	96
• Article 22 Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	100
• Article 23 Approbation du tableau d'équilibre du régime général	104
• Article 24 Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale	105
• Article 25 Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites	106

Section 3 - Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité.....	109
• <i>Article 26 (art. L. 541-4, L. 815-29 et L. 821-5 du code de la sécurité sociale)</i>	
Comptabilisation de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers.....	109
• <i>Article 26 bis (art. L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale)</i> Création d'un comité de pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale	112
• <i>Article 27</i> Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	114
QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010	123
Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	123
• <i>Article 28</i> Neutralisation du surcoût résultant des dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'Ondam en 2010 - Prise en charge par l'assurance maladie de l'indemnisation des personnes chargées de la vaccination	123
• <i>Article 29 (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale)</i> Prise en charge du suivi médical des assurés ne bénéficiant plus du régime des affections de longue durée	128
• <i>Article 29 bis (art. L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle, art. L. 5121-10-2 et L. 5121-10-3 nouveau du code de la santé publique)</i> Prévention des risques d'accidents liés à la différence dans les caractéristiques physiques des médicaments de références et des médicaments génériques	131
• <i>Article 29 ter (art. L. 4113-5 du code de la santé publique et art. L. 162-3 du code de la sécurité sociale)</i> Rémunération des actes de télémedecine.....	133
• <i>Article 29 quater (art. L. 5134-1 du code de la santé publique)</i> Suivi par les sages-femmes des contraceptions qu'elles sont habilitées à prescrire	134
• <i>Article 29 quinquies (art. L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale)</i> Développement de la prescription dans le répertoire des génériques	135
• <i>Article 29 sexies (art. L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale)</i> Avenants aux contrats d'amélioration des pratiques individuelles.....	137
• <i>Article 30 (art. L. 162-1-14 et L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale)</i> Mise sous accord préalable	138
• <i>Article additionnel après l'article 30 (art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale)</i> Création d'un secteur optionnel d'exercice	141
• <i>Article additionnel après l'article 30 (art. L. 6112-3 du code de la santé publique)</i> Exercice de missions de service public par des établissements privés	142
• <i>Article 30 bis (art. L. 4113-9 du code de la santé publique)</i> Non-transmission aux ordres professionnels des contrats conclus entre les praticiens et l'assurance maladie	143
• <i>Article 31 (art. L. 322-5-5 nouveau du code de la sécurité sociale et article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008)</i> Régulation des dépenses de transports sanitaires.....	144
• <i>Article 31 bis</i> Régulation des prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville	147
• <i>Article 32 (article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale, art. L. 162-22-10, L. 174-1-1 et L. 174-2-2 nouveau du code de la sécurité sociale)</i> Report à 2018 de l'achèvement de la convergence tarifaire - Prise en charge des soins effectués dans les hôpitaux établis hors de France	148
• <i>Article additionnel après l'article 32 (art. L. 133-2 du code des juridictions financières et L. 6161-3 du code de la santé publique)</i> Extension du champ de contrôle de la Cour des comptes	153
• <i>Article 32 bis (art. L. 1111-3 du code de la santé publique)</i> Informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé.....	154

• Article 32 ter (art. L. 6323-1 du code de la sécurité sociale) Coordination	156
• Article 33 (art. L. 344-1-2 nouveau du code de l'action sociale et des familles) Frais de transport des personnes adultes handicapées	157
• Article 33 bis (art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 5126-1 du code de la santé publique) Possibilité pour un groupement de coopération social et médico-social de gérer une pharmacie à usage interne	161
• Article 33 ter (art. L. 314-3, L. 314-3-1, L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Possibilité pour la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de gérer des crédits de l'objectif global de dépenses en dehors des dotations régionales et financement par celle-ci des dépenses médico-sociales au titre des placements d'enfants handicapés français dans des établissements étrangers	163
• Article 33 quater (art. L. 541-4 du code de la sécurité sociale) Extinction du financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	165
• Article 33 quinquies Sécurisation de la convention collective nationale des établissements privés de soins, de cure et de garde à but non lucratif	167
• Article additionnel après l'article 33 quinquies (art. L. 341-1 du code de la sécurité sociale) Forfait journalier hospitalier pour les personnes accueillies en maison d'accueil spécialisée	168
• Article 34 Contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences régionales de santé pour 2010	169
• Article 35 Dotations pour 2010 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires	173
• Article 35 bis (art. L. 644-2, L. 723-6 du code de la sécurité sociale) Couverture du risque invalidité-décès pour les conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats	181
• Article 36 Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	182
• Article 37 Montant et ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	184
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse	189
• Article 38 (art. L. 351-4, L. 351-5 du code de la sécurité sociale, art. L. 173-2-0-1, L. 643-1-1 et L. 723-10-1-1 nouveaux du code de la sécurité sociale, article 9 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon) Majoration de durée d'assurance vieillesse	189
• Article 39 (art. L. 341-16, L. 342-1 et L. 341-14-1 nouveau du code de la sécurité sociale, art. L. 732-36 du code rural) Cumul emploi-pension d'invalidité et non-cumul pension d'invalidité-pension de retraite	198
• Article 39 bis (art. L. 645-2 du code de la sécurité sociale) Cumul emploi-retraite des médecins	201
• Article additionnel après l'article 39 bis (art. L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite, art. L. 381-1 du code de la sécurité sociale) Non-cumul de la majoration de durée d'assurance pour interruption d'activité et de l'assurance vieillesse des parents au foyer	202
• Article 40 (art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale) Transfert au fonds de solidarité vieillesse du financement des validations gratuites de trimestres au titre de périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et invalidité	203
• Article 41 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2010	206

Section 3 - Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	208
• <i>Article 42 (art. L. 242-7, L. 422-4, L. 422-5 du code de la sécurité sociale) Réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	208
• <i>Article 43 Dotations annuelles du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante</i>	211
• <i>Article 43 bis Faisabilité d'une voie d'accès individuelle au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante</i>	212
• <i>Article 44 (art. L. 176-1 du code de la sécurité sociale) Versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général</i>	213
• <i>Article 44 bis Réflexion d'ensemble sur l'évolution des tableaux des maladies professionnelles</i>	214
• <i>Article 45 Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2010</i>	215
Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille	216
• <i>Article 46 (art. L. 542-9 du code de la sécurité sociale) Octroi du prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels</i>	216
• <i>Article additionnel après l'article 46 (art. L. 2324-2-1 du code de la santé publique) Modulation de l'agrément des établissements d'accueil des jeunes enfants</i>	218
• <i>Article additionnel après l'article 46 (art. L. 2324-1, art. L. 2324-2-1 nouveau du code de la santé publique et art. L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles) Harmonisation des critères d'agrément</i>	219
• <i>Article additionnel après l'article 46 (art. L. 421-19, L. 421-20, L. 421-21, L. 421-22, L. 421-23 et L. 421-24 nouveaux du code de l'action sociale et des familles) Sécurisation des regroupements d'assistants maternels</i>	220
• <i>Article 46 bis (art. L. 214-2-1 du code de l'action sociale et des familles) Transformation des relais d'assistants maternels en relais d'accueil de la petite enfance</i>	223
• <i>Article 46 ter (art. L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles) Agrément d'un assistant maternel pour deux enfants au minimum dès sa première demande</i>	224
• <i>Article 47 Objectif de dépenses de la branche famille pour 2010</i>	226
Section 5 - Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	228
• <i>Article 48 (art. 723-4-2 nouveau du code rural) Renforcement du pouvoir de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole en matière de pilotage des caisses locales</i>	228
• <i>Article 48 bis (art. L. 114-23 nouveau et L. 224-5 du code de la sécurité sociale) Création d'un fonds de performance de la sécurité sociale</i>	231
Section 6 - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	233
• <i>Article 49 Fixation des prévisions de charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale</i>	233
Section 7 - Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude	235
• <i>Article 50 (art. L. 114-17 du code de la sécurité sociale) Réforme des pénalités financières dans les cas de fraude à la sécurité sociale</i>	235

• Article 51 (art. L. 583-3 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale et art. L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation) Détection des logements fictifs ouvrant droit au versement d'aides personnelles au logement	237
• Article 52 (article 110 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008) Prorogation de l'expérimentation d'une suspension du versement des aides au logement en cas de fraude	238
• Article 53 (art. L. 315-1, L. 323-7 nouveau et L. 613-20 du code de la sécurité sociale) Mesures relatives au contrôle des arrêts de travail	241
• Article 54 (art. L. 162-1-14 et L. 162-1-14-2 nouveau du code de la sécurité sociale) Pénalités adaptées aux fortes activités de soins de santé	248
• Article additionnel après l'article 54 (art. L. 133-4-5 nouveau, L. 553-1, L. 821-5 et L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-45 du code de l'action sociale et des familles, L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation) Interruption de la prescription de l'action en recouvrement	251
• Article 55 (art. L. 133-4-5 nouveau du code de la sécurité sociale) Sanction du donneur d'ordre en matière de travail dissimulé	252
• Article 56 (art. L. 162-1-14 et L. 471-1 du code de la sécurité sociale) Clarification des règles relatives aux pénalités applicables par les directeurs des organismes d'assurance maladie	254
• Article 57 (art. L. 243-3-1 nouveau et L. 652-3 du code de la sécurité sociale) Application de la procédure d'opposition à tiers détenteur au recouvrement des cotisations en cas de travail dissimulé	255
• Article 58 (art. L. 553-2, L. 821-5-1, L. 853-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation) Récupération des indus de prestations versées en tiers payant	256
TRAVAUX DE LA COMMISSION	259

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2008

Article premier

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2008

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2008, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005 :

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du A du I)

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice ;

2° Approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette ;

En application de ces dispositions, le présent article prévoit l'approbation des tableaux d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général, le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale, les dépenses constatées au titre de l'Ondam, les recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et le montant de la dette amortie par la Cades.

**L'avis de la Cour des comptes
sur la cohérence des tableaux d'équilibre de 2008**

En application de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes procède à des vérifications sur les tableaux d'équilibre par branche, établis sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale et présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Sur la base des vérifications effectuées, la Cour a, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de septembre 2009, exprimé l'avis suivant :

« Les opinions de certification de l'ensemble des régimes sont prises en compte dans le présent avis : pour les comptes de l'exercice 2008, elles mettent au jour l'ampleur des progrès à réaliser pour disposer d'une information comptable fiable, particulièrement en termes de contrôle interne et de systèmes d'information.

« Même si les vérifications effectuées par la Cour ont montré de nouveaux progrès dans l'élaboration des tableaux d'équilibre, le contrôle des données comptables en amont demeure insuffisant. En outre, les tableaux d'équilibre maintiennent par ailleurs des retraitements en « net » sans justification comptable.

« En conséquence, la Cour ne peut apporter qu'une assurance limitée sur la cohérence entre les comptes des régimes et organismes et ces tableaux d'équilibre. »

Le présent article prévoit :

1°) l'approbation du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Ce tableau fait apparaître un déficit global de **9,7 milliards d'euros**, au lieu de 9,1 milliards d'euros en 2007, soit une aggravation de 6,6 % en un an.

L'essentiel du déficit est imputable non plus, comme les années précédentes, à la branche maladie mais à la **branche vieillesse** qui enregistre un résultat négatif de 5,6 milliards d'euros, au lieu de 3,9 milliards d'euros en 2007. Le déficit de la branche maladie s'élève à 4,1 milliards d'euros, en amélioration de 900 millions par rapport au solde négatif de 5 milliards d'euros de 2007. La branche famille qui avait enregistré un excédent de 200 millions en 2007 voit ses comptes se retourner avec un déficit de 300 millions d'euros. En revanche, la branche accidents du travail - maladies professionnelles enregistre un excédent, à hauteur de 200 millions d'euros, au lieu d'un déficit de 400 millions en 2007.

En dehors du régime général, il convient de noter la mauvaise situation du régime des exploitants agricoles, avec un résultat négatif qui continue de se creuser à 2,7 milliards d'euros (2,4 milliards en 2007). A l'inverse, d'autres régimes affichent des résultats excédentaires, principalement la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), pour 321 millions d'euros.

De la loi de financement initiale pour 2008 au présent projet de loi de financement, le déficit prévu a été accru de 2 milliards d'euros, en raison de l'accélération des dépenses des branches vieillesse et famille. Le solde initial de la branche maladie n'a, en revanche, pas été modifié.

Par rapport aux montants révisés de la loi de financement pour 2009, adoptés il y a un an, le principal écart concerne la branche famille sur laquelle la crise a eu un impact plus marqué que prévu.

Le tableau ci-après permet de retracer cette évolution.

**Evolution du tableau d'équilibre 2008
de l'ensemble des régimes obligatoires**

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2008	LFSS pour 2009	PLFSS pour 2010
Maladie	- 4,1	- 4,1	- 4,1
Vieillesse	- 4,2	- 5,6	- 5,6
Famille	0,3	0,3	- 0,3
AT/MP	0,3	0,4	0,2
Total	- 7,7	- 9,0	- 9,7

2°) l'approbation du tableau d'équilibre, par branche, du régime général de la sécurité sociale

Pour le régime général, les résultats sont très similaires, compte tenu de la part du régime général dans l'ensemble des régimes obligatoires de base, soit près des trois quarts.

Ce régime affiche un déficit global de **10,2 milliards d'euros** en 2008, au lieu de 9,5 milliards en 2007, soit une dégradation de 700 millions d'euros.

- La plus grande partie de ce déficit provient de la **branche vieillesse**, qui était excédentaire en 2004 à hauteur de 0,25 milliard, mais est devenue déficitaire en 2005, avec un solde négatif de 1,9 milliard. Ce déficit s'est accru en 2006 et 2007. En 2008, **le déséquilibre de la branche se creuse encore**, avec un résultat définitif de **- 5,6 milliards d'euros**. Cette dégradation provient du rythme toujours dynamique des départs en retraite anticipée au titre du dispositif « carrières longues », ainsi que de l'impact du « *papy-boom* ». Le nombre total de titulaires d'une pension servie par le régime général s'établit à 12,2 millions à la fin 2008, au lieu de 11,9 millions à la fin 2007.

• La **branche maladie poursuit son redressement** avec un solde négatif de **4,4 milliards d'euros**, au lieu de 4,6 milliards d'euros en 2007. Ces chiffres s'inscrivent dans la poursuite du redressement mis en place après 2004 lorsque la branche maladie affichait un déficit de 11,6 milliards d'euros, son plus haut niveau historique, et 2005, année au cours de laquelle le déficit s'est établi à 8 milliards d'euros. En 2006, le déficit avait déjà été réduit à 5,9 milliards d'euros. Cette amélioration est notamment due à la bonne tenue des recettes, en particulier du fait d'un surcroît de CSG, non reconductible, résultant de l'extension du prélèvement à la source aux contributions sociales sur les dividendes. La procédure d'alerte n'a pas été déclenchée en 2008, malgré un dépassement de 900 millions d'euros de l'Ondam, celui-ci étant malgré tout resté en-dessous du seuil d'alerte.

• La **branche famille** enregistre un **déficit de 342 millions d'euros**, alors qu'un excédent de 320 millions d'euros était attendu, ce qui représente **un solde dégradé** de plus de 600 millions d'euros par rapport aux prévisions. Aussi, après l'excédent de 200 millions constaté en 2007, la branche renoue avec les déficits connus les trois années précédentes (0,4 milliard en 2004, 1,3 milliard en 2005 et 0,9 milliard en 2006). Ce résultat est lié à la fois à une progression plus forte qu'attendue des prestations, notamment des prestations en faveur de la petite enfance, et à une contraction plus importante que prévue des recettes.

• La **branche accidents du travail-maladies professionnelles** enregistre un **excédent de 200 millions d'euros** après avoir connu un déficit de près de 500 millions en 2007. La branche devient ainsi excédentaire pour la première fois depuis 2001.

Le tableau ci-après retrace l'évolution des soldes initialement prévus il y a deux ans, révisés il y a un an et finalement réalisés.

**Evolution du tableau d'équilibre 2008
du régime général**

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2008	LFSS pour 2009	PLFSS pour 2010
Maladie	- 4,2	- 4,2	- 4,4
Vieillesse	- 5,2	- 5,8	- 5,6
Famille	0,3	0,3	- 0,3
AT/MP	0,3	0,3	0,2
Total	- 8,8	- 9,3	- 10,2

La certification des comptes 2008 des régimes et organismes de sécurité sociale

A l'issue de ses vérifications relatives à l'exercice 2008, la Cour a refusé, en ce qui concerne le régime général, de certifier les comptes de la branche famille et de la Cnaf, ainsi que les comptes de la branche vieillesse et de la Cnav. Elle a, en revanche, certifié avec réserves les comptes de la branche recouvrement et de l'Acoss, ainsi que les comptes des branches AT-MP et maladie et de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

La branche famille et la Cnaf

Alors qu'elle s'était déclarée dans l'impossibilité de formuler une opinion en 2006 et 2007, **la Cour a refusé de certifier les comptes de la branche famille et de la Cnaf en 2008**, considérant que les principales défaillances du contrôle interne sont désormais évaluées avec suffisamment de précision. Elle considère que les risques financiers sont insuffisamment maîtrisés par le dispositif du contrôle interne et qu'en conséquence, plus de 4 % des dossiers d'allocations familiales présentent une anomalie financière. La Cour estime en outre que les charges sont sous-estimées de près de 200 millions d'euros au titre des écritures d'inventaire et que le dispositif de l'assurance vieillesse des parents au foyer n'est toujours pas fiable.

Comme l'avait fait la Mecss dans son rapport présenté voici quelques mois sur les comptes de la branche famille¹, la Cour note cependant que la mise en place du **répertoire national des bénéficiaires** (RNB) devrait permettre de mieux lutter contre la fraude et de déceler des erreurs. La branche famille sera cependant confrontée en 2009 au défi de la mise en place du revenu de solidarité active (RSA) qui pourrait affecter la qualité des comptes.

La branche vieillesse et la Cnav

Alors qu'elle avait certifié avec réserves les comptes de la branche vieillesse et de la Cnav en 2006 et 2007, la Cour refuse cette certification pour 2008, considérant que les travaux d'audit menés avec le concours de la Cnav démontrent que les erreurs de toute nature affectant les pensions de retraite revêtent un caractère significatif. Trois motifs principaux justifient la position de la Cour :

- plus de 5,4 % des pensions de retraite attribuées en 2008 comportent une anomalie financière ;
- les carrières des assurés sociaux prises en compte pour calculer leurs droits à retraite comportent des erreurs ou des incertitudes significatives ;
- les modifications nécessaires des pensions attribuées ne sont pas toujours réalisées.

L'activité de recouvrement et l'Acoss

En 2007, la Cour avait refusé de certifier les comptes de l'activité de recouvrement et de l'Acoss en raison de trois désaccords avec cette agence et sa tutelle, dont l'impact total sur le résultat du régime général était évalué à 980 millions d'euros.

¹ *Les comptes de la branche famille pourront-ils être certifiés cette année ? - Rapport d'information Mecss - Sénat n° 206 (2008-2009) de Christiane Demontès et André Lardeux.*

Pour 2008, la Cour constate que les désaccords ont été levés et certifie les comptes de l'activité de recouvrement et de l'Acoss. Elle formule cependant trois réserves principales :

- le montant des charges et produits est affecté d'incertitudes liées aux écritures d'inventaire ;

- la grande majorité des litiges en cours avec les cotisants ne sont pas provisionnés ;

- la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) pour les indépendants a conduit à des difficultés importantes dans le calcul et le paiement des cotisations. En particulier, la constitution du fichier des cotisants de l'ISU, à partir du rapprochement des fichiers du régime social des indépendants (RSI) et des Urssaf, a permis de détecter plusieurs centaines de milliers de cotisants ne payant qu'une partie de leurs cotisations. L'incertitude sur le calendrier de résorption de cette situation n'a pas permis de comptabiliser un produit à recevoir en 2008.

Les branches maladie et AT-MP et la Cnam

Comme en 2006 et 2007, la Cour a certifié avec réserves les comptes de la branche maladie, ceux de la branche AT-MP, ainsi que ceux de la Cnam. La Cour formule quatre réserves principales, les deux premières figurant déjà dans son rapport sur les comptes de 2007 :

- la Cnam constate en fin d'année des provisions au titre des paiements dus aux hôpitaux pour un montant calculé par le ministère de la santé, dans des conditions qui ne permettent pas à la Cour de les contrôler ;

- si la Cnam a amélioré son suivi du contrôle interne dans les mutuelles qui gèrent des prestations du régime obligatoire, ce contrôle est encore insuffisant pour procurer à la Cour une assurance sur la qualité des données ;

- les processus de remboursement des soins de ville ne permettent pas à la Cour de vérifier le lien entre la comptabilité et les faits générateurs des dépenses prises en charge ;

- enfin, la Cour estime qu'il existe un risque important que des dépenses hospitalières relevant normalement de la branche AT-MP aient été facturées à la branche maladie.

Les autres régimes de sécurité sociale

Pour la première fois en 2008, les comptes des autres régimes de sécurité sociale ont fait l'objet d'un examen par des commissaires aux comptes en vue de leur certification. Compte tenu des relations financières complexes existant entre les différents régimes, la Cour des comptes et la compagnie nationale des commissaires aux comptes ont signé, en janvier 2009, un protocole d'accord organisant entre eux des échanges d'information.

Pour la première année de soumission à cette procédure, quatre régimes sur trente-huit ont fait l'objet d'un refus de certification par les commissaires aux comptes : le régime gérant les salariés et exploitants agricoles, le régime social des indépendants (RSI), la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM).

3°) l'approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Ce tableau concerne deux organismes en 2008 : le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa).

• **Le FSV** affiche, pour la deuxième année, un solde positif, de **800 millions d'euros**, après celui de 200 millions en 2007 qui succédait lui-même aux lourds déficits de 1,3 milliard en 2006 et 2 milliards en 2005. Dans la prévision initiale, le fonds devait enregistrer un excédent de 600 millions d'euros.

Ce bon résultat résulte essentiellement d'une progression beaucoup plus rapide des produits que des charges, du fait d'une conjoncture favorable, à laquelle les recettes et les dépenses, et donc le résultat du FSV, sont très sensibles.

Les produits du FSV ont ainsi progressé de 6,4 % pour atteindre 15,4 milliards d'euros, principalement sous l'effet d'une hausse de la CSG qui représente près de 80 % des produits et d'une forte progression de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

Les charges du fonds ont augmenté de 1,9 %, pour atteindre 14,6 milliards d'euros : la prise en charge des cotisations au titre du chômage est restée stable tandis que la prise en charge des prestations (minimum vieillesse et majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge) a augmenté de 200 millions d'euros.

Malgré ces bons résultats, à la fin de 2008, le déficit cumulé du FSV était encore élevé avec **4 milliards d'euros**. La Cades a intégralement repris cette dette au début de 2009, en application de la loi de financement de l'année dernière.

• **Le Ffipsa**, créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004 pour succéder au Bapsa à compter du 1^{er} janvier 2005, présente **un excédent de 5,3 milliards d'euros**, au lieu d'un déficit de 2,2 milliards d'euros en 2007. Ce montant, exceptionnel, est lié à la reprise par l'Etat, le 31 décembre 2008, de la dette cumulée du Ffipsa, pour un montant de 8 milliards d'euros. Sans cette opération, intervenue dans le cadre de la suppression du Ffipsa effectuée par la loi de financement pour 2009, le déficit du Ffipsa en 2008 aurait été de **2,7 milliards d'euros**, dont 1,5 milliard au titre de la branche maladie et 1,2 milliard au titre de la branche vieillesse.

4°) l'approbation des dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) avait été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 à 152 milliards d'euros. L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a porté cet objectif à 152,8 milliards d'euros.

Le présent article établit le montant des dépenses constatées en 2008 à un niveau encore légèrement supérieur, soit **153 milliards d'euros**.

L'Ondam réalisé pour 2008 est donc supérieur de 900 millions d'euros à l'objectif initial, soit un montant bien inférieur au dépassement de 3 milliards d'euros constaté en 2007. Il concerne pour l'essentiel les soins de ville (800 millions d'euros). Au total, le dépassement de l'Ondam représente une progression des dépenses de 3,4 % par rapport à l'objectif initial.

5°) l'approbation des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites

Le montant de la dotation affectée au fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2008 est fixé par cet article à **1,8 milliard d'euros**, soit au même niveau qu'en 2007, mais à un montant légèrement supérieur à celui de 1,5 milliard d'euros présenté en 2006 et 2005.

Ce montant correspond presque exclusivement au produit de la fraction du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital qui est due au FRR. En effet, la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) n'enregistrant plus d'excédent, aucun versement n'a pu être effectué à ce titre.

Au 31 décembre 2008, la valeur de marché du portefeuille du FRR atteignait **27,7 milliards d'euros**, soit une baisse de 6,8 milliards d'euros par rapport au 31 décembre 2007. La fin de l'année 2008 correspond au point bas constaté sur les marchés, extrêmement perturbés par la crise financière. La valeur du portefeuille du FRR correspondait alors seulement au montant cumulé des abondements reçus par le fonds depuis sa création. Depuis, le rebond des marchés a permis à cette valeur de progresser assez sensiblement, mais elle est encore assez loin de son montant de fin 2007.

6°) l'approbation du montant de la dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale

Ce paragraphe propose d'approuver le montant de la dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) en 2008, soit **2,9 milliards d'euros**, au lieu de 2,6 milliards d'euros en 2007.

Cette somme correspond à la différence entre le produit de la CRDS enregistré en 2008, soit près de 6 milliards d'euros, augmenté de quelques produits annexes, et la charge d'intérêt de la dette portée par la Cades (3,1 milliards).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

En 2008, le déficit du régime général, supérieur de 700 millions d'euros à celui de 2007, **se stabilise donc une nouvelle fois autour de 10 milliards d'euros**, niveau auquel s'est inscrit systématiquement ce déficit depuis le ralentissement économique des années 2002-2003, en dépit des mesures prises pour limiter les dépenses et accroître les ressources.

Soldes par branche du régime général sur la période 2004-2008

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008
Maladie	- 11,6	- 8,0	- 5,9	- 4,6	- 4,4
Accidents du travail	- 0,2	- 0,4	- 0,1	- 0,5	0,2
Vieillesse	0,3	- 1,9	- 1,9	- 4,6	- 5,6
Famille	- 0,4	- 1,3	- 0,9	- 0,2	- 0,3
Total régime général	- 11,9	- 11,6	- 8,7	- 9,5	- 10,2

Par ailleurs, pour la première fois depuis 1983, le déficit de la branche vieillesse dépasse en 2008 celui de l'assurance maladie, ce qui traduit le début d'une tendance lourde liée aux conséquences du départ à la retraite des générations plus nombreuses de l'après-guerre.

C'est donc **dans un cadre structurel très pénalisant que le système a dû affronter la crise économique**. Comme l'indique le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale du 1^{er} octobre dernier : « *Lorsque la récession survient, au deuxième trimestre 2008, le déficit que porte le régime général, voisin de 10 milliards d'euros en 2007, peut être considéré comme presque intégralement structurel.* ». Il évalue la composante conjoncturelle du déficit de 2008, « *année de transition* », à 1,7 milliard d'euros sur les 10,2 milliards du déficit total, soit un montant modeste. De fait, le tassement des recettes de cotisations sociales, du fait de la baisse d'activité puis de l'emploi, ne survient réellement qu'en fin d'année.

Il est naturellement très regrettable que notre pays n'ait pu aborder la crise dans de meilleures conditions. Le socle de déficit de 10 milliards d'euros, apparu lors du dernier ralentissement économique, n'a donc pas pu être maîtrisé. Cet état de fait éloigne durablement toute perspective de retour à l'équilibre et constitue une menace avérée pour la survie même du système de protection sociale.

Prenant acte de la situation des comptes sociaux en 2008, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 2

**Approbation du rapport figurant en annexe A
et décrivant les modalités d'affectation des excédents
et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2008**

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement et qui décrit les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés en 2008, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005 :

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du A du I)

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale :

3° Approuve le rapport mentionné au II de l'article L.O. 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre prévus au 1° ;

Article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale

II. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos ;

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2008, présentés à l'article premier, font apparaître des déficits pour trois des quatre branches de la sécurité sociale, que ce soit pour les régimes obligatoires de base ou le régime général, ainsi que pour le Ffipsa.

Le rapport de l'annexe A a pour objet de décrire les modalités de couverture de l'ensemble de ces déficits mais également les modalités d'affectation des excédents constatés cette année pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles et le FSV.

Ce rapport se divise en **deux parties** relatives, pour la première, au régime général, pour la seconde, aux organismes concourant au financement des régimes.

1 - Le régime général

Le rapport rappelle que les soldes négatifs enregistrés par les trois branches déficitaires en 2008 sont, respectivement, de 4,4 milliards d'euros pour la maladie, de 5,6 milliards d'euros pour la vieillesse et de 0,3 milliard d'euros pour la famille.

Ces déficits ont été couverts de deux manières différentes : par un transfert de dette à la Cades pour la maladie et la vieillesse, par une imputation sur les excédents cumulés de la branche pour la famille.

• Le transfert de dette à la Cades

L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu que la Cades reprendrait les déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que ceux du fonds de solidarité vieillesse, **dans la limite de 27 milliards d'euros**.

Deux décrets, respectivement en date du 19 décembre 2008 et du 28 juillet 2009, ont défini les modalités de ces transferts. Un premier versement de la Cades à l'Acoss de 10 milliards d'euros a été effectué en décembre 2008 ; puis deux versements ont eu lieu en février et mars 2009 pour un montant total de 16,9 milliards d'euros ; un dernier versement de régularisation de 100 millions d'euros a été réalisé le 4 août 2009.

Au total, la Cades a repris 13,9 milliards de déficits pour la Cnav, 9,1 milliards pour la Cnam et 4 milliards pour le FSV. Pour la Cnav et la Cnam, ces montants comprennent les déficits enregistrés par ces caisses en 2008 ainsi que le solde des déficits antérieurs non encore couverts.

En conformité avec la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale et afin de ne pas allonger la durée de vie de la Cades, des ressources additionnelles ont été transférées à la Cades, sous la forme de 0,2 point de CSG auparavant affecté au FSV.

• L'autofinancement du déficit de la famille

Le déficit de la branche famille est couvert par les excédents cumulés de la branche qui s'élevaient, avant prise en compte du déficit de 2008, à 2,4 milliards d'euros. Après cette opération, le solde du compte Cnaf auprès de l'Acoss reste, au 31 décembre 2008, positif, à 2,1 milliards d'euros.

L'excédent de la branche AT-MP, soit 0,2 milliard d'euros, est resté acquis à la branche.

2 - Les organismes concourant au financement des régimes

Pour 2008, deux organismes sont mentionnés dans cette annexe : le fonds de financement de la protection sociale agricole (Ffipsa) et le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

• **Couverture du déficit du Ffipsa**

En 2008, le Ffipsa a enregistré un déficit de 2,7 milliards d'euros, après 2,2 milliards d'euros de solde négatif en 2007, 1,3 milliard en 2006 et 1,4 milliard en 2005. Le déficit cumulé du fonds a ainsi été porté à 7,5 milliards d'euros à la fin de 2008.

La suppression du Ffipsa, prévue par l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, a entraîné, conformément à l'article 61 du projet de loi de finances pour 2009, **une reprise de la dette cumulée du fonds par l'Etat**. Celle-ci est intervenue fin décembre 2008, à hauteur de **7,9 milliards d'euros**.

Ce montant était toutefois surévalué par rapport aux besoins. Le reliquat de 0,4 milliard a été transféré à titre provisoire à la branche vieillesse du régime, gérée, depuis le 1^{er} janvier 2009, par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Le projet de loi de finances rectificative pour 2009 devrait rendre définitive cette affectation.

• **Affectation de l'excédent du FSV**

Le résultat du FSV pour l'exercice 2008 est excédentaire, pour la deuxième année consécutive, à hauteur de 0,8 milliard d'euros.

Il a permis de réduire le déficit cumulé du fonds qui s'élevait à 4,8 milliards d'euros au 31 décembre 2007.

Le fonds restait néanmoins, au 31 décembre 2008, largement débiteur vis-à-vis de la Cnav, à hauteur de **4 milliards d'euros** et, de façon moindre auprès de la CCMSA, pour 0,1 milliard d'euros à la même date.

Conformément à l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ce déficit a été, comme pour celui des branches vieillesse et maladie du régime général **transféré à la Cades**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission, qui avait critiqué l'année dernière le choix fait par le Gouvernement de laisser s'accumuler les déficits en les couvrant par des emprunts de trésorerie, approuve les reprises de dette intervenues en 2009 pour couvrir les déficits du régime général, du FSV et du Ffipsa enregistrés jusqu'à la fin 2008.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2009

Section 1

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

Article 3

Ratification du relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général

Objet : Cet article a pour objet d'autoriser la ratification du décret qui a relevé à 29 milliards d'euros le plafond d'avances de trésorerie du régime général que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait fixé à 18,9 milliards d'euros.

I - Le dispositif proposé

Chaque année, conformément au e du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ».

L'article L.O. 111-9-2 prévoit qu'**en cas d'urgence**, les limites ainsi prévues peuvent être relevées par décret pris en conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat et information des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement ; la ratification de ces décrets doit être demandée au Parlement dans le plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Depuis l'instauration des lois de financement, il a été fait appel quatre fois à cette procédure :

- l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 a ratifié le décret n° 97-918 du 8 octobre 1997 qui relevait le plafond des

avances de trésorerie au régime général, initialement fixé à 66 milliards de francs, à 80 milliards de francs ; il s'agissait de faire face à une augmentation plus soutenue que prévue des prestations maladie et familiales ainsi qu'à une progression plus faible du produit des cotisations sociales ;

- l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a ratifié le décret n° 98-753 du 26 août 1998 qui relevait le plafond initial de 20 milliards de francs à 31 milliards de francs afin, notamment, de pourvoir à un fort accroissement des dépenses d'assurance maladie ;

- l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a ratifié le décret n° 99-860 du 7 octobre 1999 qui relevait le plafond initial de 24 milliards de francs à 29 milliards de francs, du fait de l'apparition d'un déficit non prévu ;

- l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a ratifié le décret n° 2003-921 du 26 septembre 2003 qui relevait le plafond initial de 12,5 milliards d'euros à 15 milliards d'euros pour permettre de faire face à un déficit accru du régime général, issu à la fois d'un rythme de progression de l'ensemble des prestations plus rapide que prévu et de recettes inférieures aux projections initiales.

Le présent article met donc en œuvre cette procédure **pour la cinquième fois**.

L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait fixé le montant du plafond d'emprunt du régime général à 18,9 milliards d'euros. Le décret n° 2009-939 du 29 juillet 2009 le relève à **29 milliards d'euros**, soit une augmentation de 10,1 milliards d'euros.

En effet, la dégradation très rapide de la conjoncture économique a entraîné une nette détérioration du profil de trésorerie de l'Acoss par rapport à ce qui avait été envisagé en septembre 2008. Ainsi, au lieu d'augmenter de 2,75 % comme prévu, la masse salariale devrait reculer de 2 % en 2009, ce qui signifie une perte de recettes de près de 10 milliards d'euros.

C'est pourquoi, l'Acoss a revu son profil de trésorerie, prévoyant, au mois de juillet dernier, un dépassement du plafond d'emprunt dès septembre et un point bas à 26,2 milliards d'euros en novembre. Selon les dernières informations disponibles, le plafond de 18,9 milliards d'euros voté en loi de financement pour 2009 devrait être dépassé en octobre et le point bas s'établir à 26,3 milliards d'euros à la fin décembre.

Le nouveau plafond de 29 milliards d'euros laisse donc une marge de disponibilité de 2,8 milliards d'euros. Compte tenu des incertitudes macroéconomiques, celle-ci est une précaution utile.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission, informée en juillet par le Gouvernement de la nécessité de ce décret ainsi que de son contenu rendu obligatoire du fait des circonstances, **vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 4

Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2009

Objet : *Cet article a pour objet de rectifier pour 2009, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.*

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du B du I)

B. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes ;

L'article propose trois tableaux, le premier pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le deuxième pour le régime général, le troisième pour les organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale.

1 - La rectification des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le déficit rectifié pour 2009 s'établit à **24,7 milliards d'euros**, au lieu de 11,4 milliards dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2009, **soit une dégradation sans précédent de 13,3 milliards d'euros.**

Cette évolution est essentiellement imputable aux effets de la crise économique sur les recettes des régimes de sécurité sociale. Ainsi, la perte de 5,6 points de masse salariale, entre 2008 et 2009, dans le secteur privé explique à elle seule 11 milliards de pertes de recettes. S'y ajoutent, en l'état actuel des prévisions, un milliard de moindres recettes assises sur les revenus du capital et un milliard au titre des provisions liées à l'augmentation des restes à recouvrer de cotisations.

Toutes les branches voient, en conséquence, leurs déficits prévisionnels s'accroître, notamment la branche maladie à hauteur de 7,8 milliards d'euros, ce qui porte le solde négatif de la branche à 11,6 milliards d'euros au lieu de 3,8 milliards en loi de financement initiale. Les déficits des autres branches augmentent respectivement de 2,3 milliards d'euros pour la vieillesse, de 2,6 milliards pour la famille et de 500 millions d'euros pour la branche AT-MP¹.

2 - La rectification des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre, par branche, du régime général de la sécurité sociale

Le régime général devrait enregistrer un déficit de **23,5 milliards d'euros** en 2009, au lieu de 10,5 milliards dans les prévisions initiales, soit **une dégradation de 13 milliards d'euros** et plus du doublement du déficit voté il y a un an.

Le tableau ci-après fournit le détail des prévisions rectifiées par branche.

Soldes par branche du régime général en 2009

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2009	Projet de loi de financement pour 2010
Maladie	- 4,6	- 11,5
Vieillesse	- 5,3	- 8,2
Famille	- 0,5	- 3,1
Accidents du travail	- 0,1	- 0,6
Total régime général	- 10,5	- 23,5

Toutes les branches voient leurs déficits prévisionnels s'accroître : la maladie de 6,9 milliards, la vieillesse de 2,9 milliards, la famille de 2,6 milliards et les accidents du travail de 500 millions d'euros.

Comme pour l'ensemble des régimes de base, dont le régime général représente près des trois quarts des dépenses, la très forte dégradation des comptes des différentes branches est essentiellement imputable à la chute spectaculaire des recettes qui atteint 12,7 milliards d'euros.

¹ Se reporter aux commentaires des articles 7 et 8 sur les rectifications des objectifs de dépenses et de l'Ondam pour 2009.

Cette détérioration est supérieure à ce qui était envisagé dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale du mois de juin dernier, qui évaluait le déficit du régime général pour 2009 à 20,1 milliards d'euros.

Au total en 2009, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits serait donc de 92,8 %**, en très net retrait par rapport à 2008 qui affichait un taux de 97 %.

**Taux de couverture des charges par les produits
pour les branches du régime général en 2009**

(en milliards d'euros)

	Produits nets	Charges nettes	Taux de couverture
Maladie	139,5	150,5	92,7 %
Vieillesse	90,8	98,9	91,8 %
Famille	56,2	59,2	94,9 %
Accidents du travail	10,5	11,2	94,6 %
Total régime général	291,7	314,3	92,8 %

*3 - La rectification des recettes et du tableau d'équilibre des
organismes concourant au financement des régimes obligatoires
de base de sécurité sociale*

Un seul organisme concourt au financement des régimes de sécurité sociale en 2009, le fonds de solidarité vieillesse (FSV), en raison de la suppression du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa) à compter du 1^{er} janvier 2009.

Le FSV voit son déficit se creuser nettement plus que prévu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 envisageait un déficit de 1 milliard d'euros ; au mois de juin dernier, la commission des comptes de la sécurité sociale tablait sur un solde négatif de 2,1 milliards d'euros ; le présent projet de loi accroît encore ce chiffre en le fixant à **3 milliards d'euros**, ce qui représente **un triplement des prévisions initiales**.

Par rapport aux montants votés voici un an, les recettes du FSV diminuent de près de 2 milliards d'euros, principalement du fait de la baisse de la masse salariale qui entraîne une forte diminution du produit de la CSG affectée au FSV (en dehors même du transfert à la Cades de 0,2 point de CSG pour financer la reprise de 27 milliards d'euros de dette sociale accumulée). Les dépenses s'accroissent de 1 milliard d'euros, essentiellement au titre de la prise en charge des cotisations retraite des chômeurs ; celle-ci augmente de 19 %, pour atteindre 8,5 milliards d'euros, ce qui correspond à un accroissement du nombre de chômeurs d'environ 430 000.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission prend acte de la révision sans précédent des prévisions initiales. Jamais encore on avait observé un tel dérapage des comptes sociaux dont le déficit prévisionnel fait plus que doubler et dépasse la somme encore jamais atteinte de 23 milliards d'euros pour le régime général, 24 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et, si l'on y ajoute le FSV, 27 milliards d'euros.

En souhaitant vivement que ces déficits ne se détériorent pas à nouveau d'ici la fin de l'année, **elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 5

Objectif d'amortissement rectifié de la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du fonds de réserve pour les retraites

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2009, exercice en cours, l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du B du I)

B. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :

3° Rectifie l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit ;

Conformément à ces dispositions, cet article revoit :

- **l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades**

Cet objectif est fixé à **5,1 milliards d'euros**, en augmentation de plus d'un milliard d'euros par rapport à l'objectif de 4 milliards adopté dans la loi de financement initiale.

Le produit attendu des recettes de la Cades devrait en effet atteindre 8 milliards d'euros, dont 5,8 milliards de CRDS et 2,2 milliards de CSG (nouvelle recette affectée à la Cades en 2009 au titre de la reprise de dette de 27 milliards d'euros votée il y a un an). Comme la charge d'intérêt nette devrait s'élever à 2,9 milliards d'euros, la Cades sera en mesure d'amortir 5,1 milliards d'euros.

Ce montant est sensiblement supérieur à celui envisagé il y a un an du fait de la baisse des taux d'intérêt. Le taux de refinancement annuel moyen de la Cades est en effet passé de 4,17 % en 2007 à 3,89 % en 2008 et 3,27 % en 2009, soit **le taux le plus bas jamais constaté** par la caisse.

En conséquence, le montant de la dette sociale qu'il reste à amortir sera de 92 milliards d'euros à la fin de l'année 2009.

- **le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites (FRR)**

Ce montant est fixé à **1,5 milliard d'euros**, soit une recette inférieure de 200 millions à celle votée en loi de financement initiale.

En effet, le produit de la fraction (65 %) du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, qui est affectée au FRR et qui constitue la quasi-totalité des recettes du fonds, devrait être inférieur aux prévisions du fait de la crise.

Par ailleurs, comme en 2006, 2007 et 2008, le FRR ne peut bénéficier cette année de ressources en provenance du FSV ou de la Cnav, ces deux organismes étant déficitaires.

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.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Dotations au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

Objet : Cet article tend à rectifier le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement pour l'année 2009 du Fiqcs et de l'Eprus.

I - Le dispositif proposé

1 - Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs)

Créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le Fiqcs rassemble dans un même dispositif le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FaqsV) et la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Ce fonds a pour vocation d'accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé en contribuant au financement :

- du **développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé** liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;

- des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la **permanence des soins** et notamment les maisons médicales de garde ;

- des actions ou des structures visant au **maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé** pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;

- des actions favorisant un **exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé** ;

- de la mise en œuvre du **dossier médical personnel** et, notamment, du développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a étendu les missions du Fiqcs. Ainsi, son article 41 a inséré dans le code de la santé publique un article L. 1323-5 qui prévoit la possibilité pour les réseaux, centres, maisons et pôles de santé de percevoir une dotation du Fiqcs pour financer l'exercice coordonné des soins en leur sein s'ils ont signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec une agence régionale de santé (ARS).

L'article 118 de la même loi permet aux agences régionales de santé de proposer aux professionnels de santé concernés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins et leur ouvrant droit à une contrepartie financière, imputée notamment sur les dotations régionales du Fiqcs.

La gestion du fonds est assurée au niveau national par le conseil national de gestion (CNG), qui définit et gère les orientations stratégiques et la dotation du Fiqcs, et par le conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNQCS) décidant de l'attribution des aides financières au titre du Fiqcs.

Au niveau régional, le Fiqcs dispose d'un exécutif, actuellement confié aux missions régionales de santé (MRS), auxquelles l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale confie la tâche de préparer et d'exercer les compétences conjointes de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam). Il dispose également d'un organe délibérant régional, le conseil régional de la qualité et de la coordination des soins (CRQCS). **A compter de l'entrée en vigueur de l'article 118 de la loi HPST prévue le 1^{er} juillet 2010 au plus tard, l'enveloppe régionale du Fiqcs sera déléguée aux ARS.**

Les ressources du fonds sont constituées par une **dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie** dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale. A cette dotation s'ajoute le fonds de roulement constitué par les excédents accumulés les années précédentes.

Pour 2009, la loi de financement de la sécurité sociale avait fixé le montant de la dotation du Fiqcs à **240 millions d'euros** pour un montant maximum de dépenses de **320 millions d'euros**.

Les crédits du Fiqcs sont répartis entre une enveloppe nationale et une enveloppe régionale. Le budget des dotations régionales 2009 s'élève à 242,5 millions d'euros, dont 199 millions au titre des enveloppes gérées par les MRS et 43,5 millions au titre de celles gérées par les bureaux des CRQCS. La dotation nationale s'élève à 77,5 millions d'euros, dont 60 millions au titre du financement du dossier médical personnel, 5,6 millions pour les

expérimentations portées par le bureau du CQCS et 11,9 millions pour celles portées par le CNG.

Selon les informations transmises par le Gouvernement, le taux de consommation des crédits avoisinerait 83 % de l'enveloppe régionale en fin d'année, mais seulement 37 % de l'enveloppe nationale.

Les recettes et dépenses du Fiqcs en 2008 et 2009

(en millions d'euros)

	2008		2009	
	Ressources	Dépenses	Ressources	Dépenses _(p)
Dotations	231		240	
Consommation enveloppe nationale		17,1		15,6
Consommation enveloppe régionale		193,7		201
Fonds de roulement	124		144	
Total	355	210,8	384	216,6
Plafond de dépenses		355		320
Excédent avant gel	144,2		167,4	
Excédent après gel	74,2		117,4	

p : prévisionnel en fonction des dernières estimations

Source : fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi

Le **paragraphe I** du présent article tend en conséquence à **ramener de 240 millions à 190 millions d'euros** le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fiqcs. Malgré cette réduction, **le fonds de roulement du fonds devrait se maintenir à un niveau élevé** de 117,4 millions d'euros en fin d'exercice.

2 - L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)

L'Eprus a été créé par la loi du 5 mai 2007 relative à la **préparation du système de santé à des mesures sanitaires de grande ampleur**.

Aux termes de l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, l'Eprus est un établissement public de l'Etat à caractère administratif ayant pour mission :

- la gestion administrative et financière de la **réserve sanitaire** ;
- à la demande du ministre chargé de la santé, **l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, la distribution et l'exportation de produits et services nécessaires à la protection de la population** face à des menaces sanitaires graves ou pour répondre à des besoins de santé publique non couverts par ailleurs.

L'Eprus peut également mener, à la demande du ministre chargé de la santé, les mêmes actions pour des **médicaments, des dispositifs médicaux ou des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*** répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, d'une production en quantité insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles. Il peut également financer des actions de prévention des risques.

En application de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, les recettes de l'Eprus sont constituées par :

- des taxes prévues à son bénéfice ;
- des redevances pour services rendus ;
- le produit des ventes des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves qu'il acquiert, fabrique, importe ou exporte à la demande du ministre chargé de la santé ;
- les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ;
- **une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale** ;
- des subventions, notamment de l'Etat ;
- des produits divers, dons et legs ;
- des emprunts.

Le montant de la contribution à la charge de l'assurance maladie **ne peut excéder 50 % des dépenses de l'établissement public** au titre des missions de protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Pour 2009, l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale a fixé à **44 millions d'euros le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie** au financement de l'Eprus. La loi de finances pour 2009 a arrêté la contribution de l'Etat au financement de l'Eprus à 43,8 millions en autorisations d'engagement et à 72,8 millions en crédits de paiement.

En outre, l'Eprus dispose d'importants reports de crédits des exercices précédents.

Cependant, l'apparition de la pandémie de grippe A (H1N1) a profondément modifié la programmation de l'Eprus pour l'exercice 2009. Pour y faire face, l'Eprus a engagé des dépenses importantes concernant :

- les achats de vaccins (807 millions) ;
- le financement de la campagne de vaccination (35,8 millions) ;
- l'acquisition de respirateurs (5,8 millions) ;

- l'achat de produits antiviraux (20 millions) ;
- l'achat de masques (150,6 millions).

Dans ces conditions, le montant total des dépenses pour la préparation de la lutte contre la pandémie de grippe A s'élève à 1,136 milliard d'euros d'autorisations d'engagement en 2009.

Le **paragraphe II** du présent article tend en conséquence à **porter de 44 millions d'euros à 414,8 millions d'euros** le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Eprus.

La programmation totale de l'Eprus pour les produits de santé en 2009 s'élevant à 1 162 010 191 euros, la part de l'assurance maladie dans son financement s'élève à 581 005 196 euros. Ce besoin étant en partie couvert par les reports des années précédentes à hauteur de 167 353 013 euros et par la dotation initiale de l'assurance maladie à hauteur de 44 millions d'euros, une ressource complémentaire de 370,8 millions d'euros apparaît nécessaire afin des respecter la règle selon laquelle le montant de la contribution de l'assurance maladie ne peut dépasser 50 % des dépenses de l'établissement au titre des produits de santé, cette règle étant appréciée sur une période de trois ans.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification

II - La position de votre commission

Compte tenu des évolutions constatées en cours d'année et notamment de l'apparition de la grippe A, votre commission approuve les modifications du montant des dotations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au Fiqcs et à l'Eprus.

Elle observe cependant que la dotation du Fiqcs fait l'objet pour la deuxième année consécutive d'une révision substantielle à la baisse de sa dotation (70 millions pour 2008, 50 millions pour 2009), qui donne à penser que les dotations initiales ne sont pas évaluées de manière suffisamment rigoureuse.

Lors de l'examen de la loi de financement pour 2009, elle avait proposé de réduire de 40 millions d'euros la dotation proposée pour le Fiqcs et s'était heurtée à une fin de non recevoir de la part du Gouvernement. Constatant que les faits lui ont donné raison, elle propose, à l'article 35 du texte qui la détermine, de réduire la dotation du Fiqcs pour 2010.

Sous cette réserve, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 7

Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2009, exercice en cours, les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du B du I)

B. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Rectifie les objectifs de dépenses par branche de ces régimes, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ;

En conséquence, les tableaux présentés dans cet article rectifient les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base et du régime général pour 2009.

1 - La rectification des objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

Le tableau ci-après fournit le détail des rectifications qu'il est demandé d'approuver. Il est présenté en retenant les éléments fournis par l'annexe 4 du projet de loi de financement afin de permettre les comparaisons avec la loi de financement initiale. En effet, les chiffres inscrits dans le présent article 7 sont légèrement différents car ils tiennent compte des observations de la Cour des comptes sur la construction des tableaux d'équilibre qui souhaitait éviter un certain nombre de doubles comptabilisations.

Objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base en 2009

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés (ancienne méthode)	Evolution	Evolution en %
Maladie	185,6	186,2	+ 0,6	+ 0,3
Vieillesse	189,7	187,9	- 1,8	- 0,9
Famille	59,2	59,3	+ 0,1	+ 0,2
AT-MP	13,0	12,7	- 0,3	- 2,3
Toutes branches	441,4	440,3	- 1,1	- 0,2

Au total, la rectification des dépenses porte, à la baisse, sur **1,1 milliard d'euros**, soit une diminution de 0,25 % des dépenses prévues pour les régimes obligatoires de base en 2009.

La légère hausse des dépenses constatée pour la branche maladie est plus que compensée par la baisse des dépenses de la branche vieillesse.

2 - La rectification des objectifs de dépenses du régime général de la sécurité sociale

Le tableau ci-après fournit le détail des rectifications qu'il est demandé d'approuver.

Objectifs de dépenses par branche du régime général en 2009

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés (ancienne méthode)	Evolution	Evolution en %
Maladie	160,6	161,6	+ 1,0	+ 0,6
Vieillesse	100,0	99,1	- 0,9	- 0,9
Famille	58,7	58,8	+ 0,1	+ 0,2
AT-MP	11,4	11,2	- 0,2	- 1,7
Toutes branches	324,9	325,1	+ 0,2	+ 0,1

Au total, la rectification des dépenses atteint **200 millions d'euros** pour le régime général, soit une augmentation de 0,1 %, répartie entre une hausse de 1 milliard des dépenses d'assurance maladie et une baisse de 900 millions des dépenses de la branche vieillesse.

Pour une part, l'augmentation des dépenses d'assurance maladie résulte du dépassement de 300 millions d'euros de l'Ondam, dont le détail figure à l'article 8 ci-après.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission observe la très grande maîtrise des dépenses obtenue en 2009 puisque les rectifications demandées dans le présent projet de loi sont marginales par rapport à celles qui s'imposent pour les recettes. Cela traduit le caractère éminemment conjoncturel du dérapage des comptes sociaux en 2009.

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

Article 8

Rectifications de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2009

Objet : Cet article propose de rectifier le montant et la ventilation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2009.

I - Le dispositif proposé

Cet article rectifie le montant prévisionnel de l'Ondam pour 2009, fixé par l'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 à 157,6 milliards d'euros, soit 3,3 % de plus qu'en 2008 à périmètre constant.

En juin 2009, la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) avait estimé à 3,5 % l'évolution des dépenses dans le champ de l'Ondam, soit un dépassement de l'ordre de 400 millions d'euros.

En octobre, cette estimation a été révisée à la baisse et l'article 8, en fonction de cette actualisation, prévoit que l'Ondam pour 2009 devrait s'établir à **157,9 milliards d'euros**, en dépassement de **0,3 milliard** par rapport à l'objectif initial et en progression de **3,4 %** par rapport à 2008.

Comme le note le rapport de la CCSS du 1^{er} octobre 2009, cette prévision révisée prend en compte :

- le « dépassement » des dépenses de soins de ville, chiffré en octobre à 350 millions environ, (100 millions de plus qu'en janvier), soit une progression de 3,7 % au lieu de 3,4 % ;

- celui des établissements de santé, qui s'élèverait à un peu plus de 150 millions, soit une progression de 2,9 %, compte tenu d'un gel de 25 millions de crédits de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;

- des mesures de gel des crédits « personnes âgées » de l'Ondam médico-social - structurellement sous-consommés - à hauteur de 150 millions ;

- un gel temporaire de 50 millions de crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs). Ce gel sera en partie absorbé par une augmentation plus importante que prévu des soins remboursés aux Français soignés à l'étranger.

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.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2010

Article 9

Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)

Objet : Cet article a pour objet de soumettre à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale pour la période allant de 2010 à 2013.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4 ;

Article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale

I. - Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;

Le rapport qu'il est proposé d'approuver et qui figure à l'annexe B du présent projet de loi de financement a été établi en cohérence non seulement avec le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2010 mais aussi en tenant compte des hypothèses retenues dans le cadre de la programmation des finances publiques en termes de croissance, c'est-à-dire avec une évolution du Pib de 2,5 % par an à partir de 2011.

Il s'appuie sur les hypothèses d'évolution économique (Pib, masse salariale et inflation) qui figurent dans ces documents et retient donc le scénario économique suivant :

Hypothèses d'évolution en moyenne annuelle sur la période 2009-2013

	2009	2010	2011-2013
Pib (en volume)	- 2,25 %	+ 0,8 %	+ 2,5 %
Masse salariale du secteur privé	- 2,0 %	- 0,4 %	+ 5,0 %
Ondam (en valeur)	+ 3,4 %	+ 3,0 %	+ 3,0 %
Inflation hors tabac	+ 0,4 %	+ 1,2 %	+ 1,75 %

Comme l'année dernière, la prévision ne comporte qu'**un seul scénario**. Elle distingue l'année 2010 des trois années suivantes, afin de tenir compte des perspectives encore affaiblies de croissance envisagées pour les prochains mois.

Le scénario retenu mise ensuite sur **un rebond de la croissance** à partir de 2011, avec une hypothèse de progression annuelle du Pib de 2,5 % jusqu'en 2013. Le Gouvernement justifie cette hypothèse par un retour de l'environnement international sur un sentier de croissance moyen et par un rattrapage au moins partiel des retards de croissance accumulés entre 2008 et 2010. Compte tenu des incertitudes pesant sur les prévisions économiques internationales, cette projection apparaît comme très volontariste.

Pour **la masse salariale**, la prévision suscite également des interrogations. En effet, une augmentation moyenne de 5 % par an de 2011 à 2013 est un objectif très ambitieux, surtout si l'on considère qu'au cours des dix années qui ont précédé la crise, c'est-à-dire de 1998 à 2007, la progression moyenne de la masse salariale était de 4,1 % par an. Là encore, la prévision est justifiée par un effet de rattrapage après deux années de baisse de la masse salariale.

La dernière hypothèse, qui promet d'être difficile à respecter, compte tenu des réalisations antérieures, est celle de **l'Ondam**. Celui-ci serait contenu à **3 % par an** en moyenne sur l'ensemble de la période, ce qui impliquerait obligatoirement de réels efforts dans la poursuite de la maîtrise des dépenses. En effet, le taux de progression naturelle des dépenses est plutôt de l'ordre de

4,5 % ; il faudrait donc réaliser environ **2,3 milliards d'économies par an** pour pouvoir respecter l'objectif.

A partir de ce cadre général, **le rapport prévoit une stabilisation, entre 2010 et 2013**, du solde global négatif du régime général ainsi que de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base, aux alentours de **30 milliards d'euros**. La branche maladie verrait sa situation s'améliorer légèrement, son déficit passant de 14,6 milliards à 11,6 milliards d'euros. En sens inverse, la branche vieillesse verrait son déficit se creuser jusqu'à plus de 14 milliards. La branche famille connaîtrait un déficit, tout au long de la période, d'environ 3 milliards.

Les tableaux ci-après fournissent le détail des évolutions prévues, à la fois pour le régime général et pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

**Prévisions d'équilibre par branche pour le régime général
au cours de la période 2008-2013**

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Maladie	- 4,4	- 11,5	- 14,6	- 13,7	- 12,5	- 11,6
AT-MP	0,2	- 0,6	- 0,8	- 0,5	- 0,2	0,0
Famille	- 0,3	- 3,1	- 4,4	- 4,3	- 3,7	- 3,1
Vieillesse	- 5,6	- 8,2	- 10,7	- 11,6	- 13,0	- 14,5
Toutes branches consolidé	- 10,2	- 23,5	- 30,6	- 30,1	- 29,4	- 29,2

**Prévisions d'équilibre par branche pour les régimes obligatoires de base
au cours de la période 2008-2013**

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Maladie	- 4,1	- 11,6	- 14,2	- 13,7	- 12,5	- 11,6
AT-MP	0,2	- 0,5	- 0,7	- 0,4	- 0,1	0,2
Famille	- 0,3	- 3,1	- 4,4	- 4,3	- 3,7	- 3,1
Vieillesse	- 5,6	- 9,5	- 12,2	- 13,0	- 14,3	- 15,7
Toutes branches consolidé	- 9,7	- 24,7	- 31,5	- 31,4	- 30,6	- 30,3

L'annexe B présente également des prévisions sur la situation des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

A ce titre, le **FSV** verrait son excédent, constaté en 2007 et 2008, devenir déficit en 2009, à hauteur de 3 milliards d'euros, et se maintenir à un niveau annuel de déficit supérieur à 3 milliards d'euros jusqu'en 2013. Le Ffipsa ayant été supprimé dans le cadre des lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2009, il ne figure plus dans l'annexe B.

Selon le Gouvernement, le respect de cette trajectoire repose sur **deux exigences** :

- **une sécurisation des recettes durablement affectées par la crise économique**

Après avoir rappelé que la perte de recettes imputable à la chute de la masse salariale en 2009 et 2010 pourrait s'élever à 21 milliards d'euros, l'annexe retient deux principes : le premier est la nécessité de ne pas freiner le retour de la croissance par une hausse des prélèvements obligatoires qui affecterait la compétitivité des entreprises et le pouvoir d'achat des ménages ; le second consiste à poursuivre la politique d'évaluation des niches sociales et de suppression de celles qui se révèlent inéquitables.

- **une maîtrise des dépenses**

Pour l'assurance maladie, la fixation de l'Ondam à 3 % par an nécessite la réalisation d'économies nouvelles de plus de 2 milliards d'euros chaque année. Selon l'annexe, ces efforts doivent « *permettre de recentrer progressivement l'assurance maladie sur le financement des dépenses les plus utiles médicalement et d'améliorer l'efficacité du système de soins* ». Mais aucun élément n'est apporté pour préciser le contenu et les moyens d'atteindre cet objectif.

En matière de retraites, l'annexe souligne le dynamisme tendanciel des dépenses et qualifie d'« *essentiel* » le rendez-vous de 2010. Celui-ci devra être abordé sans exclure aucun thème, comme l'a souhaité le Président de la République. Le conseil d'orientation des retraites (Cor) pourra éclairer les décisions.

Pour la branche famille, seul est énoncé le principe d'un rétablissement de l'équilibre structurel de la branche, la priorité restant donnée au développement des modes de garde pour les enfants de moins de trois ans.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à préciser, dans l'annexe B, que le rendez-vous de 2010 sur les retraites est non seulement essentiel mais qu'il doit permettre « *de restaurer l'équilibre de la branche à court, moyen et long termes* ».

III - La position de votre commission

Votre commission rappelle que l'année dernière, les prévisions de l'annexe B envisageaient un retour du régime général à l'équilibre en 2012 et pour la branche maladie un quasi-équilibre dès 2011.

Un an plus tard, la situation est très différente puisque les hypothèses ambitieuses retenues par le Gouvernement permettront, dans le meilleur des cas, **simplement de stabiliser le déficit des régimes de sécurité sociale aux**

environs de 30 milliards d'euros. La crise économique éloigne donc très significativement l'horizon de retour à l'équilibre de la sécurité sociale.

Aussi, dans ce contexte particulièrement préoccupant pour les finances sociales, du fait de l'écart entre les charges et les produits à la fin 2010, l'objectif énoncé par le Gouvernement, à savoir « *la réduction régulière des déficits grâce à une maîtrise des dépenses et une préservation de l'assiette des cotisations et contributions sociales* », paraît bien modeste et sans doute insuffisant pour faire face aux enjeux.

Certes, la sortie de crise est encore entourée de très grandes incertitudes, tant en ce qui concerne le moment exact du redressement que son ampleur. Néanmoins, **les perspectives tracées justifieraient que des éléments plus détaillés soient fournis pour définir une stratégie de redressement effective.** Votre commission regrette donc la valeur plus déclarative qu'explicative de l'annexe ainsi qu'un contenu trop flou pour être réellement satisfaisant.

L'analyse à partir d'hypothèses économiques alternatives aurait pu fournir des éléments très éclairants. Ainsi, par exemple, avec des projections bâties sur une progression de la masse salariale de 4 % par an, au lieu des 5 % retenus dans le scénario de l'annexe, on constaterait un creusement du déficit du régime général de plus de 2 milliards d'euros supplémentaires chaque année ; avec une masse salariale en augmentation de 3 % seulement, on aboutirait à un déficit accru de 4 milliards d'euros chaque année.

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

*Article additionnel après l'article 9
(article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996
relative au remboursement de la dette sociale)*

Contribution au remboursement de la dette sociale

Objet : Cet article additionnel tend à augmenter légèrement la CRDS pour permettre la reprise immédiate par la Cades d'une partie des déficits de la sécurité sociale.

Compte tenu du niveau des déficits du régime général de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteints en 2009 et des prévisions pour 2010 et les années suivantes, votre commission considère qu'il ne serait pas responsable d'attendre davantage pour commencer à traiter la nouvelle dette sociale en cours de constitution.

Dans le rapport d'information établi par la commission le 8 juillet dernier sur les finances sociales¹, votre rapporteur a montré que **les reprises de dettes par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) seront de plus en plus coûteuses au fur et à mesure qu'approchera la date prévue pour l'extinction de la caisse**, compte tenu de l'obligation posée par la loi organique du 2 août 2005 de transférer à la Cades les ressources nécessaires pour lui permettre de rembourser la dette sans allonger sa durée de vie.

Pour reprendre 10 milliards de dette aujourd'hui, il faut augmenter le taux de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) de 0,077 %. La reprise de la même somme impliquera une augmentation de la CRDS de 0,085 % si elle intervient dans un an et de 0,095 % si elle est réalisée dans deux ans.

Votre commission propose en conséquence une augmentation immédiate de la CRDS à hauteur de 0,15 % afin de porter son taux à 0,65 % et de permettre la reprise par la Cades de 19,5 milliards d'euros, cette somme correspondant approximativement au point haut de trésorerie que devrait connaître l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) en 2010.

Certes, l'augmentation proposée ne permet pas de reprendre l'ensemble des déficits du régime général et du FSV pour 2009, mais elle peut éviter une augmentation plus brutale des prélèvements obligatoires ultérieurement.

Simultanément, compte tenu de cette hausse de la CRDS et de la reprise de dette qui devrait en découler, votre commission propose de ramener le plafond des ressources non permanentes auxquelles pourra recourir l'Acos en 2010 de 65 à 45 milliards d'euros.

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

¹ *Finances sociales : arrêté de péril, rapport d'information Sénat n° 544 (2008-2009) d'Alain Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.*

Section 1

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 10

Contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des mesures de préparation à la pandémie de grippe A (H1N1)

Objet : Cet article vise à assujettir les organismes complémentaires d'assurance maladie à une contribution exceptionnelle au titre d'une participation à l'organisation de la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A.

I - Le dispositif proposé

Face au risque de pandémie de grippe A (H1N1), le Gouvernement a décidé de préparer une campagne de vaccination de grande ampleur. Lors de son audition par la commission des affaires sociales le 29 septembre dernier, la ministre de la santé a évalué à environ **1,5 milliard d'euros** l'effort financier nécessaire à la préparation à la pandémie. En particulier, l'achat de 94 millions de doses de vaccins représente une dépense de 807 millions d'euros.

Compte tenu de l'ampleur de l'opération envisagée et de la nécessité d'agir dans des délais très brefs, le Gouvernement a fait le choix de ne pas recourir au processus habituel en matière de vaccination : inscription au remboursement des vaccins, délivrance par les officines, injection par le médecin traitant, facturation à l'assurance maladie des vaccins et des consultations.

La campagne de vaccination, qui a débuté il y a quelques jours par la vaccination des professionnels de santé, est organisée de la manière suivante, aux termes de la circulaire diffusée par le ministre de l'intérieur et la ministre de la santé le 28 octobre 2009 :

- organisation de la campagne de vaccination selon un **ordre de priorité** établi après avis du Haut Conseil de santé publique (HCSP) ;

- invitation à se faire vacciner adressée à la population par l'émission de **bons de vaccination individuels** par l'assurance maladie pour le compte de l'Etat ;

- réalisation de la vaccination dans des **centres identifiés par les représentants de l'Etat**, afin de vacciner le plus grand nombre de personnes sur une période limitée ;

- prise en charge de certains groupes de population (notamment les enfants en milieu scolaire, les résidents d'établissements médico-sociaux, les patients des centres hospitaliers spécialisés, les détenus) par des **équipes mobiles de vaccination**.

Le dispositif retenu ne permettra pas la mise en œuvre d'un ticket modérateur à la charge des assurances complémentaires qui aurait été appliqué dans le cadre d'une vaccination par le médecin traitant.

Dans ces conditions, le présent article tend à instituer une contribution exceptionnelle à la charge des organismes complémentaires d'assurance maladie dans le cadre de leur participation à la protection de la population contre la pandémie.

Cette contribution, versée en 2010 à titre exceptionnel, sera assise sur les sommes assujetties à la contribution que doivent déjà verser les organismes complémentaires au bénéfice du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU-c) en application de l'article L. 862-4 de la sécurité sociale au titre de leur activité réalisée en France.

La contribution au fonds CMU-c est assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.

La contribution exceptionnelle, comme celle prévue à l'article L. 862-4, sera recouverte trimestriellement par les Urssaf. **Son taux est fixé à 0,94 %**. D'après les informations recueillies par votre rapporteur, le montant de la contribution pourrait atteindre 280 à 300 millions d'euros.

Le dernier alinéa de cet article prévoit que le produit de la contribution sera versé à la Cnam qui le répartira entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie, après accord entre les régimes ayant une organisation financière propre et, à défaut d'accord, suivant une répartition fixée par l'Etat, conformément à la procédure prévue par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Si l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification, sa commission des affaires sociales a présenté un amendement tendant à affecter à l'Eprus, par la voie d'un fonds de concours, le produit de la contribution exceptionnelle versée par les organismes complémentaires au motif que cet établissement a pris en charge l'acquisition des vaccins. Les amendements identiques déposés sur cette question ont été retirés par leurs auteurs après que le ministre du budget et des comptes publics a fait valoir qu'ils « *trouveront toute leur place - et sous cette forme - dans la seconde partie du projet de loi de finances* ».

III - La position de votre commission

Dès lors que les organismes complémentaires d'assurance maladie auraient pris en charge une partie des frais de vaccination si la campagne avait été organisée selon les procédures habituelles de vaccination, l'instauration de la contribution exceptionnelle prévue par le présent article apparaît justifiée.

Seule l'affectation du montant de la contribution fait encore débat. Le projet de loi prévoit un versement de ce produit à la Cnam, mais les représentants de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (Unocam) ont exprimé, lors de leur audition par votre rapporteur, le souhait que la contribution soit affectée à l'Eprus, qui a financé l'achat des vaccins, non pour des raisons de répartition des financements, mais afin de bien **marquer son caractère exceptionnel et son lien direct avec la pandémie de grippe A.**

Votre commission prend acte de la position du Gouvernement selon laquelle une éventuelle affectation de la contribution à l'Eprus relève du projet de loi de finances, mais constate qu'il n'a pas demandé la suppression du présent article lors de l'examen du projet de loi de financement par l'Assemblée nationale alors même que la contribution ne pourra pas à la fois être versée à la Cnam et affectée à l'Eprus.

Elle estime en tout état de cause que les sommes concernées, qui auraient été versées à l'assurance maladie obligatoire si la campagne de vaccination s'était déroulée dans le cadre habituel, doivent lui revenir en intégralité.

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

Article 11

(art. L. 138-10, L. 165-4 et L. 162-37 du code de la sécurité sociale)

**Régime de la clause permanente de sauvegarde -
Modalités de recouvrement des remises sur le chiffre d'affaires dues
par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux**

Objet : Cet article a pour objet, d'une part, d'abaisser à 1 %, pour 2010, le seuil de déclenchement du mécanisme de la clause de sauvegarde, d'autre part, de transférer aux Urssaf le recouvrement des remises conventionnelles dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

Cet article comporte deux paragraphes.

• Le **paragraphe I** est relatif à l'application, en 2010, du mécanisme dit de la clause de sauvegarde.

Ce mécanisme, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, correspond à la fixation d'un taux, « le taux K », définissant la limite de la croissance du chiffre d'affaires hors taxe de l'industrie pharmaceutique réalisé au titre des spécialités remboursables. La fraction du chiffre d'affaires excédant ce taux est soumise à une contribution progressive (article L. 138-10 du code de la sécurité sociale).

Dans la pratique, la quasi-totalité des entreprises concernées ont opté, comme les y autorisait l'article L. 138-10 précité, pour la conclusion de conventions avec le comité économique des produits de santé (Ceps) les exonérant de la taxe, mais leur imposant en contrepartie le versement de remises (remises par agrégats, qui correspondent à des clauses de sauvegarde par classe de médicaments, remises sur chiffre d'affaires, remises par produit). Dans cette hypothèse, le taux K sert de référence, le montant global des remises par agrégats et sur le chiffre d'affaires ne pouvant excéder ce que l'ensemble des entreprises auraient payé au titre de la contribution.

Initialement, le taux K était calculé par référence au taux de progression de l'objectif de l'Ondam « *tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente* ».

A la suite du changement de mode de calcul de l'Ondam, cette référence a été abandonnée dès l'année 2001, pour laquelle le taux K a été fixé à 2 % par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Ce taux a ensuite été fixé en loi de financement de la sécurité sociale à 3 % pour 2001 et 2002, 4 % en 2003, 3 % en 2004.

Puis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie l'a fixé à 1 % pour les années 2005 à 2007, avant que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ne le relève à 1,4 %, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ayant enfin prévu de le maintenir à ce niveau pour les années 2009, 2010 et 2011.

Parallèlement, le champ d'application de la clause de sauvegarde, initialement limité au chiffre d'affaires relatif aux médicaments délivrés en ville, a été étendu en 2006 à celui correspondant aux spécialités pharmaceutiques rétrocédables (celles que les établissements de santé sont autorisés à vendre au détail) puis, en 2009, aux médicaments de la liste *en sus*, c'est-à-dire les produits administrés aux patients hospitalisés et qui, en raison de leur prix élevé, ne sont pas intégrés dans les groupes homogènes de séjour (GHS) mais font l'objet d'une facturation particulière à l'assurance maladie. Cette extension prendra effet au 1^{er} janvier 2010. Demeurent cependant exclus de la clause de sauvegarde les médicaments orphelins.

Le **paragraphe I** propose, en modifiant le dispositif de l'article 15-II de la loi de finances pour 2009, d'abaisser à 1 % le taux K pour 2010, le taux pour 2011 demeurant fixé à 1,4 %.

Deux arguments sont avancés à l'appui de cette mesure :

- la relative bonne santé, dans un contexte économique très dégradé, de l'industrie pharmaceutique, qui bénéficie de la solvabilisation de la demande assurée par le financement de l'assurance maladie, et dont le chiffre d'affaires devrait progresser d'environ 2 % pour chacune des années 2010 et 2011 ;

- le fait que ne soit pas prévue, au cours de l'année 2010, l'arrivée sur le marché de médicaments innovants susceptibles de produire des hausses importantes de chiffre d'affaires.

Le rendement attendu de la mesure est de 50 millions d'euros, qui viendront pour l'essentiel en déduction des dépenses remboursées de médicaments.

• Le **paragraphe II** a pour objet de prévoir le recouvrement par les Urssaf des remises dues par les fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel au titre des conventions qu'ils passent avec le Ceps pour réguler leurs volumes de ventes.

Dans sa rédaction en vigueur, l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale, relatif à ce dispositif de régulation conventionnelle, dispose que les remises sont versées à la Cnam qui en répartit le montant entre les différents régimes d'assurance maladie.

Elles seraient en fait encaissées par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss).

Afin d'aligner le recouvrement de ces remises sur celui des taxes pharmaceutiques et autres contributions établi par le Ceps, le 1^o propose de

modifier l'article L. 165-4 pour transférer ce recouvrement à l'Urssaf, cette mesure étant présentée comme une simplification pour les entreprises concernées.

Le 2° modifie, par coordination, l'article L. 162-37 du même code pour prévoir que ces sommes seront remises à la Cnam, qui les répartira entre les divers régimes d'assurance maladie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement complétant cet article par trois paragraphes nouveaux tendant à encadrer les exportations parallèles de médicaments. Ces exportations sont le fait de distributeurs qui tirent parti d'un prix fabricant inférieur en France à celui pratiqué dans certains pays étrangers. Afin de les limiter, les laboratoires imposent aux distributeurs des quotas, qui peuvent avoir pour effet des difficultés d'approvisionnement des officines.

Pour décourager cette pratique, les dispositions adoptées font obligation aux distributeurs qui recourent à des exportations parallèles de déclarer leur activité, ce qui aura pour effet de soustraire les quantités ainsi vendues ou revendues à l'étranger de l'assiette de la taxe annuelle perçue au profit de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) (article L. 5127-17 du code de la santé publique) et de celle de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques (article L. 245-6 du code de la sécurité sociale), qui sont assises sur les ventes en France. Parallèlement, une modification apportée à l'article L. 5123-1 du code de la santé publique permet aux entreprises pharmaceutiques de fixer librement leurs prix à l'exportation.

III - La position de votre commission

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait prévu de fixer pour trois ans le taux K à 1,4 %, votre commission ayant alors approuvé cette disposition, adoptée à l'initiative du rapporteur pour avis de la commission des finances dans le but d'accroître la visibilité des entreprises.

Cependant, la décision de ramener pour 2010 ce taux à 1 % lui paraît pleinement justifiée par la situation économique et par l'effort nécessaire pour contenir les dépenses sociales.

L'Ondam 2010 prévoit un taux de progression des dépenses de soins de ville limité à 2,8 % : il est normal que tous contribuent à respecter cet objectif de dépenses.

Comme l'a souligné Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, lors des débats à l'Assemblée nationale, la baisse du taux K pourra jouer un rôle effectif dans le respect de l'Ondam et elle ne devrait pas compromettre la situation de l'industrie pharmaceutique, dont l'effort

d'innovation bénéficie par ailleurs de la réforme du crédit impôt-recherche, qui devrait porter de 250 à 500 millions d'euros le soutien qu'elle reçoit à ce titre.

Mais, au-delà de la fixation du taux K pour 2010, la modification proposée du texte adopté l'an dernier doit conduire à s'interroger sur l'opportunité de sa fixation « pluriannuelle ».

Le Sénat - et votre commission - avaient été sensibles l'an dernier au souci de donner une certaine visibilité aux industriels.

Mais la stabilisation du taux K est-elle compatible avec son rôle d'instrument de régulation du marché ?

On doit donc se demander, à la lumière de l'expérience, s'il ne conviendrait pas plutôt de prendre le parti de fixer annuellement le taux K en loi de financement de la sécurité sociale.

En fonction de ces observations, votre commission propose un **amendement** tendant à :

- fixer à 1 % le taux K pour 2010, comme le propose déjà le projet de loi de financement ;

- supprimer la fixation du taux K pour 2011, qu'il appartiendra au prochain projet de loi de financement de fixer au niveau qui paraîtra alors le plus adapté.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 12

(art. L.161-45, L. 245-5-1 et L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale)

Modification de l'assiette, du taux et de l'affectation de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux remboursables

Objet : Cet article a pour objet de relever le taux de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux remboursables, d'en élargir l'assiette à une nouvelle catégorie de dispositifs et d'affecter à la Haute Autorité de santé une partie de son produit.

I - Le dispositif proposé

Selon un dispositif calqué sur celui concernant les entreprises pharmaceutiques et qui a été mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, (article L. 245-1 du code de la sécurité sociale), l'article L. 245-5-1 du même code assujettit les fabricants, importateurs et distributeurs de dispositifs médicaux remboursables, et les prestations qui leur sont associées, à une contribution sur leurs dépenses de promotion.

Dans le texte en vigueur de l'article L. 245-5-1, cette contribution est assise sur les dispositifs médicaux inscrits aux titres I et III de la liste des produits et prestations remboursables (LPP), qui comprennent respectivement :

- les dispositifs médicaux pour traitements et les matériels d'aide à la vie, les aliments diététiques et les articles pour pansements ;
- les dispositifs médicaux implantables (DMI).

Ne sont en revanche pas actuellement concernés les dispositifs répertoriés dans les titres II (orthèses et prothèses) et IV (dépenses d'achat et d'entretien de fauteuils roulants manuels ou électriques ou de matériels tels que les béquilles, cannes et déambulateurs).

Le taux de la contribution, dont sont exonérées les entreprises réalisant un chiffre d'affaires inférieur à 7,5 millions d'euros, est de 10 %.

Il s'applique à toutes les dépenses de promotion (rémunération de personnels exerçant des activités de démarchage et de prospection et frais annexes résultant de ces activités, frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires) diminuées d'un abattement de 50 000 euros.

Le produit de cette contribution (14 millions d'euros en 2008) bénéficie à la Cnam.

L'article 12 propose de modifier sur trois points ce dispositif :

- les 1° et 2° du **paragraphe I** tendent à attribuer à la Haute Autorité de santé (HAS) 35 % du produit de la contribution, ce qui se justifie par le fait que la HAS a compétence pour faire des recommandations sur les dispositifs médicaux. Cette nouvelle ressource, évaluée par le ministère de la santé à 8,9 millions d'euros pour chacune des années 2010 à 2013, permettra en outre de compenser en partie la réduction des moyens de la HAS résultant du moindre rendement de la contribution sur les dépenses de promotion des industries pharmaceutiques (dont elle perçoit 10 %), consécutif à la diminution du nombre des visiteurs médicaux ;

- le 3° du **paragraphe I** élargit l'assiette de la contribution aux dépenses de promotion des dispositifs relevant du titre II de la liste des produits et prestations (LPP), c'est-à-dire les orthèses, qui sont des aides techniques destinées à suppléer ou corriger une fonction déficiente du corps humain ; l'optique médicale ; les appareils correcteurs de surdité ; les prothèses externes orthopédiques ou non orthopédiques (par exemple les appareils respiratoires) ;

- le 4° du **paragraphe I** porte de 10 % à 15 % le taux de la taxe (initialement fixé à 5 % et relevé à 10 % par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005).

Ce relèvement est motivé par la très forte progression des dépenses de remboursement de dispositifs médicaux (4,5 milliards d'euros en 2008, en hausse de 12 %, pour les seules dépenses de soins de ville).

Le ministère relève en particulier la croissance dynamique (18 % entre 2007 et 2008) des dépenses remboursées (200 millions d'euros en 2007) dans le domaine très peu régulé de l'optique et des audioprothèses, croissance qui est considérée comme partiellement imputable à une politique commerciale très active.

Le rendement attendu à la fois du relèvement du taux et de l'élargissement de l'assiette de la contribution est évalué à 11,5 millions d'euros, ce qui porterait son produit total à 25,5 millions ;

• le **paragraphe II** précise que ces dispositions s'appliqueront pour la détermination de la contribution due au titre de l'année 2010.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article deux amendements tendant respectivement :

- à supprimer le 3° du paragraphe I tendant à inclure dans l'assiette de la contribution les dispositifs médicaux du titre II de la LPP (orthèses et prothèses) ;

- à insérer au paragraphe I un alinéa 5° *bis* tendant à relever de 7,5 à 11 millions d'euros le montant du chiffre d'affaires en deçà duquel les entreprises sont exonérées de la taxe.

III - La position de votre commission

Favorable à ce dispositif de financement complémentaire de la HAS,
votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 13

(article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005, article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008, art. L. 732-58 et L. 732-62 du code rural)

Modification de la clé de répartition du droit de consommation sur les tabacs et financement du régime complémentaire des exploitants agricoles

Objet : Cet article a pour objet, d'une part, de modifier la clé de répartition du droit de consommation sur les tabacs, ce qui a pour effet d'ajuster la composition des paniers de recettes fiscales affectés à la compensation des allègements généraux de charges sociales et des exonérations au titre des heures supplémentaires, d'autre part, d'assurer le financement, grâce à cette réaffectation de recettes, de la retraite complémentaire des veuves d'exploitants agricoles bénéficiant d'une pension de réversion.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** réécrit entièrement l'article 61 de la loi de finances pour 2005 qui détermine la répartition du droit de consommation sur les tabacs.

Ce faisant, il ne procède en réalité qu'à **trois modifications** :

- il ramène de 37,95 % à 36,28 % la part du droit de consommation sur les tabacs affectée à la compensation des allègements généraux de charges sociales ;

- il porte de 1,52 % à 1,89 % la part affectée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour financer le régime complémentaire obligatoire (RCO) de retraite des exploitants agricoles ;

- il institue une nouvelle affectation en prévoyant que 1,30 % du produit de ce droit sera consacré à financer les exonérations de charges sur les heures supplémentaires.

Le tableau ci-après retrace les évolutions ainsi proposées pour la répartition du droit de consommation sur les tabacs qui reçoit désormais huit affectations au lieu de sept précédemment.

Répartition du droit de consommation sur les tabacs

	<i>(en %)</i>	
	2009	2010
Branche maladie du régime des non-salariés agricoles	18,68	18,68
Retraite complémentaire obligatoire (RCO) du régime agricole	1,52	1,89
Cnam	38,81	38,81
Fonds national d'aide au logement	1,48	1,48
Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	0,31	0,31
Allègements généraux de cotisations sociales	37,95	36,28
Fonds de solidarité (chômage)	1,25	1,25
Exonération des heures supplémentaires	-	1,30
Total	100	100

Ces modifications sont rendues possibles par la prévision d'un excédent au titre du panier de recettes fiscales destinées à compenser les allègements généraux de charges sociales. Cet excédent permet à la fois l'ajustement du panier de recettes affectées à la compensation des exonérations de charges sur les heures supplémentaires, dont la situation est plus tendue, et le financement d'une mesure prise dans le cadre de la politique de revalorisation des petites pensions agricoles.

• La compensation des allègements généraux de charges sociales

En 2009, le panier des recettes fiscales affectées à la compensation des allègements généraux de charges sociales devrait atteindre 23 milliards d'euros, alors que le coût des allègements pourrait s'élever à 22,4 milliards. Pour 2010, ces montants seraient de 23,5 milliards pour les recettes et 22,1 milliards pour les charges de compensation.

En effet la dynamique actuelle des recettes affectées à la compensation est plus favorable que celle des cotisations et donc des allègements généraux. Cette situation résulte essentiellement de l'évolution négative de la masse salariale, accentuée par le fait que la dégradation du marché de l'emploi touche particulièrement les travailleurs à bas salaires au titre desquels les entreprises bénéficient des allègements généraux.

Ainsi, le montant des exonérations qui doivent être compensées pourrait reculer de 0,8 % en 2009 et de 1,9 % en 2010, tandis que le panier de recettes destiné à les compenser progresserait de 0,8 % en 2009 et de 2,2 % en 2010.

Il en résulte **un excédent** évalué à **660 millions pour 2009** et à plus de **1,3 milliard d'euros pour 2010**.

Le projet de loi de finances rectificative pour 2009 devrait prélever 389 millions d'euros sur ce panier, au titre du droit de consommation sur les tabacs, pour compenser l'insuffisance du panier affecté à la compensation des exonérations liées aux heures supplémentaires. Le présent article effectue, de

la même manière, une réaffectation de 131 millions d'euros entre ces deux paniers ; il prélève également environ 37 millions pour le financement des retraites complémentaires obligatoires du régime agricole.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution de la compensation des allègements généraux de charges sociales entre 2009 et 2010.

Evolution de la compensation des allègements généraux

(en millions d'euros)

	2009 évolution spontanée	2009 après PLFR	2010 évolution spontanée	2010 après PLFSS
Taxe sur les salaires	11 029	11 029	11 193	11 193
Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire	689	689	703	703
Taxe sur les primes d'assurance automobile	947	947	947	947
TVA brute collectée par les commerçants en gros de produits pharmaceutiques	3 286	3 286	3 394	3 394
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac	3 132	3 132	3 217	3 217
Droit de consommation sur les tabacs	3 700	3 311	3 745	3 614
Droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabac	259	259	259	259
Total des recettes	23 042	22 651	23 457	23 326
Coût des allègements généraux	22 383	22 383	22 125	22 125
Solde	+ 659	+ 270	+ 1 332	+ 1 201

Source : annexe 5 du PLFSS pour 2010

• La compensation des exonérations liées aux heures supplémentaires

En 2009, le panier des recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations liées aux heures supplémentaires devrait atteindre 2,6 milliards d'euros, en forte baisse par rapport au montant définitif du panier pour 2008, à savoir 3,1 milliards. Cette évolution résulte notamment de la chute du rendement de la contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés, qui représente environ un tiers des ressources du panier, directement affectée par les effets de la crise économique.

Le coût des exonérations relatives aux heures supplémentaires et complémentaires, que ce panier doit financer, devrait s'élever à 3 milliards.

Pour 2010, ces montants sont évalués à 2,8 milliards pour les recettes fiscales, ce qui représente une augmentation par rapport à 2009, justifiée par le redressement du produit de la contribution sociale sur les sociétés, et 2,7 milliards pour les charges.

Ces prévisions font donc apparaître une insuffisance de financement de près de 400 millions en 2009 et de 130 millions en 2010.

Le projet de loi de finances rectificative de fin d'année 2009 devrait permettre de combler l'insuffisance par la réaffectation d'une partie de l'excédent du panier de recettes affectées à la compensation des allègements généraux de charges sociales : une fraction de 3,97 % du droit de consommation sur les tabacs sera ainsi transférée d'un panier à l'autre.

Pour 2010, le présent article réalise ce transfert, en prévoyant d'affecter, au **paragraphe I**, une fraction de 1,30 % du droit de consommation sur les tabacs au panier de compensation des exonérations liées aux heures supplémentaires. Au **paragraphe II**, il crée une troisième catégorie de recettes pour le panier de compensation. Celui-ci comprendra désormais : 87,13 % de la contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés, la TVA collectée par les producteurs de boissons alcoolisées et 1,30 % du droit de consommation sur les tabacs.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution de la compensation de ces exonérations en 2009 et 2010.

Evolution de la compensation des exonérations liées aux heures supplémentaires

(en millions d'euros)

	2009 évolution spontanée	2009 après PLFR	2010 évolution spontanée	2010 après PLFSS
Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés	550	550	753	753
TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées	2 014	2 014	2 014	2 014
Droit de consommation sur les tabacs	-	389	-	131
Total des recettes fiscales	2 564	2 953	2 767	2 898
Coût des exonérations liées aux heures supplémentaires	2 953	2 953	2 898	2 898
Solde	- 389	-	- 131	-

Source : annexe 5 du PLFSS pour 2010

• La réversion de la retraite complémentaire obligatoire du régime des exploitants agricoles

La mesure proposée par le **paragraphe III** du présent article s'inscrit dans le dispositif de revalorisation des petites pensions agricoles annoncé par le Gouvernement en septembre 2008 et programmé pour se déployer en trois étapes de 2009 à 2011. Les phases 2009 et 2011 concernent le régime de base des exploitants agricoles et ont pour objet de mettre en place un minimum garanti pour les pensions. La phase 2010 est relative à la réversion des pensions complémentaires obtenues à titre gratuit.

L'article L. 732-62 du code rural est donc complété afin de prévoir qu'en cas de décès à compter du 1^{er} janvier 2003 d'un exploitant agricole dont la pension a été liquidée avant cette date, son conjoint survivant a droit, à compter du 1^{er} janvier 2010, à une pension de réversion du régime

complémentaire qui sera égale à 54 % de la pension de retraite complémentaire dont bénéficiait l'assuré.

En effet, jusqu'à présent, la pension de réversion au titre du régime complémentaire obligatoire n'est attribuée au conjoint survivant d'un exploitant que si ce dernier a pris sa retraite après le 1^{er} janvier 2003.

L'ouverture du droit à réversion aux catégories non couvertes devrait permettre de résoudre des situations de réelle précarité financière.

Le coût de cette mesure est évalué à 40 millions d'euros. Il sera couvert, d'une part, par l'affectation de 0,37 % du droit de consommation sur les tabacs, pour environ 37 millions, d'autre part, par une augmentation de cotisation, le taux de celle-ci devant être porté par voie réglementaire de 2,97 % à 3 %, pour un rendement de 3 millions.

Selon l'évaluation préalable annexée au projet de loi, cette mesure pourrait concerner 70 000 personnes qui verraient leur pension annuelle accrue de 570 euros en moyenne.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements, l'un pour corriger une erreur de référence, l'autre d'harmonisation rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite du **respect de l'engagement pris par le Gouvernement de revaloriser les petites retraites agricoles**, en ce qui concerne, cette année, la pension de réversion de la retraite complémentaire obligatoire. Cette mesure était attendue et permettra d'atténuer un peu la difficulté de certaines situations, notamment pour des veuves d'agriculteurs aux revenus modestes.

Il convient également de noter que **cette réforme est financée** grâce à l'affectation d'une petite quote-part supplémentaire du droit de consommation sur les tabacs.

La parfaite compensation, à l'euro près, des exonérations liées aux heures supplémentaires, était prévue par la loi Tepas : elle trouve ici son application pleine et entière pour 2010, en lien avec le projet de loi de finances rectificative de fin d'année pour 2009.

Pour la compensation des allègements généraux de charges sociales, aucune disposition ne prévoit une telle équivalence, malgré les nombreuses propositions faites par votre rapporteur au cours des dernières années pour qu'il en soit ainsi. Ceci étant, l'excédent constaté depuis 2008 permet d'assurer largement le financement de ces allègements, ce qui est naturellement très satisfaisant.

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

Article 13 bis

(art. 575 A du code général des impôts)

**Augmentation du minimum de perception sur les cigarettes
et le tabac à rouler**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'augmenter le minimum de perception sur les cigarettes et les tabacs à rouler.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 575 A du code général des impôts définit, outre le montant des taux d'accises applicables aux différentes catégories de produits tabagiques, un minimum de perception pour quatre sortes de produits : les cigarettes, les tabacs à rouler, les autres tabacs à fumer et les cigares.

Le présent article propose d'augmenter ce montant minimum pour deux catégories : de 155 euros à 164 euros par mille unités pour les cigarettes, ce qui représente une hausse de 5,8 % ; de 85 euros à 97 euros par mille grammes pour les tabacs à rouler, soit une progression de 14,1 %.

Cette hausse moyenne de 6 % intervient deux ans après la dernière augmentation du prix des cigarettes. Elle aura pour conséquence qu'aucun paquet de cigarettes ne sera désormais vendu en-dessous de 5,10 euros. Elle devrait également entraîner mécaniquement une progression des revenus de l'Etat, évaluée à 400 millions d'euros par le ministre des comptes publics.

II - La position de votre commission

Votre commission souscrit pleinement à l'objectif recherché à travers cet article, c'est-à-dire favoriser la baisse de la consommation de tabac grâce au renchérissement de son coût.

La dernière hausse, intervenue en 2007, également à hauteur de 6 %, avait permis une baisse de la vente de cigarettes en volume de 1,5 % en 2007 et de 2,5 % en 2008. Mais depuis, les ventes ont repris, ce qui montre la nécessité de mettre, régulièrement, en œuvre des hausses de prix. Celles-ci ont toujours un impact sur la consommation mais d'une durée limitée.

Persuadée de l'utilité et de l'efficacité de cette mesure en termes de santé publique, votre commission, qui avait déjà proposé une hausse du prix des cigarettes dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, **vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 14

(art. L. 137-11 du code de la sécurité sociale)

Réforme du dispositif des retraites « chapeau »

Objet : Cet article propose de doubler le taux de prélèvement sur la contribution des employeurs aux régimes de retraite à prestations définies.

I - Le dispositif proposé

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a clarifié le régime des régimes supplémentaires de vieillesse à prestations définies. Ce régime figure désormais à l'**article L. 137-11 du code de la sécurité sociale**.

La principale caractéristique de ces régimes de retraites dits « chapeau » est que les droits à pension qu'ils ouvrent sont conditionnés à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise. Il en résulte que jusqu'à son départ à la retraite, le salarié n'a aucun droit acquis au régime mis en place dans l'entreprise ; il n'y a pas de portabilité des droits. Par ailleurs, ces régimes, dont le financement est exclusivement patronal, peuvent être librement attribués dans l'entreprise, ils ne comportent pas de périmètre obligatoire en termes de bénéficiaires ; de fait, ceux-ci sont souvent les cadres dirigeants et mandataires sociaux pour lesquels le dispositif vient compléter les droits acquis au titre de la retraite de base, de la retraite complémentaire et d'autres systèmes de retraite supplémentaire.

Les contributions des employeurs au financement de ces régimes sont exonérées, sans plafond, de cotisations sociales mais aussi de CSG. En contrepartie, la loi de 2003 a instauré **une contribution spécifique à la charge de l'employeur**. Celle-ci est calculée par l'application d'un taux compris entre 6 % et 12 % en fonction du choix de l'employeur sur le mode de prélèvement :

- soit sur les rentes versées aux bénéficiaires pour la partie excédant un tiers du plafond de la sécurité sociale, au taux de 8 % ;
- soit sur les primes versées à un organisme d'assurance, une institution de prévoyance ou une mutuelle, au taux de 6 % ;
- soit sur la partie de la dotation aux provisions ou du montant des engagements mentionnés au bilan en cas de gestion interne à l'entreprise, au taux de 12 %.

Le produit de la contribution est affecté au fonds de solidarité vieillesse (FSV).

La comparaison avec le régime applicable aux contributions des employeurs aux autres régimes de retraite supplémentaire qui bénéficient certes d'une exonération de cotisations sociales mais plafonnée, et qui sont soumises à la CSG, à la CRDS et au forfait social, fait apparaître un écart en faveur du régime des retraites « chapeau » de l'article L. 137-11.

L'objet du présent article est donc, dans un souci d'équité, de réduire cet écart afin de rapprocher les avantages du régime des retraites « chapeau » de ceux des retraites supplémentaires selon le droit commun.

Le **paragraphe I**, dans son **1^o**, prévoit ainsi de faire passer de 8 % à 16 % le taux de la contribution sur les rentes liquidées à compter du 1^{er} janvier 2001.

Dans son **2^o**, il propose de porter de 6 % à 12 % le taux de la contribution sur les primes versées à un assureur et de 12 % à 24 % le taux de la contribution sur les dotations aux provisions constituées dans le cas d'une gestion en interne du régime de retraite « chapeau ».

Le **paragraphe II** prévoit que ces augmentations sont applicables, pour les rentes servies, à compter du 1^{er} janvier 2010 et, pour les autres catégories de versements, à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2009.

Impact financier de la mesure

841 entreprises ont acquitté ces contributions en 2008 pour un rendement de **26 millions d'euros** qui se décompose entre :

- 23,9 millions au titre de la contribution prélevée sur les versements, comptabilisations ou mentions de l'employeur au taux de 6 %, ce taux étant porté à 12 % depuis le 1^{er} janvier 2009 pour les systèmes de retraite gérés en interne ; 547 entreprises ont cotisé dans ce cadre ;

- 2,1 millions au titre de la contribution de 8 % prélevée sur les rentes servies ; 294 entreprises se sont acquittées de la contribution dans ce cadre.

En pure logique mathématique, l'évaluation faite de cette mesure consiste à doubler le rendement actuel de la contribution, ce qui apporterait un surplus de 25 millions d'euros par an au FSV.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- le premier complète l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que les régimes de retraite à prestations définies régis par cet article et créés à compter du 1^{er} janvier 2010 ne pourront plus être gérés en interne mais devront l'être par des sociétés d'assurance, institutions de prévoyance ou mutuelles ;

- le second demande le dépôt, avant le 15 septembre 2010, d'un rapport du Gouvernement faisant un point détaillé sur le régime des retraites « chapeau » et leur utilisation ; il devra notamment indiquer le nombre d'entreprises disposant d'un tel régime, le mode de gestion choisi (interne ou

externe), le mode de contribution (sur les rentes ou sur les primes ou versements), le nombre de bénéficiaires de rentes, le montant moyen des rentes versées, les possibilités techniques d'une individualisation de la contribution assise sur les primes ou les versements et les conditions dans lesquelles les régimes gérés en interne au 1^{er} janvier 2010 pourraient externaliser leur gestion.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve pleinement l'objectif poursuivi par cet article. **Il s'inscrit dans le cadre de la politique indispensable de révision des exemptions d'assiette**, préconisée aussi bien par votre commission que par la Cour des comptes.

Il répond aussi à **un souci d'équité**, tout à fait souhaitable en la matière. Les différences existant entre le système des retraites « chapeau » et celui du droit commun des retraites supplémentaires ne sont en effet pas justifiées.

Il apportera **plus de transparence** en interdisant à l'avenir la création de régimes gérés en interne qui, par ailleurs, mettent à la charge de certaines entreprises de lourdes provisions pour un nombre très réduit de bénéficiaires.

Enfin, le rapport qui doit être remis au Parlement avant l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale devrait également permettre de rendre moins opaque l'ensemble du système et, le cas échéant, de fournir des éléments permettant une réforme plus complète.

Dans l'immédiat, toutefois, **votre commission estime nécessaire d'aller un peu plus loin dans la remise en cause du caractère largement dérogatoire du dispositif des retraites « chapeau »**. C'est pourquoi, elle propose, comme pour le droit commun des retraites supplémentaires, qu'un mécanisme de plafonnement soit institué pour l'exonération de cotisations sociales. Les rentes versées seraient donc soumises à la part patronale des cotisations sociales lorsque ces rentes dépasseraient un montant égal à huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 15
(art. L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale)

Augmentation du forfait social

Objet : *Cet article a pour objet de doubler le taux du forfait social, institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, sur un certain nombre d'assiettes exonérées de cotisations sociales.*

I - Le dispositif proposé

1 - La multiplication des « niches sociales »

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

Cette règle connaît toutefois de **nombreuses exceptions** que l'on peut répartir en deux catégories :

- les éléments de rémunération exclus de tout prélèvement social, comme les titres restaurant, les chèques vacances dans les entreprises de plus de cinquante salariés, l'aide financière pour les services à la personne ou les avantages versés par les comités d'entreprise ;
- les éléments de rémunération exonérés de cotisations sociales mais soumis à la CSG et à la CRDS : intéressement, participation, abondement à un plan d'épargne, contribution des employeurs à la retraite supplémentaire ou à la prévoyance complémentaire, contribution patronale aux chèques vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés, etc.

L'ensemble de ces niches sociales représente désormais une assiette très significative et un manque à gagner réel pour la sécurité sociale.

Le tableau ci-après fournit le détail de ces montants, en précisant notamment la moindre recette estimée pour la sécurité sociale en 2010.

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Assiette exemptée	Cotisations équivalentes
Participation financière et actionnariat salarié	17,6	3,2
<i>dont : participation</i>	7,6	
<i>intéressement</i>	6,7	
<i>plan d'épargne en entreprise (PEE)</i>	1,5	
<i>stock-options</i>	1,8	
Protection sociale complémentaire en entreprise	17,4	3,1
<i>dont : prévoyance complémentaire</i>	13,5	
<i>retraite supplémentaire</i>	3,7	
<i>plan d'épargne retraite collective (Perco)</i>	0,2	
Aides consenties aux salariés	5,9	1,8
<i>dont : titres restaurant</i>	2,7	
<i>chèques vacances</i>	0,4	
<i>avantages accordés par les comités d'entreprise</i>	2,7	
<i>Cesu préfinancé</i>	0,2	
Indemnités de rupture	3,8	0,9
<i>dont : indemnités de licenciement</i>	3,4	
<i>indemnités de mise à la retraite</i>	0,5	
Total	44,8	9,1

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Ces niches sociales connaissent un fort développement comme le souligne l'annexe 5 du présent projet de loi : « *Les dispositifs d'exemptions d'assiette se caractérisent par un dynamisme qui se prolonge durablement après la phase de montée en charge. La mise en place des exemptions d'assiette a permis d'inciter les employeurs à l'essor initial de ces dispositifs. Bien après leur création, ils continuent d'évoluer encore nettement plus rapidement que l'assiette des cotisations quand bien même sont prévues au niveau de chaque entreprise des clauses de non-substitution avec des éléments de rémunération existants, lesquelles jouent surtout à court terme.* »

Le tableau ci-après fournit le taux d'évolution annuel moyen des principales mesures d'exemptions d'assiettes en comparaison de celui de la masse salariale. Il témoigne ainsi de la très grande dynamique de ces dispositifs.

Evolution des principales exemptions d'assiette entre 2000 et 2007

Dispositifs	Montant en millions d'euros			Taux d'évolution annuel moyen
	Pour 2000	Pour 2005	Pour 2007	
Participation	5 027	7 164	8 527	7,8 %
Intéressement	3 789	5 851	7 595	10,4 %
Plans d'épargne salariale	956	1 335	1 504	6,7 %
Total épargne salariale	9 772	14 349	17 626	8,8 %
Titres restaurant	1 483	1 978	2 326	6,6 %
Retraite supplémentaire et prévoyance complémentaire	n.d.	12 800	15 115	8,7 %
Masse salariale	358 812	423 898	463 386	3,7 %

Source : annexe 5 du PLFSS pour 2010

Outre leur fort développement et le fait que celui-ci s'effectue en partie au détriment des formes traditionnelles de rémunération assujetties à l'ensemble des prélèvements sociaux, quelques autres caractéristiques de ces dispositifs méritent d'être évoquées. Ainsi, ils ne sont pas équivalents aux exonérations de charges sociales en matière de droits des salariés ; en effet, les sommes exclues de l'assiette des cotisations ne sont pas retenues pour le calcul des meilleures années et donc du montant des pensions de retraite. Par ailleurs, à la différence des exonérations de charges sociales, les exemptions d'assiette sont plus concentrées sur les grandes entreprises que sur les petites.

Enfin, il est essentiel de souligner que **ces exemptions d'assiette ne donnent généralement pas lieu à compensation par le budget de l'Etat**. Elles sont de fait généralement antérieures à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a posé le principe de leur compensation mais pour les seules mesures instituées postérieurement à la loi.

2 - L'instauration d'un forfait social

Conformément aux recommandations exprimées par votre commission dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué une nouvelle contribution à la charge de l'employeur, dont le produit revient à la Cnam.

Trois articles ont été insérés à cet effet dans le code de la sécurité sociale.

L'**article L. 137-15** fixe le principe de l'assujettissement à une contribution, à la charge de l'employeur, de l'ensemble des éléments de rémunération qui sont soumis à la CSG mais exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Ce principe est néanmoins assorti de **quatre exceptions** qui excluent donc de l'assiette du forfait social :

- les avantages résultant de l'attribution de stock-options ou d'actions gratuites, déjà soumis à une contribution patronale de 10 %, en application de l'article L. 137-13 voté en loi de financement pour 2008 ;

- les contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de prévoyance, déjà assujetties à une contribution de 8 % conformément à l'article L. 137-11 ;

- les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ;

- la participation de l'employeur au financement des chèques vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés (par souci de cohérence et d'équité avec le régime applicable aux chèques vacances dans les entreprises de plus de cinquante salariés, où ceux-ci ne sont pas soumis à la CSG et sont en conséquence exclus du forfait social).

A contrario, sont passibles du forfait social :

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

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

- les abondements de l'employeur aux plans d'épargne d'entreprise (PEE et Perco) ;

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

L'**article L. 137-16** fixe le taux de la contribution à 2 %.

L'**article L. 137-17** prévoit que le forfait social est recouvré et contrôlé dans les conditions mentionnées aux articles L. 137-3 et L. 137-4, c'est-à-dire par les Urssaf et, outre-mer, par les caisses générales de sécurité sociale.

Le rendement de cette contribution était estimé à un peu plus de **400 millions d'euros** l'année dernière. Selon les dernières données disponibles de l'Acoss, son produit devrait plutôt s'élever à **380 millions**.

Ce montant correspond à une assiette un peu inférieure à 20 milliards, soit la moitié à peine de la totalité des assiettes actuellement exemptées de cotisations sociales.

Tel que proposé par le présent article, **le doublement du taux** de ce forfait, qui passerait donc, à compter du 1^{er} janvier 2010, **de 2 % à 4 %**, grâce à une modification de l'article L.137-16, rapporterait logiquement **380 millions d'euros supplémentaires** à la branche maladie du régime général puisque la Cnam est affectataire de cette contribution.

Selon l'évaluation annexée au projet de loi, une telle augmentation ne devrait pas porter atteinte au dynamisme des avantages consentis aux salariés, notamment du fait du différentiel encore très important avec le taux de droit commun appliqué aux salaires, soit 30,4 % de cotisations patronales de base.

Par ailleurs, malgré cette hausse, la part des prélèvements de sécurité sociale sur la totalité des rémunérations (salaires et épargne salariale) reste inférieure à ce qu'elle était il y a dix ans, compte tenu de la forte progression de la part de l'épargne salariale dans la rémunération totale des salariés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements tendant à compléter l'article L. 137-15 qui définit le champ du forfait social :

- le premier vise à étendre l'application du forfait social aux sommes perçues par les dirigeants d'entreprises au titre de l'intéressement, de la participation et de l'épargne salariale, dans les mêmes conditions que les salariés ;

- le second soumet au forfait social les jetons de présence et les sommes perçues au titre de l'exercice de leur mandat par les administrateurs et les membres des conseils de surveillance des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.

III - La position de votre commission

Face au dynamisme de la progression des assiettes exemptées et aux besoins de la sécurité sociale dont les déficits s'accroissent, il paraît tout à fait justifié qu'au-delà même de la pertinence des objectifs qui ont conduit à la création des niches sociales, celles-ci soient réaménagées pour contribuer à l'accroissement des recettes de la sécurité sociale.

Notre modèle de plus en plus universel de couverture des risques sociaux impose en effet que l'ensemble des revenus participent de manière proportionnée à son financement.

L'institution du forfait social revêt de ce point de vue un caractère décisif. Il présente en outre, pour partie, les avantages d'un « bon impôt » à savoir une assiette large et un taux bas.

Néanmoins, votre commission regrette que l'intégralité de l'assiette actuellement exemptée de charges sociales et non soumise à un prélèvement spécifique ne soit pas soumise au forfait social, ce qui est le cas par exemple

de certaines aides directes aux salariés. De ce point de vue, elle estime pleinement justifiées les deux extensions d'assiette votées à l'Assemblée nationale.

Aller plus loin dès cette année paraît difficile compte tenu de la situation économique et sociale actuelle. Mais votre commission ne s'interdira pas de le faire dans les prochaines années.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 16

*(art. L. 136-6 du code de la sécurité sociale,
articles 15 et 17 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996
relative au remboursement de la dette sociale,*

art. 170, 1600-0 G à 1600-0 M et 1649-0 A du code général des impôts)

Suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux

Objet : Cet article tend à assujettir les plus-values de cession de valeurs mobilières, droits sociaux et titres assimilés aux prélèvements sociaux dès le premier euro, quel que soit le montant annuel des cessions.

I - Le dispositif proposé

Conformément aux articles 150-0 A à 150-0 F du code général des impôts et au I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, les plus-values de cession à titre onéreux de valeurs mobilières et de droits sociaux réalisées par les particuliers résidant fiscalement en France sont soumises à l'impôt sur le revenu, ainsi qu'aux prélèvements sociaux en tant que revenus du patrimoine.

Les gains nets réalisés lors de ces cessions sont imposables à l'impôt sur le revenu, au taux forfaitaire de 18 %, et aux prélèvements sociaux, au taux global de 12,1 % (8,2 % de CSG, 0,5 % de CRDS, 2 % de prélèvement sur les revenus du capital, 0,3 % de contribution à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et 1,1 % de contribution au financement du RSA), **dès lors que le montant des cessions du foyer fiscal excède un seuil** qui, pour l'année 2009, est fixé à 25 730 euros.

Lorsque ce montant de cession n'est pas franchi au cours d'une année, les plus-values réalisées au cours de ladite année sont exonérées d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux.

Ce seuil d'exonération a été régulièrement augmenté dans les dernières lois de finances : de 7 650 euros en 2002, il a été porté à 15 000 euros en 2003, 20 000 euros en 2007 et 25 000 euros en 2008. Il est depuis automatiquement accru chaque année, étant désormais indexé sur la

limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente. Il s'établit ainsi à 25 730 euros en 2009.

Ces revalorisations ont eu pour conséquence mécanique une contraction progressive de l'assiette des prélèvements sociaux, sans prise en compte de leur effet dépréciateur sur les recettes de la sécurité sociale.

En revanche, la perte de recettes fiscales découlant de la hausse du seuil d'imposition a été partiellement compensée par l'augmentation, en 2008, de deux points du taux du prélèvement forfaitaire libérateur.

La mesure proposée par le présent article s'inscrit dans ce contexte. Elle vise à **supprimer le seuil de cession pour l'assujettissement de ces plus-values aux prélèvements sociaux**. Ainsi, à compter des cessions réalisées en 2010, ces plus-values seront soumises aux prélèvements sociaux, dès le premier euro, quel que soit le montant annuel des cessions.

A cet effet, le **paragraphe I** complète l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale afin de soumettre ces plus-values à la CSG sur les revenus des produits du patrimoine.

Il prévoit aussi que les moins-values subies au cours d'une année seront imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année et des dix années suivantes, quel que soit le montant annuel des cessions de l'année considérée.

Il effectue enfin plusieurs coordinations au sein de l'article L. 136-6.

Les **paragraphe II et III** modifient les articles 15 et 17 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Ils visent surtout à mettre à jour l'ordonnance de 1996. Jusqu'à présent, toute modification de la CRDS supposait en effet de modifier à la fois l'ordonnance de 1996 et les articles du code général des impôts y afférents. Le présent article traduit un souci de simplification.

En conséquence, le **paragraphe IV** procède à une nouvelle rédaction des articles 1600-0 G à 1600-0 J du code général des impôts : le renvoi de chacun de ces articles à l'ordonnance de 1996 permettra d'éviter que deux régimes parallèles existent pour la CRDS ; seule l'ordonnance sera à l'avenir modifiée.

Les articles 1600-0 K à 1600-0 M du même code sont, par coordination, abrogés.

Le 4° du IV prévoit une mesure de coordination à l'article 1649-0 A du même code en ce qui concerne le droit à restitution des impositions en fonction du revenu (mécanisme du « bouclier fiscal »). En effet, dès lors que les prélèvements sociaux payés sur les plus-values réalisées sous le seuil de cession de valeurs mobilières sont des impositions prises en compte pour la détermination du droit à restitution, il convient également de prendre en compte le revenu correspondant.

Le **paragraphe V** prévoit l'entrée en vigueur du dispositif qui interviendra :

- pour les gains nets réalisés, à compter du 1^{er} janvier 2010, soit un acquittement en 2011, en même temps que l'impôt sur les revenus 2010 ;

- s'agissant de l'inclusion dans le bouclier fiscal, pour la détermination du plafonnement des impositions afférentes aux revenus réalisés à compter de 2010, c'est-à-dire au titre du bouclier fiscal 2012.

Le nombre d'épargnants susceptibles d'être touchés par cette mesure est évalué à 2 300 000. Il devrait toutefois être inférieur en raison de l'existence d'un seuil de mise en recouvrement de 61 euros qui exclura de fait du champ de la mesure les contribuables dont les revenus du patrimoine sont modestes.

Le rendement attendu est de **113 millions d'euros** à partir de 2011.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements, l'un de précision, l'autre de coordination et le dernier de rectification d'une erreur matérielle.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure qui permettra de freiner l'érosion des recettes sociales sur les plus-values de cession, du fait de la hausse du seuil de cession, régulièrement intervenue au cours des dernières années.

Les recettes correspondantes se sont élevées à 1,6 milliard d'euros en 2007 et 1,7 milliard en 2008. Pour 2009, le rendement attendu est de 1,3 milliard, rendement qui devrait à nouveau baisser en 2010, principalement du fait de la chute des marchés boursiers.

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

Article 17

*(art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale,
article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996
relative au remboursement de la dette sociale)*

**Aménagement du régime des contrats d'assurance vie
au regard des contributions sociales en cas de décès**

Objet : Cet article vise à soumettre à prélèvements sociaux les intérêts capitalisés des contrats d'assurance vie comprenant des unités de comptes lorsque le dénouement du contrat intervient par décès.

I - Le dispositif proposé

Actuellement, les souscripteurs de contrats d'assurance vie en euros s'acquittent chaque année des prélèvements sociaux, au moment de l'inscription en compte des intérêts. Les souscripteurs de contrats en unités de compte, notamment multisupports, ne s'acquittent de ces prélèvements qu'au moment du dénouement du contrat et seulement si celui-ci n'est pas dû au décès du titulaire du contrat.

Le présent article vise donc à corriger cette **inégalité de traitement social entre les souscripteurs de contrats d'assurance vie**.

En effet, le fait générateur de l'impôt diffère selon la nature du contrat souscrit. Actuellement, l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale prévoit que le fait générateur est constitué par :

- l'inscription en compte pour les contrats en euros ;
- le dénouement du contrat hors décès pour les contrats en unités de compte.

Selon le Gouvernement, cette situation entraîne des pertes importantes pour la sécurité sociale puisqu'environ 20 % des contrats se terminent par le décès de leur souscripteur.

Par ailleurs, une disposition adoptée dans le cadre de la loi du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie, à l'initiative du député Jean-Michel Fourgous, a autorisé les détenteurs de contrats en euros à les transformer en contrats multisupports, considérés au regard du droit fiscal comme des contrats en unités de compte, sans dénouer leur contrat. De ce fait, les contrats multisupports ont connu un essor important : selon les données mentionnées dans la fiche d'évaluation annexée au projet de loi, les cotisations ont globalement doublé en dix ans, pour atteindre 100 milliards d'euros en 2007, 51 % des cotisations en euros se portant sur des contrats multisupports en euros (contre seulement 21 % en 1998).

Aussi, le Gouvernement estime que si aucune mesure n'est prise rapidement, ce sont 20 % des intérêts capitalisés sur les contrats multisupports et sur les contrats en euros faisant l'objet d'une transformation qui échapperaient aux prélèvements sociaux.

Or les prélèvements sociaux sur l'assurance vie constituent à eux seuls près du tiers des prélèvements sociaux sur le capital et près des deux tiers des prélèvements sociaux sur les produits de placement.

Aussi, afin de mettre un terme à cette situation, le présent article prévoit l'application des prélèvements sociaux à l'ensemble des intérêts capitalisés sur les contrats en unités de comptes, y compris lors du décès du souscripteur dès lors que celui-ci intervient après l'entrée en vigueur de la loi et cela quelle que soit la date de souscription du contrat.

A cet effet, le **paragraphe I** modifie le II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale relatif à la CSG sur les produits de placement. Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du code général des impôts seront assujettis, quelle que soit leur date de souscription :

- lors de leur inscription au contrat ou, pour les bons ou contrats en unités de compte mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, lors de leur dénouement ;

- lors du décès de l'assuré, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution lors de leur inscription au contrat ou lors de leur dénouement.

Le **paragraphe II** modifie, par coordination, l'article 16 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Seront donc soumis à la CRDS les produits de placement mentionnés au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale pour la partie acquise à compter du 1^{er} février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter de la même date.

Les premières recettes au titre de cette nouvelle mesure seront encaissées dès l'exercice 2010. **Le produit attendu est de 273 millions d'euros en 2010**, comme en 2011, puis de 368 millions en 2012 et 2013.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à rectifier une erreur de coordination.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve la mesure proposée par le Gouvernement dans la mesure où elle permet à la fois de résoudre un problème d'équité entre les différentes catégories de contrats d'assurance vie et d'éviter une forme

d'optimisation sociale qui pourrait, à terme rapproché, entraîner des pertes de ressources non négligeables pour la sécurité sociale.

En témoigne clairement le fait qu'en 2008, 83 % des cotisations investies en assurance vie l'ont été sur des contrats multisupports, soit 70,6 milliards d'euros sur un total de 85 milliards.

Votre commission comprend néanmoins l'émotion soulevée par cette mesure. L'assurance vie est en effet l'un des placements préférés des Français et l'idée d'une taxation du fait du décès du souscripteur paraît à première vue malvenue. Mais il ne s'agit aucunement de taxer un capital décès, seulement une valeur de rachat, comme cela se fait pour un dénouement du vivant du souscripteur.

Par ailleurs, il n'est pas possible d'opposer à cette disposition son caractère rétroactif dans la mesure où l'exonération fiscale ou sociale ne peut constituer une clause des contrats conclus entre les assureurs et leurs clients. Certes, cet élément est souvent pris en compte comme argument commercial mais la loi fiscale peut toujours être modifiée.

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

Article 17 bis

(art. L. 242-1-1 du code de la sécurité sociale)

Aménagement des sanctions applicables en cas de dissimulation d'activité

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de compléter le régime des sanctions applicables en cas de dissimulation d'activité.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 117 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a étendu aux cas de dissimulation d'activité la remise en cause du bénéfice des allègements de charges sociales qui était précédemment réservé au seul cas de constat de travail dissimulé.

Cet article n'a toutefois pas étendu le non-bénéfice de ces allègements au calcul des cotisations dues au titre des salariés concernés par un cas de dissimulation d'activité. Ainsi, lorsque l'emploi n'a pas été dissimulé, les allègements de charges sociales demeurent applicables.

Cet article vise donc à réparer cet oubli et à appliquer les mêmes sanctions à l'ensemble des cas de travail dissimulé, qu'il s'agisse de dissimulation d'activité ou de dissimulation d'emploi salarié, par la perte des allègements de charges sociales.

II - La position de votre commission

Votre commission est très favorable à cette disposition dont elle avait d'ailleurs soutenu le principe il y a un an. Il n'est en effet pas acceptable que des entreprises ayant dissimulé de l'activité ou des emplois puissent bénéficier des allègements généraux de charges sociales.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 17 ter

(art. L. 136-6 et L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale)

Assujettissement aux cotisations et contributions sociales du bonus accordé aux salariés chargés de constituer des fonds de capital-risque

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de préciser les modalités d'assujettissement aux prélèvements sociaux des « carried interest ».

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A l'initiative du président de la commission des finances du Sénat, Jean Arthuis, l'article 15 de la loi de finances pour 2009 a clarifié **le régime fiscal des « carried interest »**, créés pour inciter à la performance les gestionnaires de fonds de capital risque.

Il a en particulier distingué les bonus attribués en parts ou actions à titre de rémunération ou de gratification aux gestionnaires qui, s'agissant d'une rémunération, doivent être imposés comme tels au barème de l'impôt sur le revenu suivant les règles applicables aux traitements et salaires, des cessions ou rachats de parts qui ne sont soumis qu'à l'imposition sur les plus-values, soit au taux de 30,1 % depuis le 1^{er} janvier 2009, prélèvements sociaux inclus.

Cette réglementation s'appuie sur la pratique des affaires suivant laquelle il est demandé aux gestionnaires de fonds d'investir en capital afin de démontrer leur implication et, le cas échéant, être associés au risque, pour pouvoir bénéficier de ce bonus.

C'est pourquoi, l'imposition au régime de la plus-value ne peut s'appliquer qu'aux parts versées en contrepartie d'un investissement en capital dont la durée minimale est fixée à cinq ans. Ces conditions plus strictes ouvrant le bénéfice de l'imposition au régime de la plus-value figurent à l'article 150 - 0 A du code général des impôts.

Cela signifie que tout versement de bonus qui ne résulterait pas d'un engagement financier durable du gestionnaire de fonds et qui ne remplirait pas ces conditions doit être considéré comme une rémunération, imposée selon le droit commun.

Or, si le régime fiscal de ces compléments de rémunération a ainsi été précisé, rien n'a été prévu pour le régime social applicable. Aussi, en pratique, ces bonus sont assujettis, comme des produits de placement, à 12,1 % de prélèvements (8,2 % de CSG, 0,5 % de CRDS, 2 % de prélèvement sur les revenus du capital, 0,3 % de contribution à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et 1,1 % de contribution au financement du RSA).

Cette solution n'est toutefois pas équitable compte tenu de la nature des sommes en jeu, qui s'apparentent en effet à des rémunérations d'activité : dans le système des *carried interest*, les salariés retirent, à mise égale, des plus-values supérieures à celles réalisées par les investisseurs. Cet avantage est constitutif d'un élément de salaire qu'il convient d'assujettir à cotisations.

Le présent article introduit un nouvel article dans le code de la sécurité sociale, l'article L. 242-1-4, afin de distinguer les distributions et gains, imposables à l'impôt sur le revenu, qui seront soumis aux cotisations sociales et les distributions et gains qui remplissent les conditions pour bénéficier du régime social sur les produits de placement ou du patrimoine.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve ce dispositif qui s'inscrit parfaitement dans la logique de la réforme des *carried interest* votée voici un an et qui permet de combler un vide juridique en matière de prélèvements sociaux.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 17 quater
(art. L. 222-2 du code du sport)

**Extinction du régime du droit à l'image collective
des sportifs professionnels**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à anticiper au 31 décembre 2009, au lieu du 30 juin 2012, l'extinction du mécanisme d'exonération de charges sociales institué dans le cadre du régime du droit à l'image collective des sportifs professionnels.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le droit à l'image collective a été institué par la loi du 15 décembre 2004 portant diverses dispositions relatives au sport professionnel. Il permet aux sportifs professionnels, dans certaines conditions, de bénéficier d'une exonération de charges sociales sur une fraction, au maximum de 30 %, de leur rémunération.

Son régime figure à l'**article L. 222-2 du code du sport** aux termes duquel :

- n'est pas considérée comme un salaire la part de la rémunération versée à un sportif professionnel qui correspond à la commercialisation, par le club sportif qui l'emploie, de l'image collective de l'équipe à laquelle le sportif appartient ;

- des conventions collectives, conclues pour chaque discipline sportive, doivent déterminer : le montant de la part de rémunération concernée - qui ne peut excéder 30 % de la rémunération brute totale versée par le club - ; les modalités de fixation de cette part de rémunération en fonction du niveau des recettes commerciales produites par l'exploitation de l'image collective de l'équipe sportive ; le seuil au-delà duquel s'applique l'exonération de charges sociales, seuil qui ne peut être inférieur à deux fois ni être supérieur à huit fois le plafond de la sécurité sociale ;

- en l'absence de convention collective, un décret détermine la part de rémunération représentative de l'image collective.

Ces dispositions ont été légèrement réaménagées par l'article 185 de la loi de finances pour 2009 qui a notamment prévu **une extinction du dispositif le 30 juin 2012.**

L'Assemblée nationale a souhaité **avancer au 31 décembre 2009** la date votée l'année dernière.

Les auteurs des différents amendements déposés à cet effet ont mis en avant plusieurs arguments :

- le montant extrêmement élevé des salaires versés à certains sportifs professionnels qui, placé au regard de l'ampleur de la crise et des déficits, justifie que l'on anticipe l'extinction d'une niche sociale jugée excessive ;

- l'inutilité du dispositif puisqu'il ne semble avoir permis ni le départ des meilleurs joueurs français vers l'étranger, ni le retour des joueurs les plus réputés ;

- le coût du dispositif pour la mission sport, sur laquelle les dépenses de compensation de l'exonération sont inscrites, soit 26 millions d'euros en 2009 et 2010 ;

- les conclusions très négatives de la Cour des comptes dans son rapport annuel de 2009 dans lequel elle préconise la suppression du dispositif et la réaffectation des crédits ainsi libérés à des actions plus directement en rapport avec les objectifs assignés par les pouvoirs publics au développement du sport.

Données chiffrées

Quatre disciplines ont conclu des conventions collectives, conformément à l'article L. 222-2 du code du sport : le football, le rugby, le basket-ball et le cyclisme.

Le droit à l'image collective a concerné en 2008 (chiffres de l'Acoss mentionnés par l'annexe 5 du projet de loi de financement) :

2233 personnes, dont, pour plus de la moitié, des footballeurs,

60 sociétés déclarantes.

Crédits de la mission sport affectés à la compensation de l'exonération :

31 millions d'euros en 2008 (dont 7 millions de rattrapage pour 2007)

26 millions en 2009

26 millions en 2010

Compte tenu des exonérations réellement constatées, le ministère des sports a, au 30 juin 2009, **une dette de 10 millions d'euros auprès de l'Acoss.**

II - La position de votre commission

Votre commission partage l'appréciation générale portée sur ce dispositif qui représente un coût non négligeable pour le budget de l'Etat sans pour autant avoir rempli ses objectifs.

Ainsi, le rapport d'information de Michel Sergent¹ sur ce dispositif a clairement conclu qu'il n'est pas à la hauteur des écarts de richesse entre clubs français et clubs étrangers, notamment pour le football, et qu'il n'a nullement arrêté le transfert des meilleurs joueurs du championnat de France vers l'étranger.

Votre commission observe également que **le droit à l'image collective n'est pas le seul avantage dont bénéficient les sportifs de haut niveau**. Ceux-ci ont en effet le droit d'opter pour le bénéfice moyen (article 100 *bis* du code général des impôts) et d'utiliser le régime fiscal de l'impatriation (article 155 B du code général des impôts).

L'ensemble de ces raisons a d'ailleurs motivé la décision de l'année dernière de mettre un terme au dispositif à la fin de la saison sportive 2011-2012.

Compte tenu de la situation actuelle et notamment des dernières remarques de la Cour des comptes, votre commission n'est pas hostile à une légère anticipation de la date d'extinction du droit à l'image collective. Néanmoins, elle considère que cela ne peut pas être fait en cours d'exercice et qu'il convient plutôt d'y procéder **à l'issue de la saison sportive actuelle, soit à compter du 1^{er} juillet 2010**.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

*Article additionnel après l'article 17 quater
(art. L. 136-7-2 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale)*
Extension de l'assiette de la contribution sociale généralisée

Objet : Cet article a pour objet d'étendre l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) aux ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art et d'antiquité.

Instaurée par la loi de finances pour 1991, la contribution sociale généralisée (CSG) est, après les cotisations, la principale ressource des branches maladie et famille de la sécurité sociale. Elle complète aussi les recettes de trois organismes de sécurité sociale, le fonds de solidarité vieillesse (FSV), la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le produit attendu de la CSG pour 2009 devrait s'élever à 82,1 milliards d'euros, dont 62,2 milliards pour la Cnam, 11,9 milliards pour la Cnaf, 9,1 milliards pour le FSV, 2,2 milliards pour la Cades et 1,1 milliard

¹ *Arrêt sur image : le droit à l'image collective des sportifs professionnels en question - Rapport d'information Sénat n° 255 (2007-2008), établi au nom de la commission des finances.*

pour la CNSA. Cet impôt affecté, dû par les personnes fiscalement domiciliées en France, se caractérise ainsi par un rendement très élevé qui s'explique notamment par l'étendue de son assiette. En effet, à la suite d'extensions successives, la CSG porte actuellement sur quatre catégories de revenus, ainsi que sur les jeux.

Revenus soumis à la CSG

• Revenus d'activité et assimilés

Les revenus soumis à la CSG au taux de 7,5 % :

- les salaires (montant brut après abattement de 3 % pour frais professionnels, depuis le 1^{er} janvier 2005),
- les allocations de préretraite pour les salariés dont le départ ou la cessation anticipée d'activité a pris effet à partir du 11 octobre 2007,
- les revenus non salariaux des professions indépendantes,
- les revenus tirés de la participation et de l'intéressement,
- les indemnités de licenciement, de mise à la retraite, et les autres sommes versées en cas de rupture du contrat de travail (pour la part excédant le minimum légal ou conventionnel),
- les allocations parentales complémentaires,
- les contributions patronales pour la prévoyance et les retraites supplémentaires.

• Revenus de remplacement

Les revenus de remplacement soumis à la CSG au taux de 6,2 % :

- les allocations de chômage,
- les indemnités journalières de maladie, maternité, accident du travail, maladies professionnelles, versées par les organismes de sécurité sociale,
- les indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale versées postérieurement à la rupture du contrat de travail.

Les revenus de remplacement soumis au taux de 6,6 % :

- les pensions de retraite,
- les pensions d'invalidité,
- les allocations de préretraite, pour les salariés dont le départ ou la cessation anticipée d'activité a pris effet avant le 11 octobre 2007.

• Revenus du patrimoine et de placement

Les revenus soumis à la CSG au taux de 8,2 % :

- les revenus fonciers,
- les revenus des locations meublées non professionnelles,
- les revenus des capitaux mobiliers non soumis à prélèvement libératoire,
- les plus values sur biens meubles et immeubles, les plus-values, gains en capital et profits,
- les rentes viagères constituées à titre onéreux,
- les revenus de l'épargne salariale,

- les produits de placement soumis à prélèvement libératoire (exemples : bons du Trésor, obligations, titres de créances négociables),
- certains produits de placement exonérés d'impôt sur le revenu (exemples : plans et comptes d'épargne logement, assurance vie, plans d'épargne populaire, plans d'épargne en action, plans d'épargne retraite, capital risque).

• **Sur les jeux**

Une partie des sommes mises sur les jeux est soumise à la CSG au taux de 9,5 %.

La CSG couvre donc la quasi-totalité des revenus d'activité et de remplacement ainsi qu'un nombre croissant de revenus de placement.

Néanmoins, **l'assiette de la CSG demeure plus étroite que celle de la CRDS**. Cette dernière, prélevée au taux de 0,5 %, inclut, comme le précédente, les revenus d'activité et de remplacement, les revenus du patrimoine et les revenus de placement. Mais elle est aussi perçue sur d'autres éléments d'assiette :

- l'aide personnalisée au logement, l'allocation de logement à caractère social et les prestations familiales (à l'exception de l'allocation de parent isolé et de l'allocation d'éducation spéciale) ;

- certains revenus d'activité d'origine étrangère perçus par des personnes fiscalement domiciliées en France mais ne relevant pas de la sécurité sociale française ;

- les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'arts, de collection et d'antiquité ;

- les revenus de remplacement des personnes non imposables à l'impôt sur le revenu mais assujetties à la taxe d'habitation ;

- une fraction plus importante des sommes mises dans les jeux.

Cet écart entre les deux assiettes mérite d'être examiné. S'il est évidemment difficile d'envisager de soumettre à la CSG les prestations familiales, il est néanmoins possible d'aligner dès maintenant les deux assiettes, d'une part, sur la fraction des sommes mises dans les jeux, d'autre part, sur la vente des métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité.

En ce qui concerne les jeux, un projet de loi relatif à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne est actuellement en cours d'examen. Il contient une réforme complète de la taxation des sommes mises. C'est donc dans ce cadre que l'extension de l'assiette de la CSG doit être effectuée.

C'est pourquoi, le présent article se limite à étendre l'assiette de la CSG au produit des ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité.

Le prélèvement de CRDS assis sur ces ventes, au taux de 0,5 %, a permis de recouvrer 2,7 millions d'euros en 2008. C'est donc quelques millions d'euros supplémentaires que pourrait rapporter l'alignement d'assiette proposé.

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

Article 18

(art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale)

Exonération de la cotisation d'assurance vieillesse pour les centres communaux et intercommunaux d'action sociale

Objet : Cet article a pour objet de préciser le champ d'application de l'exonération des cotisations patronales d'assurance vieillesse sur les rémunérations des aides à domicile employées par les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS) et relevant de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

I - Le dispositif proposé

1 - L'exonération de cotisations patronales de retraite pour les aidants à domicile ayant la qualité d'agent titulaire d'un CCAS ou CIAS

• La loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 a posé le principe d'une exonération totale de la cotisation patronale d'assurance vieillesse sur les rémunérations des aides à domicile employées, en qualité de titulaire, par un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CIAS) et relevant de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Cette mesure, codifiée à l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1999.

Une note de la Caisse des dépôts et consignations du 7 octobre 1999 adressée aux CCAS et aux CIAS précise les modalités d'application de l'exonération. Celle-ci porte sur les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire. Ces fonctionnaires ont pour mission d'accomplir chez les personnes âgées ou handicapées un travail matériel, moral et social contribuant à leur maintien à domicile. Ils accomplissent des travaux d'entretien courant du logement, confectionnent les repas et prodiguent les soins sommaires d'hygiène. En aucun cas, ils ne pratiquent des soins qui exigent la possession de diplômes officiels.

• En application du protocole d'accord signé le 25 janvier 2006 entre le Gouvernement et certaines organisations syndicales (« accords Jacob »), l'ensemble des cadres d'emplois de la catégorie C de la fonction publique territoriale, en particulier ceux relevant de la filière médico-sociale, ont été restructurés. Les aides à domicile sont désormais regroupées dans le cadre d'emplois des agents sociaux.

La rémunération de ces agents, quel que soit leur grade (agent social, agent social qualifié de deuxième classe, agent social qualifié de première classe), est exonérée de la cotisation patronale d'assurance vieillesse pour la fraction de leur rémunération versée en contrepartie des tâches effectuées auprès des personnes visées au III de l'article L. 242-10 du code de la sécurité sociale, à savoir :

- les personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément d'éducation spéciale mentionné à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ;

- les personnes titulaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne, les personnes titulaires d'une majoration pour tierce personne (servie au titre de l'assurance invalidité et de l'assurance vieillesse, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes civiles de la guerre) ;

- les personnes remplissant la condition de dépendance requise pour l'ouverture du droit à la prestation spécifique dépendance (PSD) ;

- les personnes se trouvant dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;

- les personnes bénéficiaires de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale, dans le cadre d'une convention conclue entre les CCAS ou CIAS et un organisme de sécurité sociale.

L'article L. 214-10 n'est applicable qu'aux rémunérations versées à une aide à domicile au titre de son activité au domicile privé d'une personne entrant dans son champ d'application. En conséquence, les rémunérations des agents sociaux employés par un établissement d'accueil pour personnes âgées ou handicapées géré par un CCAS ou CIAS ne peuvent, en aucun cas, être exonérées (à l'exception des logements-foyers, considérés comme le domicile substitutif de la personne dépendante).

2 - Les conséquences financières de l'exonération et l'extension de son champ d'application

Depuis sa mise en œuvre, l'exonération de cotisations patronales d'assurance vieillesse au bénéfice des CCAS et CIAS s'est traduite par un manque à gagner croissant pour la CNRACL. Entre 1999 et 2007, son coût a plus que triplé, passant de 9,3 millions d'euros à 30,1 millions.

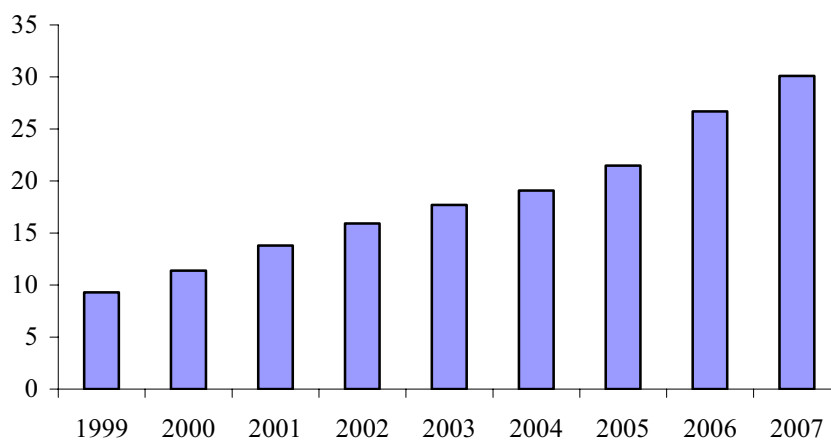
Historique des exonérations de contributions depuis 1999

Année	Total des exonérations (en millions d'euros)	Evolution
1999	9,3	
2000	11,4	23 %
2001	13,8	21 %
2002	15,9	15 %
2003	17,7	11 %
2004	19,1	8 %
2005	21,5	13 %
2006	26,7	14 %
2007	30,1	13 %

Source : CNRACL

Total des exonérations

(en millions d'euros)



A l'origine circonscrit aux rémunérations des seuls aidants à domicile, agents titulaires du cadre d'emplois des agents sociaux, le champ d'application de l'exonération a été progressivement étendu, sous l'effet de la jurisprudence de la Cour de Cassation (arrêt du 11 octobre 2007 « centre communal d'action social de Roissy-en-Brie »). Celle-ci a en effet interprété les dispositions de l'article L. 214-10 dans un sens extensif en octroyant le bénéfice de cette exonération à tous les agents titulaires des CCAS-CIAS qui, quel que soit leur cadre d'emploi, ont pour activité principale l'aide à domicile.

Cette jurisprudence pose deux problèmes :

- en donnant une interprétation très large du dispositif, elle va au-delà de la volonté initiale du législateur, lequel ne visait que les agents dont l'aide à domicile est statutairement la fonction ;

- elle risque d'entraîner des surcoûts pour la CNRACL, alors que son équilibre financier est déjà précaire.

Le présent article propose donc de rétablir le champ d'application initial du dispositif. Pour ce faire, il modifie le dernier alinéa du paragraphe III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale en précisant que l'exonération ne s'applique qu'aux rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire d'un CCAS ou d'un CIAS et relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission estime indispensable de recentrer le dispositif de l'exonération de cotisation patronale sur le public initialement visé, à savoir les aidants à domicile ayant la qualité d'agent titulaire d'un CCAS ou d'un CIAS.

La décision de la Cour de cassation du 11 octobre 2007, en étendant le bénéfice de l'exonération à tous les agents titulaires des CCAS-CIAS qui, quel que soit leur cadre d'emploi, ont pour activité principale l'aide à domicile, va en effet à l'encontre de la volonté initiale du législateur. Elle a, en outre, des conséquences non négligeables sur les comptes de la CNRACL.

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

Article additionnel après l'article 18

**Anticipation limitée du transfert du recouvrement des cotisations
d'assurance chômage aux Urssaf**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de préparer le transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage par les Urssaf en organisant une phase pilote d'anticipation, en accord avec les organismes concernés.

Afin de simplifier les démarches des employeurs, la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi a délégué le recouvrement des cotisations à l'assurance chômage et à l'association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS) aux Urssaf et aux caisses générales de sécurité sociale.

L'article 5 de cette même loi a prévu que ce dispositif entrerait en vigueur à une date définie par décret, au plus tard le 1^{er} janvier 2012.

Au cours des travaux préparatoires à la mise en œuvre de cette délégation, il est apparu opportun, pour garantir toutes les conditions de réussite du transfert du recouvrement, de prévoir, en accord avec l'Unedic, la faculté d'appliquer le dispositif à une date antérieure au 1^{er} janvier 2012. Il semble en effet utile de prévoir une phase pilote pour vérifier concrètement l'efficacité du transfert des opérations de recouvrement avant de le généraliser.

A cet effet, le **paragraphe I** dispose que les nouvelles modalités de recouvrement prévues par la loi du 13 février 2008 pourront s'appliquer dès l'année 2010, pour l'ensemble ou certaines catégories de cotisants et par un ou plusieurs des organismes qui seront chargés désormais de ces opérations. Les conditions de cette anticipation limitée seront fixées par décret.

Par ailleurs, les très petites entreprises, celles de moins de dix salariés, bénéficient actuellement d'une procédure de règlement simplifié de leurs cotisations et contributions. Il est proposé, **au paragraphe II**, de la maintenir.

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

Article 19

(art. L. 131-7 du code de la sécurité sociale)

Non-compensation par le budget de l'Etat d'une mesure d'exonération de cotisations sociales

Objet : *Cet article prévoit, par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la non-compensation d'une mesure d'exonération de cotisations sociales, instituée par la loi pour le développement économique des outre-mer.*

I - Le dispositif proposé

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale dispose que :
« *Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application.* »

A défaut d'avoir pu élever au niveau organique ce principe de la compensation obligatoire par l'Etat des exonérations de charges sociales, issu de la loi Veil du 25 juillet 1994, votre commission a souhaité que la loi organique précise que toute dérogation à ce principe devra être expressément autorisée par une loi de financement. Ainsi, désormais, **l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale** indique, dans son IV : « *Seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base.* »

En application de ces dispositions, le présent article prévoit la non-compensation d'**une mesure d'exonération**, et d'une seule, soit bien moins que les années précédentes : la loi de financement pour 2007 comprenait trois dispositifs non compensés, la loi de financement pour 2008, cinq et la loi de financement pour 2009, huit.

Le **paragraphe I** indique ainsi que l'article L. 131-7 n'est pas applicable à la prime exceptionnelle instituée par l'article 3 de la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

Cette prime a été créée pour répondre aux difficultés économiques particulières rencontrées par les territoires outre-mer. Elle permet aux employeurs des territoires dans lesquels un accord régional ou territorial interprofessionnel applicable dès 2009 a été conclu de verser une prime d'un maximum de 1 500 euros par salarié et par an. Il s'agit d'une mesure à caractère temporaire puisqu'elle est limitée à trois ans et qui ne peut se substituer à des éléments de rémunération soumis aux cotisations de sécurité sociale.

La prime est exclue de l'assiette de toutes les cotisations ou contributions d'origine légale ou conventionnelle, à l'exception de la CSG, de la CRDS et du forfait social.

La perte de recettes due à cette exemption d'assiette est estimée à 63 millions d'euros en 2009 et à 95 millions en 2010 en année pleine.

Le **paragraphe II** prévoit que la mesure de non-compensation s'applique à compter de la publication de la loi du 27 mai 2009, c'est-à-dire le 28 mai 2009.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Contrairement aux années précédentes et sans renier le principe de compensation auquel elle est résolument attachée, votre commission ne vous demandera pas de supprimer cet article.

En effet, il ne comporte qu'une seule mesure, à comparer aux seize dispositifs concernés les trois années précédentes. Il est par ailleurs bien spécifié dans l'article 3 de la loi pour le développement économique des outre-mer qu'elle ne peut se substituer à des éléments ou des augmentations de rémunération, ni à des primes conventionnelles. Par ailleurs, le bonus a une durée de vie limitée.

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

Article 20

Montant de la compensation des exonérations

Objet : Cet article propose d'approuver le montant de la compensation des exonérations de cotisations et contributions sociales dites « ciblées », soit 3,5 milliards d'euros, leur détail figurant dans l'annexe 5 du projet de loi de financement.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

c) Elle approuve le montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 5° du III de l'article L.O. 111-4 ;

Article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale

(extraits du III)

III. - Sont jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année des annexes :

5° Enumérant l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, présentant les mesures nouvelles introduites au cours de l'année précédente et de l'année en cours ainsi que celles envisagées pour l'année à venir et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu, les moyens permettant d'assurer la neutralité de cette compensation pour la trésorerie desdits régimes et organismes ainsi que l'état des créances. Ces mesures sont ventilées par nature, par branche et par régime ou organisme ;

Ces dispositions revêtent une très grande importance pour votre commission qui, lors de la discussion de cette loi organique, avait en effet souhaité voir le principe de la compensation élevé au niveau organique.

L'article propose d'approuver le montant des compensations pour 2010, en le fixant à **3,5 milliards d'euros**, au lieu de 3,4 milliards d'euros en 2009.

Ce chiffre correspond uniquement aux **dispositifs ciblés**, les allègements généraux étant financés par un ensemble de recettes fiscales affectées à ce titre au régime général en application de l'article 56 de la loi de finances pour 2006. Les allègements sur les heures supplémentaires institués par la loi Tepas sont également compensés par l'affectation de recettes fiscales, comme le prévoit l'article 28 du projet de loi de finances pour 2008.

Les allègements ciblés de cotisations sociales sont, pour leur part, compensés par des **crédits budgétaires**.

L'annexe 5 fournit le détail de ces exonérations. Avant d'en mesurer l'enjeu financier, ce document présente d'abord une sorte de panorama de l'ensemble des dispositifs d'exonération existants.

Présentation des dispositifs d'exonération de cotisations ou contributions sociales

- allègement général sur les bas salaires (« réduction Fillon ») ;
- heures supplémentaires et complémentaires (loi Tepas) ;
- mesures visant à promouvoir l'apprentissage, la qualification et les stages (quatre dispositifs) ;
- mesures destinées à favoriser l'emploi de publics en difficulté : jeunes et titulaires de minima sociaux (trois dispositifs) ;
- mesures ciblées sur les services à la personne (cinq dispositifs) ;
- dispositifs propres à l'emploi dans le secteur agricole (sept dispositifs) ;
- exonérations ciblées sur certains territoires (zones de revitalisation rurale ou urbaine, zones franches urbaines, Dom) (neuf dispositifs) ;
- exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité (hôtels, cafés, restaurants, jeunes entreprises innovantes, marins salariés) (six dispositifs) ;
- exonérations applicables aux travailleurs non salariés non agricoles (six dispositifs).

Au total, l'annexe au projet de loi de financement pour 2010 comporte **quarante-quatre mesures d'exonérations**. S'y ajoutent divers mécanismes d'exemptions d'assiette qui figurent dans ce même document et sont au nombre de vingt-quatre cette année.

Contrairement aux années précédentes, ni le projet de loi de financement, ni le projet de loi de finances ne proposent cette année de mesures pour modifier ou créer des exonérations. L'article 18 du présent projet de loi ne fait en effet que préciser l'exonération de cotisation vieillesse pour les centres communaux et intercommunaux d'action sociale ; c'est une mesure qui n'a pas d'impact pour le régime général et qui n'est pas compensée par l'Etat.

Le montant de l'ensemble des mesures d'exonérations - générales et ciblées - reste néanmoins très élevé. Pour la deuxième année consécutive cependant, il ne progresse pas en 2010.

Le tableau ci-après fournit une synthèse du coût des exonérations pour les exercices allant de 2007 à 2010. Il affiche aussi le montant des mesures d'exonération non compensées.

Coût des exonérations

(en millions d'euros)

Dispositifs	2007	2008	2009	2010
Allègements généraux (« réduction Fillon »)	21 433	22 608	22 357	22 099
Heures supplémentaires (loi Tepas)	263	2 954	2 953	2 898
Allègements ciblés	4 135	4 275	3 967	3 494
Total mesures compensées	25 861	29 936	29 302	28 517
Mesures non compensées	3 051	2 850	2 801	2 963
Total exonérations compensées et non compensées	28 912	32 785	32 103	31 480

Source : annexe 5 du PLFSS

Ce tableau fait notamment apparaître :

- le coût très élevé de la politique d'allègement de charges sociales, supérieure à 31 milliards d'euros en 2010 ;

- l'impact prépondérant dans cet ensemble de la « réduction Fillon » et du poids de la détaxation des heures supplémentaires au titre de la loi Tepas ;

- l'importance des mesures non compensées : ce montant atteint 2,96 milliards d'euros en 2010 ; il se rapproche de celui des mesures d'allègement ciblées et compensées.

La compensation des exonérations ciblées, évaluée à 3,5 milliards pour 2010, se fait par crédits budgétaires. Quatre missions y contribuent pour l'essentiel ainsi que le montre le tableau ci-après.

(en millions d'euros)

Compensation budgétaire	2007 Exécution	2008 Exécution	2009 LFI	2010 PLF
Mission Travail	1 465	1 744	1 919	1 891
Mission Outre-mer	782	1 074	1 011	1 104
Mission Ville	299	348	280	247
Mission Recherche	100	115	110	110
Total des allègements ciblés compensés (toutes missions)	2 767	3 391	3 451	3 494

Pour la mission « Travail », il s'agit principalement de compenser les exonérations liées au contrat d'apprentissage (693 millions inscrits dans le projet de loi de finances pour 2010) ainsi qu'au développement des services à la personne. La mission « Outre-mer » finance la franchise de cotisations patronales pour les entreprises implantées dans les Dom, mesure la plus importante en termes de volume financier, soit 1,087 milliard. La mission

« Ville » compense les exonérations liées aux zones franches urbaines (238 millions), la mission « Recherche » celles relatives aux jeunes entreprises innovantes (105 millions).

Par rapport à 2009, les principales progressions concernent les exonérations relatives à l'outre-mer et aux services à la personne. En revanche, les dotations compensant les exonérations sur les contrats d'apprentissage sont en baisse sensible, du fait d'une modification de l'assiette forfaitaire servant de base au calcul de l'exonération.

Ces crédits se révèlent néanmoins, année après année, insuffisants. **En 2006, il a manqué 1 milliard d'euros. En 2007 comme en 2008, l'insuffisance des crédits budgétaires s'est élevée à plus de 1,2 milliard d'euros.**

Pour 2009, l'inscription des crédits nécessaires en loi de finances a été établie sur la base des demandes faites par les caisses de sécurité sociale elles-mêmes, dans le but d'assurer une meilleure adéquation des crédits aux besoins réellement constatés. De fait, les dotations prévues à ce titre dans les missions « Travail » et « Outre-mer » ont été sensiblement accrues. Néanmoins, on constate aujourd'hui à nouveau **des insuffisances de crédits évaluées à environ 500 millions d'euros**. Les dispositifs dont le coût n'ont pas suffisamment été pris en compte en loi de finances sont les mêmes qu'en 2008, mais pour des montants inférieurs ; ils concernent les contrats d'apprentissage, les entreprises implantées dans les Dom, les services à la personne et les contrats de professionnalisation.

Pour 2010, le montant des crédits budgétaires prévus est légèrement supérieur à celui voté en 2009. Toutefois, compte tenu du coût réel des exonérations envisagé pour 2009, il devrait une nouvelle fois s'avérer inférieur aux besoins, bien que dans des proportions moindres.

Du fait des décalages enregistrés chaque année entre les dotations budgétaires prévues pour la compensation des exonérations ciblées et leur coût réel, une dette de l'Etat se constitue envers la sécurité sociale. Ainsi, pour le régime général, cette dette a atteint, de manière cumulée, 1,78 milliard d'euros au 31 décembre 2008 et pour l'ensemble des régimes 2,89 milliards d'euros.

Compte tenu des versements effectués par l'Etat au premier semestre 2009, la situation est la suivante : **la dette cumulée par l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale au titre des exercices 2008 et antérieurs a atteint, au 31 décembre 2008, 2,25 milliards d'euros pour le régime général et 2,85 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à rectifier une erreur matérielle.

III - La position de votre commission

Votre commission souhaite, au préalable, souligner **la très grande qualité de l'annexe 5** qui fournit, de façon encore plus exhaustive cette année, le détail des diverses mesures d'exonérations de charges et d'exemptions d'assiette ainsi que les modalités de leur compensation.

Elle salue aussi les progrès faits dans deux directions :

- une **évaluation plus correcte des crédits budgétaires initiaux** nécessaires à la compensation des mesures d'exonérations ciblées ; votre commission espère que cet effort d'assainissement pourra être mené à son terme et que, dans l'exécution des prochaines lois de finances, on n'observe plus de décalage entre les dotations initiales et le coût réel des exonérations pour la sécurité sociale ;

- un **souci d'appliquer rigoureusement les nouvelles règles de bonne gouvernance de la loi de programmation des finances publiques** ; celles-ci doivent en effet conduire, d'une part, à ne plus créer de mesure dérogatoire sans la gager par la suppression ou la limitation d'une autre mesure, d'autre part, à réexaminer chacun des dispositifs d'exonération ou d'exemption d'assiette en vigueur, au regard de son coût et de son efficacité.

Les mesures de la loi de programmation des finances publiques destinées à encadrer les dispositifs d'exonération de charges sociales

La loi n° 209-135 du 9 février 2009 de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 définit plusieurs règles de bonne gouvernance et d'encadrement des dépenses fiscales et des niches sociales, qui figurent aux articles 10 à 12.

L'article 10 fixe le principe de l'interdiction de l'adoption de mesures nouvelles qui auraient pour conséquence la diminution des ressources affectées au budget de l'Etat ou à la sécurité sociale.

Cette contrainte s'apprécie sur l'ensemble de la période de programmation afin d'éviter les effets amplificateurs liés au cycle économique mais sous réserve d'un suivi attentif dans le cadre du bilan annuel de mise en œuvre de la loi de programmation.

L'article 11 pose une règle de gage : toute création ou extension d'une niche fiscale ou sociale devra être compensée par la suppression ou la diminution d'une autre de ces niches pour un montant équivalent.

Cette règle s'apprécie pour l'ensemble des changements législatifs intervenus en cours d'année, dans le domaine fiscal, d'une part, dans le champ social, d'autre part.

Par ailleurs, les dispositifs institués pendant la période de programmation ne seront valables que pendant les quatre années qui suivront leur entrée en vigueur.

L'article 12 prévoit que, chaque année, avant le 15 octobre, le Gouvernement présente au Parlement un objectif annuel de coût des niches fiscales et sociales, ainsi qu'un bilan des dispositifs créés, modifiés ou supprimés au cours de l'année qui précède. Par ailleurs, dans les trois années suivant l'entrée en vigueur d'une nouvelle mesure, le Gouvernement devra présenter au Parlement un rapport d'évaluation de l'efficacité et du coût de la mesure considérée. Enfin, avant le 30 juin 2011, tous les dispositifs actuellement en vigueur devront avoir été évalués.

Ces nouvelles règles répondent très largement aux attentes exprimées depuis longtemps par votre commission. L'annexe 5 en fait un suivi rigoureux. Elle montre notamment que, **pour la première année d'application de la règle de gage, l'objectif en matière de création-modification des exonérations et exemptions d'assiette a été respecté.** Il laisse même apparaître un léger dépassement de l'objectif, c'est-à-dire un montant d'économies évalué à environ 300 millions d'euros pour 2010.

Pour votre commission, il est essentiel que ce bon résultat ne puisse être interprété comme la possibilité ouverte à la création de nouveaux dispositifs. La priorité est en effet bien aujourd'hui de réduire le champ global des niches sociales.

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

*Article additionnel après l'article 20
(art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale)*

Annualisation du calcul des allègements généraux de charges sociales

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'éviter certaines pratiques d'optimisation utilisées pour le calcul des allègements généraux de charges sociales.

Dans la conclusion de son dernier rapport sur les prélèvements obligatoires des entreprises dans une économie globalisée, remis en octobre 2009 à la suite d'une demande de la commission des finances du Sénat, le Conseil des prélèvements obligatoires recommande, en matière de prélèvements sociaux, de **s'interroger sur l'ensemble des dispositifs d'allègements de cotisations et d'exemptions d'assiette existants.**

Il justifie la nécessité de cette réflexion par le fait qu'une baisse uniforme des taux de cotisations sociales, favorable à la compétitivité, serait possible à prélèvements constants si l'on réduisait ces dispositifs dérogatoires. Une telle mesure aurait toutefois des conséquences sur le niveau du coût du travail au voisinage du Smic, et donc sur l'emploi faiblement qualifié, qu'il convient de pouvoir apprécier.

**Propositions récemment formulées
pour recentrer les dispositifs dérogatoires**

- abaisser le seuil de sortie des allègements généraux

La Cour des comptes puis la mission d'information commune de l'Assemblée nationale sur les exonérations de cotisations sociales ont recommandé un abaissement du seuil de sortie des allègements généraux à respectivement 1,3 Smic (9,2 milliards de gains chiffrés en 2007) ou 1,4 Smic (6 milliards). Il s'agirait par là également de modifier la pente des allègements et donc le coût des hausses de salaires, avec toutefois le risque d'un renforcement possible de l'effet de trappe à bas salaire ;

- limiter le bénéfice des allègements généraux à certaines entreprises

Une autre piste consisterait à accorder le bénéfice des allègements généraux en fonction de la taille des entreprises : la Cour recommandait ainsi en 2007 de recentrer ce dispositif sur les PME, pour le limiter aux entreprises dont l'effectif se situe en-deçà d'un certain seuil de salariés, moins de cinquante salariés (gain de 6,7 milliards) voire moins de vingt salariés (9,6 milliards). La mission d'information commune de l'Assemblée nationale proposait de les réserver aux seuls cinq cents (4 milliards d'euros) ou mille premiers emplois (3,2 milliards) ;

- réexaminer les exonérations ciblées

Les exonérations ciblées de cotisations sociales devraient faire l'objet d'un réexamen au regard de leur coût et de leur efficacité sur l'emploi. Ainsi, l'aide exceptionnelle à l'embauche à destination des entreprises de moins de dix salariés, mise en place dans le cadre du plan de relance du 4 décembre 2008, ne devrait pas être pérennisée, ni étendue à d'autres catégories d'entreprises ;

- relever les contributions sur les exemptions d'assiette

Les contributions sur les éléments exemptés d'assiette pourraient par ailleurs être relevées, notamment s'agissant de l'épargne salariale et des contributions à la prévoyance complémentaire, productrices de fortes inégalités entre entreprises, salariés et ménages. Le taux du forfait social (2 %) pourrait être revalorisé (gain de 1,6 milliard avec un taux à 10 %) tout en maintenant un niveau d'assujettissement inférieur au taux normal, et son assiette étendue à certains compléments de rémunération non couverts.

Votre commission estime indispensable que la réflexion sur les allègements de charges sociales puisse désormais aboutir à des propositions concrètes. Le coût de l'ensemble des allègements généraux et ciblés, soit **30,4 milliards d'euros en 2009**, justifie à lui seul qu'il en soit ainsi.

Le ministre des comptes publics a récemment confié sur ce sujet une mission à l'inspection générale des finances. Il faudra que ses préconisations permettent une réforme de ces différents dispositifs dont votre commission ne méconnaît évidemment pas l'utilité, notamment en termes d'emploi non qualifié.

En attendant, une première mesure pourrait être adoptée afin d'éviter certaines pratiques d'optimisation. Comme l'indique le Conseil des prélèvements obligatoires, *« en matière de prélèvements sociaux, le calcul des allègements généraux pourrait être annualisé, afin d'éviter les pratiques de certains employeurs qui versent des rémunérations sur plus de douze mois, permettant à un salaire de bénéficier pendant onze mois d'allègements au niveau maximal alors que la rémunération annuelle, lissée sur douze mois, serait nettement supérieure. »*

« Cette pratique est très répandue dans le secteur financier, l'immobilier, le conseil et l'assistance, et l'édition. A l'inverse elle est rare dans l'industrie ou dans le secteur sanitaire et social. Un meilleur encadrement permettrait des gains de l'ordre de 2 à 3 milliards d'euros, dont le coût serait essentiellement supporté par les secteurs protégés, et favoriserait ainsi les secteurs exposés en finançant une baisse uniforme des taux. La faisabilité technique reste toutefois à étudier, afin d'en limiter les coûts de gestion supplémentaires pour les entreprises et pour les URSSAF. »

Votre commission propose donc que **le calcul des allègements généraux de charges sociales soit désormais réalisé à partir d'un douzième de la rémunération annuelle des salariés.**

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

Section 2

Révisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 21

Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Objet : Cet article a pour objet de fixer les prévisions de recettes pour 2010 de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général, ainsi que des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

a) Elle prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes. L'évaluation de ces recettes, par catégorie, figure dans un état annexé ;

Les recettes attendues pour 2010 s'élèvent à **404,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 1,8 % par rapport à 2009. Pour le régime général, ce montant est de **288,1 milliards d'euros**, en progression de 1,3 % par rapport à 2009.

L'essentiel de l'évolution des recettes en 2010 est imputable aux **conséquences de la crise économique**, de ses effets sur l'emploi et donc de la masse salariale. Celle-ci devrait connaître deux années consécutives de baisse, à hauteur de 2 % en 2009 et 0,4 % en 2010.

L'annexe C incluse dans le projet de loi de financement fournit le détail des recettes des régimes de sécurité sociale, par catégorie et par branche. D'autres précisions sont données par deux documents annexés au projet de loi de financement : l'annexe 4 « *Recettes des régimes de sécurité sociale par catégorie et par branche* » et, pour partie, l'annexe 9 « *Impact sur les comptes des mesures nouvelles* ».

Les recettes de la sécurité sociale se divisent en quatre grands ensembles auxquels il faut ajouter les recettes des organismes concourant au financement des régimes de base (en l'occurrence, le FSV).

• Les cotisations

En 2010, les cotisations s'élèveraient à **210,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à **166 milliards** pour le régime général, en hausse, respectivement, de 0,7 % et de 0,3 % par rapport à 2009.

Près de la moitié des cotisations sont affectées à la branche vieillesse (45,4 % du montant total des cotisations pour l'ensemble des régimes de base). Viennent ensuite la branche maladie avec 35,2 %, la famille pour 15,2 % et les accidents du travail - maladies professionnelles pour 4,2 %.

Selon les calculs de la commission des comptes de la sécurité sociale, la valeur d'un point de cotisation représenterait, en 2010, 4,83 milliards pour la branche vieillesse, 6 milliards pour la branche maladie et 6,84 milliards pour la branche famille du régime général, soit des niveaux inférieurs à ceux constatés pour 2008 et 2009.

• Les impôts et taxes affectés

En 2010, les impôts et taxes affectés aux régimes de base s'élèveraient à **115,4 milliards d'euros**, en augmentation de 1,6 % par rapport à 2009. Sur ce total, les impôts et taxes affectés au régime général représenteraient **95,1 milliards**, en hausse de 1,3 % par rapport à 2009.

Cette catégorie est donc globalement stable, au lieu d'augmenter comme les années précédentes. La branche maladie est la première bénéficiaire de ces recettes, avec plus de 70 % de l'ensemble, en raison de l'affectation à cette branche de la majeure partie de la CSG, soit 58,2 milliards sur un produit total de 70,2 milliards.

Le reste des impôts et taxes affectés est essentiellement marqué par l'évolution des droits tabacs et de la taxe sur les salaires qui entrent dans la composition du panier de recettes fiscales affectées à la compensation des allègements généraux de charges sociales.

• Les contributions publiques

La catégorie « contributions publiques » comporte trois ensembles : les subventions d'équilibre à divers régimes, les remboursements de prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat, enfin les remboursements de cotisations.

Le total de ces contributions atteindrait, pour l'ensemble des régimes de base, **7 milliards d'euros** en 2010.

Les subventions d'équilibre à divers régimes, destinées à assurer l'équilibre de certains régimes spéciaux, pourraient s'élever à **6,5 milliards**, dont 2,9 milliards pour la SNCF (soit la moitié de l'ensemble), 1,1 milliard pour le régime des ouvriers de l'Etat, 787 millions pour le régime des marins et 978 millions pour le régime minier. Depuis 2005, le régime des exploitants agricoles ne reçoit plus de subvention d'équilibre.

Les remboursements de prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat qui pourraient s'élever à **7 milliards** en 2010, dont 6,6 milliards au titre de l'allocation aux adultes handicapés servie par la Cnaf, figurent désormais dans des comptes de tiers, ce qui diminue d'autant le montant des recettes de la sécurité sociale mais n'a pas d'impact sur le solde puisque les objectifs de dépenses sont réduits symétriquement.

Enfin, les remboursements de cotisations atteindraient **3,86 milliards** en 2010. Il s'agit du financement des exonérations ciblées de charges sociales, qui resteraient pratiquement stables par rapport à 2009.

• Les transferts

Les transferts reçus par les régimes de sécurité sociale atteindraient **19 milliards** d'euros. L'essentiel est lié à des transferts internes aux régimes de base, notamment au titre de la compensation démographique.

• Les recettes du FSV

Pour les recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, ne sont mentionnées, au titre de 2010, que les recettes du FSV, du fait de la suppression du Ffipsa depuis le 1^{er} janvier 2009.

Les prévisions de recettes du FSV pour 2010, inscrites au 3^o de cet article, atteignent **12,9 milliards d'euros**, soit au même montant qu'en 2009.

Ces recettes sont, conformément à l'annexe C, pour l'essentiel des impôts et taxes affectés, pour un montant de 9,3 milliards, dont 9,2 milliards au titre de la CSG.

L'autre source de recettes pour le FSV est constituée d'**un transfert de la Cnaf au titre des majorations de pensions pour enfants à charge**. Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et fixé initialement à 15 % du montant de ces majorations, le taux de ce transfert a été

porté à 30 % en 2002, puis à 60 % pour 2003, 2004 et 2005. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a figé ce taux à 60 % pour les années 2006 et suivantes. La loi de financement pour 2009 a relancé le processus de transfert et a fixé ce taux à 70 % pour 2009 et 85 % pour 2010, ce qui entraîne un transfert de 3,6 milliards, au lieu de 2,9 milliards en 2009 et de 2,4 milliards en 2008.

Le tableau ci-après détaille **l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2010 sur les recettes.**

Mesures nouvelles 2010 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes	FSV
Mesures nouvelles 2010 sur les recettes	550	593	46
Augmentation du forfait social	380	380	
Suppression de l'exonération dont bénéficient certains contrats d'assurance vie à la succession	172	172	21
Augmentation de la taxe promotion sur les dispositifs médicaux	3	3	
Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au titre du financement de la lutte contre la pandémie grippale	255	300	
Doublement de la contribution sur les retraites « chapeau »			25
Transfert de droits de consommation sur les tabacs au panier Tepas et au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles	- 165	- 167	
Non-compensation du bonus outre-mer	- 95	- 95	

Au titre du présent projet de loi de financement, **les mesures nouvelles en matière de recettes** atteignent près de 600 millions d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et 550 millions pour le régime général.

Ces mesures sont de trois catégories différentes :

- la première recouvre **une mesure exceptionnelle** : il s'agit de la contribution des organismes complémentaires au financement de la lutte contre la pandémie grippale, soit environ 300 millions pour l'ensemble des régimes en 2010 (article 10) ;

- la deuxième s'inscrit dans le cadre de **la politique de rationalisation des niches sociales** ; elle regroupe quatre mesures, dont trois seulement ont un impact en 2010 ; il s'agit du renforcement des prélèvements portant sur les retraites « chapeau » (article 14), du doublement du forfait social (article 15), de la suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et de droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux (article 16) et de l'aménagement du régime des contrats

d'assurance vie au regard des contributions sociales en cas de décès (article 17) ;

- la troisième est issue de **la réaffectation d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs** au profit, d'une part, du panier de compensation des exonérations liées aux heures supplémentaires, d'autre part, du financement d'une mesure d'amélioration de la pension de réversion du régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles (article 13).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 22

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2010 de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

Le tableau fait apparaître un déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires, en 2010, de **31,5 milliards d'euros** au lieu de 24,7 milliards pour l'année en cours et de 9,7 milliards pour 2008, soit une dégradation sans précédent de 21,8 milliards en deux ans.

Toutes les branches affichent des déficits. La maladie connaîtrait le déficit le plus élevé, avec 14,2 milliards, puis la vieillesse avec un solde négatif de 12,2 milliards. La famille enregistrerait un déficit historique de 4,4 milliards et la branche accidents du travail-maladies professionnelles de 700 millions.

Les régimes obligatoires autres que le régime général devraient connaître au total un déficit de 900 millions d'euros. Celui-ci s'explique essentiellement par le déficit de la branche retraite du régime des non-salariés agricoles évalué à 1,4 milliard pour 2010.

Le tableau d'équilibre, qui est présenté dans cet article, est issu du rapprochement entre les prévisions de recettes pour 2010, examinées à l'article 21 ci-dessus, et les objectifs de dépenses commentés aux articles 36 pour la branche maladie, 41 pour la branche vieillesse, 45 pour la branche accidents du travail et 47 pour la branche famille.

S'agissant des dépenses, le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2010 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2010 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	1 836	2 198
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2010	1 844	2 211
Economies sur biologistes et radiologues	200	240
Maîtrise médicalisée hors produits de santé (IJ, actes paramédicaux, plan transports, ALD)	325	390
Maîtrise médicalisée produits de santé	167	200
Baisses de prix ciblées de médicaments et de dispositifs médicaux	250	300
Baisses de prix génériques	83	100
Economies sur médicaments à 35 % (SMR faible et SMRI à 15 %)	121	145
Lutte contre la fraude	125	150
Economies sur les dépenses d'IJ hors maîtrise médicalisée et lutte contre les fraudes	92	110
Convergence tarifaire établissements de santé	125	150
Augmentation du forfait journalier hospitalier	130	156
Générication de médicaments en sus de la tendance	167	200
Baisse de la contribution des établissements au centre national de gestion	25	30
Gestion des tarifs de la liste en sus	33	40
Mesures hors Ondam	- 8	- 13
Diminution de la dotation à l'Oniam	42	47
Provision pour le financement de l'Anap et de l'Asip	- 50	- 60
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille	27	27
Prise en charge, par l'Etat, d'une fraction des pertes sur créances d'indus au titre de prestations nouvellement comptabilisées en comptes de tiers	20	20
Ouverture du prêt à l'aide à l'habitat aux assistants maternels	0	0
Amélioration de la détection des logements fictifs ouvrant droit aux aides au logement et autres mesures de lutte contre la fraude	7	7
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque AT-MP	- 5	- 5
Réforme des incitations financières	- 5	- 5
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	622	634
Cumul emploi invalidité	4	4
Transfert au FSV du financement des validations gratuites des périodes d'arrêt maladie, maternité, accidents du travail, invalidité	618	630

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2010, comme les années précédentes, de l'assurance maladie, **les économies atteignant un total d'environ 2,2 milliards d'euros**. Les mesures d'économies envisagées s'articulent autour des axes suivants :

- **la maîtrise médicalisée des dépenses et la lutte contre les abus et les fraudes pour 780 millions**, dont 390 millions au titre des prescriptions hors produits de santé (prescriptions d'arrêts de travail, d'examen de biologie, de soins paramédicaux, de transports ; meilleure gestion des dépenses liées aux ALD), 200 millions au titre des produits de santé (recommandations médico-économiques de la Haute Autorité de santé, engagements pris dans le cadre des contrats individuels d'amélioration des pratiques - Capi), 40 millions au titre de la liste en sus et 150 millions dans le cadre de la lutte contre les abus et la fraude ;

- **les ajustements de prix et de tarifs**, sur les secteurs des soins de ville comme de l'hôpital, **pour 990 millions**, avec des baisses de tarifs de radiologie et de biologie pour 240 millions, des baisses de prix des médicaments (sous brevet et génériques) et des dispositifs médicaux pour 400 millions et un rapprochement tarifaire pour certaines prestations d'hospitalisation entre les secteurs public et privé pour 150 millions ;

- **le recentrage des dépenses d'assurance maladie sur le financement des soins les plus utiles médicalement pour 411 millions d'euros**, avec la hausse du forfait journalier de 2 euros, soit une économie évaluée pour l'assurance maladie à 156 millions et la diminution du taux de remboursement de certains médicaments à 15 %, soit une économie de 145 millions.

Pour la branche vieillesse, le présent projet de loi de financement poursuit **la clarification du financement des avantages non contributifs de retraite** : ce sera désormais le FSV qui financera les validations gratuites de trimestres accordées au titre des périodes d'arrêt de travail du fait de la maladie, de la maternité, des accidents de travail ou de l'invalidité. Ce transfert se fera sur deux ans et devrait soulager les charges de la Cnav et des régimes alignés à hauteur de 630 millions en 2010.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 23

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2010 du régime général.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées à l'article 22 ci-dessus.

Le tableau d'équilibre du régime général pour 2010, dont l'approbation est demandée à cet article, fait apparaître **un déficit de 30,6 milliards d'euros** décomposé comme suit :

- 14,6 milliards pour l'assurance maladie ;
- 10,7 milliards pour la branche vieillesse ;
- 4,4 milliards pour la branche famille ;
- 0,8 milliard pour la branche AT-MP.

Ce déficit est à comparer aux montants de 2009 et de 2008, soit respectivement 23,5 milliards et 10,2 milliards d'euros.

Les évolutions les plus marquées concernent :

- l'**assurance maladie** qui voit son déficit se dégrader de plus de 10 milliards d'euros en deux ans, principalement du fait d'une évolution des recettes nettement inférieure à celle des dépenses ; le retour progressif vers l'équilibre, qui avait permis de ramener le déficit de la branche de 11,6 milliards en 2004 à 4,4 milliards en 2008, est donc entièrement remis en cause ;

- l'**assurance vieillesse** qui a creusé son déficit, passé de 1,9 milliard en 2006 à 4,6 milliards en 2007 puis 5,6 milliards en 2008, verrait ce solde négatif s'accroître rapidement pour atteindre 10,7 milliards en 2010 ;

- le déficit de la **branche famille** qui avait disparu en 2007 augmente très brutalement en 2009 et 2010, principalement sous l'effet de la chute des recettes du fait de la crise.

Au total, le taux de couverture des dépenses par les recettes devient très défavorable et passe en-dessous du seuil de 90 % en 2010, alors qu'il était encore de 96,6 % en 2008.

Taux de couverture des dépenses par les recettes

	Branche maladie	Branche AT-MP	Branche famille	Branche vieillesse	Régime général
2009	92,7 %	94,6 %	94,9 %	91,8 %	92,8 %
2010	89,2 %	93,3 %	92,7 %	89,0 %	89,7 %

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 24

Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de déterminer le tableau d'équilibre pour 2010 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées précédemment à l'article 22.

Il ne concerne cette année qu'un seul organisme, à savoir le fonds de solidarité vieillesse (FSV), la suppression du Ffipsa étant intervenue le 1^{er} janvier 2009.

Le tableau d'équilibre qu'il présente fait apparaître **un déficit de 4,5 milliards d'euros pour le FSV.**

Il est le résultat du rapprochement entre les prévisions de recettes, examinées à l'article 21, et les prévisions de charges, commentées à l'article 49.

Après avoir affiché un excédent en 2007 et en 2008, le FSV a renoué avec le déficit en 2009, principalement sous l'effet de la crise qui a accentué l'effet de ciseau habituel entre ses recettes et ses charges, mais aussi du fait du prélèvement d'une partie de ses ressources au profit de la Cades au titre du remboursement de la dette sociale transférée à celle-ci.

Aussi, après une rapide amélioration de son solde, passé de - 2 milliards en 2005 à - 1,3 milliard d'euros en 2006, puis à + 200 millions en 2007 et + 800 millions en 2008, le FSV replonge dans le déficit avec un solde négatif de 3 milliards en 2009 et de 4,5 milliards en 2010.

En conséquence, l'endettement cumulé du fonds devrait s'élever à **7,5 milliards d'euros** au 31 décembre 2010, la dette antérieure ayant été en effet reprise par la Cades au début de l'année, conformément à la loi de financement pour 2009.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 25

Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites

Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2010 l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ;

Cet article a deux objets :

- **l'amortissement de la dette sociale par la Cades**

Le présent article fixe à **5 milliards d'euros** l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2010, soit un niveau légèrement inférieur à celui fixé pour 2009, à savoir 5,1 milliards d'euros.

Cette diminution résulte d'une anticipation sur le niveau des taux d'intérêt légèrement moins favorable en 2010 qu'en 2009, année au cours de laquelle ils se sont situés à des niveaux historiquement bas. De fait, le coût de refinancement de la Cades est passé de 3,89 % à la fin de 2008 à 3,27 % au 31 juillet 2009.

L'amortissement envisagé pour 2010 est égal à la différence entre le produit net de la CRDS et de la CSG affectée à la Cades, soit 8,07 milliards attendus, et le montant des frais financiers nets, soit 3,1 milliards.

Ceux-ci correspondent au coût de financement de la Cades. Depuis sa création en 1996, la Cades a repris une dette totale de 134,6 milliards. Elle en aura amorti 42,6 milliards à la fin de 2009, ce qui laisse une **dette à rembourser de 92 milliards d'euros** à la même date.

Compte tenu des prévisions contenues dans le présent article, au 31 décembre 2010, la Cades devrait avoir remboursé 47,5 milliards et conserver **une dette à amortir de 87 milliards d'euros**.

L'horizon final de remboursement de la dette sociale est actuellement 2021, c'est-à-dire dans une douzaine d'années.

- **l'affectation de recettes au FRR**

Pour 2010, il est prévu d'affecter **1,5 milliard d'euros** au FRR. Cette somme correspond, en quasi-totalité, au montant estimé de la fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement qui lui revient.

En 2009, le montant de cette recette était également proche de 1,5 milliard ; en 2008, elle avait rapporté 1,8 milliard.

En ce qui concerne les autres catégories de ressources affectées au FRR, aucun versement d'excédent n'est prévu, ni de la Cnav, ni du FSV, compte tenu du montant actuel de leurs déficits. Par ailleurs, aucun revenu exceptionnel n'est davantage envisagé, en particulier aucune recette de privatisation, ce que votre commission continue à regretter. Il serait pourtant de bonne gestion de prélever une partie de leur produit pour le FRR, créé pour assurer sur une longue période la pérennité des régimes de retraite.

D'autres ressources, moins importantes, viennent cependant alimenter le FRR :

- le produit des redevances dues pour les fréquences utilisées par les téléphones mobiles de troisième génération (UMTS). Egale à 1 % du chiffre d'affaires annuel réalisé sur cette activité, cette redevance a permis de dégager une recette de 19 millions d'euros en 2008 et 33 millions en 2009. Si une nouvelle licence UMTS est prochainement accordée, il pourrait aussi bénéficier du produit de la vente de cette licence, comme cela avait été le cas en 2001 et 2002 pour des montants respectifs de 1,238 milliard et 619 millions ;

- la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieur à 2 300 euros au plan d'épargne retraite collectif (Perco), soit une recette de 7 millions en 2008 et de 2 millions en 2009 ;

- les sommes non réclamées au titre de la participation, de l'intéressement et l'assurance vie au terme du délai de prescription trentenaire ; des versements ont commencé pour cette dernière recette en 2008 pour un montant d'environ 0,3 million.

Le FRR a subi de plein fouet la crise financière et notamment la baisse des marchés actions. Ainsi, à la fin de l'année 2008, date à laquelle les marchés ont été proches de leur point bas, la valeur de marché du portefeuille du FRR atteignait 27,7 milliards d'euros, soit l'équivalent du montant cumulé des abondements reçus par le fonds depuis sa création. Au total en 2008, le FRR a enregistré **une performance négative de près de 25 %**.

Pour la même année, ses produits financiers se sont élevés à 3,6 milliards au lieu de 4,4 milliards un an plus tôt.

Pour 2009, l'annexe 8 du projet de loi prévoit une performance annuelle de placement de 3,3 % et des produits financiers de l'ordre de 2,5 milliards. Aucune projection n'est faite sur la valeur de marché du portefeuille du fonds à la fin de l'année. Pour 2010, une performance annuelle de placement de 6,3 % est envisagée, ce qui permettrait de remonter à 1,70 % le taux de la performance annualisée depuis l'origine, taux qui était tombé de 8,80 % en 2007 à 0,30 % en 2008.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 26

(art. L. 541-4, L. 815-29 et L. 821-5 du code de la sécurité sociale)

Comptabilisation de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers

Objet : Cet article vise à tirer les conséquences des observations faites par la Cour des comptes dans le cadre de ses travaux de certification des comptes du régime général ; à cet effet, il clarifie le régime de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers ; il prévoit également d'inciter la branche famille à améliorer sa performance en matière d'indus.

I - Le dispositif proposé

Dans son dernier rapport sur la certification des comptes du régime général de l'année 2008, dans la partie consacrée aux comptes de la branche famille, la Cour des comptes a fait un certain nombre d'observations sur le mode de comptabilisation des opérations effectuées pour le compte de tiers.

Rapport de la Cour des comptes sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale de 2008

Les modes de comptabilisation des écritures d'inventaire des prestations pour compte de tiers

En application des dispositions normatives qui les encadrent, les méthodes actuelles de comptabilisation des opérations effectuées pour le compte de tiers (Etat et départements) sont hétérogènes. Certaines apparaissent au compte de résultat (AAH et Api) alors que d'autres ne sont retracées qu'en comptes de classe 4 (RMI et allocations de logement non familiales - APL, ALS et ALT).

La branche famille n'étant que le mandataire de l'Etat et des départements, ces opérations devraient être neutres pour son résultat. Or tel n'est pas le cas aujourd'hui en raison des pratiques en matière d'écritures d'inventaire. De plus, ces dernières sont difficilement comparables sur la durée du fait des nombreux changements de méthode réalisés ces dernières années.

Il a été demandé par la Cour en missions finales :

- de revoir les écritures concernant l'AAH et l'API pour les créances d'indus et la charge de leur dépréciation qui ne devrait pas peser sur le mandataire qu'est la branche famille mais sur le mandant. Cependant, les administrations de tutelle (direction du budget et direction de la sécurité sociale) ont fait valoir dans une lettre en date du 16 avril 2009 que, selon elles, il n'était pas possible de « *procéder à une telle reprise de provision au motif que le cadre juridique actuel ne permet pas à l'Etat de prendre à sa charge tout ou partie des charges d'indus détectés et non recouverts pour l'exercice* ». Dans ces conditions, la Cour admet qu'il convient d'en rester à la pratique actuelle pour 2008, mais estime que ce sujet doit impérativement être revu pour l'établissement des comptes 2009, à la faveur d'une modification du régime juridique de ces prestations et de leur traduction comptable : elle prend acte qu'une telle réforme est envisagée par les administrations de tutelle ;

- de ne pas constituer de provisions pour rappels dans les comptes de la branche pour la partie des prestations qui n'incombe pas à la branche famille mais à son mandant, l'Etat. En conséquence, il n'y a plus lieu de constituer des provisions pour l'AAH et l'Api. En revanche, pour l'APL et l'ALT, pour lesquelles aucune provision n'existait jusqu'alors, il est nécessaire d'en constituer pour la part incombant à la branche famille - mais pas pour la part financée par l'Etat. Cette évolution a été traitée comme un changement de méthode comptable, c'est-à-dire par imputation de l'incidence financière du changement au 1^{er} janvier 2008 sur le report à nouveau.

A la suite de ces observations, les autorités de tutelle se sont engagées à **clarifier le régime de quatre prestations** - trois servies pour le compte de l'Etat et une pour le compte de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) - qui sont effectivement retracées au compte de résultat, conformément aux textes en vigueur, mais sans que cela n'ait de signification sur le plan comptable.

Les prestations visées sont :

- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
- l'allocation du parent isolé (API) qui, depuis la création du RSA, n'est plus versée que dans les départements d'outre-mer ;
- l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ;
- la majoration pour parent isolé de l'allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé, servie par la CNSA.

Le **paragraphe I** de l'article prévoit donc :

- au 1^o une modification du dernier alinéa de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale afin de spécifier que **le financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est assuré par la CNSA**. Cela revient à supprimer le caractère de « subvention » attribué à cette majoration dans la version actuelle du code où il est indiqué que « *la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie verse au fonds national des prestations familiales, géré par la caisse nationale des*

allocations familiales, une subvention correspondant aux sommes versées au titre de la majoration » ;

- au 2° une modification du dernier alinéa de l'article L. 815-29 du code de la sécurité sociale afin de préciser que **le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est assuré par l'Etat** en ce qui concerne le régime général et par le fonds spécial d'invalidité pour les autres régimes. Aujourd'hui, le financement de l'Asi est assuré par le biais de subventions. Il est par ailleurs ajouté, dans ce même alinéa, que la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année ;

- au 3° une modification du dernier alinéa de l'article L. 821-5 du code de la sécurité sociale pour prévoir que **le financement de l'allocation aux adultes handicapés du complément de ressources, de la majoration pour la vie autonome et de l'allocation pour adulte handicapé versée à Mayotte est assuré par l'Etat**. Dans la version actuelle du code, il est spécifié que l'Etat verse au fonds national des prestations familiales, géré par la caisse nationale des allocations familiales, une subvention correspondant au montant des dépenses versées au titre des différentes allocations ci-dessus mentionnées. Comme pour l'Asi, il est ajouté que la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année.

Le **paragraphe II** procède aux mêmes précisions pour l'allocation de parent isolé qui reste servie dans les départements d'outre-mer : il dispose que le financement de l'Api outre-mer est assuré par l'Etat ; il ajoute que la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année.

Le financeur de ces quatre prestations étant ainsi clairement défini, les dépenses correspondantes pourront être inscrites en comptes de tiers, à partir des comptes de l'exercice 2010.

Dans ce cas, comme le souligne la Cour des comptes, les pertes sur créances d'indus sur les prestations servies pour le compte d'un tiers sont à la charge de ce dernier. Aussi, afin d'inciter la Cnaf à améliorer sa performance en matière de prévention et de recouvrement des indus, le présent article prévoit **un mécanisme de plafonnement de la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus**. Désormais, au-delà d'une fraction des prestations versées fixée par arrêté et, selon l'exposé des motifs du projet de loi, « *représentative des indus non recouvrables* », la charge incombera à la branche famille.

La conséquence principale de cette mesure est de **réduire les masses de charges et de produits de la branche famille du montant des prestations transférées en comptes de tiers**, soit de 6,4 milliards d'euros.

La prise en charge par l'Etat d'une partie des indus devrait réduire les charges de la branche famille d'environ 20 millions, selon l'évaluation annexée au projet de loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé les dispositions du 1° relatives au financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, par coordination avec l'article 33 *quater* qui prévoit l'extinction progressive de son financement par la CNSA jusqu'à la fin de l'année 2011.

III - La position de votre commission

Approuvant totalement cette mesure de clarification comptable demandée par la Cour des comptes ainsi que le mécanisme prévu pour inciter les caisses d'allocation familiale à mieux recouvrer les indus, **vo**
tre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 26 bis

(art. L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale)

Création d'un comité de pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la création d'un comité de pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale dans le but de favoriser la mutualisation des trésoreries des organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article insère un nouvel article dans le code de la sécurité sociale, l'article L. 225-1-4, afin de permettre l'application des articles L. 225-1 et L. 225-1-3 relatifs, respectivement, à la gestion commune des trésoreries des différentes branches du régime général par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) et à la possibilité pour l'ensemble des organismes et fonds de sécurité sociale de placer leurs excédents de trésorerie auprès de l'Acoss.

Dans ce but, il crée **un comité de pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale** qui serait composé de la manière suivante :

- son président serait le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant ;

- l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que les organismes et fonds concourant au financement de ces régimes seraient représentés ;

- un membre de chacune des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales et des finances en ferait partie ;

- son secrétariat serait assuré par le président de l'Acoss ou son représentant.

Il est enfin prévu qu'un décret détermine les modalités d'application de cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission est elle aussi convaincue de **la nécessité de mobiliser toutes les trésoreries disponibles de la sphère sociale pour permettre à l'Acoss de gérer au mieux l'important découvert du régime général**. Elle s'était d'ailleurs prononcée en ce sens au moment du vote de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui a ouvert cette nouvelle possibilité au profit de l'Acoss.

La Cour des comptes également, dans son rapport du mois de juillet dernier, a fait valoir que des « *poches de trésorerie dormante* » gagneraient à être mobilisées dans le cadre d'une mutualisation de la trésorerie des différents régimes.

Depuis le vote de la loi de financement pour 2009, un décret en Conseil d'Etat n° 2009-882 du 21 juillet 2009 relatif à la trésorerie des organismes de sécurité sociale et des organismes en relation avec l'Acoss a été pris. Il définit les modalités concrètes de cette politique de mutualisation des trésoreries sociales.

Tous les éléments sont donc en place pour que ce dispositif voté l'an dernier soit pleinement effectif ; il a d'ailleurs commencé à l'être avec la **mobilisation des excédents de trésorerie de la CNSA** qui porte d'ores et déjà des billets de trésorerie de l'Acoss à hauteur de plusieurs centaines de millions d'euros ; des travaux de rapprochement sont également en cours avec le RSI et le FSV.

L'institution d'un comité de pilotage de la trésorerie à cette seule fin ne paraît donc pas particulièrement utile ; il risquerait d'alourdir les procédures. La participation des parlementaires à ce comité pourrait être remplacée de façon sans doute plus efficace par des opérations de contrôle de la part des sénateurs et députés rapporteurs de la loi de financement de la sécurité sociale ou bien à travers les conseils de surveillance des organismes concernés, dont ils sont membres et qu'ils président.

Pour l'ensemble de ces raisons, **votre commission vous demande de supprimer cet article**.

Article 27

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

Objet : Cet article fixe les plafonds d'avance de trésorerie pour 2010.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ;

Huit organismes (au lieu de sept en 2009) sont habilités par cet article à recourir en 2010 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

Le tableau ci-après en fournit le détail et rappelle le montant des plafonds votés en 2008 et 2009.

Plafonds d'avance de trésorerie pour 2008, 2009 et 2010

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010
Régime général	36 000	29 000	65 000
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa)	8 400		
Régime des exploitants agricoles - CCMSA		3 200	3 500
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	250		350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)	150	100	90
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	400	700	750
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	550	600	600
Caisse de retraite du personnel de la RATP (CRPRATP)	50	50	50
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	1 700	2 100	1 700

1 - Le régime général

Pour le régime général, le plafond des ressources non permanentes proposé pour 2010 s'élève à **65 milliards d'euros**, soit un montant historique, plus de deux fois supérieur à celui révisé pour 2009. En effet, dans la loi de financement pour 2009, le plafond d'emprunt avait été fixé à 17 milliards, puis porté par décret à 29 milliards, du fait de l'impact de la crise sur les comptes du régime général, de la chute des recettes et de l'accroissement des déficits.

Ce niveau particulièrement élevé résulte à la fois de **l'augmentation sans précédent des déficits** qui atteindront, pour le régime général, 23,5 milliards en 2009 et 30,6 milliards en 2010, soit au total 54,1 milliards pour les deux années, mais aussi de **la décision du Gouvernement de ne pas procéder à une reprise de dette en 2010**.

L'année dernière, dans un contexte moins préoccupant, le Gouvernement avait pourtant décidé de transférer 27 milliards de dettes cumulées à la Cades. Conformément à la règle organique, il lui avait affecté les recettes correspondantes, soit 0,2 point de CSG, pour qu'elle puisse rembourser la nouvelle dette sans allonger la durée d'amortissement actuelle de l'ensemble de la dette sociale.

Le plafond d'emprunt du régime général a beaucoup varié au cours des dernières années, ainsi que le montre le tableau ci-après :

Année	Plafond en milliards d'euros
2004	33
2005	13
2006	18,5
2007	28
2008	36
2009	29
2010	65

La trésorerie des différentes branches du régime général, gérée par l'Acoss, s'opère *via* le compte unique de disponibilités courantes de l'agence auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Les rapports entre l'Acoss et la CDC sont réglés par une convention pluriannuelle ; la dernière convention signée couvre la période 2006-2010. Toutefois, du fait de la crise financière, la CDC en a demandé la renégociation ; un avenant a donc été signé le 16 juillet 2009 pour redéfinir l'équilibre financier entre les deux parties.

En tout état de cause, **les avances de la CDC ne devraient pas dépasser 31 milliards d'euros en 2010.**

Par ailleurs, depuis 2007, en application de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Acoss a la possibilité de faire appel au marché en émettant des **billets de trésorerie**.

L'émission de billets de trésorerie par l'Acoss

Cette diversification des modes de financement a un **triple intérêt pour l'Acoss** :

- elle peut permettre, en fonction de la situation des marchés, de réduire les coûts de financement des besoins de trésorerie. Les premières émissions de billets de trésorerie début 2007 se sont conclues à un prix de Eonia + 1 point de base, ce qui signifie que pour 1 milliard d'euros emprunté, on a économisé 50 000 euros de frais financiers sur un mois par rapport à des avances prédéterminées à plus de trente jours ;

- il s'agit également de compléter les avances consenties par la Caisse des dépôts afin de couvrir l'ensemble des besoins de trésorerie de l'Acoss ;

- enfin, cette diversification des modes de financement répond à une volonté du Gouvernement d'optimiser la gestion de trésorerie des administrations publiques.

Fin 2006, l'Acoss a obtenu une autorisation d'émettre au maximum 5 milliards d'euros de billets de trésorerie.

En octobre 2007, le programme de billets de trésorerie a été utilisé pour procéder à l'apurement de la dette sociale de l'Etat, soit 5,1 milliards. A cette occasion, le programme d'émission de l'Acoss a été relevé à 11,5 milliards.

En décembre de la même année, l'Acoss a émis 8 milliards de billets de courte maturité dans le cadre d'une opération d'optimisation de la trésorerie des entités publiques.

En 2008, l'encours moyen de billets de trésorerie, hors opérations avec l'Etat, a atteint 2,7 milliards, pour un prix moyen de Eonia + 3,7 points de base.

En conséquence de la crise, l'Acoss a pu émettre pour des courtes durées à des taux particulièrement bas à partir de la fin de 2008.

Pour les sept premiers mois de l'année 2009, l'encours journalier moyen de billets de trésorerie s'est élevé à 2,8 milliards, pour un prix moyen de Eonia + 1,5 point de base. Sur ces montants, la CNSA, autorisée à placer ses excédents de trésorerie en billets Acoss, a investi jusqu'à 500 millions depuis la fin de l'année 2008.

En outre, dans une logique d'optimisation des trésoreries publiques, l'agence France Trésor a réalisé en 2008 plusieurs opérations ponctuelles d'achat de billets de trésorerie, allant de 2 à 5 milliards d'euros, pour faire face aux points les plus bas du profil de trésorerie de l'Acoss.

En 2009, la trésorerie du régime général a connu son point le plus haut le 6 mars, à + 4 milliards d'euros, tandis que le point le plus bas devrait être atteint le 31 décembre, à - 26 milliards, au lieu de - 17,3 milliards au 31 décembre 2008. Le montant moyen journalier emprunté en 2009 est estimé à 12,5 milliards d'euros.

Pour 2010, le profil de trésorerie envisagé, compte tenu des hypothèses du présent projet de loi de financement, est un solde moyen au cours de l'exercice de - 41 milliards **avec un point haut** le 8 février à **- 20,1 milliards** et **un point bas** le 31 décembre à **- 61,6 milliards d'euros**.

Au regard de ces éléments, le plafond d'avances fixé par le présent article, soit 65 milliards d'euros, paraît élevé puisqu'il retient une marge de 3,4 milliards. Mais sa prévision reste extrêmement **dépendante des hypothèses macro-économiques associées au projet de loi** qui, cette année, sont particulièrement incertaines, de même qu'existent des incertitudes sur le calendrier précis des encaissements et des tirages.

Aussi, pour faire face à ce niveau historique de besoins de financement, l'Acoss, en plus des avances de la CDC et de l'émission de billets de trésorerie pour un montant accru, aura recours aux excédents de trésorerie de divers organismes de la sphère sociale (CNSA, FSV, RSI, etc.) mais également à **des émissions complémentaires sur les marchés de court terme**. Celles-ci seront assurées par l'agence France Trésor qui agira comme prestataire de services pour le compte de l'Acoss.

2 - Le régime des exploitants agricoles - CCMSA

Le Ffipsa ayant été supprimé à compter du 1^{er} janvier 2009, la gestion des ressources du régime des non-salariés agricoles est désormais confiée directement à la CCMSA qui dispose de l'autorisation d'emprunt pour le financement de ses besoins de trésorerie.

Les déficits cumulés du régime au 31 décembre 2008, soit **7,5 milliards d'euros**, ont été repris par l'Etat. Ce montant a toutefois été surcalibré de 380 millions. Le projet de loi de finances rectificative pour 2009 devrait prévoir l'affectation de cette somme à l'apurement des dettes de l'Etat vis-à-vis de la CCMSA.

Compte tenu des hypothèses actuelles, le solde moyen du régime en 2009 devrait s'élever à - 162 millions, un point bas apparaissant le 9 novembre avec - 1,5 milliard.

Le montant du plafond, fixé à 3,2 milliards pour 2009, a donc laissé une grande marge.

Pour 2010, compte tenu des hypothèses du projet de loi de financement, le solde moyen du régime atteindrait - 1,9 milliard avec **un point bas** le 9 novembre à **- 3,3 milliards d'euros**, le solde de trésorerie s'élevant à - 1,97 milliard le 31 décembre.

Au regard de ces éléments, le montant du plafond d'emprunt proposé pour la CCMSA en 2010 est de **3,5 milliards d'euros**.

Ces emprunts interviennent dans le cadre d'une convention financière signée le 5 janvier 2009 par la CCMSA avec un syndicat bancaire mené par le groupe Crédit agricole. Cette convention porte sur un montant de 2,5 milliards.

3 - La caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

En 2009, la situation financière de la CNRACL reste positive, notamment grâce à la baisse du taux de la compensation spécifique interne aux régimes spéciaux, au relèvement des cotisations intervenu depuis 2005 et à l'intégration de fonctionnaires de l'Etat au sein des conseils régionaux et généraux.

Ainsi, le point bas de la trésorerie en 2009 a été atteint le 27 mai avec + 399 millions d'euros et le point haut le 26 octobre avec + 1,5 milliard d'euros.

Compte tenu des perspectives de trésorerie, aucun plafond d'emprunt n'a été voté en 2009 pour la CNRACL, son solde minimum de trésorerie devant s'établir, selon les estimations de l'année dernière, à 820 millions d'euros.

Pour 2010, compte tenu des hypothèses du projet de loi de financement, le solde moyen de trésorerie atteindrait 1,3 milliard, avec un point bas à 368 millions le 24 février. Pour laisser une marge à la CNRACL équivalente à un peu plus de la moitié d'un mois de prestations, il est proposé de fixer **un plafond d'emprunt de 350 millions d'euros**. Il pourrait toutefois s'avérer inutile si la trésorerie de la caisse reste excédentaire toute l'année, comme cela a été le cas en 2009.

4 - Le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat

Le FSPOIE bénéficie d'une subvention d'équilibre de l'Etat et dégage donc des résultats en équilibre. Toutefois, après 150 millions en 2007 et 2008, et 100 millions en 2009, un plafond d'avance de **90 millions d'euros** est ouvert pour 2010 à titre de précaution, afin de se prémunir contre la principale inconnue qui est celle du calendrier de versement des subventions, celles-ci représentant la majorité des ressources du fonds.

Pour 2010, le profil de trésorerie devrait rester positif, comme les années précédentes. Le point bas devrait être atteint en décembre, à + 46 millions, et le point haut fin janvier à + 760 millions.

5 - La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

La CANSSM serait autorisée en 2010 à contracter des emprunts dans la limite de **750 millions d'euros**, au lieu de 700 millions en 2009.

Le point bas de la trésorerie devrait se situer aux environs de - 635 millions en décembre.

Les conditions de l'exercice 2010 devant continuer à se dégrader, il est demandé une légère hausse du plafond d'avances.

La **marge de sécurité** de 100 millions est notamment justifiée par l'incertitude liée aux dates de réalisation des cessions immobilières.

6 - La caisse nationale des industries électriques et gazières

La CNIEG, créée par la loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, est chargée de la gestion des prestations aux assurés. Chaque branche de la caisse affiche en principe un résultat net égal à zéro. Toutefois, afin de faire face au décalage entre les encaissements et les décaissements, la caisse est autorisée à contracter des emprunts.

En 2008, le plafond de ces emprunts a été fixé à 550 millions et à 600 millions en 2009. Pour 2010, le niveau d'avances demandé est également de **600 millions d'euros**, compte tenu des incertitudes qui pèsent encore sur le profil de trésorerie de la caisse, liées au décalage entre le rythme de versement

des pensions de retraite aux affiliés de la CNIEG et le rythme des transferts en provenance de la Cnav. Le point bas actuellement envisagé pour la trésorerie de la caisse en 2010 est de - 516 millions le 1^{er} octobre.

7 - La caisse de retraite du personnel de la RATP

Le décret n° 2005-1635 du 26 décembre 2005 a instauré la caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens (CRP RATP) dans le cadre de l'adossement prévu de ce régime spécial au régime général. Cette caisse reprend les obligations de la RATP en matière de prise en charge des pensions des personnels du régime spécial. Toutefois, l'adossement ne sera effectif que lorsque les conventions entre la CRP RATP, la Cnav et l'Acoss auront été signées. A titre transitoire, l'Etat assure l'équilibre financier de la caisse par le versement de subventions.

En 2006, 2007 et 2008, la caisse, qui a bénéficié des subventions de l'Etat, n'a pas eu recours à des emprunts de trésorerie, malgré le plafond fixé à titre prévisionnel dans chaque loi de financement.

Pour 2009, le même montant que les années précédentes, soit 50 millions, a permis à la caisse de recourir ponctuellement à l'emprunt, pour un total de 6,5 millions au cours du premier semestre.

Pour 2010, le point bas de trésorerie se situerait aux alentours de - 7,5 millions le 20 janvier et le solde moyen de trésorerie à + 10,6 millions.

Pour permettre à la CRP RATP de faire face à ses obligations, il est donc proposé de **reconduire en 2010 le plafond d'emprunt de 50 millions d'euros** voté en 2009.

8 - La caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF

La caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) apparaît pour la troisième fois dans la liste des régimes autorisés à emprunter dans la limite d'un montant fixé en loi de financement de la sécurité sociale. Elle a en effet été créée par le décret n° 2007-730 du 7 mai 2007 et établie à compter du 30 juin 2007. Elle bénéficie de l'autonomie de gestion depuis mars 2009.

Le profil de trésorerie de la caisse traduit le décalage entre, d'une part, le rythme de versement des pensions de retraite aux affiliés (versement trimestriel), d'autre part, le rythme des encaissements de cotisations (au début de chaque mois) et du versement de la subvention de l'Etat (versée en quatre échéances).

Ce décalage explique des besoins de trésorerie très importants, principalement au début de chaque trimestre. C'est pourquoi le montant du plafond pour 2010 est fixé à **1,7 milliard d'euros**. Ce plafond est toutefois moindre que celui voté pour 2009, soit 2,1 milliards, justifié par un profil de

trésorerie moins favorable que celui qui est envisagé pour 2010. Le point bas apparaîtrait en effet le 31 décembre 2010 à - 1,5 milliard, le solde moyen de trésorerie du régime pour l'année étant estimé à - 415 millions.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement pour préciser la dénomination de la caisse de retraite du personnel de la SNCF.

III - La position de votre commission

Votre commission constate que le montant historique du plafond demandé pour la trésorerie du régime général, soit 65 milliards d'euros, recouvre en réalité **deux catégories de dettes** :

- un socle d'une vingtaine de milliards qui représente la dette sociale de 2009 et dont l'Acoss devra assurer le portage tout au long de l'année 2010, comme s'il s'agissait de la trésorerie du régime général ;

- une quarantaine de milliards au titre de l'évolution du profil de la trésorerie commune des différentes branches du régime général en 2010.

Ainsi que l'a plusieurs fois souligné la Cour des comptes et comme votre commission l'a régulièrement affirmé, une telle situation n'est pas acceptable ; elle est même porteuse de risques, compte tenu des masses financières désormais en jeu.

Il conviendrait donc de transférer à la Cades, dès à présent, une fraction de la dette sociale portée par l'Acoss, pour environ 20 milliards d'euros. En effet, en dépit même du contexte de crise actuel, il n'est pas admissible que cette dette ne soit pas financée dès aujourd'hui et que son traitement soit reporté au mieux à 2011 et donc une nouvelle fois transmis aux générations futures.

En conséquence de ce transfert de dette souhaité par votre commission, il est proposé de ramener le plafond d'emprunt de l'Acoss pour 2010 à 45 milliards d'euros.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 28

Neutralisation du surcoût résultant des dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'Ondam en 2010 - Prise en charge par l'assurance maladie de l'indemnisation des personnes chargées de la vaccination

Objet : Cet article vise à exclure de l'évaluation du risque de dépassement de l'Ondam justifiant la réunion du comité d'alerte les dépenses liées à la pandémie de grippe A et à définir les conditions d'indemnisation des professionnels chargés de vacciner la population.

I - Le dispositif proposé

Aux termes de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le **comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie** est chargé d'avertir le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement.

Chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'Ondam pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il examine les conditions d'exécution de l'Ondam pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif en cours.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'Ondam avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 % (**il s'établit actuellement à 0,75 %**), il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses d'assurance maladie qui proposent alors des mesures de redressement transmises dans un délai d'un mois au comité par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part.

Par ailleurs, en vertu de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'il apparaît que le risque de dépassement de l'Ondam est en tout ou partie imputable à l'évolution des soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des professionnels de santé est suspendue. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mises en œuvre, l'entrée en vigueur est repoussée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le présent article a pour objet de neutraliser en 2010, dans l'analyse par le comité d'alerte de l'évolution des dépenses, le surcoût lié à la pandémie de grippe A (H1N1).

Une partie importante des dépenses liées à cette pandémie est assurée par l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), dont le financement est assuré pour la plus grande partie par des contributions de l'Etat et de l'assurance maladie, sans que la contribution de cette dernière puisse être supérieure à celle de l'Etat. Le présent projet de loi prévoit dans son article 6 une augmentation très substantielle de la dotation de l'assurance maladie à l'Eprus en 2009 pour faire face précisément aux dépenses liées à la grippe A (achats de vaccins, de respirateurs, de produits antiviraux et de masques).

Toutefois, la pandémie est à l'origine d'autres dépenses comprises dans l'Ondam, qu'il s'agisse de consultations, de dépenses de médicaments ou d'indemnités journalières consécutives à des arrêts de travail.

D'ores et déjà, le nombre de consultations de médecins généralistes a augmenté au cours des dernières semaines sous l'effet de la propagation de cette grippe.

Pour 2010, le Gouvernement propose de ne pas prendre en compte le « *surcoût induit par les dépenses exceptionnelles liées à la pandémie grippale* » pour l'évaluation par le comité d'alerte d'un risque de dépassement de l'Ondam.

Pour justifier cette mesure, il fait valoir que l'Ondam pour 2010, construit sur la base des éléments disponibles en septembre 2009, n'intègre pas le coût d'une pandémie, de sorte qu'en cas d'aggravation de la situation

épidémiologique en 2010, le comité pourrait à tout moment déclencher une alerte qui aurait pour conséquence mécanique l'obligation pour les caisses nationales d'assurance maladie de présenter des propositions de mesures de redressement.

Or, selon l'exposé des motifs du projet de loi, « *une telle situation ne correspond pas à la raison d'être du comité d'alerte qui est d'assurer une vigilance continue sur les efforts de maîtrise des dépenses et non d'appeler à compenser, par des restrictions ultérieures, des dépenses induites par une situation exceptionnelle* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, a complété cet article par un paragraphe additionnel destiné à prévoir les **conditions d'indemnisation des personnels médicaux et paramédicaux requis** pour participer à la campagne de vaccination collective contre la grippe A (H1N1).

Le dispositif adopté confie au **fonds national d'assurance maladie** de la Cnam le soin de financer en 2009 et 2010 l'indemnisation de l'ensemble des personnes requises en application de l'article L. 3131-8 du code de la santé publique pour procéder à la vaccination de la population.

Rappelons que l'article L. 3131-8 permet au représentant de l'Etat dans le département de faire appel, « *si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifient* », aux services de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social.

La réquisition pour la campagne de vaccination concernera des personnels médicaux et paramédicaux libéraux, mais également des personnels salariés, des étudiants et des internes. En ce qui concerne ces derniers, le texte adopté par l'Assemblée nationale prévoit que les employeurs ou les organismes de formation versent l'indemnité pour le compte de l'assurance maladie, qui les rembourse du montant de l'indemnité majoré des cotisations et contributions sociales auxquelles cette indemnité est soumise.

Par ailleurs, le fonds national d'assurance maladie de la Cnam devra également rembourser à l'Eprus l'indemnisation versée aux réservistes sanitaires au titre de leur participation à la campagne de vaccination.

Le texte prévoit *in fine* que le montant des indemnités est fixé par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale auront pour effet de faire prendre en charge en totalité l'indemnisation des personnes chargées de la vaccination par l'assurance maladie tout en écartant ces dépenses du champ de l'Ondam.

III - La position de votre commission

Les deux dispositions contenues dans cet article soulèvent de sérieuses interrogations.

- En ce qui concerne **la mesure de « neutralisation » des dépenses** liées à la grippe A dans le seuil de dépassement de l'Ondam justifiant la réunion du comité d'alerte, elle pose à la fois une difficulté pratique et un problème de principe.

- En premier lieu, dans la mesure où toutes les dépenses aisément isolables n'entreront pas dans le champ de l'Ondam (achat des vaccins, indemnisation des professionnels chargés de la vaccination...), l'évaluation des dépenses liées à la grippe A figurant dans ce champ paraît particulièrement délicate, dès lors que les consultations effectivement liées à cette pandémie seront difficiles à isoler, notamment parce que les tests permettant de confirmer le diagnostic de grippe A ne sont pas systématiques, loin s'en faut.

Selon la fiche d'évaluation accompagnant le projet de loi, *« la mesure obligera le comité d'alerte, en s'appuyant sur les services de la direction de la sécurité sociale et de la Cnam, à produire une estimation de l'impact de la pandémie sur les dépenses. Des estimations à partir des données épidémiologiques fournies par le réseau Sentinelle et du coût moyen d'un épisode de grippe par l'assurance maladie semblent la piste présentant le meilleur rapport qualité/coût administratif de cette estimation »*.

Ainsi, l'évaluation des dépenses liées à la grippe A ne reposera pas sur l'examen des dépenses effectives entrant dans le champ de l'Ondam, mais sera effectuée au moyen de travaux d'observation et d'extrapolation permettant de réaliser une estimation statistique des dépenses.

Une telle méthode, dont les éléments précis sont encore indéterminés, paraît peu satisfaisante et risque de faire naître des soupçons sur la manière dont est calculé le niveau prévisible de dépassement de l'Ondam justifiant la réunion du comité d'alerte et la mise en œuvre de mesures de redressement.

- En second lieu, cette mesure pose un problème de principe. La pandémie de grippe A est certes un événement exceptionnel, mais rien ne permet d'affirmer que ses effets ne se feront sentir qu'au cours de l'année 2010. Par ailleurs, d'autres pandémies pourraient survenir au cours des prochaines années. L'Eprus a été précisément créé pour faire face à ce type de situations et toutes les dépenses qu'il prend en charge n'entrent pas dans le champ de l'Ondam et donc dans le seuil de dépassement de celui-ci à partir duquel le comité d'alerte doit se réunir. Ainsi, tous les achats de produits sanitaires nécessaires pour faire face à la pandémie, soit plus d'un milliard d'euros en 2009, ne sont pas pris en compte au sein de l'Ondam. De la même manière, compte tenu de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale au présent article, les dépenses d'indemnisation des personnes chargées de la vaccination n'entreront pas dans l'Ondam.

Est-il justifié d'aller au-delà ? L'Ondam n'a-t-il vocation à être respecté que lorsque les dépenses de maladie ne sont que des dépenses habituelles et qu'aucun phénomène inattendu ne se manifeste ?

La grippe saisonnière revêt une virulence variable selon les années et est à l'origine de dépenses qui diffèrent d'un exercice à l'autre, sans que personne n'ait jamais proposé d'en neutraliser les effets. Par ailleurs, nul ne sait si la pandémie de grippe A disparaîtra après l'année 2010. Comme l'a relevé Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Cnam, lors de son audition par la commission, la pandémie est actuellement en forte expansion, de sorte que ses principaux effets pourraient en réalité s'exercer sur les dépenses de 2009 et non celles de 2010.

Enfin, les dépenses considérables engagées pour assurer la vaccination de la population devraient en principe réduire massivement l'ampleur des dépenses liées à cette maladie et entrant dans le champ de l'Ondam en 2010. Dans ces conditions, votre commission n'estime pas souhaitable d'exclure de l'évaluation du niveau de dépenses justifiant un déclenchement de l'alerte et des mesures d'économie les dépenses liées à la grippe A au seul motif qu'elles devraient demeurer exceptionnelles. Elle vous propose un **amendement** de suppression du paragraphe I de cet article.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de fixer l'Ondam pour 2010 à 162,4 milliards d'euros. Le seuil de dépassement à partir duquel l'alerte devrait être déclenchée correspond à une dépense de 1,218 milliard d'euros. La situation actuelle des comptes de l'assurance maladie justifie incontestablement l'engagement de mesures d'économie en présence d'un tel dépassement, quand bien même une partie serait imputable à la pandémie grippale.

• En ce qui concerne les modalités d'indemnisation des professionnels chargés de vacciner la population, votre commission ne peut que s'étonner du choix consistant à faire **supporter en totalité ces dépenses par l'assurance maladie**.

L'article L. 3131-8 du code de la santé publique, qui constitue la base juridique permettant de requérir les professionnels de santé, dispose très clairement que *« l'indemnisation des personnes requises et des dommages causés dans le cadre de la réquisition est fixée dans les conditions prévues par le chapitre IV du titre III du livre II de la deuxième partie du code de la défense »*.

Les dispositions du code de la défense définissent les conditions dans lesquelles l'Etat assure les indemnisations nécessaires en cas de réquisition de personnes ou de biens. Dès lors, il paraît normal que l'indemnisation des personnels requis dans le cadre de la pandémie grippale soit assurée par l'Etat.

Or, non seulement le texte adopté par l'Assemblée nationale met à la charge de la Cnam l'indemnisation des professionnels de santé libéraux ou salariés, ce qui n'est pas conforme aux règles de droit commun dans une telle

situation, mais il précise même que celle-ci devra rembourser à l'Eprus l'indemnisation versée aux réservistes sanitaires mobilisés pour la campagne de vaccination, alors que la réserve sanitaire ne fait pas partie des missions de l'Eprus justifiant un concours financier de l'assurance maladie aux termes de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique.

Votre commission ne peut souscrire à une telle proposition qui constituerait un précédent fâcheux.

En conséquence, elle vous demande de supprimer cet article.

Article 29

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

**Prise en charge du suivi médical des assurés
ne bénéficiant plus du régime des affections de longue durée**

Objet : Cet article propose que les assurés qui ne relèveraient plus du régime des affections de longue durée (ALD) puissent continuer de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les examens de suivi de l'affection dont ils ont été atteints.

I - Le dispositif proposé

Le 3° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale accorde le bénéfice d'une suppression ou d'une limitation du ticket modérateur¹ aux assurés reconnus atteints de ce qu'il est convenu d'appeler une affection de longue durée, ou ALD, c'est à dire d'une « *affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* », qui doit figurer sur une liste établie par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé (HAS)².

Le présent article propose qu'un assuré qui ne remplirait plus « *les conditions prévues au 3° de l'article L. 322-3* » (étant rappelé que la seule condition que doit remplir l'assuré est d'être reconnu atteint d'une ALD) puisse continuer de bénéficier, dans des conditions et pour une durée déterminées par décret pris après avis de la HAS, d'une exonération du ticket modérateur pour les actes et examens médicaux liés au suivi de l'affection au titre de laquelle il avait été admis en ALD. Ce dispositif serait inscrit au 10° de l'article L. 322-3, en remplacement de dispositions abrogées en 2004 (elles avaient trait aux exemptions de ticket modérateur bénéficiant aux femmes enceintes, désormais prévues au titre de l'assurance maternité).

¹ Le ticket modérateur est défini au I de l'article L. 322-2 du code de sécurité sociale. Les malades atteints d'une ALD ont vocation à en être exemptés, comme le précise l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale.

² Cette liste figure à l'article D. 322-1.

Tel qu'elle est rédigée, cette mesure a vocation à s'appliquer, sans aucune distinction, à toutes les ALD définies en application de l'article L.322-3.

L'exposé des motifs ne mentionne cependant que son application aux personnes ayant été **atteintes d'un cancer** et précise qu'elle s'inscrit dans la préparation du second Plan cancer : elle aurait pour objet de faciliter le retour à la vie normale des personnes « guéries » d'un cancer et notamment de lever les difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour accéder à un emploi, à un prêt bancaire ou à une assurance.

Sa portée, et surtout sa cohérence avec les propositions récentes de la HAS pour réviser les dispositions réglementaires applicables aux ALD, peuvent soulever quelques interrogations.

1 - La portée de la disposition proposée

- La rédaction de l'article 29 lui donne, comme on l'a indiqué, un champ d'application beaucoup plus large que celui auquel se réfère son commentaire : il ne serait donc juridiquement pas possible que le décret prévu restreigne son application au seul cas du cancer. En revanche, on peut observer qu'il ne s'applique pas aux ALD « hors liste » définies au 4° de l'article L. 322-3, qui sont définies comme des affections graves ou des polyopathologies non prévues par la liste des ALD mais justifiant aussi, en raison de leur gravité, de leur durée et du coût de leur traitement, la prise en charge à 100 % des soins qu'elles nécessitent.

- Sa portée pratique semble en revanche devoir être de toute façon limitée.

Il n'est, en premier lieu, pas du tout certain que le seul fait que l'état d'une personne atteinte d'une ALD soit stabilisé, ou qu'elle puisse même être considérée comme guérie, suffise à désarmer les préventions d'un employeur, d'un banquier ou d'un assureur. Certains participants à une table ronde sur l'application de la loi relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé¹, organisée par votre commission en 2008, avaient au contraire relevé que les remarquables progrès thérapeutiques dont peuvent bénéficier les personnes atteintes du cancer ou du sida ne modifient guère leurs conditions d'accès à l'assurance.

En deuxième lieu, le suivi des personnes atteintes d'une ALD est actuellement pris en charge à 100 % dans le cadre de l'ALD. La création d'un régime « post ALD » de suivi n'aura donc aucune influence sur les conditions de cette prise en charge. Sur ce point, cependant, le ministère estime que ce nouveau régime pourrait limiter les dérives auxquelles donne lieu l'utilisation de l'ordonnancier bizona, dont le contrôle n'est pas systématique compte tenu du volume des prescriptions qu'il faudrait traiter : des économies de l'ordre de 1,3 million d'euros pourraient ainsi être réalisées.

¹ Loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007.

Enfin, il convient aussi de se demander si la mesure proposée ne pourrait pas avoir des effets négatifs, par exemple en dissuadant un patient, qui s'estimerait durablement stabilisé ou guéri, de pratiquer les contrôles nécessaires pour déceler d'éventuelles récurrences de sa maladie.

2 - La compatibilité entre le dispositif proposé et les recommandations de la Haute Autorité de santé

La HAS a mené, entre 2006 et 2009, des travaux importants sur les ALD et a procédé à une réflexion d'ensemble sur ce sujet.

Favorable à une refonte d'ensemble du régime des ALD, qu'elle estime peu adaptée à la double problématique sociale et médicale des maladies longues, graves et coûteuses, elle recommande, à défaut ou dans l'attente d'une telle refonte, qui devrait procéder d'un large débat, une mise à jour des textes réglementaires relatifs aux ALD.

Cette mise à jour permettrait de réexaminer la liste des ALD, de préciser son libellé et surtout de réviser la définition des critères médicaux, fréquemment obsolètes, utilisés pour ouvrir droit au régime des ALD.

Certaines affections pourraient ainsi être ou non prises en charge en ALD, selon leur degré de gravité, leurs complications possibles, les traitements qu'elles exigent.

La HAS suggère aussi de préciser la durée initiale, éventuellement renouvelable, de l'admission en ALD, qui pourrait être de deux ou cinq ans selon les pathologies.

La disposition proposée ne s'inscrit pas parfaitement dans ce schéma.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement tendant à préciser que le régime de prise en charge du suivi d'une ALD sera réservé à des situations cliniques déterminées sur la base de recommandations de la HAS, afin de permettre de préciser le champ d'application du dispositif prévu.

III - La position de votre commission

Ainsi qu'on l'a déjà indiqué, la portée du dispositif prévu semble assez limitée, en particulier quant à son effet sur la perception sociale du cancer ou des autres pathologies auxquelles il pourrait s'appliquer.

Il semble utile cependant de saisir l'occasion qu'elle offre de modifier l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour faciliter une réécriture du dispositif réglementaire des ALD et donc une prise en charge des malades concernés de meilleure qualité et mieux adaptée à leur cas.

Votre commission propose donc par **amendement** une nouvelle rédaction de cet article tendant à :

- clarifier la formulation du texte proposé pour le 3° de l'article L. 322-3 ;

- modifier les termes de l'avant-dernier alinéa du même article qui, en l'état, paraît peu compatible avec une nouvelle rédaction, conforme aux avis de la HAS, du dispositif réglementaire relatif aux ALD.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 29 bis

*(art. L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle,
art. L. 5121-10-2 et L. 5121-10-3 nouveau du code de la santé publique)*

**Prévention des risques d'accidents liés à la différence
dans les caractéristiques physiques des médicaments de références
et des médicaments génériques**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à permettre aux spécialités génériques de se présenter sous des formes pharmaceutiques d'apparence similaire à celles de la spécialité de référence, afin de prévenir des risques d'accidents.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article a pour objet de permettre que les médicaments génériques puissent avoir la même forme, couleur, saveur que les spécialités de référence auxquelles ils peuvent être substitués afin d'éviter des erreurs de prise, en particulier de la part des patients âgés qui sont souvent appelés à suivre simultanément plusieurs traitements et peuvent prendre l'habitude d'identifier les médicaments par leur apparence extérieure – la forme ou la couleur du comprimé ou de la gélule.

De telles erreurs peuvent en effet être lourdes de conséquences, surtout pour des personnes vulnérables (20% des hospitalisations de personnes de plus de quatre-vingts ans sont imputables à des médicaments) : un surdosage ou une interruption de traitement, une confusion entre deux produits, peuvent provoquer un accident iatrogénique grave, des malaises, des chutes....

Le texte adopté par l'Assemblée nationale comporte deux paragraphes :

• le **paragraphe I** complète l'article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle, qui exclut de la protection conférée par le brevet certains actes d'utilisation privée ou à des fins expérimentales, ainsi que les préparations

magistrales et les actes les concernant, par un alinéa excluant également de cette protection les caractères organoleptiques - c'est-à-dire ceux perceptibles par voie sensorielle - des médicaments.

Cette adjonction s'insère mal dans cet article et on ne peut, par ailleurs, exclure que la présentation d'un médicament puisse être brevetable, en application de l'article L. 611-10 du code de la propriété intellectuelle, si elle correspond à une « *invention nouvelle, impliquant une activité inventive et susceptible d'application industrielle* ». Dans ce cas, la démarche proposée priverait de manière contestable l'inventeur d'une nouvelle forme pharmaceutique du droit de faire protéger et d'exploiter son invention - même si une atteinte à un droit doit être appréciée au regard de l'intérêt qu'elle peut permettre de protéger ;

- le **paragraphe II** n'interdit pas, quant à lui, que la présentation « physique » d'un médicament soit protégée par une marque ou à titre de dessin ou modèle. Il propose simplement que cette protection, qui peut être plus longue que celle conférée par un brevet (vingt-cinq ans par période de cinq ans renouvelable pour les dossiers ou modèles, dix ans indéfiniment renouvelables pour une marque), ne soit pas opposable, quand le médicament sera générique, au producteur d'une spécialité générique susceptible de lui être substituée.

Cette atteinte aux droits de propriété industrielle restera donc très limitée : seul un générique substituable pourra être commercialisé sous une forme analogue (gélule, cachet, granulés, etc.) et présentant des caractéristiques extérieures similaires à celles de la spécialité de référence, ce qui pourra éviter efficacement le risque de confusion ou de rupture de traitement.

Dans tout les autres cas, l'imitation non autorisée de l'apparence du médicament générique restera une contrefaçon - et elle le sera dans tous les cas tant que ce médicament sera protégé par le brevet. Bien entendu, la protection du nom ou de l'emballage sous lequel le médicament aura été commercialisé demeurera entière.

II - La position de votre commission

On ne peut que partager le souci qui a inspiré la disposition adoptée par l'Assemblée nationale. Elle présente un véritable intérêt pour la protection de la santé publique et de la sécurité des consommateurs. Elle pourra en outre favoriser la pénétration des génériques - qui est, elle aussi, conforme à l'intérêt général mais se heurte parfois à des tactiques commerciales complexes.

Pour autant, il convient d'essayer de parvenir à ce résultat en le conciliant avec le respect des droits de propriété intellectuelle.

C'est pourquoi votre commission a adopté un **amendement** proposant une nouvelle rédaction de cet article tendant :

- à préserver le droit de l'industrie pharmaceutique à protéger les caractéristiques apparentes des médicaments qu'elle met dans le commerce ;

- à limiter l'atteinte à ce droit à une exception qui ne pourra être invoquée, et seulement quand le médicament sera généricable, que par le producteur d'un produit générique susceptible de lui être substitué dans les conditions prévues par le code de la santé publique ;

- à restreindre enfin cette dérogation aux formes pharmaceutiques orales qui sont les plus susceptibles d'être à l'origine d'erreurs de prise par le patient.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 29 ter

*(art. L. 4113-5 du code de la santé publique
et art. L. 162-3 du code de la sécurité sociale)*

Rémunération des actes de télémédecine

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à permettre la rémunération des professionnels de santé libéraux ayant une activité de télémédecine.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté à l'initiative du Gouvernement, tend à régler les difficultés identifiées pour la rémunération des professionnels libéraux pratiquant la télémédecine.

Le **paragraphe I** prévoit ainsi de modifier l'article L. 4113-5 du code de la santé publique pour lever le principe d'interdiction de partage d'honoraires concernant la télémédecine. Un professionnel de santé pourra ainsi facturer pour un autre un acte qu'il n'est pas lui-même habilité à accomplir.

Le **paragraphe II** complète l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale pour prévoir qu'une téléconsultation peut être remboursée par la sécurité sociale alors même qu'elle se déroule hors de la présence physique du patient.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable au développement de la télémédecine telle qu'elle a été définie par l'article L. 6316-1 du code de la santé publique issu de la loi HPST du 21 juillet 2009. Elle estime par ailleurs que la limitation à la seule télémédecine des dérogations prévues est de nature à limiter les abus éventuels.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 29 quater
(art. L. 5134-1 du code de la santé publique)
**Suivi par les sages-femmes des contraceptions
qu'elles sont habilitées à prescrire**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à supprimer l'attribution au médecin traitant de la surveillance et du suivi biologique de la contraception locale ou hormonale prescrite par une sage-femme

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté à l'initiative de la commission des affaires sociales, tend à permettre aux sages-femmes d'assurer la surveillance et le suivi biologique des prescriptions de contraception locale ou hormonale qu'elles sont habilitées à établir en application de l'article 86 de la loi HPST du 21 juillet 2009, modifiant l'article L. 5134-1 du code de la santé publique. Il est en conséquence proposé de supprimer l'attribution exclusive de ces fonctions de surveillance et de suivi au seul médecin traitant.

II - La position de votre commission

Votre commission partage le souci de mettre effectivement en œuvre le transfert de compétences aux sages-femmes, voulu par la loi HPST, en matière de délivrance d'une contraception locale et hormonale. En réserver la surveillance et le suivi au médecin traitant ne paraît pas justifié dès lors qu'un bon niveau de sécurité peut être assuré aux femmes par les sages-femmes elles-mêmes, au-delà du suivi de la grossesse et de l'accouchement.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 29 quinquies
(art. L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale)

Développement de la prescription dans le répertoire des génériques

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'inciter les médecins à développer leurs prescriptions dans le répertoire générique et de permettre de leur imposer, dans le cas contraire, une mise sous accord préalable.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 29 *quinquies* complète par deux alinéas l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale, qui fait obligation aux médecins d'observer, dans leurs actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

- Le premier imposerait aux médecins de prescrire des médicaments génériques de préférence à des médicaments non génériques ayant le même usage thérapeutique, sauf si des raisons particulières tenant à leur patient s'y opposent.

- Le second prévoit qu'« *en cas d'inobservation répétée des dispositions de l'alinéa précédent* », le directeur de l'organisme local d'assurance maladie pourra engager une procédure de mise sous accord préalable.

II - La position de la commission

Cet article a pour objet de lutter contre une des caractéristiques de la consommation française de médicaments : « l'effet structure » dont bénéficient les produits les plus récents et les plus chers, même s'ils ne présentent pas d'avantage thérapeutique par rapport à ceux déjà présents sur le marché.

Ce phénomène, sur lequel a récemment encore insisté le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale¹ de juin 2009, se traduit par le développement des prescriptions hors répertoire et est un obstacle important à la progression de la prescription de génériques, en dépit des actions développées dans les domaines de la maîtrise médicalisée et de la politique des prix.

Cependant, le dispositif proposé peut soulever quelques interrogations. En particulier, la sanction prévue risque d'être difficilement applicable.

¹ Rapport de la CCSS de juin 2009, thème 10-7.

Elle exigerait tout d'abord une définition plus claire du comportement que le médecin devrait respecter.

Le texte ne satisfait pas parfaitement à cette exigence et cela se comprend, car s'il est relativement aisé de constater une pratique excessive ou « déviante » en matière de prescription de transports sanitaires ou d'arrêts de travail, il est beaucoup plus délicat de définir des normes relatives à la proportion à observer entre la prescription de génériques et celle de médicaments hors répertoire.

Faudrait-il cibler certaines spécialités, ou les prescriptions relatives à certaines pathologies, ou apprécier globalement la part relative, dans toutes les prescriptions, des produits du répertoire des génériques et des produits hors répertoire ? Pourrait-on recueillir des données pertinentes permettant de définir des pratiques de référence en la matière ?

Surtout, la mise sous accord préalable est un dispositif très lourd, aussi bien pour les prescripteurs que pour l'assurance maladie. Il semble donc difficilement envisageable de l'appliquer à l'exécution d'un nombre qui pourrait être très important de prescriptions.

Il paraît donc préférable de poursuivre la politique de limitation des prescriptions hors répertoire en développant les actions déjà mises en œuvre même si elles ne sont pas spectaculaires et si leur efficacité ne paraît pas toujours immédiatement perceptible.

On commence cependant à mesurer les résultats cumulés, et qui iront sans doute en s'améliorant, du développement des interventions des délégués de l'assurance maladie, de l'action médico-économique de la HAS, de la mise en place du contrat d'amélioration des pratiques individuelles, de la politique des prix...

Il faut aussi, certainement, accélérer le développement et la diffusion de logiciels d'aide à la prescription.

En conséquence de ces observations, votre commission vous demande de supprimer cet article.

Article 29 sexies
(art. L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale)
Avenants aux contrats d'amélioration des pratiques individuelles

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) puissent faire l'objet d'avenants annuels.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article complète le deuxième alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, qui constitue le fondement législatif des Capi, par une phrase précisant que ces contrats pourront faire l'objet d'avenants annuels intégrant des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

II - La position de la commission

Les Capi ont un remarquable succès et devraient être un outil d'avenir de la politique de maîtrise des dépenses de santé.

Cependant, on peut s'interroger sur la portée de la disposition proposée qui, par ailleurs, n'a pas de manière évidente sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

Le Capi est un contrat. Les parties à ce contrat ont toute capacité pour convenir ensemble de le compléter par des avenants sans que la loi ait besoin de les prévoir.

Il est donc à craindre que cet article additionnel n'ait qu'une portée normative très restreinte.

Il est certes très souhaitable que le contenu des Capi puisse évoluer et s'enrichir, mais les organismes nationaux et locaux d'assurance maladie auront certainement, même sans texte, des propositions à formuler en ce sens aux médecins signataires.

Pour ces raisons, votre commission vous propose de supprimer cet article.

Article 30

(art. L. 162-1-14 et L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale)

Mise sous accord préalable

Objet : Cet article a pour objet de préciser les conditions d'application de la procédure de mise sous accord préalable et de prévoir une procédure alternative susceptible de se substituer à la mise sous accord préalable.

I - Le dispositif proposé

La procédure de mise sous accord préalable a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale). Elle a pour objet de contrôler les prescriptions d'arrêts de travail et de transports sanitaires dont le nombre ou l'importance semblent excessifs.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a étendu son champ d'application à toutes réalisations ou prescriptions d'actes, de produits ou de prestations dont le nombre est « *significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions* » constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie (Urcam).

Cette procédure est très lourde, puisqu'elle permet au directeur de la caisse locale d'assurance maladie de subordonner la couverture des actes médicaux, prescriptions de médicaments, frais de transport ou le versement d'indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical pour une durée maximale de six mois.

Si elle peut être, de ce fait, très dissuasive pour les médecins qui y sont soumis, elle suscite aussi d'importantes charges de gestion pour les organismes locaux, ce qui limite les possibilités d'y recourir.

Le dispositif proposé tend à pallier cet inconvénient en créant une procédure plus souple de contrôle fondée sur la réalisation d'objectifs - qui d'ailleurs existe déjà dans les faits.

Il précise aussi les conditions d'application de la mise sous contrôle.

Cet article comporte trois paragraphes :

- Le **paragraphe I**, qui modifie l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, prévoit d'appliquer aux médecins, qui n'atteindraient pas les objectifs fixés en application de la nouvelle procédure, la pénalité encourue par les praticiens en cas de récidive après deux périodes de mise sous contrôle préalable. Cette pénalité financière peut être proportionnelle aux sommes concernées, dans la limite de 50 % de celles-ci, ou forfaitaire, dans la limite du double du plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 5 178 euros), lorsque les sommes en cause ne peuvent être déterminées.

• Le **paragraphe II**, qui modifie l'article L. 165-1-15 du code de la sécurité sociale, constitue le cœur du dispositif puisqu'il prévoit, d'une part, de nouveaux critères de « ciblage » des médecins susceptibles de faire l'objet d'une mise sous contrôle, d'autre part, la nouvelle procédure alternative à la mise sous contrôle préalable.

a) La modification des critères de mise en jeu de la procédure de mise sous contrôle

Le 1^o du paragraphe II prévoit de réorganiser en deux paragraphes l'article L. 161-1-15 du code de la sécurité sociale.

C'est au nouveau paragraphe I de cet article que sont introduites les dispositions tendant à mieux cibler les mises sous contrôle préalables.

Deux nouveaux critères sont à cet égard définis :

- les nombres de prescriptions ou de réalisations d'actes, qui sont appréciées selon le texte en vigueur en valeur absolue, pourront désormais être rapportés au nombre des consultations effectuées par le médecin, et donc tenir compte du volume de son activité, ce qui semble être en effet logique ;

- il sera également possible de définir les niveaux moyens d'activité qui servent de référence pour définir les comportements susceptibles d'une mise sous contrôle à l'échelle du ressort d'un même organisme local d'assurance maladie, et non plus seulement à l'échelle de la région.

Ce ciblage localisé permettra aux organismes locaux d'intervenir sur des cas ponctuels de pratiques atypiques, par exemple un recours systématique aux examens les plus coûteux. Il sera aussi utile pour déceler des niveaux d'activité atypiques à l'échelon d'un département mais qui ne sont pas repérables par rapport à la moyenne régionale, lorsque la population de celle-ci est très inégalement répartie : l'activité d'un médecin installé dans un département dont la population est relativement faible, en Lozère par exemple (75 000 habitants), peut difficilement être appréciée par rapport à la moyenne d'une région qui comprend d'autres départements à forte densité démographique.

b) La procédure alternative

La procédure alternative figure au II (nouveau) de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

Elle permettra au directeur de l'organisme local d'assurance maladie, en lien avec le service du contrôle médical, de proposer à un médecin susceptible de faire l'objet d'une mise sous contrôle préalable de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations d'actes jugées excessives dans un délai maximum de six mois.

En cas de refus, l'intéressé sera soumis à la procédure « classique » de mise sous accord préalable.

Comme on l'a indiqué, cette procédure alternative est déjà mise en œuvre dans la pratique. Toutefois, aucune sanction n'est actuellement possible en cas de non-respect des objectifs fixés et il faut alors recourir à la procédure de mise sous accord préalable, ce qui ne correspond guère à un allègement de la charge du contrôle.

La procédure alternative et la sanction prévue au I de l'article 30 pourront faciliter un déploiement plus large des actions de contrôle des activités « hors normes ».

• Le **paragraphe III** prévoit que ses dispositions seront applicables aux faits postérieurs à la date de publication du décret en Conseil d'Etat fixant les modalités d'application de l'article L. 162-1-15 modifié.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement de rectification d'une erreur matérielle.

III - La position de votre commission

La procédure de mise sous accord préalable est un instrument très efficace, mais qu'il est difficile d'utiliser à grande échelle, pour maîtriser l'emballlement de certaines dépenses. C'est le cas, notamment, de celles liées au remboursement de transports sanitaires (8,7 % de hausse en moyenne entre 1997 et 2006) ou aux indemnités journalières (IJ) qui justifient des efforts supplémentaires en dépit des résultats positifs notables déjà enregistrés.

Cette nouvelle réforme de la procédure de mise sous accord préalable pourra donc être particulièrement utile. Elle apparaît également très complémentaire, dans des secteurs de dépenses où l'on constate souvent de fortes disparités locales, de l'élaboration de « référentiels » validés par la HAS - à qui la Cnam a récemment soumis des référentiels sur la durée des indemnités journalières.

Il faut donc souhaiter une parution très rapide du décret d'application de cet article.

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

Article additionnel après l'article 30
(art. L. 162-5 du code de la sécurité sociale)
Création d'un secteur optionnel d'exercice

Objet : Cet article additionnel tend à prévoir la mise en place d'un secteur optionnel d'exercice par la convention médicale ou le règlement arbitral.

Le 15 octobre dernier, l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (Unocam) et deux syndicats des médecins ont signé un protocole d'accord relatif à la création d'un **secteur optionnel** d'exercice.

Selon les termes du protocole, ce secteur optionnel serait proposé aux professionnels de santé libéraux conventionnés relevant des spécialités de chirurgie, anesthésie - réanimation et gynécologie obstétrique, pour les professionnels ayant une activité technique prépondérante.

● Le médecin adhérent au secteur optionnel s'engagerait sur les actions suivantes :

- réaliser 30 % ou plus de ses actes au tarif opposable ;

- ne facturer pour les autres actes que des compléments d'honoraires inférieurs ou égaux à 50 % de la base de remboursement de l'acte, y compris les suppléments conventionnels ;

- approfondir la démarche de transparence.

● En contrepartie, l'adhésion au secteur optionnel confèrerait les avantages suivants :

- l'assurance maladie prendrait en charge une partie des cotisations sociales dues par le praticien sur la part de son activité remboursable dans la limite du tarif opposable ;

- les soins réalisés par les médecins adhérents bénéficieraient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables ;

- l'assurance maladie s'engagerait à fournir au médecin les informations nécessaires à son activité ainsi que celles permettant de l'aider dans l'évaluation de sa pratique professionnelle.

Votre rapporteur, qui appelle de ses vœux depuis longtemps la création du secteur optionnel susceptible de constituer une réponse utile aux dépassements d'honoraires, ne peut que se féliciter de la signature du protocole d'accord.

Celui-ci ne suffit cependant pas à permettre la mise en place de ce secteur, qui a vocation à être intégré dans l'édifice conventionnel.

Afin de faciliter la création du secteur optionnel, votre commission propose de compléter l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale relatif au contenu de la **convention médicale** pour prévoir que celle-ci définit un secteur d'exercice auquel les médecins relevant de certaines spécialités peuvent adhérer et dans lequel ils ne peuvent pratiquer des dépassements encadrés que pour une partie de leur activité. A défaut de convention, il reviendrait au **règlement arbitral** de définir ce secteur d'exercice.

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

*Article additionnel après l'article 30
(art. L. 6112-3 du code de la santé publique)*

**Exercice de missions de service public
par des établissements privés**

Objet : Cet article additionnel tend à prévoir que seuls les établissements privés dont la majorité des médecins exerce en secteur 1 ou en secteur optionnel peuvent se voir confier des missions de service public.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a prévu la possibilité pour les établissements privés d'exercer des missions de service public.

Votre commission propose de compléter l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, relatif aux obligations qui s'imposent aux établissements chargés de missions de service public, pour prévoir que les établissements privés ne peuvent se voir confier de telles missions que si une majorité des médecins travaillant en leur sein et susceptibles d'exercer dans le secteur optionnel exerce effectivement dans ce secteur ou dans le secteur à tarifs opposables.

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

Article 30 bis

(art. L. 4113-9 du code de la santé publique)

**Non-transmission aux ordres professionnels des contrats conclus
entre les praticiens et l'assurance maladie**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à soustraire les contrats conclus entre les praticiens et l'assurance maladie de l'obligation de transmission aux ordres professionnels.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté à l'initiative d'Yves Bur, soustrait les contrats passés entre les praticiens et l'assurance maladie de l'obligation de transmission aux ordres professionnels prévue à l'article L. 4113-9 du code de la santé publique. Il vise à empêcher les ordres d'intervenir par ce biais dans les négociations entre les professionnels et la Cnam sur l'amélioration des pratiques individuelles.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à cette disposition qui lève une ambiguïté sur les contrats devant être transmis à l'ordre et permet de mettre fin à un contrôle abusif exercé par les ordres. Elle propose cependant de lui apporter une amélioration rédactionnelle.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 31

*(art. L. 322-5-5 nouveau du code de la sécurité sociale
et article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007
de financement de la sécurité sociale pour 2008)*

Régulation des dépenses de transports sanitaires

Objet : *Cet article a pour objet de mettre en place un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses de transports prescrites par les établissements de santé et de proposer une nouvelle rédaction des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 relatives à l'expérimentation de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports hospitaliers.*

I - Le dispositif proposé

Cet article comporte trois paragraphes :

• le **paragraphe I** tend à compléter la section 2 (« *Frais de déplacements de l'assuré - frais de transports* ») du chapitre II (« *Prestations en nature* ») du titre II (« *Assurance maladie* ») du livre III (« *Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général* ») du code de la sécurité sociale par un article L. 322-5-5 (nouveau) prévoyant un dispositif tendant à responsabiliser les établissements de santé sur l'évolution de leurs dépenses de transports.

Ce dispositif paraît, pour deux raisons, particulièrement opportun :

- la première tient à la forte reprise, depuis le début de l'année, de la croissance des dépenses de transports sanitaires (8,2 % au rythme annuel).

- la seconde, plus structurelle, est la nécessité de maîtriser la croissance, en ce domaine comme dans d'autres, des dépenses de soins de ville résultant de prescriptions hospitalières. Les deux tiers environ des prescriptions de transports sanitaires émanent d'établissements de santé. Certes, on peut concevoir que le recours à un transport sanitaire puisse être nécessaire à des patients sortant de l'hôpital, mais si cette considération peut justifier dans une certaine mesure l'importance relative des prescriptions hospitalières de transports, elle n'en explique pas le très rapide développement.

Le texte prévoit que l'Etat arrêtera chaque année, sur la base de l'analyse de l'évolution des dépenses de transports et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation placé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (article L. 12-21-2 du code de la sécurité sociale), un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports sanitaires.

Lorsque l'ARS constatera, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, que les prescriptions des médecins exerçant au sein d'un établissement de santé dépassent ce taux et résultent de prescriptions non

conformes au dépassement aux règles fixées à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale pour imposer le choix du mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient, elle pourra proposer à l'établissement de conclure un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins, d'une durée de trois ans.

Ce contrat devra être conforme à un contrat-type élaboré selon les mêmes modalités que celui encadrant les « contrats régionaux d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins » que les ARS pourront conclure, en application de l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, avec les professionnels de santé ou les diverses structures offrant des services de soins ou des services médico-sociaux. Il comportera deux objectifs révisables chaque année et portant respectivement sur la réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement et sur l'amélioration de ses pratiques dans ce domaine.

Si l'établissement refuse de contracter, il pourra lui être enjoint de verser à l'organisme d'assurance maladie une fraction pouvant atteindre 10 % des dépenses de transports qui lui sont imputables.

L'exécution du contrat sera sanctionnée selon un système de « bonus-malus » :

- si l'établissement n'atteint pas ses objectifs annuels de réduction de dépenses, il pourra être contraint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une pénalité financière représentant tout ou partie des dépenses correspondant au dépassement de ces objectifs ;

- si ses performances sont supérieures à l'objectif, une partie des économies réalisées pourra lui être reversée par l'organisme d'assurance maladie.

- le **paragraphe II** propose une nouvelle rédaction de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui autorisait des expérimentations permettant de transférer à des établissements de santé antérieurement « sous dotation globale » - c'est-à-dire essentiellement des établissements publics ou des établissements privés participant au service public hospitalier - la gestion des transports prescrits par les professionnels de santé exerçant dans l'établissement.

Cette expérimentation avait notamment l'intérêt de permettre d'imputer les charges de remboursement correspondantes non sur les soins de ville, mais sur des dépenses incluses dans l'Ondam hospitalier.

Elle donnait aux établissements expérimentateurs, en liaison avec les maisons régionales de santé (MRS), la possibilité de disposer d'une dotation leur permettant d'organiser et gérer les prestations de transports notamment par l'émission d'appels d'offre et la passation de marchés.

Les tentatives de mise en œuvre de cette expérimentation ont cependant révélé la complexité technique du dispositif, et elle a en conséquence été abandonnée.

Le texte proposé correspond donc à un nouveau dispositif tendant à privilégier la mise en place de transports partagés.

Il prévoit aussi que les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent des conventions créant des centres de régulation chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état, étant précisé que le bénéfice de la dispense d'avances de frais pour l'assuré sera supprimée s'il refuse la proposition qui lui sera faite.

Les ARS devront dresser la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation, dont un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixera les conditions de mise en œuvre et d'évaluation. A leur terme, les expériences réalisées feront l'objet d'un rapport transmis au Parlement.

Il n'apparaît pas certain que cette nouvelle expérimentation soit techniquement plus facile à mettre en œuvre que celle prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. On peut aussi penser que le succès de telles formules peut très largement dépendre du contexte local dans lequel elles sont mises en place et donc s'interroger sur la possibilité de définir, à partir des expériences qui seront menées, un schéma susceptible d'être généralisé. Au moins celles-ci pourront-elles susciter ou encourager des initiatives locales favorisant une meilleure organisation de l'offre de transports sanitaires.

• le **paragraphe III** prévoit, à titre transitoire, que jusqu'à la fin du délai de mise en place des ARS (1^{er} juillet 2010), les compétences qui leur sont attribuées par cet article seront exercées par les missions régionales.

Compte tenu toutefois du fait que l'application de ces dispositions sera subordonnée, pour l'article L. 322-5-5 (nouveau) du code de la santé publique, à la parution d'un décret en Conseil d'Etat, à celle de l'arrêté interministériel relatif au taux prévisionnel national d'évolution des dépenses de transports puis à l'élaboration d'un contrat-type et, pour la nouvelle expérimentation d'organisation des transports hospitaliers, à la publication de l'arrêté en définissant la mise en œuvre et l'évaluation, cette disposition transitoire n'aura peut-être pas lieu de s'appliquer.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, à cet article, un amendement de précision.

III - La position de votre commission

Votre commission demeure persuadée que la principale condition de l'efficacité du suivi et de la maîtrise médicale des prescriptions hospitalières est l'identification des médecins prescripteurs, dont elle a fait adopter le principe dans le cadre de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2005, mais dont elle attend toujours l'application¹.

Pour autant, elle ne peut qu'accueillir favorablement toute mesure allant dans le même sens et, en particulier, le dispositif de régulation des prescriptions hospitalières de transports prévu par le paragraphe I de cet article, qui reprend une proposition (n° 8) du rapport de la Cnam sur les charges et produits pour l'année 2010, et qui s'inspire également du mécanisme prévu, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, pour la régulation des prescriptions relevant de la « liste en sus » (article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale).

Au bénéfice de ces observations, elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 31 bis

Régulation des prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de mieux encadrer les prescriptions hospitalières de médicaments.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A l'initiative de sa commission des finances, l'Assemblée nationale a adopté cet article qui reproduit, pour l'appliquer aux prescriptions de médicaments, le dispositif de régulation des prescriptions hospitalières de transport sanitaire prévu à l'article précédent. Ce dispositif, qui n'est pas codifié, ne concernerait que les établissements publics de santé.

Il confie également au conseil de l'hospitalisation le soin de formuler des recommandations servant de base à la définition par arrêté interministériel du taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments dont le remboursement est imputé sur le sous-objectif « soins de ville » de l'Ondam.

II - La position de votre commission

Favorable à l'objectif poursuivi par cet article, **vo**tre commission **vous demande de l'adopter sans modification.**

¹ Cf. tome II du présent rapport.

Article 32
(article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale,
art. L. 162-22-10, L. 174-1-1 et L. 174-2-2 nouveau
du code de la sécurité sociale)

**Report à 2018 de l'achèvement de la convergence tarifaire -
Prise en charge des soins effectués dans les hôpitaux établis hors de France**

Objet : Cet article a pour objet, d'une part, de reporter de 2012 à 2018 l'achèvement de la convergence tarifaire entre établissements publics et établissements privés, d'autre part, de permettre la prise en charge des soins effectués dans les hôpitaux établis hors de France.

I - Le dispositif proposé

Singulièrement, le présent article aborde deux sujets n'entretenant aucun rapport l'un avec l'autre.

1 - Le report à 2018 de l'achèvement de la convergence tarifaire

La convergence des tarifs des établissements hospitaliers a été mentionnée pour la première fois dans un document normatif à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, qui a prévu la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Son article 33 a prévu la réalisation de la convergence intrasectorielle à travers la mise en place de coefficients de transition permettant le rapprochement des tarifs des établissements d'un même secteur.

Toutefois, la convergence tarifaire entre établissements publics et privés n'a véritablement été inscrite dans la loi qu'à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. La loi ainsi votée a en effet modifié l'article 33 de la loi de financement pour 2004 afin de préciser que :

*« Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du **processus de convergence** entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra atteindre 50 % en 2008 ».*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 est venue à son tour apporter trois modifications importantes aux dispositions sur la convergence :

- elle a précisé que le processus de convergence est orienté vers les **tarifs des établissements privés** ;
- elle a supprimé l'échéance intermédiaire de 2008, date à laquelle le processus de convergence devait être réalisé à hauteur de 50 % ;
- elle a prévu la remise au Parlement d'un **bilan des travaux sur la mesure des écarts de coûts** avant le 15 octobre 2008.

L'année suivante, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a rendu systématique l'obligation de transmettre au Parlement un bilan d'avancement du processus de convergence avant le 15 octobre de chaque année jusqu'en 2012.

A la suite de l'inscription dans la loi du processus de convergence, le ministre de la santé a confié à l'Igas¹ la réalisation d'une étude sur cette question. Ce rapport² a constitué le fondement de la plupart des actions engagées depuis lors. Il a en effet formulé de nombreuses recommandations sur la méthode à mettre en œuvre pour parvenir à la convergence, préconisant en particulier d'orienter la convergence vers les tarifs des établissements privés, considérés comme les plus efficaces. Il proposait en outre la réalisation de **seize études** destinées à mesurer les écarts de coûts justifiés par la nature différente des charges assumées par chacun des secteurs.

D'ores et déjà, après un délai de lancement particulièrement long, quelques études ont été conduites, portant notamment sur la précarité et la permanence des soins hospitalière.

Dans le dernier rapport sur la convergence tarifaire qu'il a remis au Parlement, le Gouvernement fait valoir que **l'écart facial entre les tarifs publics et les tarifs privés** s'est déjà réduit. En retenant l'activité du secteur public comme activité de référence, cet écart est passé de 40 % en 2006 à 37 % en 2008 et 27 % en 2009, sous l'effet notamment du transfert vers l'enveloppe Migac de la prise en charge de certains coûts relatifs à la précarité ou à la permanence des soins hospitalière.

Le 29 avril dernier, alors que le Sénat examinait le projet de loi HPST, la ministre de la santé a adressé un courrier au président de la fédération hospitalière de France pour lui faire part de son intention de proposer au Parlement le report à 2018 de l'achèvement de la convergence tarifaire en faisant valoir que « *la poursuite du processus de convergence tarifaire est subordonnée à une double exigence : la disponibilité d'études robustes et crédibles éclairant les écarts de coûts entre les établissements compte tenu des missions exercées, notamment de la complexité de certaines*

¹ Inspection générale des affaires sociales.

² Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, janvier 2006.

pathologies, et la soutenabilité des ajustements du modèle pour les établissements, dans un contexte où le rétablissement des équilibres généraux des comptes sociaux, qui consolide le service public hospitalier, est un objectif important ».

Le **paragraphe I** du présent article n'est donc que la traduction de cet engagement et tend à modifier l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, afin de reporter de 2012 à 2018 l'achèvement du processus de convergence.

Dans le même temps, l'exposé des motifs de cet article ouvre, sans toutefois qu'une disposition normative soit prévue, de nouvelles perspectives jamais évoquées jusqu'alors : *« Parallèlement à ce report, afin de ne pas interrompre le processus de convergence, des rapprochements tarifaires seront réalisés dès 2010 sur quelques dizaines de tarifs de groupes homogènes de séjour (GHS) pour une économie d'un montant de 150 millions d'euros. Afin de proposer un scénario de convergence « ciblée » cohérent par rapport à la poursuite des études d'objectivation des écarts de coût, il convient de procéder à une analyse fine des activités qui pourraient être soumises à ce rapprochement, notamment dans le domaine de la chirurgie ambulatoire ou à sévérité légère ».*

A ce jour, aucune information n'a été transmise au Parlement sur la liste des GHS qui pourraient faire l'objet de la convergence ciblée, ni sur un éventuel élargissement progressif de la convergence ciblée.

2 - Prise en charge directe des soins reçus par des Français dans des établissements situés hors de France

Le droit actuel ne prévoit pas le cas dans lequel des assurés sociaux d'un régime français résidant en France et tombant malades sans avoir quitté la France, sont soignés dans un hôpital étranger, pour des raisons pratiques (distance, accès...).

La France a entrepris de signer des **accords relatifs aux soins transfrontaliers** avec ses voisins : accord-cadre avec l'Allemagne en juillet 2005, accord-cadre avec la Belgique le 30 décembre 2005, accord avec l'Espagne le 27 juin 2008 et élaboration d'une convention avec la province de Catalogne, convention selon laquelle, pour le remboursement des soins effectués à l'hôpital catalan qui sera construit à Puigcerda, la prise en charge de soins se fera selon les principes d'une prise en charge ordinaire comme dans un établissement français.

Le **paragraphe II** de cet article vise à adapter notre droit à ce type d'accord. Il tend à compléter l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, relatif à l'objectif des dépenses d'assurance maladie (Odam), qui constitue une ligne spécifique de l'Odam. Dorénavant, figureraient dans l'Odam les activités de soins dispensés, en application de dispositions communautaires ou d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné, par

un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Par ailleurs, cet article insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 174-2-2, pour donner une base légale au paiement qu'effectuera une caisse primaire d'assurance maladie à un hôpital situé sur le territoire d'un autre Etat.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, « *il s'agira, en première application de ces nouvelles dispositions, de faciliter l'adaptation des moyens hospitaliers du plateau cerdan qui est une zone montagneuse, relativement isolée et dont l'accès vers la plaine du Roussillon (deux heures de route jusqu'à Perpignan) est difficile lorsque les conditions climatiques sont rigoureuses* ». La prise en charge dans l'hôpital de Puigcerda permettra d'apporter une réponse à cette situation.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, outre un amendement rédactionnel, deux modifications au présent article :

- elle a inséré un paragraphe I A pour modifier l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 en prévoyant des modalités de transition particulières pour trois établissements de Guyane, qui ne pourront respecter l'objectif d'achèvement de la convergence intrasectorielle en 2012 ;

- elle a prévu que le bilan d'avancement du processus de convergence serait désormais remis au Parlement avant le 15 septembre et non avant le 15 octobre.

III - La position de votre commission

• Dans un contexte singulier, sinon paradoxal, qui voit le Gouvernement proposer simultanément de reporter à 2018 l'achèvement de la convergence tarifaire tout en la mettant en œuvre dès 2010 pour quelques GHS, la Mecss constituée au sein de la commission des affaires sociales a souhaité faire le point sur cette question complexe. Elle a organisé, le 27 octobre 2009, une table ronde¹ réunissant les principaux acteurs concernés, à savoir les représentants des fédérations hospitalières, mais également les représentants de la Dhos et de la mission « tarification à l'activité » du ministère de la santé.

Cette table ronde a notamment montré que l'ensemble des études préalables à la convergence seraient achevées en 2012. Selon Annie Podeur, directrice de la Dhos, les années suivantes doivent permettre, d'une part, de

¹ Le compte rendu des débats figure dans le rapport d'information Sénat n° 76 (2009-2010), « En attendant la convergence tarifaire » d'Alain Vasselle au nom de la Mecss.

tirer les conséquences des études et de les tester dans le modèle tarifaire, d'autre part, de gérer les « effets revenus » de la convergence.

Votre commission en conclut que le renvoi à 2018 de l'achèvement de la convergence équivaldrait, en fait, à un report *sine die* conduisant les professionnels concernés à estimer que ce processus est en réalité abandonné.

Elle considère que des délais trop longs ont déjà été pris pour lancer les études sur les écarts de coûts justifiés et que l'échéancier de ces études ne doit plus être modifié ou complété par de nouvelles études destinées à affiner sans cesse la connaissance des écarts de coûts entre secteurs. L'un des enseignements de la table ronde organisée par la Mecss est en effet que les tarifs doivent très certainement être éclairés par les coûts, mais qu'ils ne peuvent être alignés sur ceux-ci, l'objectif unique de la convergence étant de renforcer l'efficacité du système de santé.

Il est désormais nécessaire de réfléchir à la structure de la future tarification et notamment aux moyens de prendre en compte les honoraires médicaux pour parvenir à un tarif « tout compris ».

A cet égard, comme l'a noté Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Cnam lors de son audition par la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, la mise en place d'un secteur optionnel à dépassements d'honoraires encadrés et plafonnés pourrait faciliter l'intégration des honoraires dans la future tarification.

Quoi qu'il en soit, s'il est sans doute souhaitable de prévoir un délai supplémentaire après la réalisation des études préalables pour achever le processus, celui-ci ne saurait excéder deux ans, de sorte que votre commission propose un **amendement** tendant à fixer à 2014 la date d'achèvement de la convergence tarifaire intersectorielle.

- En ce qui concerne la seconde partie de cet article, relative au cas dans lequel des assurés sociaux français sont soignés dans un hôpital étranger, votre commission approuve les mesures proposées mais souhaite néanmoins, par voie d'**amendement**, exclure du champ de ce dispositif les dépenses relevant d'engagements communautaires dès lors qu'elles impliquent des remboursements entre institutions, *via* le centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss), et sont prises en compte dans un objectif spécifique de l'Ondam.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

*Article additionnel après l'article 32
(art. L. 133-2 du code des juridictions financières
et L. 6161-3 du code de la santé publique)*

Extension du champ de contrôle de la Cour des comptes

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'étendre le champ de contrôle de la Cour des comptes aux établissements de santé privés.

Cet article s'inscrit dans le cadre de l'ensemble des mesures proposées par votre commission pour améliorer le financement des établissements de santé. En particulier, l'objectif de la convergence tarifaire entre les établissements hospitaliers des secteurs public et privé et les conditions de sa mise en œuvre nécessitent que tous les moyens soient pris pour permettre une bonne connaissance des éléments entrant dans le champ de cette réforme.

Par ailleurs, l'ampleur du montant des sommes versées par l'assurance maladie aux établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, justifie amplement que le contrôle de l'utilisation de ces moyens de financement soit renforcé.

Or, si les établissements publics de santé entrent dans le champ de contrôle de la Cour des comptes, ce n'est pas le cas des établissements de santé privés, ce que regrette d'ailleurs la Cour des comptes elle-même.

Le présent article propose donc que tous les établissements de santé, publics comme privés, soient inclus dans le champ de contrôle de la Cour des comptes. A cet effet, il complète l'article L. 133-2 du code des juridictions financières pour que les personnes morales recevant des concours financiers en provenance des organismes de sécurité sociale soient inclus dans le périmètre de contrôle de la Cour.

Par ailleurs, une coordination est faite à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique afin de prévoir que tous les comptes des établissements de santé sont transmis non seulement aux agences régionales - aujourd'hui d'hospitalisation, demain de santé - mais également à la Cour des comptes.

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

Article 32 bis

(art. L. 1111-3 du code de la santé publique)

Informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre la diffusion, sur les sites informatiques des établissements de santé, d'informations relatives aux honoraires des professionnels de santé qui y exercent.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Les règles relatives à l'information des patients sur les frais auxquels ils pourraient être exposés à l'occasion d'activités de soins sont définies par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, dont les dispositions sont précisées par voie réglementaire.

Article L. 1111-3 du code de la santé publique

« Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sauf si le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure, auquel cas il est tenu de remettre à son patient l'information préalable susmentionnée, y compris si ses honoraires sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté précité. L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé, mise en œuvre selon la procédure mentionnée à l'article 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

« Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. Les infractions aux dispositions du présent alinéa sont recherchées et constatées dans les conditions prévues et par les agents mentionnés à l'article L. 4163-1. Les conditions d'application du présent alinéa et les sanctions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Indépendamment de cette obligation légale d'affichage des tarifs et honoraires, l'assurance maladie a pris l'initiative depuis peu de publier sur son site internet des indications et fourchettes sur les tarifs pratiqués par les professionnels de santé.

Le présent article tend à compléter l'article L. 1111-3 du code de la santé publique pour permettre aux établissements de santé, nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1 du code de la santé publique, relatif au code de déontologie des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, de faire figurer sur leurs sites informatiques des **informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé** qui y exercent.

II - La position de votre commission

Si votre commission ne peut qu'approuver le renforcement de la transparence en matière de tarifs et honoraires médicaux, qui doit permettre d'éclairer le choix du patient, elle considère que la mesure proposée revêt un caractère trop général et pourrait être appliquée de manière très différente selon les établissements de santé.

Elle propose donc un **amendement** tendant à prévoir que les informations que pourront diffuser les établissements de santé sur leurs sites informatiques sont celles transmises par les gestionnaires des régimes obligatoires de base d'assurance maladie à leurs assurés sociaux en application de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale.

Cet article L. 162-1-11 prévoit en effet que les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent une mission générale d'information des assurés sociaux. Il dispose en outre que les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables et les taux de remboursement.

Il paraît donc particulièrement opportun que les informations détenues par les gestionnaires des régimes obligatoires puissent figurer sur les sites informatiques des établissements de santé qui le souhaiteront.

Une convention entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les organisations représentatives des établissements de santé précisera les conditions de fourniture des informations aux établissements.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 32 ter
(art. L. 6323-1 du code de la sécurité sociale)

Coordination

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de supprimer une incohérence de rédaction entre deux dispositions du code de la santé publique modifiées par la loi HPST.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Tel qu'il a été réécrit par le XVI de l'article 1^{er} de la loi HPST, l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, relatif aux centres de santé, précise en son dernier alinéa que ces centres ne peuvent être créés et gérés que par des organismes sans but lucratif, des collectivités territoriales ou « *des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif* ».

Cette rédaction, qui exclut implicitement la création ou la gestion de centres de santé par des établissements de santé privés à but lucratif, est contredite par celle du dernier alinéa de l'article L. 6111-3 du même code, qui résulte du XVIII de l'article 1^{er} de la loi HPST et qui permet à l'ensemble des établissements de santé de créer et gérer des contrats de santé.

Cette contradiction, certes fâcheuse, n'est sans doute pas de grande conséquence, car la disposition restrictive prévue par l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peut être regardée comme contraire aux règles du droit européen.

Le présent article a pour objet de la supprimer.

II - La position de votre commission

Il paraît douteux que cet article ait vocation à figurer dans une loi de financement de la sécurité sociale.

En outre, la rectification à laquelle il propose de procéder pourra être prévue dans le cadre du projet de loi de ratification de l'ordonnance « de coordination » prévue par l'article 133 de la loi HPST.

Pour ces raisons, votre commission vous propose de supprimer cet article.

Article 33

(art. L. 344-1-2 nouveau du code de l'action sociale et des familles)

Frais de transport des personnes adultes handicapées

Objet : Cet article a pour objet d'intégrer les frais de transport des personnes adultes handicapées, admises en accueil de jour dans les maisons d'accueil spécialisées (Mas) et les foyers d'accueil médicalisés (Fam), dans le budget de ces établissements.

I - Le dispositif proposé

1 - Les problèmes liés à la prise en charge des frais de transport des adultes handicapés

• Les conditions générales de prise en charge des frais de transport des assurés par l'assurance maladie sont prévues par les articles L. 322-5, R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale. La prise en charge est limitée aux frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou pour se soumettre à un contrôle médical.

Afin de diminuer le reste à charge des adultes handicapés et de leurs familles, certaines caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont accepté pendant de nombreuses années de prendre en charge, au titre de leur action sociale, les frais de transport vers certains établissements, notamment les maisons d'accueil spécialisées¹ (Mas).

Parallèlement, la création de la prestation de compensation du handicap² (PCH) par la loi handicap du 11 février 2005 a permis de prendre en charge les surcoûts liés aux transports des personnes handicapées ne relevant pas des articles L. 322-5, R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale³. Ces surcoûts doivent résulter de transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ annuel en congé.

¹ La loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées a créé un nouveau type d'établissement, les maisons d'accueil spécialisées (Mas). Il s'agit d'établissements ou de services destinés à recevoir des personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

² La prestation de compensation du handicap est ouverte aux adultes handicapés à domicile depuis janvier 2006. Elle a été étendue aux adultes handicapés en établissements en février 2007 (par décret), puis aux enfants handicapés à domicile et en établissement en avril 2008 (par décret). Elle est versée par les départements, sur décision des commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) créées au sein des maisons départementales des personnes handicapées.

³ Plus précisément le troisième des cinq éléments qui composent la prestation, intitulé « frais de transports ».

- La conjugaison de ces deux modalités de prise en charge a engendré quatre séries de problèmes :

- l'instauration de la PCH a conduit certaines CPAM à revoir leurs modalités de prise en charge des frais de transport des personnes handicapées accueillies en établissements et services médico-sociaux, ce qui s'est traduit par une augmentation du reste à charge ;

- les caisses locales ont interprété différemment l'articulation entre la nouvelle prestation et leur propre intervention, créant ainsi des inégalités de prise en charge sur le territoire ;

- l'élément « frais de transports » de la PCH s'est révélé peu adapté à certaines situations individuelles. En effet, la prise en charge des frais de transport par la PCH, à la différence de celle de l'assurance maladie, est plafonnée à 200 euros par mois, alors que les frais encourus peuvent, dans le cas de transports médicalisés ou quotidiens, atteindre 1 500 euros par mois. En conséquence, certaines personnes handicapées ou leurs familles se sont vu exposées à des restes à charge importants ;

- la prise en charge des transports sur une base individuelle n'a pas permis d'optimiser leurs coûts et de favoriser leur mutualisation.

2 - Les préconisations du groupe de travail sur les frais de transport des personnes en situation de handicap

- Afin d'éviter une rupture de la prise en charge, le Gouvernement a demandé, dès le printemps 2007, à la Cnam de donner instruction aux CPAM de maintenir leur prise en charge chaque fois que nécessaire. A cette occasion, il a été rappelé que la PCH a été conçue non pour se substituer aux prises en charge existantes mais pour les compléter.

Les problèmes d'articulation persistant, la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, Valérie Létard, a réuni, le 23 janvier 2009, un groupe de travail rassemblant l'assurance maladie, les conseils généraux, la CNSA, les services de l'Etat et les associations de personnes handicapées, afin de proposer, d'ici au 30 juin 2009, « *un dispositif rénové et pérenne d'organisation des transports et de prise en charge des frais afférents, qui permette de prendre en compte la totalité et la diversité des situations vécues par les familles et les personnes handicapées* ».

Dans l'attente de la mise en place de ce nouveau dispositif, la Cnam a, quant à elle, adressé une nouvelle instruction à ses caisses locales pour garantir la poursuite de la prise en charge des frais de transport dans les conditions actuelles et les inviter à examiner attentivement toutes les situations individuelles.

• Le rapport du groupe de travail, remis l'été dernier, dresse un constat sans appel sur le système de prise en charge qui est qualifié de :

- « - producteur d'inégalités ;
- « - producteur de restes à charge pour les usagers et leur famille ;
- « - coûteux ;
- « - pas toujours efficace ;
- « - peu responsabilisant ;
- « - peu lisible ».

Ce constat implique de réformer le dispositif en tenant compte de la diversité des établissements médico-sociaux. Ainsi, pour chaque catégorie d'établissement, le groupe de travail formule des préconisations spécifiques.

Concernant les Mas et les Fam, il recommande l'intégration, à court terme, des frais de transport des adultes lourdement handicapés accueillis en externat ou semi-externat (autrement appelés « accueil de jour ») dans le budget de fonctionnement des établissements.

Cette solution présente en effet plusieurs avantages :

- la simplification des démarches pour les usagers et leurs familles qui « *ne sont pas laissés seuls face à des professionnels puissants* » ;
- la possibilité, pour le directeur, de lancer des appels d'offre et ainsi, permettre une plus grande mise en concurrence ;
- la mutualisation des transports entre résidents.

Elle n'est néanmoins pas pertinente pour l'ensemble des structures médico-sociales. C'est pourquoi, le groupe de travail préconise d'autres modes de prise en charge :

- le retour à la prise en charge individuelle par les CPAM pour les CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce) et les CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques) ;
- une prise en charge par le budget de l'Etat pour les établissements et services d'aide par le travail (Esat) ;
- une prise en charge financière particulière pour les établissements et services médico-sociaux à agrément régional ou national.

3 - La mesure retenue

S'appuyant sur les recommandations du groupe de travail, le Gouvernement a décidé de réformer, dans un premier temps, la prise en charge des frais de transport des personnes adultes handicapées admises en accueil de jour dans les Mas et les Fam. Le groupe a en effet identifié ces personnes comme « *public prioritaire, dont le projet de vie est compromis en l'absence de prise en charge des frais de transport entre leur domicile et l'établissement qui les accueille* ».

Sur le modèle de celui adopté pour la prise en charge des transports des enfants handicapés accueillis dans les établissements d'éducation adaptée (article L. 242-12 du code de l'action sociale et des familles) et conformément à l'option retenue par le groupe de travail, cette prise en charge s'effectuera *via* une intégration des charges de transport au budget de fonctionnement des Mas et Fam.

Cette intégration nécessite une base légale dans la mesure où il s'agit de créer une nouvelle catégorie de dépenses intégrées dans le budget des établissements médico-sociaux concernés. C'est pourquoi, le présent article insère un nouvel article L. 344-1-2 dans le code de l'action sociale et des familles disposant que les frais de transport des personnes adultes handicapées admises en accueil de jour dans les Fam et les Mas sont inclus dans les dépenses d'exploitation desdits établissements.

Ces frais de transport, entièrement à la charge de l'assurance maladie, seront financés *via* un transfert de l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale (opération de fongibilité).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- le premier vise à clarifier le dispositif en précisant que ce sont bien, pour les adultes handicapés hébergés en accueil de jour, les frais de transport entre le domicile et l'établissement, qui sont pris en charge par ce dernier. Les autres déplacements susceptibles de figurer dans le projet de vie de la personne handicapée continueront d'être financés par la PCH ;

- le second a pour objet de préciser que ces frais de transport sont financés par l'assurance maladie, *via* l'OGD. Un doute subsistait en effet puisque les Fam sont cofinancés par l'assurance maladie et les conseils généraux. L'intégration des frais de transport dans le budget de ces établissements ne créera donc aucune charge nouvelle pour les départements.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite de cette mesure à plusieurs titres :

- pour les usagers et leurs familles, elle permettra de limiter le reste à charge, de faciliter leurs démarches administratives et de mettre fin aux inégalités de traitement sur le territoire résultant des pratiques différenciées des CPAM ;

- pour les gestionnaires d'établissements, elle encouragera la mutualisation des transports et rendra possible une meilleure optimisation des coûts.

Elle insiste néanmoins sur la nécessité d'accompagner l'intégration des frais de transport dans le budget des établissements d'un transfert d'enveloppe suffisant afin que ceux-ci aient les moyens de mettre en œuvre un système de transport efficient et de qualité. En 2010, il est prévu que 18 millions d'euros soient ainsi transférés à l'OGD pour couvrir la première tranche d'intégration. Au total, le transfert d'enveloppe devrait atteindre 36 millions d'euros.

Par ailleurs, votre commission rappelle que cette mesure ne constitue qu'une première étape dans un processus de réforme qui devra, à terme, également concerner les CAMSP, les CMPP, les Esat, ainsi que les établissements et services médico-sociaux à agrément régional ou national. L'année 2010 devra donc être mise à profit pour poursuivre la réflexion sur la prise en charge des frais de transport des adultes handicapés accueillis dans ces structures.

Enfin, elle approuve les précisions apportées par l'Assemblée nationale qui permettent de lever toute ambiguïté concernant le financement de la mesure.

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

Article 33 bis

*(art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles,
art. L. 5126-1 du code de la santé publique)*

**Possibilité pour un groupement de coopération social et médico-social
de gérer une pharmacie à usage interne**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, autorise un groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) à gérer une pharmacie à usage interne.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A l'instar du secteur sanitaire, le secteur médico-social doit désormais entrer dans une logique de coopération et développer une stratégie de coordination territoriale entre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ceci est particulièrement vrai pour l'approvisionnement et la délivrance des médicaments, étant donné que le poste « consommation de médicaments » en Ehpad est particulièrement élevé (environ 800 millions d'euros).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu une expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation soins des

établissements qui doit débiter cet automne, avant une éventuelle généralisation du dispositif en 2011.

Afin de s'y préparer, les établissements cherchent à mieux s'organiser et à retrouver des marges de manœuvre financières en mutualisant la fonction de prestation pharmaceutique. L'intérêt d'en bénéficier est d'autant plus évident pour ceux qui n'ont pas de pharmacie à usage interne (PUI) et dont les résidents doivent s'adresser à une officine de ville.

Or, il n'existe à ce jour aucun outil juridique autorisant un groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) à gérer une PUI pour le compte de plusieurs Ehpad.

Dans un souci d'efficacité et de meilleure prise en charge des résidents grâce à la coopération inter-établissements, cet article, qui complète l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, propose de donner compétence aux CGSMS pour exercer les activités de PUI.

Ce dispositif entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2011, c'est-à-dire une fois la phase d'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des établissements terminée.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve la démarche visant à renforcer la coordination entre établissements médico-sociaux afin de permettre un meilleur ciblage des crédits et une structuration de l'offre plus cohérente.

Le groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) est un puissant levier pour parvenir à ces objectifs. L'autoriser à gérer une PUI est une proposition pertinente qui permettra aux établissements médico-sociaux d'optimiser leurs coûts et de retrouver des marges d'efficacité particulièrement bienvenues.

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

Article 33 ter

(art. L. 314-3, L. 314-3-1, L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)
**Possibilité pour la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
de gérer des crédits de l'objectif global de dépenses en dehors des
dotations régionales et financement par celle-ci des dépenses médico-
sociales au titre des placements d'enfants handicapés français
dans des établissements étrangers**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la possibilité pour la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de gérer des crédits relevant de l'objectif global de dépenses (OGD) autrement que sous la forme de dotations régionales. Il pose également le principe selon lequel le financement des dépenses médico-sociales liées aux placements d'enfants handicapés dans des établissements étrangers ayant signé une convention avec un organisme français de sécurité sociale relève de la compétence de la CNSA.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article comprend deux mesures distinctes :

• la possibilité pour la CNSA de gérer au niveau national certains crédits de l'OGD

Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses dit « objectif global de dépenses » (OGD). Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel, et son montant correspond à la somme de deux éléments :

- une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'Ondam voté en loi de financement de la sécurité sociale dont le montant est également précisé par l'arrêté précité ;

- la part (54 %) des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) affectée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

Sur la base de cet objectif est déterminé le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journées et tarifs. Ce montant est ensuite réparti en dotations régionales et départementales limitatives par la CNSA.

Il s'avère que certaines dépenses afférentes à des établissements ou services médico-sociaux relevant de l'OGD géré par la CNSA justifieraient une gestion nationale (par exemple, les crédits liés à des dépenses exceptionnelle en cas de canicule). Or, la législation ne prévoit pas que les crédits relevant de cet objectif de dépenses puissent être répartis autrement que sous la forme de dotations régionales.

C'est pourquoi, le **paragraphe I** du présent article propose de compléter l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles afin de permettre à la CNSA de gérer ces dépenses en dehors des dotations régionales ;

• le financement par la CNSA des dépenses médico-sociales liées aux placements d'enfants, adolescents ou de jeunes adultes handicapés français dans des établissements étrangers

En l'état actuel du droit, le financement des dépenses médico-sociales liées aux placements de jeunes handicapés dans des établissements étrangers, en particulier belges, ayant signé une convention avec un organisme français de sécurité sociale, ne relève pas aujourd'hui de la compétence de la CNSA mais celle de l'assurance maladie.

Afin de clarifier les circuits de financement et d'assurer un suivi exhaustif des dépenses liées à leur hébergement et à leur accueil, le **paragraphe II** du présent article propose de modifier le champ de l'OGD géré par la CNSA qui figure à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, de manière à y intégrer les dépenses des structures médico-sociales accueillant des ressortissants français, et établies dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE), ou établies en Suisse.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à la possibilité accordée à la CNSA, de gérer certains crédits de l'OGD au niveau national plutôt que régional qui permettra d'introduire davantage de souplesse dans la gestion de cette enveloppe. Certaines dépenses, de nature exceptionnelle, justifient en effet que les crédits ne soient pas répartis en dotations régionales et départementales.

Elle approuve ensuite la clarification du financement des dépenses au titre de la prise en charge d'enfants ou de jeunes adultes handicapés français dans des établissements étrangers. La mesure proposée au présent article met fin à l'incertitude juridique qui prévalait jusqu'alors sur le fait de savoir qui, de l'assurance maladie ou de la CNSA, doit financer ces dépenses.

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

Article 33 quater

(art. L. 541-4 du code de la sécurité sociale)

**Extinction du financement de la majoration pour parent isolé
de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé
par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose de transférer aux caisses d'allocations familiales le financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est versée aux parents ayant un enfant atteint d'une incapacité permanente d'au moins 80 %. Elle est majorée d'un montant forfaitaire pour le parent élevant seul son enfant (majoration pour parent isolé de l'AEEH), prévu à l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale. L'allocation de base est financée par la branche famille, mais la majoration de parent isolé est actuellement à la charge de la CNSA, sur la section III de son budget consacrée au financement de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Cette situation soulève deux difficultés :

- premièrement, celle de la cohérence du dispositif : alors que la majoration est financée par la CNSA, l'allocation principale est, elle, prise en charge par la branche famille ;

- deuxièmement, celle du poids du financement car la création récente de la PCH enfant a entraîné une augmentation non négligeable des charges incombant à la CNSA. Parallèlement, les caisses d'allocations familiales voient leurs charges diminuer en raison de la baisse progressive du nombre de compléments d'AEEH versés par elles.

En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a étendu le bénéfice de la PCH aux enfants handicapés de moins de vingt ans, conformément aux dispositions de la loi Handicap du 11 février 2005.

Les enfants handicapés continuent, par ailleurs, à bénéficier de l'AEEH, prestation constituée d'une allocation de base (119,72 euros) et d'un complément, subdivisé en six catégories selon le degré de gravité du handicap et l'importance des charges qui lui sont liées (de 89,7 euros à 999,83 euros).

La loi a néanmoins instauré un droit d'option entre la PCH enfant et le complément d'AEEH. Ainsi, les familles peuvent toujours percevoir l'allocation de base de l'AEEH, mais elles doivent choisir entre le versement du complément de cette même prestation ou de la PCH enfant. Cette mesure représente une économie de l'ordre de 50 millions d'euros sur les charges supportées par la branche famille au titre des compléments de l'AEEH. Elle

s'apparente donc à un transfert de charges puisque la PCH enfant, qui relève du financement de la CNSA, connaît, quant à elle, une montée en charge.

Afin de rétablir la cohérence globale du financement de la prestation et de tenir compte de l'augmentation des dépenses au titre de la PCH enfant, le présent article propose de modifier l'article L. 514-4 du code de la sécurité sociale afin de supprimer progressivement le financement de la majoration pour parent isolé à la charge de la CNSA et de le transférer aux caisses d'allocations familiales.

Cette extinction s'étalerait sur trois ans :

- en 2010, la subvention de la CNSA serait égale à la moitié des sommes versées au titre de la majoration ;
- en 2011, elle serait égale au quart de ces sommes ;
- à compter de 2012, elle serait supprimée.

II - La position de votre commission

Votre commission rappelle que le financement par la CNSA de la majoration pour parent isolé de l'AEEH a pour effet de minorer d'environ 20 millions d'euros les crédits alloués aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH). A ce sujet, elle précise que le taux de couverture (rapport entre les concours de la CNSA et le montant des prestations versées) de la PCH par la CNSA ne cesse de diminuer¹ en raison des moindres recettes enregistrées par la caisse dans le contexte économique actuel, ce qui oblige les départements à prendre le relais.

Elle estime donc que le transfert du financement de cette majoration aux caisses d'allocations familiales permettra non seulement de clarifier le régime financier de cette allocation en faisant de la branche famille son unique financeur, mais aussi d'alléger la charge qui incombe à la CNSA au moment où celle-ci est confrontée à une nette diminution de ces ressources et à une augmentation de ses charges au titre de la PCH enfant.

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

1 Le taux de couverture de la PCH, d'un peu plus de 100 % en 2008, devrait être de 91 % en 2009 et de 76,8 % en 2010.

Article 33 quinquies

**Sécurisation de la convention collective nationale
des établissements privés de soins, de cure et de garde à but non lucratif**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de sécuriser l'avenant du 25 mars 2002 portant rénovation de la convention collective nationale des établissements privés de soins, de cure et de garde à but non lucratif.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La convention collective nationale des établissements privés de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 a fait l'objet d'une rénovation de grande ampleur au cours de l'année 2002 qui s'est traduite par la signature d'un avenant n° 2002-02 du 2 mars 2002.

Cette réforme a modifié les règles de calcul des rémunérations en remplaçant les grilles indiciaires par des coefficients définis par métier. Le nouveau dispositif traduit l'évolution de carrière par l'application d'un pourcentage d'ancienneté fixe de 1 %, dans la limite de 30 %. Ce système a été complété par l'instauration d'une indemnité de carrière qui a pour objet de garantir à chaque salarié, le cas échéant, une rémunération globale égale à celle qu'il aurait perçue selon l'ancien mécanisme.

L'entrée en vigueur de l'avenant a donc permis des rémunérations équivalentes voire supérieures à celles qui auraient été versées sous le régime antérieur.

Toutefois, malgré ces garanties, certains salariés ont saisi la justice aux fins d'obtenir la prise en compte, pour la détermination de l'ancienneté, non pas de leur position sur l'ancienne échelle ou grille indiciaire, mais de l'ancienneté acquise dans l'établissement.

Dans un arrêt en date du 11 juillet 2007, le Cour de cassation a fait droit à la demande d'un salarié, sans cependant se prononcer sur la question du calcul de l'ancienneté à prendre en considération.

Or, l'application de cette décision à l'ensemble des établissements visés par la convention collective entraînerait des rappels de salaire. Leur poids financier serait préjudiciable pour les établissements et pourrait se répercuter sur leurs financeurs, l'assurance maladie et les collectivités territoriales. C'est pourquoi, le présent article vise à valider les reclassements opérés en application de l'article 7 de l'avenant, qui n'ont entraîné aucune perte de rémunération pour les salariés.

II - La position de votre commission

Votre commission rappelle que la jurisprudence de la Cour de cassation risquerait d'aboutir à un surcoût de 200 millions d'euros, si les recours individuels se généralisaient. Or, ni les finances de l'assurance maladie, ni les finances locales ne peuvent assumer une telle charge.

En conséquence, elle approuve la sécurisation de la convention collective nationale des établissements privés de soins, de cure et de garde à but non lucratif.

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

*Article additionnel après l'article 33 quinquies
(art. L. 341-1 du code de la sécurité sociale)*

Forfait journalier hospitalier pour les personnes accueillies en maison d'accueil spécialisée

Objet : Cet article additionnel propose que l'application du forfait journalier hospitalier ne puisse conduire à faire descendre les ressources des personnes accueillies en maison d'accueil spécialisée (Mas) en dessous d'un montant minimum.

Les personnes handicapées accueillies dans les établissements médico-sociaux qui assurent un hébergement et/ou un entretien participent à leurs frais d'hôtellerie (hébergement, nourriture, blanchisserie...). Dans les établissements autres que les maisons d'accueil spécialisées (Mas) (foyers d'accueil médicalisés - Fam -, foyer de vie, foyer d'hébergement...), c'est la personne handicapée qui prend en charge, à titre principal, ces frais d'hébergement et d'entretien. Cependant, l'article L. 344-5 du code de l'action sociale et des familles garantit un minimum de ressources mensuelles à la personne en précisant que cette participation ne peut faire descendre ses ressources en dessous de 30 % de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à taux plein.

Dans les Mas, cette participation aux frais d'hébergement et d'entretien est une participation forfaitaire : c'est le paiement du forfait journalier hospitalier par la personne handicapée. Dans cette hypothèse, la réglementation actuelle lui permet de conserver l'AAH à taux plein mais ne lui garantit pas un minimum de ressources mensuelles.

Ainsi, cette personne dispose *in fine* de ressources inférieures à 30 % de l'AAH : le paiement de trente jours de forfait journalier lui laisse actuellement 29,6 % de l'AAH et un peu moins de 21 % de l'AAH après l'augmentation de 2 euros du forfait (18 euros).

Seules les personnes bénéficiaires de l'AAH et exonérées du paiement du forfait journalier hospitalier conservent 30 % de l'AAH à taux plein (en application de l'article R. 821-8 du code de la sécurité sociale).

Il en résulte une inégalité de traitement entre les personnes handicapées selon qu'elles sont astreintes ou non au forfait journalier hospitalier et selon qu'elles sont accueillies en Mas ou en foyer.

Afin de la corriger, le présent article propose que l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles dispose expressément que l'application de l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier ne puisse conduire à faire descendre les ressources des personnes accueillies en Mas en dessous d'un montant minimum, que les personnes soient astreintes ou non à son paiement. Un décret précisera que ce revenu minimum garanti est porté à 30 % du montant de l'allocation aux adultes handicapés, à l'instar de celui des personnes accueillies dans les autres établissements.

Il est prévu que la perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de cette mesure soit gagée par le relèvement à due concurrence du taux des contributions sociales visées aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

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

Cet amendement a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution par la commission des finances postérieurement à son adoption par la commission des affaires sociales.

Article 34

Contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences régionales de santé pour 2010

Objet : Cet article expose les modalités selon lesquelles les régimes obligatoires d'assurance maladie contribueraient, en 2010, au financement de l'installation et du fonctionnement des agences régionales de santé (ARS), sans toutefois chiffrer les contributions prévues.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique, introduit par l'article 118 de la loi HPST, prévoit que les ressources des ARS comporteront des contributions des régimes d'assurance maladie et mentionne que ces

contributions doivent être déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale, cette précision résultant d'un amendement du Sénat.

Les ARS devant se mettre en place au plus tard avant le 1^{er} juillet 2010, le présent article prévoit, pour cette année transitoire d'installation, qu'elles recevront deux contributions différentes des régimes d'assurance maladie :

- une participation exceptionnelle au financement de leurs dépenses d'installation, qui prendrait la forme d'une « *dotation* » destinée à la constitution d'un fonds de concours ;

- une « *participation* » représentative des dépenses afférentes aux emplois transférés aux agences par les organismes d'assurance maladie en application de l'article 129 de la loi HPST et « *des crédits de fonctionnement* » s'y rapportant. Cette contribution devrait donc correspondre aux moyens en personnels précédemment employés par les organismes d'assurance maladie pour exercer les activités transférées aux ARS. Elle est, à la différence de la première, appelée à devenir pérenne.

Les dispositions relatives à chacune de ces deux contributions soulèvent quelques interrogations.

- **La « *dotation* » de participation aux frais d'installation**

Le budget global de mise en place des ARS est évalué à 68 millions d'euros sur trois ans (2009 à 2011), dont près de 38 millions en 2010.

Ce budget comporte notamment :

- des dépenses immobilières, de l'ordre de 23 millions, correspondant aux frais d'aménagement des agences et de remise en état des locaux occupés par les structures auxquelles se substitueront les ARS ;

- des dépenses de constitution de systèmes d'information et d'infrastructures informatiques (20 millions) ;

- des charges diverses liées à la mise en place des agences (organisation des activités entre le niveau régional et les antennes départementales, formation, communication...).

Il est envisagé que les régimes d'assurance maladie obligatoire contribuent à ces frais d'installation pour un montant de 28 millions d'euros.

Ces contributions devraient alimenter un fonds de concours rattaché au budget du ministère de la santé, et seraient utilisées au niveau national (pour les investissements relatifs aux systèmes informatiques) ou réparties entre les ARS.

Revenant à la conception originelle des fonds de concours - et sur des pratiques qui s'en étaient parfois éloignées - l'article 17 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) a réorganisé la procédure des fonds de concours en précisant qu'ils doivent être constitués par des « *fonds à caractère non fiscal versés par des personnes morales ou physiques pour concourir à*

des dépenses d'intérêt public » ou par « *les produits de legs et donations attribués à l'Etat* ».

Le Conseil constitutionnel en a conclu qu'une contribution obligatoire des caisses d'assurance maladie à la constitution d'un fonds de concours était incompatible avec l'article 17 de la LOLF¹.

La rédaction des dispositions du présent article relatives à la contribution de l'assurance maladie aurait pour objet de ne pas encourir ce reproche tout en permettant d'informer le législateur. Ainsi :

- l'emploi du terme de « dotation » se référerait au caractère volontaire de la contribution de l'assurance maladie ;

- l'absence de chiffrage de cette dotation confirmerait le fait que les caisses d'assurance maladie l'apporteraient de leur plein gré (on observera qu'elle nuit en revanche à l'information du législateur).

Cette argumentation semble un peu aventurée :

- parce que le terme de dotation peut fort bien s'appliquer à des contributions imposées par la loi, telle, par exemple, la « dotation » au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs) prévues au paragraphe I de l'article 35 du projet de loi de financement : le seul fait, au demeurant, qu'une « dotation » soit prévue par la loi ne plaide pas en faveur de son caractère purement volontaire ;

- et parce que prévoir dans la loi une contribution obligatoire non chiffrée pourrait également être problématique, sans satisfaire pour autant à l'exigence de respect de l'article 17 de la LOLF.

La meilleure solution, si l'on souhaite éviter de créer un doute sur la constitutionnalité des dispositions relatives à cette dotation, est sans doute de ne pas la mentionner dans la loi.

Elle n'a d'ailleurs pas besoin d'y figurer, la création d'un fonds de concours ne relevant pas de la compétence du législateur. En revanche, il conviendrait, si un tel fonds était créé, que soient respectées les obligations relatives à l'évaluation et à la prévision de ses recettes imposées par l'article 17-II de la LOLF.

● **La contribution « pérenne » aux ressources des ARS**

Le texte prévoit que la contribution des régimes d'assurance maladie obligatoire aux ARS sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture pour un montant correspondant, ainsi qu'on l'a déjà indiqué, aux dépenses afférentes aux emplois transférés aux ARS par les organismes d'assurance maladie « *et aux crédits de fonctionnement s'y rapportant* » - dont la nature n'est pas précisée.

¹ Décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.

Une telle procédure paraît assez peu adaptée pour déterminer le montant de cette contribution - dont le caractère obligatoire ne peut faire aucun doute.

L'exposé des motifs de cet article la présente comme une dérogation à la disposition résultant de la loi HPST qui impose que la contribution de l'assurance maladie au financement des ARS soit prévue en loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dérogation se justifierait par le fait que des incertitudes pèseraient encore sur le périmètre de cette contribution et par la difficulté de recenser les moyens à transférer aux ARS.

Sans minimiser ces difficultés pratiques, on observera que la compétence du législateur pour fixer cette contribution ne résulte pas de la précision introduite par le Sénat dans la loi HPST, mais bien de sa nature et que, même sans cette précision, il aurait été difficilement envisageable qu'elle soit déterminée par un arrêté interministériel.

Selon les informations communiquées à votre rapporteur, les effectifs qui seraient transférés aux ARS représenteraient 1 577 emplois en équivalent temps plein provenant du régime général, ainsi que 73 emplois de la mutualité sociale agricole (MSA) et 43 emplois du régime social des indépendants (RSI). Pour les agents du régime général, ces effectifs comprennent en particulier 1 267 emplois correspondant aux agents en poste dans les Cram, les Urcam et les directions régionales du service médical.

Il est en tout cas essentiel, et il appartient au Parlement d'y veiller, que la contribution des régimes d'assurance maladie au fonctionnement des ARS n'excède pas les moyens que ces organismes consacraient, avant la création desdites agences, aux activités qui sont transférées à celles-ci.

Les ressources de l'assurance maladie qui, on le sait, ne sont pas surabondantes, n'ont pas pour vocation de financer le fonctionnement d'établissements publics de l'Etat. Votre commission sera donc très vigilante sur la définition et l'emploi de cette contribution.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée a adopté à cet article un amendement rédactionnel.

III - La position de votre commission

En fonction des observations qui précèdent, votre commission propose, par voie d'**amendement**, une nouvelle rédaction de cet article pour :

- supprimer la mention de la contribution exceptionnelle des régimes d'assurance maladie obligatoire à l'installation des ARS ;

- restreindre aux dépenses de personnel la définition des dépenses que doit couvrir leur contribution « pérenne » au fonctionnement des ARS ;

- déterminer le montant maximal, en année pleine (en l'occurrence, 110 millions d'euros), de cette contribution, qui devra être fixée au prorata de la période de fonctionnement effectif des agences, dont la création devrait s'échelonner au cours des premiers mois de 2010.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi rédigé.

Article 35

Dotations pour 2010 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

Objet : Cet article fixe le montant pour 2010 de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fiqcs, du Fmespp, de l'Oniam et de l'Eprus.

I - Le dispositif proposé

1 - Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs)

Le **paragraphe I** de cet article fixe à **228 millions d'euros pour 2010** le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fiqcs.

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le Fiqcs a repris les charges d'intervention du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FaqsV) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), qui ont fusionné¹.

Ce fonds est chargé des réseaux de santé liant les professionnels de santé exerçant en ville et dans les établissements de santé. Il apporte également son concours aux actions visant à favoriser le maintien et l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-médicalisées et contribue à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP).

Le tableau suivant permet de suivre la consommation des crédits accordés au FaqsV puis au Fiqcs, qui lui a succédé à compter du 1^{er} juillet 2007 et a donc connu sa première année pleine d'activité en 2008.

¹ Se reporter au commentaire de l'article 6 pour la présentation des missions et de l'organisation de ce fonds.

Suivi du Faqsv depuis 2000 et du Fiqcs depuis 2007

(en millions d'euros)

Ex-Faqsv	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dotation	76,2	0	76,6	20	15	60	60	119,5
Dotation cumulée au fonds	252,4	328,6	405,2	425,2	440,2	500,2	560,2	679,7
Consommation annuelle	4,8	31	50	54,5	59,4	67	53	18,8
Consommation de crédits cumulés	104,8	135,8	185,8	240,3	299,7	366,7	419,7	438,5
Solde annuel	71,4	45,2	- 50	- 34,5	- 44,4	- 7	7,1	100,7
Solde net cumulé	147,6	192,8	142,8	108,3	63,9	56,9	64	155,2

Source : Cnam-direction de la sécurité sociale

Fiqcs	2007	2008
Dotation	-	231
Budget (plafonné)	-	231
Reprise du Faqsv	155,2	-
Recettes issues de la DNDR	63,5	-
Consommation annuelle	94,7	211
Solde annuel	124,0	20
Solde net cumulé	124,0	144,0

Source : Cnam-direction de la sécurité sociale

Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Une partie des crédits du Fiqcs (dotation régionale) est déléguée aux caisses régionales de santé, le reste (dotation nationale) servant à financer des actions de portée nationale et interrégionale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait fixé à 240 millions d'euros le montant de la dotation du Fiqcs pour 2009, mais l'article 6 du présent projet de loi le réduit de 50 millions, dans la mesure où le fonds ne consommera pas en 2009 l'intégralité de ses ressources.

En 2010, le budget du fonds devrait s'élever à 340 millions d'euros, la dotation prévue par le présent article étant complétée par des crédits non utilisés les années précédentes.

Le budget prévisionnel se décompose de la manière suivante :

• une dotation nationale de 80 millions d'euros (75,7 millions en 2009) comprenant :

- une provision de 60 millions pour faire face au financement des projets de l'agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip), en particulier le DMP ;

- un montant de 4,5 millions provisionné pour la mise en œuvre des expérimentations nationales relatives à l'organisation des soins en premier recours, complété par une provision de 5 millions pour le volet 2010 du financement de l'engagement ministériel sur les cent maisons de santé pluriprofessionnelles supplémentaires annuelles ;

- un montant de 5 millions pour permettre la poursuite des expérimentations du bureau du conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNCQS) ;

- le développement des maisons d'accompagnement mises en œuvre dans le cadre du plan présidentiel sur les soins palliatifs, soit 1,5 million ;

- le projet de réseau des centres de référence « maladies rares » pour 1,2 million ;

- la rémunération des bénéficiaires du nouveau contrat d'engagement de service public prévu par la loi HPST à hauteur d'1,8 million ;

• un budget des dotations régionales estimé à 260 millions d'euros, soit une augmentation de 18,5 millions, qui couvre notamment :

- le financement à hauteur de 20 millions du soutien à la mise en place, par les agences régionales de santé (ARS), d'organisations des soins de premier recours (financement de la coordination des soins dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres et pôles de santé), financement d'actions prévues par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ambulatoires ;

- le besoin de financement des réseaux de santé estimé à 175 millions, du fait :

- des besoins de financement liés à l'effet report (engagements de l'année n-1 à honorer l'année n) ;

- des besoins de financement liés à l'impact des plans de santé publique (soins palliatifs, nutrition, addictions, cancer, gérontologie, maladies chroniques), qui prévoient tous un volet de développement des réseaux de santé ;

- le financement de l'implantation des maisons médicales de garde et de dispositifs de régulation médicale (15 millions) ;

- des projets d'expérimentation des bureaux des conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins ramenés à 25 millions, ce qui correspond à leur niveau de dépenses depuis deux ans ;

- le financement d'autres actions visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires : 1 million.

La dotation proposée par le Fiqcs en 2010 est en augmentation de 20 %, par rapport à celle de 2009, telle qu'elle résulte de l'article 6 du présent projet de loi.

Il convient cependant de noter que la dotation pour 2008, fixée à 301 millions d'euros par la loi de financement pour 2008 avait été ramenée à 231 millions par la loi de financement pour 2009. La dotation pour 2009, fixée initialement à 230 millions, est ramenée à 190 millions par le présent projet de loi de financement (article 6).

2 - Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp)

Le **paragraphe II** de cet article fixe à **264 millions d'euros pour 2010** le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fmespp.

Le Fmespp a été créé sous le nom de fonds pour la modernisation des établissements de santé (Fmes) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Le Fmes s'était lui-même substitué au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (Fasmo). Le Fmes est devenu Fmespp à compter du 1^{er} janvier 2003 en reprenant les créances et obligations du fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP).

Les missions du Fmespp, qui ont été progressivement élargies et sont définies par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, se décomposent en trois parties :

- le **volet « ressources humaines »** permet de financer, d'une part, les actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé, d'autre part, l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;

- le **volet « investissement »** permet de prendre en charge des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables ;

- enfin, le Fmespp prend en charge les coûts de fonctionnement, d'une part, de l'**agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)** et, en son sein, de la **mission pour la tarification à l'activité** (mission T2A), d'autre part, de la **mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier** (Mainh) et de la **mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers** (Meah).

Il convient de noter que la loi HPST prévoit le transfert des budgets de la Mainh et de la Meah à la nouvelle **agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux** (Anap). A compter de 2010, le Fmespp ne prendra plus en charge les coûts de fonctionnement de ces deux missions.

Le tableau suivant récapitule l'évolution de la consommation de ses crédits par le Fmespp depuis 2000.

Suivi du Fmespp depuis 2000

(en millions d'euros)

Fmespp	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dotation	121,9	205,8	244	450	470	405	327	376	201
Dotation cumulée au fonds	167,6	327,7	571,7	1021,7	1491,7	1896,7	2223,7	2599,7	2800,7
Consommation annuelle	17,2	81,7	247,3	375	458,9	408,5	275,5	183,5	223,1
Consommation de crédits cumulés	17,2	98,9	346,2	721,2	1180,1	1588,6	1864,1	2047,6	2270,7
Taux de réalisation annuelle		39,7 %	101,4 %	83,3 %	97,6 %	100,9 %	84,3 %	48,8 %	111,0 %
Taux de réalisation cumulée		30,2 %	60,6 %	70,6 %	79,1 %	83,8 %	83,8 %	78,8 %	81,1 %

Source : direction de la sécurité sociale

Pour 2010, le Gouvernement évalue à 288,95 millions d'euros les besoins du Fmespp, ces besoins étant couverts à hauteur de 264 millions par la dotation prévue par le présent article et, pour le solde, par la mobilisation de crédits ouverts au titre d'années antérieures.

L'évaluation des besoins se décompose de la manière suivante aux termes de la fiche d'évaluation préalable du présent article :

- **Le volet ressources humaines (55 millions d'euros)**

Le Gouvernement prévoit de relancer le financement des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (Clact). Cette mesure s'inscrit dans le cadre de l'engagement « *pour une politique redynamisée en faveur de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique* » annoncé le 7 mai 2009 aux partenaires sociaux de la fonction publique et en particulier de la mise en place du nouveau plan Santé au travail pour la période 2010-2014 annoncé par le ministre chargé du travail le 30 avril 2009 lors de l'installation du conseil d'orientation sur les conditions de travail (Coct).

L'enveloppe des aides individuelles devrait s'accroître sous l'effet de l'extension des aides individuelles du Fmespp aux établissements privés à but non lucratif, ainsi que de l'évolution croissante des besoins de financement pour soutenir les actions de modernisation et de restructuration des établissements de santé.

• **Le volet investissement (208,61 millions d'euros) comporte plusieurs actions distinctes :**

- **le plan Hôpital 2012** : le budget du Fmespp doit permettre la mise en œuvre des aides relatives aux opérations d'investissements immobilières mais également celles relatives aux systèmes d'information hospitaliers conformément au plan de financement pluriannuel élaboré par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (Dhos) ;

- **le programme régional d'investissement en santé mentale (Prism)** : il s'agit de la dernière année de cette mesure du plan Santé mentale destinée à soutenir l'investissement pour accompagner l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie, notamment en modernisant les locaux et en adaptant ceux-ci à des nouvelles modalités d'hospitalisation ;

- **la création des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA)** : dans le cadre du plan Santé mentale, la création de dix-sept UHSA d'une capacité de 705 lits en deux tranches a été retenue. La première tranche de travaux concernant neuf unités de 440 lits a débuté en 2007. La seconde tranche de huit unités de 265 lits est prévue pour 2010-2011. Le financement des travaux de construction de la première tranche, à l'exception des frais liés à la sécurisation, sera assuré pour partie par des aides en capital du Fmespp ;

- la reconstruction de l'hôpital de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

- **le plan Douleur** : une des mesures du programme de lutte contre la douleur 2006-2010 est l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients. Le Fmespp financera les projets de rénovation et de réaménagement des locaux des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ;

- **la création d'unités de soins de suite et de rééducation (SSR) Alzheimer** : il s'agit de financer des structures hospitalières adaptées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. En effet, le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit l'identification de cent vingt unités de 10-12 lits. Ces unités sont identifiées au sein de structures SSR préexistantes à orientation polyvalente ou gériatrique, publiques et privées ;

- les équipements spécifiques pour les personnes obèses dans les unités de soins de longue durée (USLD) et SSR ;

- les aides diverses en investissement pour les systèmes d'information hospitaliers (SIH). Il s'agit de crédits destinés à couvrir les coûts de fonctionnement et d'équipements des systèmes d'information d'établissements de santé.

• **Le volet actions de modernisation (21,69 millions d'euros)**

Il s'agit de poursuivre le financement en 2010 de la migration vers le réseau de télécommunication de la sécurité sociale française Antares d'environ cinquante Samu, le renouvellement des équipements de téléphonie (autocommutateur) et le financement de systèmes d'information permettant une connaissance de l'offre de soins (répertoire opérationnel des ressources).

Diverses actions de modernisation et de restructuration en faveur des établissements de santé sont prévues : la gestion des risques, les accords de bonnes pratiques hospitalières, la poursuite de la mise en place des répertoires métiers dans le cadre de projets de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).

• **Le volet budget des missions hôpital (3,65 millions d'euros)**

Le financement du budget de la mission T2A et de l'Atih est quasiment reconduit à l'identique par rapport à 2009.

3 - L'office national des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam)

Le **paragraphe III** de cet article fixe à **70 millions d'euros pour 2010** le montant de la dotation globale pour le financement de l'Oniam.

L'Oniam est un établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé. Créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il est chargé d'indemniser les **victimes d'aléas thérapeutiques** entrant dans le champ d'application de la loi.

Par ailleurs, la loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité médicale a chargé l'Oniam de la **réparation des maladies nosocomiales** engageant la responsabilité d'un établissement de santé lorsque le taux d'incapacité permanente partielle de la victime est supérieur à 25 % ou en cas de décès de cette dernière.

En outre, depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'Oniam est aussi chargé de l'indemnisation des **victimes d'accidents médicaux** résultant de mesures sanitaires d'urgence, des victimes de vaccination obligatoires et de celles contaminées par le VIH, ces missions étant auparavant respectivement assurées par l'Etat et le fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (Fith).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a chargé l'Oniam de l'indemnisation amiable des **victimes de préjudices résultant de contaminations par le virus de l'hépatite C** causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang, créant ainsi une alternative pour ces victimes aux actions contentieuses en indemnisation dirigées contre l'établissement français du sang (EFS). Elle a également substitué l'Oniam à l'EFS dans les actions contentieuses en cours.

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Oniam dispose, à titre de ressource principale, d'une dotation globale versée par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

Les dotations de l'assurance maladie à l'office ont été de 70 millions d'euros par an de 2002 à 2004 et de 30 millions en 2005. Pour les années 2006 et 2007, aucune dotation n'est apparue nécessaire, le fonds de roulement de l'Oniam s'établissant à 200 millions fin 2005 et à 165 millions fin 2006. En 2008, la dotation de l'assurance maladie s'est élevée à 50 millions.

Pour 2009, la dotation a été fixée à 117 millions d'euros, le montant des dépenses étant évalué à 141 millions dans le budget de l'établissement public. Les prévisions de dépenses de l'office s'établissent actuellement à 122 millions au titre de 2009, ce qui explique que le montant de la dotation pour 2010 soit limité à 70 millions.

4 - L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)

Le **paragraphe IV** de cet article fixe à **44 millions d'euros pour 2010** le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Eprus¹.

L'Eprus dispose de recettes constituées pour l'essentiel par :

- des taxes prévues à son bénéfice ;
- des redevances pour services rendus ;
- des subventions, notamment de l'Etat ;
- le produit des ventes de produits et services ;
- **une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie.**

Le montant de la contribution à la charge de l'assurance maladie **ne peut excéder 50 % des dépenses** de l'établissement public au titre des mesures de protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, les grandes catégories de dépenses de l'Eprus en 2010 devraient être les suivantes :

- épidémiologie et fin d'épidémie de grippe A (H1N1) : 30 millions
- risque nucléaire, radiologique, bactériologique et iatrogène : 11,7 millions
- logistique, transport, destruction, recyclage : 15,5 millions
- stockage : 15 millions
- investissement : 3 millions
- autres frais (fonctionnement, réserve sanitaire) : 12 millions

Compte tenu d'une subvention de 43,5 millions d'euros pour charge de service public qui sera versée par l'Etat à l'Eprus en 2010, le présent article fixe à 44 millions le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'établissement.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

¹ *Se reporter au commentaire de l'article 6 pour la présentation des missions et de l'organisation de cet établissement.*

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à un financement des différents fonds mentionnés dans cet article leur permettant de faire face à leurs missions.

Elle souhaite cependant que les dépenses prévisionnelles de ces fonds soient évaluées de la manière la plus précise possible pour éviter la persistance de fonds de roulement très importants et une correction à la baisse des dotations en fin d'exercice. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, elle avait proposé de réduire la dotation du Fiqcs pour la ramener de 240 millions à 200 millions d'euros mais s'était heurtée à l'opposition du Gouvernement. Or, le PLFSS pour 2010 prend acte de la consommation des crédits du Fiqcs en 2009 et corrige sa dotation pour la ramener de 240 millions à 190 millions d'euros.

Dans ces conditions, votre commission propose un **amendement** tendant à ramener de 228 millions à 200 millions d'euros la dotation du Fiqcs pour 2010, ce fonds disposant encore d'un fonds de roulement élevé.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 35 bis

(art. L. 644-2, L. 723-6 du code de la sécurité sociale)

Couverture du risque invalidité-décès pour les conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, renvoie à des décrets les modalités d'adaptation des cotisations et des prestations invalidité-décès pour les conjoints collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a prévu l'affiliation à titre obligatoire des conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats aux régimes d'assurance décès et invalidité de ces derniers. Or, cette base légale n'est pas apparue suffisamment précise pour permettre d'adapter ces régimes aux spécificités des activités exercées par les conjoints-collaborateurs.

En raison de cette lacune juridique, les conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats ne disposent pas, dans les faits, de couverture pour le risque invalidité-décès.

C'est pourquoi, le présent article propose de renvoyer à des décrets les modalités d'adaptation des cotisations et des prestations invalidité-décès pour les conjoints collaborateurs. Ces règles seront fondées sur le respect du

principe de proportionnalité entre le montant des prestations et celui des cotisations.

II - La position de votre commission

Votre commission rappelle qu'une modulation de ce type existe déjà pour les cotisations et les prestations de retraite complémentaire, ainsi que pour celles du régime invalidité-décès des conjoints collaborateurs des artisans commerçants.

Elle estime indispensable que les conjoints-collaborateur des professionnels libéraux et des avocats puissent, au même titre que ces derniers, avoir accès à une couverture du risque invalidité-décès.

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

Article 36

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Objet : Cet article a pour objet de fixer les objectifs de dépenses en 2010 de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale de chaque année doit fixer par branche les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général.

En application de cette règle, cet article fixe ces objectifs, pour la branche maladie, maternité, invalidité, décès, à :

- 178,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base ;
- 155,8 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Ces montants sont en augmentation, respectivement, de 2,8 % et 3,3 % par rapport aux prévisions rectifiées des objectifs 2009 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base (173,9 milliards d'euros) et pour le régime général (150,8 milliards d'euros).

La méthode de construction de ces agrégats a été révisée, conformément aux observations de la Cour des comptes, notamment pour éviter la double comptabilisation de l'Ondam médico-social, ce qui aboutit à

une diminution du montant des objectifs retenus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009¹.

Les objectifs par branche ont un caractère comptable, ils reposent sur l'addition des comptes de chaque régime et sont construits à partir des comptes définitivement clos de l'année précédente.

L'annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, prévue par le 7° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, précise les modalités de passage de l'Ondam, qui porte à la fois sur des dépenses de la branche maladie et sur des dépenses de la branche AT-MP, aux objectifs des branches.

Ainsi le champ de l'Ondam ne comprend-il pas les indemnités journalières maternité, ni les prestations invalidité-décès.

En revanche, il supporte un certain nombre de charges techniques qui n'ont pas le caractère de prestations : dotations aux fonds, prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, aides à la télétransmission.

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.

¹ 186,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et 161,6 milliards pour le régime général (cf. annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale). Selon la méthode de consolidation en vigueur au moment de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, les objectifs de dépenses de la branche assurance-maladie, invalidité, décès s'établiraient à 192,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et à 167,3 milliards d'euros pour le régime général.

Article 37

**Montant et ventilation de l'objectif national
de dépenses d'assurance maladie**

Objet : *Cet article fixe, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le montant pour 2010 de l'Ondam - objectif national de dépenses d'assurance maladie des régimes obligatoires de base - et ses sous-objectifs.*

I - Le dispositif proposé

L'article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à 162,4 milliards d'euros le montant de l'Ondam 2010, soit une progression à périmètre constant de 3 % - et de 4,8 milliards d'euros - par rapport au montant prévisionnel de l'Ondam 2009, évalué à 157,9 milliards d'euros (*cf.* article 8).

1 - L'évolution de l'Ondam

Le taux de progression de 3 % s'établit à un niveau légèrement inférieur à celui précédemment retenu pour l'Ondam 2009 (3,3 %), qui devrait être pratiquement tenu puisque son dépassement a été estimé, par le rapport d'octobre de la commission des comptes de la sécurité sociale, à 300 millions d'euros, ce qui ne relève que d'un dixième de point (à 3,4 %) le taux d'augmentation prévu.

Sur dix ans, ce résultat est le meilleur qui ait été obtenu :

Montant et réalisation de l'Ondam depuis 1999

(en milliards d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010
Ondam voté	96,0	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,5	140,7	144,8	152	157,6	164
Ondam réalisé	97,6	103,0	108,8	116,7	124,7	131,0	134,9	141,8	147,7	152,8	157,9	
Dépassement	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2	1,3	0,4	1,2	2,9	0,8	0,3	

**prévisions*

Comme le souligne l'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ce « quasi-respect » de l'Ondam 2009, reflet des progrès réalisés en 2008 et 2009 dans la maîtrise des dépenses, permet de considérer comme réaliste un taux de progression de l'Ondam de 3 % en 2010. Dans le contexte actuel, ce taux confirme l'effort consacré aux dépenses de santé et permet d'espérer que « *la couverture maladie garantie à l'ensemble des assurés sociaux et le haut niveau de prise en charge des dépenses de santé par les régimes d'assurance maladie obligatoire joueront pleinement leur rôle d'amortisseur des effets sociaux ou sanitaires de la crise* ».

Cependant, le taux de 3 % doit être rapproché du taux d'évolution tendanciel des dépenses entrant dans le champ de l'Ondam en 2010, évalué par le rapport d'octobre 2009 de la commission des comptes de la sécurité sociale à 4,4 %, en fonction :

- de l'évolution prévisible des prestations remboursées compte tenu de la prévision d'exécution de l'objectif 2009 et des tendances de moyen terme ;

- des mesures nouvelles prévues pour 2010 (plans de santé publique, revalorisations...)

- des effets reports des mesures mises en œuvre en 2009.

Le respect de cet objectif nécessite, comme on l'a déjà indiqué, la réalisation de 2,2 milliards d'euros de mesures nouvelles d'économies pour le domaine de l'assurance maladie, dont 1,8 milliard pour le régime général.

Le tableau ci-après indique la répartition des mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2010 :

**Impact des mesures nouvelles 2010 sur les comptes 2010
du régime général et de tous les régimes**

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Baisses de tarifs en biologie et radiologie	200	240
Maîtrise médicalisée hors produits de santé (IJ, actes, paramédicaux, plans transports, ALD)	325	390
Maîtrise médicalisée produits de santé	167	200
Baisses de prix ciblées de médicaments et de dispositifs médicaux	250	300
Baisses de prix génériques	83	100
Economies sur médicaments à 35 % (SMR faible et SMRI à 15 %)	121	145
Lutte contre la fraude	125	150
Economies sur les dépenses d'IJ hors maîtrise médicalisée et lutte contre les fraudes	92	110
Convergence tarifaire établissements de santé	125	150
Augmentation du forfait journalier hospitalier	130	156
Générication de médicaments en sus de la tendance	167	200
Baisse de la contribution des établissements au centre national de gestion	25	30
Gestion des tarifs de la liste en sus	33	40
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2010	1 844	2 211

Source : Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale

2 - Le périmètre et la ventilation de l'Ondam

● Comme les années précédentes, le périmètre de l'Ondam connaîtra des modifications, dont la somme diminuera son montant total sur la base 2009, de 330 millions d'euros. Ces modifications comprennent en particulier :

- l'exclusion du champ de l'Ondam des dépenses de soins en France d'assurés de régimes étrangers, dépenses qui sont remboursées par ces régimes (- 491 millions d'euros) ;

- le rebasage des crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), qui avaient fait l'objet, en 2009, de gels temporaires (+ 75 millions d'euros) ;

- l'augmentation de l'Ondam « personnes handicapées », correspondant à l'intégration, dans le champ des dépenses déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), des placements en Belgique d'enfants d'assurés sociaux français et à la prise en charge des frais de transport des adultes accueillis en externat ou semi externat par les maisons d'accueil spécialisées (Mas) et les foyers d'accueil médicalisés (Fam).

Interviendront aussi en 2010 des transferts entre sous-objectifs correspondant, par exemple, au passage à la tarification à l'activité des établissements de Guyane, à l'intégration des médicaments dans le forfait des Ehpad ou aux soins à l'étranger des assurés d'un régime français.

En fonction de ces ajustements, les montants et l'évolution en 2010, à structure constante, de l'Ondam et de ses sous-objectifs sont récapitulés dans le tableau suivant :

Montant et évolution de l'Ondam 2010

(en milliards d'euros)

Sous-objectifs	Construction		Taux d'évolution
	2009 (base 2010)	2010	
1) Dépenses de soins de ville	73,2	75,2	2,8 %
Total Ondam établissements de santé	69,3	71,2	2,8 %
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	51,1	52,4	2,7 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	18,8	3,0 %
Total Ondam établissements et services médico-sociaux	14,1	14,9	5,8 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3	7,0	10,9 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,8	7,9	1,7 %
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	1,0	5,0 %
Ondam total	157,6	162,4	3,0 %

Source : Annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale

3 - La ventilation de l'évolution de l'Ondam

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne modifie pas la liste des six sous-objectifs de l'Ondam. Leur évolution prévue en 2010 traduit, comme le précise l'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale :

- la volonté de poursuivre le rééquilibrage entre les dépenses de soins de ville et celles liées aux établissements de santé, en assignant un objectif de progression identique (2,8 %) aux « soins de ville » (75,2 milliards) et au total des deux sous-objectifs « établissements de santé » (71,2 milliards). On rappellera à cet égard que, selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009, les dépenses de soins de ville devaient progresser en 2009 de 2,9 %, en dépassement de 150 millions sur l'objectif retenu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;

- le maintien d'un effort en faveur de l'Ondam médico-social (14,9 milliards d'euros) avec une progression fixée à 5,8 %, dont 10,9 % pour le sous-objectif « personnes âgées » (7 milliards) et 1,7 % pour le sous-objectif « personnes handicapées » (7,9 milliards). Les augmentations résultent en particulier de la mise en œuvre du plan solidarité grand âge, du plan Handicap et du volet médico-social du plan Alzheimer 2008-2012 ;

- enfin le sous-objectif « autres prises en charge » (1 milliard d'euros) augmente de 5 %. A côté de la hausse des dépenses relatives aux soins des

Français à l'étranger (15 %) et des prises en charge hors champs CNSA dans le domaine de l'addictologie et des malades précaires, cette augmentation permettra de porter à 228 millions la dotation du Fiqcs, afin notamment d'assurer le développement des « contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins » entre les ARS et les professionnels de santé libéraux prévus par la loi HPST - ce qui suppose une mise en place extrêmement rapide de ces contrats.

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.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 38

(art. L. 351-4, L. 351-5 du code de la sécurité sociale,
art. L. 173-2-0-1, L. 643-1-1 et L. 723-10-1-1 nouveaux
du code de la sécurité sociale,
article 9 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime
d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon)

Majoration de durée d'assurance vieillesse

Objet : *Cet article réforme la majoration de durée d'assurance pour enfant, que la législation réserve actuellement aux mères, afin d'assurer la compatibilité du dispositif avec les nouvelles contraintes jurisprudentielles qui ont étendu le bénéfice de la majoration aux pères. Il instaure d'une part, une majoration de durée d'assurance au titre de l'accouchement, attribuée à la mère, d'autre part, une majoration de durée d'assurance au titre de l'éducation de l'enfant, accordée au couple.*

I - Le dispositif proposé

Deux principaux types de droits familiaux existent dans les différents régimes de retraite français :

- les majorations de durée d'assurance pour enfants, qui permettent aux mères, et éventuellement aux pères, de valider des trimestres supplémentaires dans leur régime d'affiliation ;
- les majorations du montant des pensions pour les hommes et les femmes ayant eu ou élevé trois enfants ou plus.

Les droits familiaux poursuivent principalement trois objectifs :

- compenser les effets résultant de la présence des enfants sur les carrières professionnelles ;
- compenser les inégalités de fait entre les hommes et les femmes ;
- encourager la natalité.

1 - La majoration de durée d'assurance (MDA) dans les régimes des salariés du secteur privé

Apparue en 1971 dans le régime général et les régimes alignés (régimes des salariés agricoles, des commerçants et artisans), la majoration de durée d'assurance (MDA) vise à améliorer les droits à pension des femmes et de permettre aux mères de famille de partir plus tôt à la retraite avec le même niveau de pension.

En application de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale, un trimestre d'assurance est accordé aux femmes à la naissance ou à l'adoption de chaque enfant, puis un trimestre supplémentaire à chaque date d'anniversaire dans la limite de sept trimestres, jusqu'au seizième anniversaire de l'enfant. **Le nombre total de trimestres ne peut être supérieur à huit trimestres, soit deux ans par enfant.**

La MDA est accordée qu'il y ait ou non interruption d'activité.

2 - Les conséquences du droit européen sur la législation française

En France, les femmes bénéficient d'une législation protectrice qui leur accorde un certain nombre d'avantages en matière de retraite. Se pose toutefois la question de leur compatibilité et de leur articulation avec la législation et la jurisprudence européennes en matière d'égalité entre les hommes et les femmes.

- Ainsi, sur le fondement de l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui interdit les discriminations fondées sur le sexe, la Cour de cassation a, par un arrêt du 21 décembre 2006, étendu le bénéfice de la MDA, accordée par le régime général, à un père ayant élevé seul un enfant.

Le raisonnement qui a été suivi, en l'espèce, par la Cour a été de considérer que le dispositif de MDA revêtait un caractère patrimonial relevant du champ d'application de l'article 1^{er} du Protocole additionnel n° 1 à la Convention européenne des droits de l'homme, qui stipule que « *toute personne physique ou morale a droit au respect de ses biens (...)* ». Dès lors, une différence de traitement entre les hommes et les femmes ayant élevé des enfants dans les mêmes circonstances ne pouvait être admise qu'en présence d'« *une justification objective et raisonnable* ». Or, la Cour a jugé qu'il n'existait « *aucun motif de faire une discrimination entre la femme qui n'avait pas interrompu sa carrière pour élever ses enfants et un homme qui apportait la preuve qu'il avait élevé seul un enfant* ». Il résulte de cet arrêt qu'un père peut bénéficier de la MDA s'il apporte la preuve qu'il a élevé seul son enfant.

- Tout en confirmant sa jurisprudence précédente, la Cour de cassation est allée plus loin dans un arrêt rendu le 19 février 2009. Un père de six enfants avait demandé, à la liquidation de ses droits, à bénéficier de la majoration prévue par la loi auprès de la Cram (caisse régionale d'assurance maladie) qui avait alors refusé de la lui octroyer. Saisie de cette affaire, la cour d'appel a fait droit à la demande du père. La Cour de cassation a, quant à elle, confirmé l'arrêt de la cour d'appel en considérant que le bénéfice de cette

majoration, et la différence de traitement entre les hommes et les femmes qui en résulte, est incompatible avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme. Elle a en outre jugé que les pères pouvaient prétendre à la MDA sans avoir à prouver qu'ils ont élevé seul leur enfant. En effet, « aucune raison objective ne paraît pouvoir justifier que la majoration soit accordée à une femme n'ayant pas élevé seule ses enfants, alors qu'elle serait refusée à un homme, au motif qu'il n'aurait pas, lui-même, élevé seul ses enfants ».

En interprétant la loi dans un sens compatible à la norme internationale supérieure, le juge a étendu la majoration aux pères, sans que ceux-ci aient à prouver qu'ils ont élevé seuls leur enfant.

3 - Les pistes de réforme envisagées

- La jurisprudence récente de la Cour de cassation oblige à reconsidérer rapidement les règles relatives à la majoration de durée d'assurance dans les régimes du secteur privé, au risque de voir de plus en plus de pères s'adresser à la justice afin de bénéficier de cet avantage.

Par ailleurs, l'octroi de la MDA aux pères aboutit à une dénaturation du dispositif, qui perd sa fonction compensatrice des écarts de carrière liés aux enfants entre hommes et femmes, et suscite une charge financière potentielle insurmontable pour les comptes de la branche vieillesse (la majoration actuelle représente une dépense annuelle de l'ordre de 5 milliards d'euros pour le régime général).

Il est donc nécessaire à la fois de maintenir le maximum de garanties pour les femmes et d'effectuer les ajustements permettant d'assurer la compatibilité du dispositif avec les contraintes juridiques nouvelles.

- Plusieurs options ont été examinées avant que le Gouvernement ne retienne finalement le dispositif proposé par le présent article.

Tout d'abord, l'extension pure et simple de la majoration aux hommes aurait été à la fois inéquitable et inenvisageable compte tenu de la situation financière de la branche vieillesse. Cette extension aurait représenté un coût de l'ordre de 2 milliards d'euros par an en 2012 et 9 milliards en 2040.

Ensuite, le partage à parts égales de la majoration entre hommes et femmes (les uns et les autres bénéficiant d'une majoration d'un an par enfant) aurait remis en cause la vocation compensatrice de la MDA et aurait entraîné des pertes importantes de durée d'assurance chez les femmes, notamment celles qui sont proches de l'âge de la retraite.

Enfin, l'octroi d'une majoration de huit trimestres justifiée par l'accouchement n'aurait pas résolu la difficulté juridique soulevée par le juge en maintenant un avantage excessif au regard du but recherché. En outre, cette solution n'aurait nullement prémuni contre une extension du dispositif aux hommes, le juge conservant en tout état de cause la faculté d'écarter la loi nationale au regard du droit international en cas de disproportion entre l'avantage octroyé et l'objectif visé.

4 - Le dispositif retenu

• Le **paragraphe I** du présent article réécrit entièrement l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale pour introduire un nouveau dispositif.

Celui-ci vise à corriger les incidences sur la carrière professionnelle de deux évènements : d'une part, la grossesse et l'accouchement, d'autre part, l'éducation du jeune enfant. Il consiste ainsi à remplacer la majoration de durée d'assurance actuelle de huit trimestres accordée au titre de l'éducation par deux majorations de durée d'assurance :

- une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres accordée au titre de la grossesse, de l'accouchement et des suites de celui-ci, et donc attribuée à la seule mère. Cette première majoration est destinée à compenser les charges qui résultent, pour les mères, de différences biologiques objectives. Elle s'appuie sur la notion de « justification objective et raisonnable » dégagée par la Cour de Cassation dans son arrêt de février dernier ;

- une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres accordée au couple au titre de l'éducation de l'enfant pendant les quatre années suivant sa naissance ou son adoption.

• Les règles d'attribution de la seconde majoration sont différentes selon la date de naissance de l'enfant.

Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} janvier 2010, la majoration pour éducation reste réservée à la mère. Toutefois, le **paragraphe VIII** prévoit la possibilité d'accorder la majoration au père si celui-ci établit, dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, qu'il a élevé seul l'enfant dans les quatre années qui ont suivi sa naissance ou son adoption. Le respect de cette condition sera apprécié, sur la base d'éléments tangibles (acte de décès de la mère, jugement attribuant la garde de l'enfant au père), par les services de la caisse de retraite à laquelle le père est affilié. Celui-ci disposera des voies de recours habituelles si ces éléments sont jugés insuffisants (recours devant la commission de recours amiable de la caisse puis, en cas de désaccord de celle-ci, devant le tribunal des affaires de sécurité sociale).

Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2010, les parents auront la faculté de répartir librement entre eux cette majoration. Trois cas de figure pourront alors se présenter :

- si les parents s'accordent sur le partage de la majoration, ils devront en informer la caisse d'assurance vieillesse dans les six mois suivant le quatrième anniversaire de l'enfant ou de son adoption. Concrètement, les parents rempliront un formulaire sur lequel ils apposeront leurs signatures ;

- en cas de silence du couple, celui-ci sera réputé avoir décidé implicitement d'attribuer la totalité des trimestres à la mère. Cette attribution

automatique à la mère est fondée sur le constat que c'est elle qui, généralement, supporte l'essentiel de la charge éducative ;

- s'il y a désaccord au sein du couple sur le bénéficiaire, la majoration sera attribuée à celui des deux parents qui établira avoir contribué à titre principal à l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue ou, en cas d'égalité, partagée par moitié entre les parents. Pour prouver qu'il a contribué à titre principal à l'éducation de son enfant, le parent devra apporter une preuve formelle (jugement de divorce lui attribuant la garde de l'enfant, contrat de travail montrant le passage à une activité à temps partiel, papier administratif prouvant la prise d'un congé parental), ce qui exclut toute preuve du type témoignage ou attestation sur l'honneur.

● Le champ d'application de la seconde majoration allouée au titre de l'éducation n'est pas circonscrit au père et à la mère biologiques de l'enfant. En bénéficieront en effet également :

- les personnes qui adoptent un enfant mineur et l'élèvent pendant au moins quatre ans. Une majoration spécifique de quatre trimestres est également créée au titre de l'adoption et attribuée dans les mêmes conditions que la seconde majoration accordée aux parents biologiques ;

- les personnes qui se sont vu confier la garde de l'enfant par une décision de justice prise sur le fondement des articles 373-3 et 375-3 du code civil ou les bénéficiaires d'une délégation totale de l'autorité parentale en vertu de l'article 377-1 du même code, sous réserve qu'elles aient effectivement assumé l'éducation de l'enfant au cours de ses quatre premières années ou durant quatre ans à compter de son adoption.

A l'inverse, un certain nombre de situations emporteront l'exclusion du bénéfice de la mesure pour le parent concerné :

- résidence sur un autre territoire que celui de l'enfant pendant une durée au moins égale à deux ans avant le quatrième anniversaire de l'enfant ou de son adoption ;

- retrait de l'autorité parentale avant le quatrième anniversaire de l'enfant ou de son adoption, en application des articles 373 et 378 à 381 du code civil ;

- absence d'affiliation de l'assuré pendant une durée minimale de deux ans.

● Par ailleurs, le dernier alinéa du paragraphe I traite de la prise en compte de la MDA ainsi que d'autres majorations de durée d'assurance pour l'accès aux dispositifs de retraite anticipée « carrière longue » et « adultes handicapés ». La majorité des régimes sont concernés : le régime général, le régime des salariés et des non-salariés agricoles, le régime social des indépendants, le régime des professions libérales, le régime des avocats, le régime des fonctionnaires civils et militaires de l'Etat et le régime de la fonction publique territoriale et hospitalière.

Ne pourront être pris en compte pour apprécier le droit à partir en retraite avant soixante ans :

- les nouvelles majorations de durée d'assurance au titre de l'accouchement et de l'éducation. En effet, si les périodes de grossesse et d'accouchement et celles relatives à l'éducation d'un enfant en bas âge peuvent avoir des incidences négatives sur le déroulement de carrière qu'il importe de compenser, elles ne correspondent pas à des périodes d'activité pouvant justifier un départ anticipé ;

- les majorations de durée d'assurance attribuées au titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (article L. 351-4-1 du code de la sécurité sociale) et de la prestation de compensation du handicap (article L. 351-4-1 du même code) ;

- les trimestres validés au titre du congé parental d'éducation (article L. 351-5 du même code), d'un complément familial ou de la prestation d'accueil du jeune enfant (article L. 381-1 du même code) ;

- les bonifications du code des pensions civiles et militaires de retraite (articles L. 12 et L. 12 *b bis*) pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004 ;

- les périodes de services validées gratuitement (article L. 9 du même code) et les majorations pour accouchement (article L. 12 *bis* du même code) pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2004.

• Le **paragraphe II** procède à une simple modification rédactionnelle à l'article L. 351-5 du code de la sécurité sociale, relatif au congé parental d'éducation, afin de tenir compte du nouveau dispositif.

• Le **paragraphe III** porte sur la situation dans laquelle les deux parents remplissent, au titre d'un même enfant, l'un dans le régime général (ou dans un régime prévoyant les mêmes avantages), l'autre dans un régime spécial de retraite, les conditions pour bénéficier de périodes d'assurance accordées au titre de l'accouchement, de la grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant. Dans ce cas, il est fait application des seules règles du régime dont la mère de l'enfant relève.

• Le **paragraphe VII** précise que l'ensemble de ces nouvelles dispositions s'appliquera aux pensions prenant effet à partir du 1^{er} avril 2010 et ayant fait l'objet d'une demande déposée à compter du 1^{er} janvier 2010, afin de laisser aux caisses de retraite un temps d'adaptation suffisant.

Elles s'appliqueront aussi dans les régimes de retraite de base des professions libérales (**paragraphe IV**) et des avocats (**paragraphe V**), où aucune majoration de durée d'assurance à raison des enfants n'existe aujourd'hui, ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon (**paragraphe VI**).

Enfin, le **paragraphe VIII** prévoit qu'avant le 1^{er} janvier 2015, le gouvernement élabore un rapport, sur la base des travaux du conseil d'orientation des retraites (Cor) et de l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee), faisant apparaître l'impact de l'éducation des

enfants sur le déroulement de la carrière des assurés sociaux et leurs droits à retraite.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements qui modifient le dispositif initialement proposé :

- le délai de quatre ans à compter duquel le couple peut faire son choix a été ramené à trois ans. Il a été mis en avant le fait que, plus ce délai est long, plus le risque de séparation et donc de conflit est élevé ;

- la précision, selon laquelle la caisse d'assurance vieillesse partage la majoration pour éducation par moitié entre les parents dans le cas où elle ne peut établir qui a contribué à titre principal à l'éducation de l'enfant, a été supprimée ;

- il a été ajouté que, lorsque l'un des parents décède avant la majorité de l'enfant, la majoration pour éducation est automatiquement attribuée au parent survivant ;

- les personnes qui se sont vu confier la garde de l'enfant par une décision de justice ou celles titulaires d'une délégation totale de l'autorité parentale pourront bénéficier de la seconde majoration, non plus sous réserve qu'elles aient assumé l'éducation de l'enfant au cours de ses quatre premières années (ou durant quatre ans à compter de son adoption) comme le prévoyait le texte initial, mais pendant une ou plusieurs années au cours de ses quatre premières années (ou des quatre années suivant son adoption). Dans ce cas, la majoration est attribuée à raison d'un trimestre par année. L'objectif de cette mesure est d'éviter qu'une personne ayant eu la charge de l'éducation d'un enfant entre deux et quatre ans ne bénéficie d'aucune majoration ;

- il a été précisé que l'assuré ne peut bénéficier, au titre de la majoration pour éducation, d'un nombre de trimestres supérieures au nombre d'années durant lesquelles il a résidé avec l'enfant au cours des quatre années suivant sa naissance ou son adoption. Cette disposition vise à éviter les situations dans lesquelles un parent pourrait se voir attribuer des trimestres de MDA alors même qu'il n'aurait pas vécu pendant tout ou partie de la période de quatre ans avec l'enfant ;

- le texte initial prévoyait l'exclusion du bénéfice de la majoration au titre de l'éducation de l'assuré n'ayant pas été affilié à un régime de retraite légalement obligatoire pendant une durée minimale de deux ans. L'Assemblée nationale a rendu cette condition moins contraignante : l'exclusion ne s'appliquera que dans le cas où les deux parents ne remplissent pas la condition de durée minimale d'affiliation de deux ans. En outre, afin de préserver la situation du parent qui élèverait seul son enfant, il est précisé que cette condition ne lui est pas applicable ;

- les trimestres alloués à raison des deux nouvelles majorations pourront être pris en compte pour apprécier le droit à partir en retraite avant soixante ans, mais seulement pour les parents d'enfants nés ou adoptés après le 1^{er} janvier 2010. Il s'agit, par cette mesure, de préserver les droits acquis ;

- ces trimestres pourront également être pris en compte pour apprécier le droit des parents handicapés à partir en retraite anticipée ;

- les majorations de durée d'assurance attribuées au titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (article L. 351-4-1 du code de la sécurité sociale), de la prestation de compensation du handicap (article L. 351-4-1 du même code), ainsi que les trimestres validés au titre du congé parental d'éducation (article L. 351-5), d'un complément familial ou de la prestation d'accueil du jeune enfant (article L. 381-1) ne pourront pas être exclus de la durée d'assurance prise en compte pour l'ouverture du droit à retraite anticipée ;

- la disposition, selon laquelle le gouvernement transmet au Parlement un rapport d'orientation sur l'incidence de l'éducation des enfants sur le déroulement de la carrière des assurés sociaux et leurs droits à retraite, a été supprimée.

III - La position de votre commission

● Votre commission insiste tout d'abord sur le caractère inévitable de cette réforme. En l'absence de modification du dispositif, les nouvelles contraintes jurisprudentielles auraient en effet engendré deux types d'iniquité :

- en accordant la même majoration aux pères qu'aux mères, elles auraient fait perdurer les écarts de durée d'assurance qui résultent d'une part, des inégalités salariales entre hommes et femmes, d'autre part, du rôle prépondérant joué encore aujourd'hui par les femmes dans l'éducation des enfants ;

- en alourdissant considérablement la charge financière (2 milliards d'euros par an en 2012 et 9 milliards en 2040) qui incombe déjà aux régimes de retraite, elles auraient fait supporter aux futures générations une dette supplémentaire qui se serait ajoutée à celle déjà existante.

● Elle rappelle ensuite que cette réforme, conduite dans la concertation, a poursuivi deux principaux objectifs : maintenir le maximum de garanties pour les mères et effectuer les ajustements pour assurer la compatibilité du dispositif avec les nouvelles exigences juridiques.

Votre commission estime que le dispositif proposé, largement approuvé par les partenaires sociaux, constitue au final une solution équilibrée même s'il est porteur d'une indéniable complexité et présente des risques inévitables de conflit.

Par ailleurs, elle précise que, malgré son caractère globalement satisfaisant, cette réforme de la majoration de durée d'assurance n'exonère pas

d'une réflexion plus approfondie sur les droits familiaux et conjugaux dans le système de retraite, en particulier sur l'articulation entre la MDA et l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). Ce sujet devra impérativement faire partie des thèmes en débat lors du rendez-vous de 2010.

• Outre **trois amendements rédactionnels**, votre commission propose **deux amendements**, dont l'objectif est de revenir à l'esprit du texte initial.

Le premier propose de ramener à quatre ans le délai à compter duquel le couple peut faire son choix sur la répartition de la majoration de durée d'assurance accordée au titre de l'éducation de l'enfant. Raccourcir d'un an ce délai n'est en effet pas satisfaisant pour plusieurs raisons :

- pour prendre une décision irrévocable, une durée de trois ans semble trop courte ;

- pour ne pas fragiliser le rattachement de la seconde majoration à l'éducation, il est nécessaire de prendre en compte une période de vie de l'enfant suffisamment longue ;

- pour les caisses d'assurance vieillesse, la gestion du dispositif est plus facile avec un délai de quatre ans car elle permet d'appliquer le principe de proportionnalité (attribution d'un trimestre par année d'éducation, soit quatre au total).

A ce sujet, votre commission rappelle que la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes s'est prononcée en faveur d'un délai de quatre ans afin d'éviter une éventuelle remise en cause juridique du dispositif et de clarifier sa gestion¹.

Le second a pour objet de rétablir la disposition selon laquelle, à défaut de pouvoir établir celui des parents qui a assumé à titre principal l'éducation de l'enfant, la majoration est partagée par moitié entre les deux parents. Cette précision doit être maintenue afin d'éviter tout vide juridique.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ *Rapport Sénat n°83 (2009-2010) de Jacqueline Panis, fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.*

Article 39

*(art. L. 341-16, L. 342-1 et L. 341-14-1 nouveau
du code de la sécurité sociale,
art. L. 732-36 du code rural)*

**Cumul emploi-pension d'invalidité
et non-cumul pension d'invalidité-pension de retraite**

Objet : Cet article vise à autoriser le cumul d'un emploi et d'une pension d'invalidité, ainsi que le cumul d'un emploi et d'une retraite pour les invalides relevant du régime des non-salariés agricoles. Il propose par ailleurs d'interdire le cumul d'une prestation d'invalidité et d'une pension de vieillesse en cas de retraite anticipée, ainsi que le cumul d'une pension d'invalidité de veuf ou veuve et d'une pension de réversion.

I - Le dispositif proposé

Le présent article comprend tout d'abord deux mesures destinées à améliorer les droits des personnes invalides en matière de retraite, puis deux mesures visant à remédier à certaines incohérences juridiques.

1 - Le cumul d'un emploi et d'une pension d'invalidité

● La pension d'invalidité est destinée à compenser la situation d'invalidité qui réduit d'au moins les deux tiers la capacité du travail ou de gain de l'intéressé. Les invalides dits de « première catégorie » (dont le niveau d'incapacité permet la poursuite d'une activité) peuvent toutefois, s'ils le souhaitent, exercer une activité professionnelle et donc cumuler leur pension d'invalidité avec des revenus d'activité.

A soixante ans, la pension d'invalidité est remplacée par la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail. Celle-ci est calculée au taux plein quelle que soit la durée d'assurance, en application de l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale.

Cependant, l'assuré qui exerce une activité professionnelle peut renoncer, conformément à l'article L. 341-16 du même code, à liquider sa pension de retraite à soixante ans. Il continue alors à exercer une activité professionnelle, mais ne reçoit plus ni pension d'invalidité ni pension de vieillesse. Il en résulte une forte diminution de ses revenus.

● Afin d'encourager le maintien dans l'emploi des seniors, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a libéralisé le cumul emploi-retraite. L'article 88 supprime les principales limitations au cumul (la double condition de rupture du lien avec le dernier employeur et de plafond de ressources) pour les assurés disposant d'une carrière complète ou âgés de plus de soixante-cinq ans, y compris en cas de pension de vieillesse allouée pour inaptitude (abrogation de l'article L. 352-1 du code de la sécurité sociale).

Or, il s'avère que les assurés invalides disposent rarement d'une carrière complète et qu'ils ne peuvent donc généralement pas bénéficier de la libéralisation du cumul emploi-retraite.

Le **paragraphe I** du présent article entend remédier à cette situation afin que les assurés invalides, qui le souhaitent et dont le niveau d'incapacité permet la poursuite d'une activité, aient la possibilité de rester en emploi après soixante ans. Il modifie donc l'article L. 341-16 du code de la sécurité sociale pour autoriser le versement de la pension d'invalidité de première catégorie jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.

2 - Le cumul emploi-retraite pour les exploitants agricoles retraités au titre de l'inaptitude au travail

En abrogeant l'article L. 352-1 du code de la sécurité sociale¹, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé les règles spécifiques qui existaient auparavant pour le cumul emploi-retraite des assurés inaptes du régime général et des régimes alignés. Ces assurés relèvent donc désormais du droit commun.

Toutefois, des dispositions identiques sont demeurées pour les assurés invalides relevant du régime des non-salariés agricoles. Dans un souci d'harmonisation entre les régimes et d'équité entre les assurés, le **paragraphe II** du présent article corrige cette différence en abrogeant l'article L. 732-36 du code rural relatif au régime spécifique de cumul emploi-retraite pour les invalides relevant du régime des non-salariés agricoles.

3 - Le non-cumul d'une prestation d'invalidité et d'une pension de vieillesse en cas de retraite anticipée

Les règles de transformation d'une pension d'invalidité en pension de vieillesse servie au titre de l'inaptitude n'ont pas été adaptées pour tenir compte des dispositifs de départ anticipé en retraite mis en œuvre par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites pour les assurés ayant eu une carrière longue (article L. 353-1-1 du code de la sécurité sociale) et pour les assurés handicapés (article L. 353-1-3 du même code).

Les assurés invalides, qui bénéficient d'un départ en retraite anticipée, peuvent donc cumuler leur pension d'invalidité et leur pension de vieillesse jusqu'à l'âge de soixante ans, ce qui est contraire à l'esprit du dispositif.

Or, il est constaté que les caisses de retraite adoptent aujourd'hui des pratiques fluctuantes à l'égard de ces assurés. Afin d'uniformiser leur action et d'éviter des inégalités de traitement, le **paragraphe III** insère un nouvel

¹ L'article L. 352-1 du code de la sécurité sociale prévoyait, s'agissant des assurés du régime général et de ceux des régimes alignés (salariés agricoles, artisans et commerçants), la suspension du service de la pension de vieillesse versée au titre de l'inaptitude au travail ou substituée à une pension d'invalidité en cas de dépassement par les revenus trimestriels (issus notamment d'une activité professionnelle) de 50 % du montant du Smic calculé sur la base de 520 heures.

article L. 341-14-1 dans le code de la sécurité sociale qui pose le principe selon lequel la pension d'invalidité n'est pas cumulable avec la pension de vieillesse servie en cas de retraite anticipée.

Cette règle, qui implique la suspension de la pension d'invalidité lorsque l'assuré liquide sa pension de retraite de manière anticipée, ne fait toutefois pas obstacle au maintien des avantages accessoires qui étaient associés à la pension d'invalidité, c'est-à-dire la majoration pour tierce personne (MTP), l'allocation supplémentaire d'invalidité (Asi) ou l'exonération du ticket modérateur.

4 - Le non-cumul d'une pension d'invalidité de veuf ou veuve et d'une pension de réversion

La pension d'invalidité de veuf ou de veuve (PIVV), versée par la branche maladie, est attribuée au conjoint invalide d'une personne décédée qui était elle-même titulaire auprès du régime général d'une pension d'invalidité ou de vieillesse. A l'âge de cinquante-cinq ans, elle est remplacée :

- soit par une pension de vieillesse de veuf ou de veuve (PVVV), du même montant, mais servie par la branche retraite ;

- soit par la pension de réversion si celle-ci est supérieure.

Or, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a procédé à un abaissement à cinquante et un ans de l'âge minimum de la réversion pour les décès intervenus entre le 1^{er} juillet 2007 et le 31 décembre 2008. Il en résulte, en l'absence de disposition contraire, que la PIVV peut être cumulée avec la pension de réversion entre cinquante et un et cinquante-cinq ans pour les assurés concernés.

Le **paragraphe IV** remédie à cette incohérence en complétant l'article L. 342-1 du code de la sécurité sociale par un nouvel alinéa qui énonce une règle de non cumul de la pension de réversion et de la PIVV. Il est en outre précisé que seule la plus élevée des deux prestations sera servie.

Enfin, le **paragraphe V** précise que les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} mars 2010.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a procédé à la rectification d'une erreur rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission estime évidemment indispensable que les personnes invalides ne soient pas exclues de la mobilisation pour l'emploi des seniors engagée par les pouvoirs publics depuis quelques années. Elle

approuve donc les dispositions du présent article qui leur permettent de bénéficier de la libéralisation du cumul emploi-retraite.

Elle se satisfait, en outre, de la mise en cohérence et de la clarification de certaines règles relatives d'une part, au cumul d'une pension d'invalidité et d'une pension de vieillesse, d'autre part, au cumul d'une pension d'invalidité et d'une pension de réversion.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 39 bis
(art. L. 645-2 du code de la sécurité sociale)
Cumul emploi-retraite des médecins

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose de substituer à la cotisation forfaitaire, dont s'acquittent les médecins envers le régime ASV (avantage supplémentaire vieillesse), une cotisation proportionnelle aux revenus, pour les assurés en situation de cumul emploi-retraite.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a entièrement libéralisé le cumul emploi-retraite pour les assurés âgés de plus de soixante-cinq ans ou âgés de plus de soixante ans et disposant d'une carrière complète.

Les assurés en situation de cumul emploi-retraite, quelle que soit leur activité, sont redevables du paiement des cotisations aux régimes d'assurance vieillesse dont ils relèvent. La pension de retraite ayant déjà été liquidée, cette cotisation est, pour l'ensemble des régimes de retraite français, non créatrice de droits et permet de garantir l'équilibre financier du régime.

Les règles ne diffèrent pas pour les professionnels de santé libéraux, et en particulier les médecins. Ceux-ci sont en effet redevables des cotisations aux régimes d'assurance vieillesse de base et complémentaire, toutes deux proportionnelles aux revenus d'activité. Mais ils versent également une cotisation au régime ASV (avantage supplémentaire de vieillesse) qui, elle, est forfaitaire. Celle-ci s'élève - participation de l'assurance maladie déduite - à 1 320 euros par an.

Compte tenu de la pénurie de médecins, notamment dans les zones rurales, le présent article a pour objet de lever tout obstacle à la poursuite d'une activité par les médecins déjà retraités, dont l'activité s'exerce souvent à temps partiel et produit donc un faible revenu.

Ainsi, il propose de compléter l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale afin de remplacer la cotisation forfaitaire par une cotisation proportionnelle aux revenus, pour les assurés en situation de cumul emploi-retraite.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à cette mesure qui vise à inciter les médecins retraités, notamment installés dans des zones sous-dotées, à poursuivre leur activité professionnelle. Elle participe de la mobilisation pour l'emploi des seniors lancée par le Gouvernement l'année dernière et s'inscrit dans la continuité des mesures adoptées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article additionnel après l'article 39 bis
(art. L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite,
art. L. 381-1 du code de la sécurité sociale)*

Non-cumul de la majoration de durée d'assurance pour interruption d'activité et de l'assurance vieillesse des parents au foyer

Objet : Cet article additionnel pose le principe du non-cumul de la majoration de durée d'assurance pour interruption d'activité, dont peuvent bénéficier les fonctionnaires, avec l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

Les fonctionnaires qui interrompent ou réduisent leur activité professionnelle pour élever un enfant (né après le 1^{er} janvier 2004) dans le cadre d'un congé parental, d'un temps partiel de droit ou d'un congé de présence parentale, bénéficient de la prise en compte de ces périodes, jusqu'à trois ans par enfant, pour le calcul de la durée d'assurance validée.

Dans le même temps, s'ils en remplissent les conditions, ils sont susceptibles d'être affiliés automatiquement à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). Celle-ci vise à comptabiliser les périodes passées au foyer pour élever des enfants comme des périodes d'assurance dans le calcul des pensions de vieillesse. L'objectif est de limiter les effets des baisses ou arrêts d'activité professionnelle liés à la charge d'enfants.

Les fonctionnaires peuvent donc cumuler le bénéfice de ces deux dispositifs.

Dans son cinquième rapport de décembre 2008 consacré aux droits familiaux et conjugaux, le conseil d'orientation des retraites (Cor) met en cause l'existence d'un tel cumul et propose son réexamen. La Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2009, recommande également de revenir sur cette « *situation peu justifiée* ».

Le présent article additionnel propose donc de poser le principe du non-cumul de la majoration de durée d'assurance pour interruption d'activité dont bénéficient les fonctionnaires avec l'AVPF. Il précise que seul le dispositif le plus favorable à l'assuré s'applique.

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

Article 40

(art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale)

Transfert au fonds de solidarité vieillesse du financement des validations gratuites de trimestres au titre de périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et invalidité

Objet : Cet article a pour objet de transférer au fonds de solidarité vieillesse (FSV) le financement des validations gratuites de trimestres au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et invalidité.

I - Le dispositif proposé

• En application du premier alinéa de l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) assure le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale.

Depuis sa création en 1993, le périmètre des avantages vieillesse pris en charge est globalement stable. Il se décompose en trois blocs de dépenses, de poids inégal :

- les dépenses de financement du minimum vieillesse (20 %) ;
- les dépenses de financement des majorations de pension pour enfants et conjoint à charge (28 %) ;
- les dépenses de financement des cotisations de retraite principalement au titre des périodes validées de chômage (52 %). Chaque période de cinquante jours de chômage indemnisé ouvre en effet droit à la validation gratuite d'un trimestre.

• Le présent article propose d'élargir les missions du FSV en lui confiant le financement des validations gratuites de trimestre au titre de

périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et invalidité. Cette mission sera inscrite à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, qui définit les charges du fonds. Seuls seront concernés par ce transfert la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et les régimes alignés (régime social des indépendants - RSI - et régimes des salariés agricoles), la fonction publique ainsi que les principaux régimes spéciaux n'obéissant pas aux mêmes règles dans ce domaine (maintien du salaire plutôt que versement d'indemnités journalières).

Les arrêts de travail au titre de la maladie, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ouvrent droit, au titre du soixantième jour d'indemnités journalières, à la validation gratuite d'un trimestre pris en compte dans la détermination de la durée de cotisation pour le calcul des droits à la retraite ; un trimestre étant également décompté pour chaque nouvelle période de soixante jours. Il en est de même pour les périodes d'invalidité et celles d'incapacité à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, à raison d'un trimestre validé pour trois mensualités de rente. S'agissant de la maternité, le trimestre au cours duquel est survenu l'accouchement est validé.

Mais contrairement aux cotisations de retraite prises en charge au titre des périodes validées de chômage, ces avantages non contributifs sont financés par les régimes eux-mêmes et non par le FSV, dont c'est pourtant la vocation.

En lui transférant leur financement, le présent article entend mieux distinguer ce qui, au sein des avantages vieillesse, relève du contributif (donc d'un financement par les cotisations des assurés) et du non contributif (donc financer par le FSV à partir d'une assiette plus large, que ce soit par la CSG, d'autres recettes fiscales ou par des contributions de la branche famille).

- En outre, cette mesure participe pleinement du processus de transferts financiers entre branches de la sécurité sociale. Au nom du principe de solidarité interbranche, le FSV bénéficie de transferts en provenance de la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) au titre du financement des majorations de pension pour enfants, dont il a la charge. Fixé à 60 % entre 2003 et 2008, ce transfert a été porté à 70 % en 2009, et sera de 85 % en 2010 puis de 100 % en 2011, conformément à ce que prévoit la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

En contrepartie, il est prévu que le FSV accroisse sa contribution aux régimes de retraite. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit le transfert à la Cnav d'une fraction du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital affectée au FSV.

Le transfert du financement des validations gratuites de trimestre au titre de périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et invalidité s'inscrit donc dans la continuité de ces mesures.

● Ainsi que l'indique l'exposé des motifs, la participation du FSV ne pourra être que forfaitaire, dans la mesure où le coût effectif que représentent ces validations gratuites n'apparaît pas directement dans les comptes des régimes. Il ne peut être constaté qu'*a posteriori*, au moment de la liquidation des droits, et dépend directement des parcours professionnels et des comportements individuels.

C'est justement parce qu'il est impossible de déterminer précisément et instantanément le coût des validations gratuites de trimestres que la contribution du FSV au titre des périodes de chômage est calculée comme une cotisation¹. Il sera donc procédé de la même façon pour la contribution proposée par le présent article.

Comme pour le chômage, les périodes d'arrêt maladie, maternité, invalidité, AT-MP et invalidité seront valorisées au Smic pour déterminer l'assiette du transfert, en cohérence avec le fait que les trimestres ainsi validés le sont sans report de salaire au compte. Une réfaction sera appliquée afin de tenir compte du fait que toutes les périodes ne donnent pas lieu à une validation de trimestres.

Il est prévu que l'incidence financière du transfert soit répartie sur deux exercices pour atteindre 1,2 milliard d'euros en 2011. Elle serait donc de 630 millions d'euros en 2010 ainsi qu'en 2011. Ces montants sont similaires aux recettes apportées par les mesures successives d'augmentation de la « contribution Cnaf » pour 2010 et 2011, ce qui assure ainsi leur transfert au bénéfice des régimes de vieillesse.

Les modalités pratiques de calcul seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission partage l'objectif du Gouvernement de clarifier le financement de l'assurance vieillesse, et plus globalement de la protection sociale, en distinguant ce qui relève d'un effort contributif, de ce qui relève de la solidarité nationale.

Il est, en outre, logique de transférer au FSV le financement des validations gratuites de trimestres au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et invalidité puisque sa vocation est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif.

¹ La cotisation annuelle forfaitaire de référence est déterminée à partir d'une assiette annuelle forfaitaire correspondant à 2 028 fois le montant annuel du Smic horaire (la part de cette assiette forfaitaire retenue pour le calcul de la cotisation de référence étant fixée à 90 %) et du taux de cotisation vieillesse (patronale et salariale, soit 16,65 %).

Pour autant, votre commission fait observer que cette nouvelle charge pour le FSV intervient à un moment où celui-ci renoue avec une situation déficitaire. En effet, la hausse du nombre de chômeurs provoquée par la crise conduit mécaniquement à une hausse des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage validées gratuitement par les régimes de base de l'assurance vieillesse. Estimé à 3,9 milliards d'euros en 2010, en raison d'une quasi-stabilisation des recettes et d'une croissance soutenue des dépenses, le déficit du fonds pourrait être sensiblement aggravé par la mesure inscrite au présent article.

Compte tenu que l'exposé des motifs du présent article prévoit une montée en charge du transfert sur deux années, votre commission propose **un amendement** précisant que ses dispositions n'entreront en vigueur qu'au 1^{er} juillet 2010.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 41

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2010

Objet : Cet article fixe, pour 2010, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général.

I - Le dispositif proposé

L'objectif de dépenses de la branche vieillesse porte sur l'ensemble des dépenses des régimes et non sur les seules prestations. Ces dépenses comprennent :

- 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 directs âgés de plus de soixante ans ou des bénéficiaires de droits dérivés ;
- 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 financiers et les autres dépenses.

Le présent article fixe à 195 milliards d'euros, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, soit une progression de 3,8 % par rapport à 2009.

Pour le seul régime général, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse s'élève à 102,9 milliards d'euros, soit une progression de 4 % par rapport à 2009.

Ces chiffres traduisent l'incidence financière de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations issues du « baby-boom ». En 2010, comme en 2009, l'essentiel de la progression des dépenses de la branche vieillesse s'explique par l'augmentation de la population totale des retraités.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Bien que votre commission s'inquiète de la dégradation continue des comptes de l'assurance vieillesse et plaide pour que soient rapidement apportées des solutions au problème du financement de la branche, **elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 42

(art. L. 242-7, L. 422-4, L. 422-5 du code de la sécurité sociale)

Réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles

Objet : Cet article instaure une nouvelle incitation financière à la prévention des risques professionnels et renforce les dispositifs de majoration existants.

I - Le dispositif proposé

Cet article complète la transposition de l'accord conclu entre les partenaires sociaux le 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels.

Le 1^o modifie l'article L. 242-7 du code de la sécurité sociale. Il renvoie à un arrêté la fixation du taux de cotisation et de la durée de la majoration de cotisation ainsi que la **fixation d'un montant forfaitaire minimum**. Cette dernière mesure, véritable apport de l'article, est destinée à remédier au caractère peu dissuasif du système actuel de majoration, calculé en fonction du risque auquel sont exposés les salariés d'un établissement et de sa durée, et qui aboutit souvent à exiger des montants financièrement faibles. L'objectif du Gouvernement est de parvenir par ce moyen à obtenir que 100 % des injonctions à la prise de mesures de prévention soient suivies d'effet contre seulement 50 % aujourd'hui.

Le 2^o vise à remédier aux cas où une entreprise a pris des dispositions ponctuelles pour éviter d'acquiescer une majoration de cotisation, mais pas les mesures durables, permettant d'éviter la répétition des situations de risque. A cette fin, il est ici proposé de compléter l'article L. 422-4 du code de la sécurité sociale relatif aux cas où une injonction préalable n'est pas requise pour imposer une cotisation supplémentaire à une entreprise. Désormais, lorsque des situations particulièrement graves de risque exceptionnel auront déjà fait l'objet d'une première injonction à l'établissement ou à l'entreprise, la majoration pourra être imposée directement. Les situations visées seront

définies par arrêté après consultation des comités techniques nationaux chargés de mener les études sur les risques professionnels et les moyens de les prévenir.

Le 3^o prévoit la généralisation d'un dispositif expérimental mis en place en 2008 à la suite de la conférence tripartite sur l'amélioration des conditions de travail d'octobre 2007. Ce dispositif permet aux caisses régionales d'assurance maladie (Cram), qui deviendront au 1^{er} janvier 2010 les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) en application de la loi HPST, d'attribuer directement aux entreprises de moins de cinquante salariés des subventions dans le cadre de contrats simplifiés de prévention. Ce dispositif permet d'éviter une procédure complexe et lourde qui exige l'existence d'une convention d'objectifs de la branche professionnelle dans laquelle se trouve l'entreprise et l'intervention de multiples acteurs (les comités techniques nationaux et régionaux, le directeur régional du travail et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, contre l'avis de la commission des affaires sociales et avec un avis de sagesse du Gouvernement, un amendement proposé par Dominique Tian, limitant la possibilité d'imposer une majoration de cotisation sans nouvelle injonction au seul cas où le même établissement aura déjà fait précédemment l'objet d'une injonction.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable à la modernisation du système de calcul des cotisations des entreprises au financement du régime AT-MP. Elle note que les mesures législatives proposées s'inscrivent dans le cadre d'une réforme plus vaste de la tarification des risques. Celle-ci, qui relève du pouvoir réglementaire et a été approuvée par l'ensemble de partenaires sociaux réunis au sein de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP), devrait être mise en place pour 2012.

Plus précisément, le fait de renforcer l'effectivité des injonctions adressées aux entreprises est particulièrement nécessaire : les statistiques données par le ministère du travail font apparaître que la moitié seulement d'entre elles sont aujourd'hui suivies d'effet. Ce constat est d'autant plus inquiétant que le nombre des injonctions adressées aux entreprises chaque année est faible (950), et que l'objectif défini par la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 ne prévoit de l'augmenter que de 10 %.

La restriction de la possibilité de majoration immédiate aux seuls cas où l'établissement aurait déjà fait l'objet d'une injonction ne paraît dès lors peu satisfaisante. En effet, il est important que les entreprises prennent leurs responsabilités en matière de prévention de risque le plus tôt possible et non

au coup par coup, en fonction des contrôles exercés. Pour certains secteurs comme le nettoyage, la taille des établissements est en elle-même une limite à la mise en œuvre de mesures de prévention et la seule politique de protection cohérente se place au niveau de l'entreprise. Néanmoins le législateur doit également tenir compte du fait que les partenaires sociaux ont marqué leur attachement à une tarification du risque par établissement, afin de tenir compte des différences de situation et d'activité. Revenir sur cet aspect des négociations risquerait de déséquilibrer le compromis qui a été trouvé sur la réforme des règles de tarification.

S'agissant de la généralisation du système d'aides financières simplifiées, celui-ci est conforme au principe d'une rénovation du système d'incitation à la prévention fixé par l'accord du 12 mars 2007 et traduit par la définition d'un programme spécifique¹ de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012. Deux cents contrats simplifiés ont été signés entre les Cram et des entreprises de moins de cinquante salariés entre 2008 et la fin du premier semestre 2009, ce qui montre l'intérêt suscité par ce dispositif dans les petites entreprises. Cependant, s'agissant d'une mesure dont le coût est évalué à 5 millions d'euros par an, il conviendra de s'assurer que les mesures de sécurité auxquelles sont destinées les sommes seront effectivement prises. La mise en place d'un système d'aide au lieu d'un système d'avance ne doit pas se traduire par une baisse des contrôles et votre commission souhaite sur ce point recueillir les assurances du Gouvernement.

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

¹ Programme 4

Article 43

**Dotations annuelles du fonds de cessation anticipée d'activité
des travailleurs de l'amiante et du fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante**

Objet : Cet article fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP du régime général au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) et du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

I - Le dispositif proposé

Cet article détermine le montant de la contribution de la branche AT-MP aux deux fonds de l'amiante pour 2010.

Le **paragraphe I** fixe à 880 millions d'euros le montant de la contribution au fonds de cessation d'activité anticipée des travailleurs de l'amiante (Fcaata), soit un niveau stable par rapport à 2009.

Le **paragraphe II** fixe le montant du versement au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), dont la vocation est d'apporter aux personnes malades une réparation intégrale de leur préjudice, à 315 millions d'euros, soit un montant identique à celui des quatre dernières années.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission juge convenable le niveau des dotations proposé pour les deux fonds en 2010, compte tenu, à la fois, des moyens financiers de la branche et des besoins de financement des fonds. **Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 43 bis

Faisabilité d'une voie d'accès individuelle au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à ce qu'un rapport évalue la faisabilité d'une voie d'accès individuelle au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté à l'initiative de la commission des affaires sociales, vise à faire progresser la réflexion sur la réforme du Fcaata en demandant au Gouvernement d'étudier dans un rapport la faisabilité d'une voie d'accès individuel au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Actuellement, celui-ci est ouvert aux seuls :

- salariés ou anciens salariés d'établissement figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget ;

- salariés ou anciens salariés affiliés au régime général ou à la mutualité sociale agricole et souffrant d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante, selon une liste de maladies éligibles.

En sont donc exclues les personnes qui ont été exposées à l'amiante mais dans une entreprise non répertoriée, ou souffrant d'une pathologie non reconnue comme liée à l'amiante, ou n'étant pas affiliées aux régimes visés. Si la justice impose de leur accorder le bénéfice du régime financé par le Fcaata, la nécessité d'établir des critères précis permettant de juger du caractère fondé d'une demande et la nécessaire préservation des finances publiques ont jusqu'à présent empêché d'ouvrir plus largement l'accès au fonds.

Une voie d'accès individuel pourrait donc apporter une solution à ce problème d'équité, à condition que le nombre de personnes concernées et les modalités de leur accès au Fcaata soient déterminés de manière claire. Ce sont ces questions que devra éclaircir le rapport demandé au Gouvernement pour le 30 septembre 2010.

II - La position de votre commission

Dans son rapport sur le drame de l'amiante¹, la mission commune d'information du Sénat a souligné son souhait « *que la législation tende vers un traitement égalitaire de l'ensemble des personnels ayant été exposés à l'amiante* ». L'étude de la mise en place d'une voie individuelle d'accès au

¹ *Rapport d'information Sénat n° 37 (2005-2006) de Gérard Dériot et Jean-Pierre Godefroy, fait au nom de la mission commune d'information, déposé le 26 octobre 2005.*

Fcaata peut permettre d'y contribuer. Celle-ci ne doit cependant pas se faire au détriment de l'étude d'autres moyens de remédier aux inégalités d'accès notamment pour ce qui concerne les fonctionnaires.

Pour autant, et à la lumière de son expérience, votre commission est consciente des limites de l'exercice consistant à s'en remettre à la présentation d'un rapport demandé au Gouvernement. Elle souhaite donc que celui-ci soit effectivement remis dans les délais prescrits.

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

Article 44

(art. L. 176-1 du code de la sécurité sociale)

Versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général

Objet : Cet article détermine le montant du reversement forfaitaire de la branche AT-MP du régime général à la branche maladie, en 2010, au titre de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance 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 compenser les dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge par la branche AT-MP alors qu'elles ont une origine professionnelle. 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.

L'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale dispose en outre 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, actuellement Noël Diricq, 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 en juillet 2008.

Le présent article fixe le montant de ce reversement pour 2010 à 710 millions d'euros, montant égal à celui de 2009.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà rappelé la raison d'être de ce reversement forfaitaire qu'elle juge légitime, bien qu'il pèse sur les comptes de la branche AT-MP. **Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 44 bis

Réflexion d'ensemble sur l'évolution des tableaux des maladies professionnelles

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose que le Gouvernement dépose devant le Parlement, avant le 30 juin 2010, un rapport sur l'évolution des tableaux des maladies professionnelles.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté à l'initiative de la commission des affaires sociales et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine, tend à lutter contre le phénomène de sous-déclaration des maladies professionnelles en demandant au Gouvernement de faire évoluer les tableaux de reconnaissance des maladies : dans ce but, un rapport sur les mesures nécessaires devra être remis au Parlement avant le 30 juin 2010.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà étudié l'impact néfaste de la sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail. L'évolution des tableaux des maladies professionnelles, pour laquelle plusieurs mécanismes ont déjà été mis en place, ne paraît cependant pas être de nature à y remédier. La priorité devrait plutôt être de renforcer la médecine du travail et la formation des médecins généralistes, pour permettre de déterminer clairement les causes professionnelles des maladies et accidents, et permettre leur indemnisation adéquate. En ce domaine, les négociations sociales semblent être dans une impasse ; il appartient aux pouvoirs publics de prendre leurs responsabilités.

En conséquence, **votre commission vous demande de supprimer cet article.**

Article 45

**Objectif de dépenses de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles pour 2010**

Objet : Cet article fixe à 12,9 milliards d'euros en 2010 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP, dont 11,4 milliards pour le seul régime général.

I - Le dispositif proposé

L'article 7 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a inséré dans le code de la sécurité sociale un article L.O. 111-7-1 qui dispose que « *dans la partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, ... chaque objectif de dépenses par branche, décomposé le cas échéant en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général* ».

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le présent article fixe donc l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2010 à 12,9 milliards d'euros et à 11,4 milliards pour le seul régime général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

L'objectif de dépenses tous régimes confondus s'inscrit en progression de 2,33 % par rapport aux dépenses qui devraient être effectivement réalisées en 2009. Cette hausse mesurée aboutira pourtant à une aggravation du déficit de la branche en raison de la faiblesse des recettes. Votre commission souhaite que cet objectif d'évolution des dépenses soit respecté afin que le déséquilibre de la branche puisse rapidement être corrigé.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 46

(art. L. 542-9 du code de la sécurité sociale)

Octroi du prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels

Objet : *Cet article vise à étendre le bénéfice du prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels.*

I - Le dispositif proposé

L'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale dispose que « *les régimes des prestations familiales sont autorisés à accorder à leurs allocataires des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat dans des conditions et des limites fixées par décret* ».

Le prêt ne peut excéder 80 % des dépenses effectuées, pour un montant maximum de 1067,14 euros. Il est remboursable en trente-six mensualités au maximum, à partir du quatrième mois suivant le versement. Son taux d'intérêt est fixé à 1 %.

Les travaux éligibles concernent la mise en état d'habitabilité de pièces inutilisées, d'aménagement du logement, d'agrandissement ou d'isolation thermique ou phonique.

Au 31 décembre 2008, seules 11 507 personnes pour 11 millions de bénéficiaires potentiels avaient un prêt en cours.

Le présent article ouvre le bénéfice du prêt aux assistants maternels mais dans des conditions plus avantageuses que celles du prêt actuel, comme l'indique son exposé des motifs :

- le plafond serait porté à 10 000 euros ;
- l'échéancier serait compris entre trente-six et cent vingt mois, soit dix ans ;
- le taux d'intérêt serait fixé à 0 %.

Le prêt serait accordé dès lors que les travaux engagés sont liés à l'activité professionnelle de l'assistant maternel : amélioration de la sécurité des enfants accueillis ou transformation du logement pour obtenir un agrément par exemple.

La fiche d'évaluation préalable annexée au projet de loi de financement propose une estimation du coût supporté par la Cnaf, en retenant les hypothèses suivantes :

- taux de recours de 10 000 assistants maternels par an ;
- prêt médian accordé à hauteur de 5 000 euros ;
- durée moyenne du prêt de cinq années ;
- taux d'intérêt moyen proposé par l'Acoss à la Cnaf de 2 %¹.

Si ces conditions se vérifient dans les faits, **l'encours du prêt coûterait donc environ 100 millions d'euros à la Cnaf**. A partir de la sixième année, la caisse n'aurait plus besoin de solliciter l'Acoss, le montant des remboursements venant compenser celui des nouveaux prêts accordés. **Le coût net correspondrait alors uniquement aux intérêts d'emprunt, compris entre 1 et 3 millions d'euros.**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission considère que ce prêt permettra aux assistants maternels d'améliorer les conditions d'accueil des jeunes enfants à leur domicile. Ils pourront ainsi mieux satisfaire aux exigences des services de protection maternelle et infantile en matière d'hébergement.

Le prêt devrait, indirectement, **favoriser une hausse du nombre d'enfants accueillis par les assistants maternels.**

Il vient par ailleurs utilement compléter les autres mesures du Gouvernement pour encourager le développement de ce mode de garde : possibilité de garder simultanément quatre et non plus trois enfants (loi de financement de la sécurité sociale pour 2009) et prime à l'installation pour l'achat de matériel de puériculture destiné à la garde des enfants (convention d'objectifs et de gestion 2009-2012).

Ceci étant, il convient de souligner que l'exposé des motifs ne prévoit parallèlement aucun relèvement du plafond du prêt accordé aux bénéficiaires des prestations familiales, ce qui peut paraître injuste à leur égard. Votre commission considère toutefois que l'état dégradé des finances sociales appelle des arbitrages difficiles, et justifiés en l'espèce. La décision du

¹ Le taux du prêt de la Cnaf aux assistants maternels étant, on l'a dit, fixé à 0%.

Gouvernement de privilégier les assistants maternels, et donc le développement de la garde d'enfant, lui semble en conséquence légitime.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article additionnel après l'article 46
(art. L. 2324-2-1 du code de la santé publique)*

Modulation de l'agrément des établissements d'accueil des jeunes enfants

Objet : Cet article additionnel vise à généraliser la délivrance d'agréments modulés pour les crèches, afin de faciliter l'élargissement de leurs horaires d'accueil.

En vertu de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, la création d'un EAJE est soumise à l'autorisation du président du conseil général.

La demande d'autorisation, couramment dénommée agrément, est instruite par les services de protection maternelle et infantile (PMI).

La PMI fixe notamment les modalités d'accueil, les prestations proposées, les conditions de fonctionnement ainsi que les capacités d'accueil de l'établissement.

Dans certains départements, la PMI définit des capacités d'accueil **uniformes**, sans tenir compte des variations prévisibles de la présence des enfants en fonction des périodes de l'année, de la semaine ou de la journée.

Or, la participation financière des caisses d'allocations familiales (Caf) aux frais de fonctionnement des EAJE est conditionnée à un taux de remplissage moyen, fixé à 70 %.

Les gestionnaires de crèche sont donc incités, pour des raisons de rentabilité financière, à n'ouvrir l'établissement qu'aux heures de forte affluence, ce qui les conduit à limiter l'amplitude horaire de l'accueil.

Cet article additionnel prévoit donc que les PMI doivent établir un **agrément modulé** qui définit des capacités d'accueil différentes en fonction des périodes de l'année, de la semaine ou de la journée. Les responsables de crèche devraient ainsi pouvoir élargir les horaires d'accueil tout en respectant le taux de remplissage requis.

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

*Article additionnel après l'article 46
(art. L. 2324-1, art. L. 2324-2-1 nouveau du code de la santé publique
et art. L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles)*

Harmonisation des critères d'agrément

Objet : Cet article additionnel vise à harmoniser les critères d'autorisation d'ouverture des crèches ainsi que les critères d'agrément des assistants maternels.

• L'article L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles soumet le droit d'exercer la profession d'assistant maternel à l'obtention d'un agrément individuel délivré par le président du conseil général.

L'agrément est accordé si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs. Il précise notamment le nombre et l'âge des enfants que l'assistant maternel est autorisé à accueillir simultanément.

Les critères nationaux d'agrément sont définis par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, le président du conseil général peut, par décision motivée et à titre dérogatoire, adapter les critères d'agrément pour répondre à des besoins spécifiques.

Or, on constate que dans certains départements, les services de protection maternelle et infantile (PMI) utilisent cette possibilité de dérogation pour s'affranchir largement des critères nationaux et poser des **exigences souvent disproportionnées**, notamment en matière de sécurité des locaux et de matériel utilisé par les assistants maternels pour l'accueil des enfants.

Pour répondre à ce problème, la direction générale de l'action sociale (DGAS) a récemment élaboré un « référentiel de l'agrément des assistants maternels à l'usage des services de protection maternelle et infantile ». Ceci étant, ce référentiel n'ayant aucun caractère contraignant, on peut légitimement craindre que ses effets soient limités.

Votre commission propose donc de **rendre obligatoires les préconisations du référentiel**, afin de s'assurer de son application par les PMI. Une légère modification du document sera sans doute nécessaire afin d'y intégrer la totalité des critères d'agrément que le pouvoir réglementaire entend instaurer.

• Un problème de même nature se pose pour **les autorisations d'ouverture des établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE)**.

En vertu de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, la création de ces structures est soumise à l'autorisation du président du conseil général. Or, là aussi, les critères d'autorisation peuvent être adaptés par les PMI, ce qui conduit certaines d'entre elles à **relever les exigences de sécurité, d'une manière parfois contestable**. L'inspection générale des affaires

sociales (Igas) note ainsi dans un récent rapport¹ que « *certaines médecins de PMI exigent des surfaces de locaux par enfant, des hauteurs de poignée différentes de celles prévues pour l'accessibilité, un certain type de lits... Or, la réglementation en vigueur ne fixe par de normes en ce qui concerne la superficie ou la configuration des locaux.* ». Elle ajoute que « *les maires et les différents gestionnaires déplorent souvent l'interprétation restrictive des textes faite par certains services de PMI, au nom du principe de précaution* ».

Cette pratique, déjà critiquable sur le principe, a pour effet **de renchérir le coût de fonctionnement des EAJE**, et donc de limiter le développement des capacités d'accueil de ces structures.

Votre commission propose donc **d'harmoniser les critères d'agrément**, en prévoyant que seuls ceux définis au niveau national puissent être opposables aux responsables de crèches.

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

*Article additionnel après l'article 46
(art. L. 421-19, L. 421-20, L. 421-21, L. 421-22,
L. 421-23 et L. 421-24 nouveaux
du code de l'action sociale et des familles)*

Sécurisation des regroupements d'assistants maternels

Objet : Cet article additionnel vise à sécuriser les regroupements d'assistants maternels afin de favoriser leur développement.

En vertu de l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles, un assistant maternel doit accueillir les mineurs à son domicile.

Toutefois, l'article 108 de la loi de financement pour 2009 a créé une dérogation à ce principe, en permettant à plusieurs assistants maternels d'assurer cet accueil dans un local commun extérieur à leur domicile.

Cette faculté avait déjà été ouverte, à titre expérimental, dans plusieurs départements, notamment la Mayenne. Il en est résulté que les regroupements présentaient cinq avantages essentiels :

- **un coût raisonnable pour les parents et les finances publiques.** Payés directement par les parents, les assistants maternels qui se regroupent ne sont pas financièrement à la charge des communes : l'aide éventuelle en nature ou en espèces apportée par une municipalité reste toujours inférieure au coût de fonctionnement d'une crèche, qui représente en moyenne par enfant, une

¹ « Développement de la garde d'enfants ». Rapport de l'inspection générale des affaires sociales établi par Joëlle Voisin, mars 2009.

charge financière pour la commune sept fois plus élevée qu'un regroupement d'assistants maternels¹ ;

- **une grande souplesse dans les horaires d'accueil.** En permettant la délégation entre eux de l'accueil des enfants, le travail en commun permet aux assistants maternels de mieux répondre à la demande des parents qui ont des horaires de travail atypiques ;

- **un accroissement de l'offre d'accueil.** Les regroupements augmentent le volume de l'offre de garde, en permettant aux personnes dont le logement est exigü ou non conforme aux critères pour être agréé par les PMI ou situé dans une zone où la demande est faible, d'exercer le métier d'assistant maternel en dehors de leur domicile ;

- **un renforcement de l'attractivité de la profession.** Les regroupements offrent la possibilité aux assistants maternels de partager leur expérience professionnelle et d'appréhender le travail en équipe, ce qui leur permet d'évoluer plus facilement vers les autres métiers de la petite enfance ;

- **un effet psychologique rassurant sur certains parents.** Malgré le très faible nombre d'incidents relevés, certains parents restent réticents à l'idée de laisser leur enfant seul avec un assistant maternel et les regroupements sont de nature à lever leur inquiétude.

Pour toutes ces raisons, votre commission s'était déclarée, à l'occasion de l'examen de la dernière loi de financement, favorable au développement des regroupements.

Elle avait également alerté le Gouvernement sur les obstacles que pouvait rencontrer leur essor, en indiquant qu'ils « *ne pourront se généraliser qu'à la condition de ne pas faire l'objet de normes trop nombreuses et trop contraignantes. Il ne faudrait pas, en effet, que la liberté volontairement laissée par le législateur à ces structures soit restreinte par l'intervention de la Cnaf ou de certaines Caf ou services de PMI* »².

Elle n'a malheureusement pas été entendue : le 29 juillet dernier, la Cnaf a envoyé au réseau des Caf une convention-type encadrant les regroupements, **qui interdit la délégation d'accueil.** Cette restriction les prive *de facto* de leur avantage principal, puisque la possibilité d'accueillir les enfants en horaires atypiques est justement fondée sur la faculté des assistants maternels de se déléguer la garde des enfants entre eux. La même convention-type prévoit également que les parents doivent signer un contrat avec **chaque assistant maternel de la structure** qui garde leur enfant, ce qui est très complexe et donc dissuasif pour les parents. Enfin, elle introduit de nombreuses autres lourdeurs et difficultés de gestion. Sa longueur même, onze

¹ Estimation de la municipalité d'Evron, en Mayenne.

² « Accueil des jeunes enfants en milieu rural : développer une offre innovante ». Rapport d'information Sénat n° 545 (2008-299) de Jean-Marc Juilhard, fait au nom de la commission des affaires sociales.

pages et sept annexes, témoigne du fait que la recherche de simplicité et d'opérationnalité n'a pas, c'est peu de le dire, présidé à sa rédaction.

Votre commission ne peut donc que constater que **la convention-type de la Cnaf rend inapplicable la disposition législative votée par le Parlement, ce qui est inadmissible.**

C'est pourquoi elle **propose de faire directement figurer dans la loi les règles d'encadrement des regroupements, en prévoyant l'ensemble des garanties nécessaires à leur développement dans le respect de la sécurité des enfants.**

Cet article additionnel, qui rebaptise les regroupements « maisons d'assistants maternels », prévoit donc :

- de limiter les regroupements à quatre assistants maternels, comme c'est le cas actuellement (article L. 421-19 du code de l'action sociale et des familles) ;

- d'autoriser et de réglementer la délégation d'accueil (articles L. 421-20 et L. 421-21 du même code) ;

- de préciser les modalités d'assurance des assistants maternels exerçant en regroupement (article L. 421-22) ;

- d'organiser la procédure d'agrément des assistants maternels exerçant en regroupement, en prévoyant un contrôle souple et ciblé du conseil général (article L. 421-23) ;

- de garantir le versement de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) aux parents qui confient leurs enfants aux assistants maternels travaillant dans un regroupement (article L. 421-24) ;

- enfin, d'assurer les mêmes conditions fiscales aux assistants maternels exerçant dans ces structures qu'à ceux accueillant les enfants à leur domicile (paragraphe II).

Convaincue que les regroupements sont **un nouveau mode de garde plus souple pour les parents, plus attractif pour les assistants maternels et plus soutenable pour les finances publiques, votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.**

Article 46 bis

(art. L. 214-2-1 du code de l'action sociale et des familles)

**Transformation des relais d'assistants maternels
en relais d'accueil de la petite enfance**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à transformer les relais d'assistants maternels en relais d'accueil de la petite enfance, afin d'inclure tous les modes d'accueil individuel dans leur champ d'action.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La loi n° 2005-706 du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux a institué, à l'article L. 214-2-1 du code de l'action sociale et des familles, **les relais d'assistants maternels**.

Ces structures, créées dans les communes ou les établissements publics de coopération intercommunale, ont un **double objectif** :

- offrir aux assistants maternels un cadre de rencontre pour partager leurs expériences et pratiques professionnelles ;
- informer les parents sur ce mode d'accueil des jeunes enfants.

Au troisième trimestre de cette année, on dénombrait **2 374 relais** d'assistants maternels répartis sur l'ensemble du territoire.

Le succès incontestable du dispositif a conduit l'Assemblée nationale à proposer **deux modifications** allant dans le sens de son renforcement :

- **élargissement de la structure aux auxiliaires parentaux**, c'est-à-dire aux salariés qui gardent les enfants au domicile des parents ;
- **extension de ses missions** à l'information des assistants maternels sur leur possibilité d'évolution de carrière.

Cette double évolution est déjà prévue par la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 qui réserve une enveloppe de 21 millions d'euros aux relais d'assistants maternels.

II - La position de votre commission

Votre commission ne peut qu'approuver cette mesure qui permettra à la fois de mieux soutenir les assistants maternels et de professionnaliser la garde à domicile.

Par ailleurs, le renforcement de l'information des assistants maternels sur les possibilités d'évolution de leur carrière est indispensable pour lutter

contre le découragement de ceux d'entre eux qui envisagent d'abandonner le métier faute de perspectives professionnelles.

La simple disponibilité des renseignements sera cependant sans effet si elle ne s'accompagne pas d'un effort de formation professionnelle des assistants maternels.

En ce sens, votre commission souhaite que le Gouvernement s'engage à intervenir auprès des représentants des assistants maternels et des représentants des parents employeurs afin que des accords relatifs au développement de la formation professionnelle des assistants maternels, notamment en ce qui concerne l'accès au CAP petite enfance, soient rapidement conclus. Il incomberait alors aux relais d'accueil de la petite enfance de faire connaître aux assistants maternels ces accords et les opportunités qu'ils leur offrent.

Sous cette réserve, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 46 ter

(art. L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles)

Agrément d'un assistant maternel pour deux enfants au minimum dès sa première demande

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que le premier agrément d'un assistant maternel l'autorise à accueillir au minimum deux enfants.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Pour exercer la profession d'assistant maternel, il est nécessaire d'obtenir **un agrément du président du conseil général** (article L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles).

L'agrément est accordé si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs. Il précise le nombre et l'âge des mineurs que l'assistant maternel est autorisé à accueillir simultanément, ainsi que les horaires d'accueil (article L. 421-4). Sa durée est fixée à cinq ans, au terme desquels l'assistant maternel doit demander son renouvellement.

Or, selon une pratique répandue mais qui ne résulte d'aucune exigence légale, le premier agrément délivré ne permet d'accueillir qu'un seul enfant.

Cette habitude, couplée avec le délai d'attente de neuf mois qui précède l'obtention de l'agrément, constitue **une barrière très dissuasive** à l'entrée dans le métier d'assistant maternel : au terme de près d'une année

souvent sans rémunération, l'assistant maternel ne peut prétendre, en raison de son agrément limité, qu'à un salaire inférieur à 400 euros nets mensuels.

L'Assemblée nationale propose donc que, si les conditions d'accueil le permettent, le président du conseil général agrée un assistant maternel **pour deux enfants au minimum dès sa première demande**.

L'obstacle financier à l'entrée dans la profession devrait être ainsi en partie levé.

II - La position de votre commission

Votre commission est **d'autant plus favorable à cette initiative qu'elle l'avait elle-même proposée** à l'occasion d'un récent rapport d'information consacré à l'accueil des jeunes enfants en milieu rural¹.

Il est en effet indispensable de permettre aux assistants maternels de pouvoir, dès leur installation, vivre correctement de leur profession.

Ceci étant, la modification apportée par l'Assemblée nationale ne résout pas le problème du délai d'attente du premier agrément, qui constitue la deuxième barrière d'entrée dans la profession.

La longueur de ce délai s'explique en grande partie par la durée de la formation obligatoire des assistants maternels avant l'accueil des enfants. Actuellement, cette formation initiale est de soixante heures.

C'est pourquoi votre commission souhaite, conformément à ses propres préconisations, **compléter cet article en prévoyant que la formation préalable à l'accueil des enfants ne peut représenter plus du quart de la durée totale de la formation obligatoire** des assistants maternels, soit trente heures sur les cent vingt heures prévues.

Le temps d'attente du premier agrément devrait ainsi être substantiellement réduit.

Enfin, dans un souci de professionnalisation des assistants maternels, il serait judicieux de **rendre obligatoire l'inscription sur le carnet d'agrément de l'assistant maternel des formations suivies**. Tous les assistants maternels seraient ainsi incités à se former régulièrement, notamment pour pouvoir faire connaître aux parents leur degré personnel de professionnalisme. Il en résulterait également l'avantage d'encourager les assistants maternels à mobiliser leur droit individuel à la formation (Dif) pour améliorer leurs connaissances et compétences.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ « Accueil des jeunes enfants en milieu rural : développer une offre innovante ». Rapport d'information Sénat n° 545 (2008-2009) de Jean-Marc Juilhard, fait au nom de la commission des affaires sociales.

Article 47

Objectif de dépenses de la branche famille pour 2010

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour 2010.

I - Le dispositif proposé

En application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, le présent article fixe à la fois l'objectif de dépenses de l'ensemble de la branche famille et celui, spécifique, du régime général.

Cependant, contrairement aux autres branches, le régime général représente la quasi-totalité - 99 % - des dépenses de l'ensemble de la branche, car la Cnaf retrace dans ses comptes l'ensemble des prestations légales et extralégales servies par les différents organismes, ainsi que leurs dépenses de fonctionnement et leurs charges annexes. En réalité, seuls les avantages familiaux versés par certains régimes spéciaux, qui ont un caractère de complément de salaire, échappent à cette agrégation.

Chaque année, l'objectif de dépenses est fixé en fonction du montant prévisionnel 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 Caf en matière d'action sociale, ainsi que du taux retenu pour la revalorisation des prestations, c'est-à-dire de l'évolution de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF).

Le Gouvernement n'a pas prévu de revaloriser la BMAF au 1^{er} janvier 2010. Déjà au 1^{er} janvier 2009, cette revalorisation n'avait été que de 3 %, au lieu des 3,5 % prévus. Ceci étant, le taux d'inflation réelle de l'année en cours sera très inférieur aux prévisions : 0,4 % au lieu de 2 %, ce qui fait plus que compenser l'écart initial. Sachant que les hypothèses macro-économiques tablent sur une hausse des prix de 1,2 % en 2010, la logique mathématique aurait voulu que la BMAF soit revalorisée de 0,1 % au 1^{er} janvier 2010.

On peut comprendre la position du Gouvernement, qui n'a pas souhaité réaliser un ajustement minime de la BMAF, quitte à opérer une augmentation plus significative en 2011.

Il convient enfin de signaler que les objectifs de dépenses de la branche pour 2010 intègrent une modification comptable demandée par la Cour des comptes : en vertu de l'article 26 du projet de loi, les prestations versées pour compte de tiers ne sont plus retracées dans le compte de résultat de la Cnaf. Les remboursements de l'Etat et de la CNSA à la branche famille ne sont donc plus comptabilisés dans les objectifs de dépenses.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Malgré les comptes déficitaires de la branche famille, votre commission s'étonne que les prévisions de dépenses ne fassent pas mention de la participation de la Cnaf au fonds de financement de la protection de l'enfance institué par l'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 renforçant la protection de l'enfance.

Elle ne peut que regretter, comme elle l'a déjà fait dans l'étude qu'elle consacre chaque année à l'application des lois, que les 30 millions d'euros annuels attribués par la loi de 2007 au financement du fonds ne soient pas budgétés.

Cette participation est pourtant modeste au regard des dépenses engagées par la caisse et le refus de satisfaire aux engagements pris par l'Etat pèse sur sa crédibilité auprès des départements qui doivent assumer seuls le financement de la protection de l'enfance.

Sous cette réserve, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 48

(art. 723-4-2 nouveau du code rural)

Renforcement du pouvoir de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole en matière de pilotage des caisses locales

Objet : Cet article vise à permettre à une commission de la CCMSA de se substituer aux conseils d'administration des caisses locales en cas de refus de mettre en œuvre les prescriptions de la caisse centrale en matière de gestion.

I - Le dispositif proposé

Depuis 2002, le régime agricole s'est engagé dans une opération de restructuration de son réseau qui a été facilitée par les dernières lois de financement de la sécurité sociale.

Ainsi, l'article 102 de la loi de financement pour 2008, relatif à la **restructuration des caisses**, a permis de passer outre les réticences de certaines caisses opposées à la reconstitution du réseau et de mener à terme les fusions indispensables à l'atteinte d'une taille critique et à une mutualisation des moyens.

Composé de soixante-dix-huit caisses en 2002, le réseau agricole n'en comptera plus que trente-cinq le 1^{er} avril 2010.

Par ailleurs, l'article 112 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a transféré à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) le **contrôle des budgets de gestion administrative et des opérations immobilières des caisses locales**. Jusqu'alors, les budgets des caisses locales étaient approuvés par les préfets de région. Désormais, la CCMSA dispose d'un pouvoir d'approbation de ces budgets et doit veiller à ce que le total des dépenses de fonctionnement des organismes de MSA soit contenu dans la limite des crédits fixés par la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CCMSA.

Par ailleurs, la CCMSA dispose, en vertu de l'article 723-12-3 du code rural résultant également de l'article 112 de la loi de financement pour 2009, des **instruments de gestion du risque** lui permettant de faire face à des situations financières difficiles : définition de mesures opposables à l'organisme concerné afin qu'il améliore sa gestion ou limite ses dépenses ; instauration d'un plan autoritaire de redressement si ces prescriptions ne sont pas suivies ; enfin, en cas de carence, pouvoir de substitution de la CCMSA à l'organisme et possibilité d'ordonner les mesures qu'elle estime nécessaires pour rétablir la situation.

Le présent article vise à insérer dans le code rural un nouvel article L. 723-4-2 pour renforcer une nouvelle fois les prérogatives de la CCMSA.

Aux termes du texte proposé, le conseil d'administration de la CCMSA pourra prescrire aux organismes de mutualité sociale agricole toutes mesures tendant à une plus grande **maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers**. Ces prescriptions pourront intervenir dans les domaines du contrôle de gestion, des contrôles budgétaires et immobiliers, du contrôle interne, de la lutte contre les fraudes et de la gestion du risque.

En l'absence de mise en œuvre des mesures prescrites, le conseil d'administration pourra mettre en demeure l'organisme de prendre, dans un délai déterminé, toutes mesures de redressement utiles.

Enfin, si la mise en demeure reste sans effet, le conseil d'administration de la caisse centrale pourra constituer en son sein une commission qui se substituera au conseil d'administration de l'organisme local pour la mise en œuvre des mesures de redressement nécessaires, pour une durée déterminée. La commission pourra s'adjoindre des personnalités qualifiées désignées par le conseil d'administration de la caisse centrale.

La composition de la commission sera soumise à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture et ses décisions feront l'objet d'un contrôle de l'Etat. Elles seront exécutoires pour les directeurs des caisses concernées dès leur approbation.

Ce dispositif de création d'une commission au sein du conseil d'administration de la caisse centrale est celui qui a été utilisé, dans le cadre de l'article 102 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, afin de faciliter le regroupement des caisses locales. Il a alors donné pleinement satisfaction.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté une modification rédactionnelle à cet article.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve sans réserve les dispositions tendant à renforcer l'efficacité de la gestion des organismes de sécurité sociale agricoles. Les comptes du régime social agricole n'ont pas été certifiés au titre de l'année 2008, première année de mise en œuvre du dispositif de certification, et il est souhaitable que cette situation ne perdure pas.

Néanmoins, le dispositif proposé peut susciter une certaine perplexité dans la mesure où il recoupe, pour partie au moins, le mécanisme adopté dans le cadre de l'article 112 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

L'article L. 723-12-3 du code rural permet en effet à la caisse centrale de prescrire aux organismes de mutualité sociale agricole « *toutes mesures tendant à améliorer leur gestion ou à limiter leurs dépenses budgétaires* » tandis que le texte proposé par le présent article l'autorise à prescrire « *toutes mesures tendant à une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers* ». Ces deux rédactions se recoupent au moins partiellement.

En revanche, le dispositif de redressement de la situation n'est pas le même dans les deux cas, puisque dans le cadre de l'article L. 723-12-3, la caisse centrale se substitue à l'organisme local pour « *ordonner la mise en application des mesures qu'elle estime nécessaires* » tandis que le nouvel article confie ce pouvoir à une commission constituée au sein du conseil d'administration, qui se substitue à l'organisme local « *pour la mise en œuvre des mesures de redressement nécessaires* ».

Face à un risque évident de confusion et d'incertitude juridique entre des dispositifs très proches, votre commission propose un **amendement** tendant à fusionner les deux mécanismes au sein de l'actuel article L. 723-12-3 en prévoyant que le conseil d'administration de la CCMSA peut prescrire aux organismes de MSA « *toutes mesures tendant à la limitation de leurs dépenses budgétaires ou à une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers* ».

Cet amendement prévoit également de mentionner explicitement le caractère exceptionnel de la procédure de substitution de la commission *ad hoc* de la CCMSA au conseil d'administration de l'organisme local.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 48 bis

(art. L. 114-23 nouveau et L. 224-5 du code de la sécurité sociale)

Création d'un fonds de performance de la sécurité sociale

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à créer un fonds de performance de la sécurité sociale.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le **paragraphe I** du présent article, adopté à l'initiative du Gouvernement, tend à créer dans le code de la sécurité sociale un nouveau chapitre consacré à la « performance du service public de la sécurité sociale ».

Celui-ci comporterait un article unique créant au sein de l'union des caisses de sécurité sociale (Ucanss) un **fonds de performance de la sécurité sociale**, appelé à financer des actions, « *notamment la réalisation d'études, d'audits ou de projets concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance globale du service public de la sécurité sociale* ». Ce fonds contribuerait en outre aux dépenses de fonctionnement de toute nature résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.

Les dépenses du fonds seraient imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), de la caisse nationale du régime social des indépendants (RSI), de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), ainsi que des régimes spéciaux.

Les modalités de gestion du fonds seraient fixées par décret et le montant de sa dotation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale.

Le **paragraphe II** tend à compléter l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, relatif au rôle de l'Ucanss pour prévoir qu'elle assure la gestion administrative et comptable du nouveau fonds.

Selon les explications données lors du débat à l'Assemblée nationale par la secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité, le fonds « *aura vocation à financer des travaux de modernisation présentant un intérêt inter-branches et inter-régimes. Il s'agira en particulier d'études, d'audits ou d'actions d'accompagnement du changement sur des projets d'intérêt commun. Ce nouvel outil contribuera naturellement à la maîtrise de l'évolution des dépenses de gestion, car les projets qu'il concerne pourraient améliorer la productivité et réduire certains coûts de gestion* ».

II - La position de votre commission

Si l'objectif d'amélioration de l'efficacité de la sécurité sociale dans ses différents régimes et branches mérite d'être soutenu, de nombreux outils existent pour parvenir à cet objectif, en particulier les conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les organismes des branches.

Par ailleurs, l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale prévoit déjà que l'Ucanss peut se voir confier « *par l'Etat, les caisses nationales du régime général ou l'agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières* ».

L'Ucanss peut en outre passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières.

Certes, le nouveau fonds présenterait l'intérêt de réunir non seulement les caisses du régime général, mais également celles du RSI, de la MSA et des régimes spéciaux. Néanmoins, ses contours et objectifs demeurent particulièrement flous, tandis que le montant des dotations qui pourraient lui être allouées n'a fait l'objet d'aucune indication.

En conséquence, votre commission vous demande de supprimer cet article.

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 49

Fixation des prévisions de charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2010 les prévisions de charges du fonds de solidarité vieillesse.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

(extraits du D du I)

D. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ;

En conformité avec le tableau d'équilibre présenté à l'article 24, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles du seul organisme qui fait partie en 2010 du périmètre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à savoir le FSV, le Ffipsa ayant été supprimé à compter du 1^{er} janvier 2009.

Les charges prévisionnelles du FSV sont ainsi fixées à **17,4 milliards d'euros** en 2010, en progression de 1,4 milliard par rapport à 2009.

Cette forte augmentation s'explique essentiellement par la poursuite de la hausse des prises en charge des cotisations pour les périodes de chômage

qui représentent plus de la moitié des dépenses du FSV et qui s'établiraient à 9,6 milliards en 2010.

Les effets de la mesure prévue à l'article 40, qui confie désormais au FSV le financement des validations gratuites de trimestres accordées au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité et invalidité accroît les charges du fonds de 630 millions d'euros.

Les charges au titre du minimum vieillesse pourraient s'élever à 2,7 milliards et la prise en charge des majorations de pensions pour enfants continuerait à progresser pour atteindre 4,2 milliards.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 50

(art. L. 114-17 du code de la sécurité sociale)

Réforme des pénalités financières dans les cas de fraude à la sécurité sociale

Objet : Cet article vise à réformer le régime des pénalités financières prononcées en cas de fraude à la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a institué, à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, un dispositif permettant aux directeurs des organismes chargés de la gestion des prestations familiales et de l'assurance vieillesse de mieux **lutter contre la fraude**.

Dans le cas où des indus ont été versés en raison d'une déclaration inexacte ou incomplète, ou d'un changement de situation de l'allocataire non signalé, le directeur de l'organisme peut, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration, prononcer une **pénalité**.

Son montant est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 5 718 euros en 2009).

Le directeur notifie le montant de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, qui dispose d'un mois pour présenter, par oral ou par écrit, ses observations. A l'issue de ce délai, si les arguments de l'allocataire ne sont pas de nature à modifier l'appréciation du directeur, celui-ci prononce la pénalité, laquelle doit être motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative.

Près de trois ans après sa mise en place (le décret d'application n° 2006-1774 n'est paru que le 23 décembre 2006), **le bilan du dispositif est décevant :**

- en ce qui concerne la branche famille, sur les 9 397 fraudes détectées en 2008, seules 1 037 ont fait l'objet d'une pénalité, pour un montant moyen de 509 euros ;

- pour ce qui est de la branche vieillesse, seules treize pénalités ont été prononcées au premier semestre 2009.

Le présent article propose donc de renforcer l'efficacité du mécanisme, en introduisant **deux modifications** :

- **l'allégement de la procédure**. La pénalité est prononcée avant la constatation des indus et l'avis préalable de la commission n'est plus requis. L'allocataire peut cependant former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre la décision du directeur. La commission apprécie alors la responsabilité de l'allocataire dans la réalisation des faits reprochés et, si elle l'estime établie, détermine le montant de la pénalité. Son avis est adressé simultanément à l'allocataire et au directeur, auquel revient la décision finale. Si celui-ci maintient la pénalité, l'allocataire peut la contester devant le tribunal administratif ;

- **l'extension du champ des actions susceptibles d'être sanctionnées**. Sont ajoutés l'exercice d'un travail dissimulé, constaté par un agent de contrôle dans une entreprise, et les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies, même sans en être le bénéficiaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a prévu, lorsque l'intention de fraude est établie, la fixation d'une pénalité minimale, en l'occurrence 75 euros, et le relèvement du montant maximum, porté à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 18 794 euros). Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée, la limite supérieure atteint huit fois le plafond mensuel (soit 37 588 euros).

III - La position de votre commission

Les résultats du dispositif mis en place en 2006 montrent que son efficacité est trop limitée et qu'il est donc nécessaire de l'améliorer.

Les modifications proposées par le Gouvernement et l'Assemblée nationale témoignent d'un effort allant dans ce sens, sans remettre en cause les droits de la défense.

Ceci étant, plusieurs **précisions** de nature non législative doivent être apportées.

Le décret en Conseil d'Etat qui fixera les modalités d'application du présent article devra notamment définir les faits qui permettent au directeur de constater un agissement visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations versées, même sans être le bénéficiaire. Les moyens d'obtenir le paiement de la pénalité prononcée contre les personnes qui ne sont pas allocataires devront en particulier faire l'objet d'un encadrement strict.

De même, le décret devra définir les conditions qui permettront de garantir qu'un allocataire faisant l'objet d'une pénalité sera effectivement informé de la sanction et disposera d'un délai raisonnable pour la contester.

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

Article 51

*(art. L. 583-3 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale
et art. L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation)*

Détection des logements fictifs ouvrant droit au versement d'aides personnelles au logement

Objet : Cet article vise à permettre aux caisses d'allocations familiales de mieux identifier les logements fictifs déclarés par certains allocataires pour bénéficier des prestations d'aide au logement.

I - Le dispositif proposé

Les caisses d'allocations familiales (Caf) **versent trois types d'aides au logement** : l'allocation de logement familial (ALF), l'allocation de logement social (ALS) et l'aide personnalisée au logement (APL).

D'après la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), ces trois prestations représentent **30 % des fraudes** détectées par la branche famille en 2008, soit un montant de plus de 26 millions d'euros. La déclaration d'un logement fictif en représenterait 10 %.

Le contrat de bail n'est en effet soumis à aucune procédure d'enregistrement particulière : deux personnes peuvent ainsi facilement souscrire un contrat de bail faisant référence à un logement inexistant, sans que le caractère frauduleux de l'opération soit aisément repérable.

En l'état actuel du droit, les Caf ne disposent d'aucun pouvoir à l'égard du bailleur, puisque celui-ci est protégé par un statut de tiers. Il leur est donc impossible de vérifier la réalité du logement déclaré.

En conséquence, cet article autorise les Caf à **demander aux services du ministère des finances de leur transmettre les documents fiscaux, et notamment les taxes foncières**, qui attestent de la réalité d'un logement occasionnant le versement d'une prestation.

Le **paragraphe I** procède à la modification législative nécessaire pour l'ALF et l'ALS, qui relèvent du code de la sécurité sociale, et le **paragraphe II** la propose pour l'APL, qui dépend du code de la construction et de l'habitation.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Bien que votre commission soit favorable au renforcement de la lutte contre la fraude, elle souhaite que les moyens employés à ce titre ne portent pas atteinte au respect de la vie privée.

En l'occurrence, la transmission de fichiers informatiques relatifs à des données fiscales nominatives lui paraît devoir faire l'objet d'un encadrement rigoureux. Il est donc **indispensable que la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) soit associée à la rédaction du décret d'application.**

Sous cette réserve, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 52

*(article 110 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007
de financement de la sécurité sociale pour 2008)*

Prorogation de l'expérimentation d'une suspension du versement des aides au logement en cas de fraude

Objet : Cet article vise à prolonger jusqu'à la fin de l'année 2010 l'expérimentation instaurée en 2007 pour suspendre le versement des aides au logement en cas de fraude.

I - Le dispositif proposé

L'article 110 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré l'expérimentation d'une nouvelle sanction administrative en cas de **fraude aux aides personnelles au logement** : la suppression du service des prestations pendant une durée d'un an au maximum. Cette mesure avait pour objet de sanctionner des fraudes particulièrement coûteuses pour la branche famille de la sécurité sociale.

**L'importance des fraudes en matière d'aide au logement
(extrait du rapport évaluant l'expérimentation d'une nouvelle sanction
administrative en cas de fraude aux aides personnelles au logement)**

« Les aides personnelles au logement (AL), au même titre que les autres prestations sociales, sont particulièrement touchées par les faits frauduleux. Ainsi en 2007, les AL constituent la première prestation fraudée détectée en nombre de cas devant les minima sociaux selon la Cnaf.

« En matière d'AL, la Cnaf recense quatre types de fraudes :

- l'omission ou la fausse déclaration (A),*
- la vie maritale non déclarée (B),*

- le faux et l'usage de faux (C),
- et les autres cas et en particulier l'escroquerie (D).

« En 2007, les fraudes aux AL se répartissent pour la Cnaf de la manière suivante (montants exprimés en nombre d'actes frauduleux) :

Type d'AL	A	B	C	D	Total
Allocation de logement familiale (ALF)	478 (11 %)	493 (48 %)	186 (28 %)	58 (25 %)	1 215 (19 %)
Allocation de logement sociale (ALS)	3 363 (76 %)	180 (18 %)	408 (61 %)	140 (59 %)	4 091 (65 %)
Aide personnalisée au logement (APL)	554 (13 %)	354 (34 %)	72 (11 %)	37 (16 %)	1 017 (16 %)
Total	4 395 (70 %)	1 027 (16 %)	666 (10 %)	235 (4 %)	6 323 (100 %)

Source pour les données : synthèse annuelle de la Cnaf sur les fraudes dans la branche famille du 16 octobre 2008

« Parmi l'ensemble des AL, l'allocation de logement sociale est ainsi la prestation pour laquelle le plus grand nombre de fraudes a été recensé en 2007. Cependant, il est difficile de dire s'il s'agit là d'une spécificité de la prestation (qui pourrait être plus facilement « fraudable ») ou d'une meilleure prise en compte de ces fraudes par les Caf et les CMSA par une politique de contrôle plus active par rapport aux autres prestations.

« Au total, la Cnaf fait état de 6 323 actes frauduleux recensés pour les AL en 2007 (sachant qu'une fraude est en moyenne constituée de deux actes frauduleux et qu'elle peut toucher plusieurs prestations), correspondant à un préjudice initial pour les Caf de près de 13 millions d'euros.

« Comparé aux autres prestations familiales servies par les Caf (hors minima sociaux), le montant du préjudice brut aux AL (c'est-à-dire avant le recouvrement des indus et des pénalités s'effectuant soit par compensation sur les prestations mensuelles dues à l'usager, soit à l'amiable ou par les voies contentieuses) est trois fois plus important.

« Cet écart reste substantiel même lorsque l'on rapporte les montants de préjudices bruts des prestations familiales (4 millions d'euros) et des AL en 2007 (13 millions d'euros) au montant total des prestations versées la même année par les Caf (respectivement 24 milliards d'euros pour les prestations familiales et 14 milliards d'euros pour les AL).

« Si les minima sociaux constituent la première source de fraude en masses financières (en particulier le RMI qui représente 55 % du montant total des fraudes), les AL représentent 22 % du montant du préjudice brut pour les Caf en 2007. »

Jusqu'alors, trois catégories de sanctions pouvaient être applicables en cas de fraude à l'allocation de logement familiale (ALF), à l'allocation de logement sociale (ALS) ou à l'aide personnalisée au logement (APL) :

- des **sanctions pénales** en cas de fraude grave ;
- des **pénalités administratives** pouvant être décidées par les directeurs des caisses d'allocations familiales (Caf) et des caisses de mutualité sociale agricole en cas de déclaration inexacte délibérée ayant provoqué un indu d'une gravité moindre que celui pouvant donner lieu à poursuite pénale ;

- enfin, une **amende** d'un montant maximal de 5 000 euros en cas de fraude pour obtenir, faire obtenir ou tenter de faire obtenir, une prestation de toute nature.

La nouvelle sanction expérimentée consiste à **supprimer le service de la prestation fraudée mais aussi celui des deux autres aides personnelles au logement pendant une durée d'un an maximum**. La sanction s'applique lorsque la fraude constatée dépasse deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 5 546 euros en 2008 et 5 718 euros en 2009). Elle est prononcée par le directeur de la caisse concernée, selon la procédure prévue à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme. Le directeur notifie la sanction envisagée et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur prononce, le cas échéant, la sanction et la notifie à l'intéressé. La sanction est motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative.

Prévue jusqu'au 31 décembre 2009, l'expérimentation devait donner lieu à un rapport à remettre au Parlement avant le 30 juin 2009¹. Celui-ci montre que la mesure a encore été peu appliquée.

Le rapport récemment remis aux commissions des affaires sociales des deux assemblées montre que la mesure a encore été peu appliquée.

En 2008, soixante-deux décisions de suspension des aides personnelles au logement ont été prononcées par les Caf. Sur l'échantillon de seize Caf pour lesquelles les données sont disponibles et qui ont appliqué la sanction en 2008, le préjudice brut global pour les caisses s'élevait à 391 495 euros pour trente-huit cas concernés, soit un montant moyen du préjudice brut de 10 303 euros. Ce montant est près de cinq fois plus important que le montant moyen des actes frauduleux aux aides personnelles au logement.

Parmi les motifs de la faible utilisation de la nouvelle sanction figure notamment l'utilisation des poursuites pénales pour les cas les plus graves, dès lors que le déclenchement des poursuites est obligatoire en cas de préjudice élevé. Le cumul de la nouvelle sanction avec une sanction pénale est soumis à des conditions restrictives puisque les pénalités financières doivent s'imputer sur le montant de l'amende.

Il faut également relever que la lettre ministérielle précisant les conditions de mise en œuvre de la sanction n'a été envoyée que le 6 mai 2008, de sorte que, compte tenu des délais incompressibles de procédure, la mise en œuvre effective de la mesure n'a commencé qu'en septembre 2008.

¹ *Rapport remis aux commissions des affaires sociales des deux assemblées évaluant l'expérimentation d'une nouvelle sanction administrative en cas de fraude aux aides personnelles au logement.*

Dans ces conditions et en l'absence de statistiques sur la mise en œuvre de la mesure en 2009, le présent article vise à prolonger l'expérimentation, qui devait s'achever le 31 décembre 2009, jusqu'au **31 décembre 2010**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Alors que le texte proposé prévoyait le dépôt d'un nouveau rapport au Parlement le 30 septembre 2010, soit trois mois avant la fin de l'expérimentation, l'Assemblée nationale a souhaité qu'il soit remis dès le 30 juin 2010.

III - La position de votre commission

Il est encore difficile de savoir si la nouvelle sanction expérimentée présente une utilité spécifique justifiant sa pérennisation, compte tenu du nombre limité de cas dans lesquels elle a été prononcée.

Dans ces conditions, votre commission approuve la prorogation de l'expérimentation pour une année supplémentaire. Elle propose toutefois un **amendement** tendant à rétablir le texte initial du projet de loi pour prévoir le dépôt du rapport au Parlement trois mois avant la fin de l'expérimentation conformément à la pratique la plus habituelle dans un tel cas. La remise du rapport en septembre permettra probablement de disposer de statistiques plus complètes que si ce bilan était arrêté dès le mois de juin.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 53

(art. L. 315-1, L. 323-7 nouveau et L. 613-20 du code de la sécurité sociale)

Mesures relatives au contrôle des arrêts de travail

Objet : Cet article vise à généraliser l'expérimentation conduite depuis 2008 pour renforcer l'efficacité de la contrevisite de l'employeur en matière de lutte contre les arrêts de travail abusifs.

I - Le dispositif proposé

1 - L'expérimentation conduite depuis 2008

En application d'un accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, transposé par la loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et la procédure conventionnelle, et désormais codifié à l'article L. 1226-1 du code du travail, les employeurs versent une **indemnité**

complémentaire à celle versée par les organismes de sécurité sociale en cas d'incapacité de leurs salariés résultant de maladie.

En contrepartie, l'employeur peut faire procéder, par un médecin, à une **contrevisite du salarié en arrêt maladie**, dont la sanction, en cas d'abus, peut être la suspension du complément versé.

Selon les dispositions de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, le médecin qui a effectué une contrevisite à la demande d'un employeur et qui conclut au caractère injustifié de l'arrêt maladie, transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse dont relève le salarié. Le service du contrôle médical peut alors, **sans qu'il s'agisse d'une obligation**, décider de s'appuyer sur cet avis pour demander à la caisse de suspendre le versement de l'indemnité journalière versée par la sécurité sociale.

L'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré une expérimentation destinée à rendre plus efficace ce dispositif.

Dans le cadre de cette expérimentation, tout constat médical de l'absence de justification d'un arrêt maladie par le médecin diligenté par l'employeur impose une décision du service du contrôle médical de la caisse. Ce service peut en effet :

- soit contrôler à son tour le salarié ;
- soit demander à la caisse de suspendre immédiatement le versement des indemnités journalières versées par la sécurité sociale. La caisse d'assurance maladie en informe alors l'assuré et son employeur.

Dans un délai de dix jours à compter de la notification de la décision de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut contester cette décision. Le service du contrôle médical dispose alors de quatre jours pour se prononcer et l'assuré est rétabli dans ses droits si la nouvelle décision infirme la décision initiale de suspension des indemnités.

Par ailleurs, l'expérimentation permet également à la caisse d'assurance maladie, en cas de prescription d'un arrêt maladie consécutive à une décision de suspension des indemnités journalières, de ne pas reprendre le versement des indemnités dans l'attente de la décision du service du contrôle médical, qui dispose de quatre jours pour se prononcer. Ce dispositif vise à lutter contre les arrêts de travail répétés.

Introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, l'expérimentation a donné lieu à un décret d'application publié le 13 juin 2008, de telle sorte qu'elle est mise en œuvre depuis l'automne 2008.

Le rapport transmis au Parlement dresse un bilan encourageant de l'utilisation de cette mesure, au moins pour le régime général. Il semble qu'il n'ait donné lieu qu'à une application dans la caisse de MSA participant à l'expérimentation.

Extrait du rapport au Parlement sur l'évaluation de la mise en œuvre de l'expérimentation relative à la contrevisite employeur prévue à l'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

« Pour le régime général, 223 cas ont été répertoriés, dont 51 cas recevables au sens de l'article 103, et 172 cas non recevables :

« - par cas « recevables », on entend les cas où le médecin diligenté par l'employeur a transmis au service médical un rapport précisant qu'il a pu examiner le patient, c'est-à-dire les cas rentrant strictement dans le champ de l'expérimentation ;

« - par cas « non recevables », on entend les cas où le médecin diligenté par l'employeur a bien transmis au service médical un rapport, mais que celui-ci précisait que le patient était absent de son domicile ou ne précisait pas s'il y avait vraiment eu examen du patient.

« Il convient bien d'examiner l'ensemble des cas répertoriés car il a été demandé aux caisses de faire convoquer systématiquement l'assuré par le contrôle médical, à chaque fois que l'absence du salarié était constatée lors d'une contrevisite et ne pouvait être justifiée par ce dernier.

« Par conséquent, pour l'ensemble des cas¹ :

« - 89 arrêts ont été jugés justifiés, soit 40 % des assurés;

« - 35 personnes ne se sont pas rendues à la convocation, soit 16 % des assurés ;

« - 61 cas de reprise de travail anticipée ont été notés, soit un ratio de 27 % rapporté à l'ensemble des assurés ;

« - 38 arrêts de travail ont été jugés non justifiés par les services du contrôle médical lorsqu'ils en ont été saisis, soit un ratio de 17 % de l'ensemble des assurés. 20 suspensions d'indemnités journalières, soit un ratio de 52,6 % sur l'ensemble des assurés dont l'arrêt a été déclaré injustifié, ont fait suite à ce contrôle. L'écart entre les 38 arrêts non justifiés et les 20 suspensions d'indemnités journalières s'explique probablement par un retour au travail rapide des personnes concernées (arrêt arrivant à sa fin ou personne reprenant le travail après le contrôle).

« Au total, si 9 % seulement des assurés ayant fait l'objet d'une contrevisite ont vu leurs indemnités journalières suspendues, on peut noter qu'ils représentent plus de 50 % des assurés pour lesquels le contrôle médical avait suivi l'avis du médecin contrôleur (arrêt injustifié). Les arrêts injustifiés concernent 17 % des assurés contrôlés. Il est important de souligner aussi que 27 % des assurés ont repris le travail suite à la contrevisite, avant même d'être convoqués par le service médical. Enfin, 16 % des assurés ne se sont pas rendus à la convocation et ont donc été sanctionnés.

« En définitive, sur 223 cas, 60 % des contrevisites se sont suivies, soit d'une reprise du travail, soit d'une suspension d'IJ, soit d'une autre sanction.

« Les montants économisés au titre de la suspension des indemnités générales représentent, pour l'ensemble des CPAM un montant évalué de 8 623 euros, mais il convient de noter que ce montant ne tient pas compte des IJ économisées en raison des reprises de travail anticipées.

1. Dans ce cas, les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale ont été appliquées, conformément aux dispositions de l'article L. 323-6 qui prévoit notamment qu'en cas d'inobservation volontaire de l'assuré de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

« Si l'on veut distinguer les cas « recevables » des cas « non recevables » :

« Il en ressort, pour le régime général, que 51 cas de contrevisites sont réellement entrés dans le champ de l'expérimentation. Sur ces 51 cas :

« - 24 arrêts de travail ont été jugés non justifiés par les services du contrôle médical lorsqu'ils en ont été saisis, soit un ratio de 47 % des cas de contrevisites effectuées et transmises. 13 cas ont donné lieu à une suspension d'indemnités journalières, soit un ratio de 25 %, rapporté à l'ensemble des contrevisites dont les rapports ont été transmis aux caisses, mais de 54 % rapporté à l'ensemble des avis non justifiés. L'écart entre les 24 et les 13 cas s'explique de la même façon que précédemment (reprise du travail ou arrêt arrivant à son terme) ;

« - 22 cas auraient pu donner lieu à une suspension d'IJ mais les assurés avaient déjà repris le travail, immédiatement après la contrevisite et avant que le service médical ne puisse émettre un avis, avant même la fin théorique de l'arrêt de travail. La reprise de travail anticipée représente un ratio de 43 % des cas de contrevisites effectuées et transmises ;

« - il est intéressant de noter que 5 cas ont donné lieu à un avis différent de celui du médecin contrôleur, puisque l'arrêt a été justifié par le médecin conseil, soit 10 % des assurés concernés.

« Au total, près de 70 % des cas entrant strictement dans le champ de l'expérimentation ont donné lieu, soit à une reprise du travail, soit à une suspension d'IJ, ce qui constitue un résultat extrêmement encourageant.

« Il ressort de l'analyse que les médecins conseils ont bien utilisé les deux possibilités qui leur étaient données dans le cadre de l'expérimentation. Ils ont en particulier suspendu les IJ sans nouvel examen du patient, en particulier lorsque ces derniers ne disposaient pas d'un dossier médical répertorié dans le logiciel de gestion des médecins conseils. Cela correspond à la majorité des repos non justifiés classés dans la rubrique « avis sur pièces » du tableau synthétique des résultats au 31 mai 2009 figurant en page 12. Ainsi, près de 40 % des cas recevables ont fait l'objet d'un avis sur pièces concluant au repos non justifié. Dans 7,8 % des cas, les assurés ont été convoqués. Et dans les autres cas, les assurés avaient repris le travail après la visite du médecin mandaté par leur employeur si bien que les médecins conseils de leur caisse n'ont pu statuer sur l'avis rendu par le médecin diligenté par leur employeur.

« Par ailleurs, 172 assurés étaient absents de leur domicile lors de la contrevisite employeur (ou le rapport transmis ne précisait pas qu'il y avait eu examen médical).

« Sur ces 172 cas :

« - 14 arrêts de travail ont été jugés non justifiés par les services du contrôle médical lorsqu'ils en ont été saisis. 7 cas ont donné lieu à une suspension d'indemnités journalières ;

« - 39 cas auraient pu donner lieu à une suspension d'IJ mais les assurés avaient déjà repris le travail, immédiatement après la contrevisite ;

« - 35 personnes ne se sont pas rendues à la convocation ;

« - 84 arrêts ont été déclarés justifiés, soit près de 50 % des cas, ce qui semble cependant cohérent, puisque le motif de contrôle reposait là sur l'absence du domicile.

2 - La généralisation de l'expérimentation

Le présent article a pour objet de généraliser à l'ensemble des caisses d'assurance maladie les procédures de contrôle ayant fait l'objet de l'expérimentation engagée en 2008.

• Le **paragraphe I** modifie l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale relatif aux suites données à la contrevisite de l'employeur pour préciser que le médecin chargé de cette contrevisite, lorsqu'il conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai défini par décret. Le service du contrôle médical ne disposera alors que de deux possibilités :

- soit **demander à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières**. Dans ce cas, le salarié disposera, à compter de la réception de l'information de la suspension, d'un délai fixé par décret¹ pour demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service devra se prononcer dans un délai fixé par décret² ;

- soit procéder à un **nouvel examen de la situation de l'assuré**.

La principale différence avec les modalités retenues pour l'expérimentation réside dans la prise en compte du cas où l'examen du salarié par le médecin chargé de la contrevisite se révèle impossible. En outre, le texte proposé rend obligatoire la **transmission dans un délai limité du rapport du médecin mandaté par l'employeur** afin de renforcer la coordination de l'action de contrôle des caisses avec celle conduite par les employeurs.

• Le **paragraphe II** tend à généraliser le second volet de l'expérimentation relatif aux arrêts de travail consécutifs. Il insère dans le chapitre du code de la sécurité sociale consacré aux prestations en espèces de l'assurance maladie, un article L. 323-7 pour prévoir que lorsqu'une prescription d'arrêt de travail intervient, dans un délai précisé par décret, à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, la reprise du service de celles-ci est subordonnée à l'avis du service du contrôle médical.

Ainsi, en cas de prescription d'un arrêt de travail peu de temps après une décision de suspension des indemnités journalières, le versement des indemnités ne pourra reprendre sans un avis préalable du service du contrôle médical.

• Le **paragraphe III** complète l'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale, relatif aux conditions d'attribution des prestations supplémentaires versées par les caisses du régime social des indépendants (RSI), afin d'améliorer le dispositif actuel de sanction en cas de non-respect des obligations auxquelles sont soumis les assurés en cas d'arrêt de travail.

¹ Ce délai était de dix jours dans le cadre de l'expérimentation.

² Ce délai était de quatre jours dans le cadre de l'expérimentation.

Actuellement, l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale fixe les conditions de contrôle administratif des arrêts de travail des assurés et prévoit que le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire d'observer les prescriptions du praticien, de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, de respecter les heures de sortie autorisées par le praticien et de s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

Cependant, les assurés du RSI ne sont pas soumis à ces dispositions, de sorte qu'en cas de non-respect des heures de sortie autorisées par le praticien, la caisse ne peut retenir que l'indemnité versée le jour où l'absence au domicile a été constatée. Le présent article vise donc à étendre aux assurés du RSI l'application de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, afin d'harmoniser les conditions de contrôle des arrêts de travail abusifs dans le régime général et le RSI.

Ainsi, lorsque la prestation supplémentaire versée par la caisse consistera en l'octroi d'indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 312-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe le champ des dépenses couvertes par l'assurance maladie, l'assuré relevant du RSI sera soumis aux mêmes obligations que les salariés relevant du régime général.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, outre un amendement de correction d'une erreur de référence, deux amendements tendant à :

- prévoir que le délai dans lequel le rapport du médecin chargé par l'employeur d'effectuer la contrevisite sera transmis au service du contrôle médical ne pourra être supérieur à quarante-huit heures et que le rapport devra préciser si le médecin a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné ;

- étendre au RSI l'application du dispositif subordonnant à un avis du service du contrôle médical le versement des indemnités journalières lorsqu'un arrêt de travail est consécutif à une décision de suspension du versement des indemnités dans le cadre d'un précédent arrêt de travail.

III - La position de votre commission

La lutte contre la fraude en matière d'indemnités journalières constitue une nécessité absolue dans un contexte d'augmentation du nombre de ces indemnités et d'aggravation sans précédent de la situation des comptes sociaux.

Votre commission approuve en conséquence pleinement les mesures contenues dans cet article ainsi que la méthode d'expérimentation préalable permettant d'évaluer les effets de dispositifs nouveaux avant de les généraliser.

Néanmoins, le mécanisme mis en œuvre pour faciliter la suspension des indemnités journalières suscite une interrogation. Dès lors que le rapport du médecin chargé de la contrevisite conclut à l'absence de justification de l'arrêt, ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, le service du contrôle médical est tenu de prendre une décision consistant soit à demander la suspension immédiate du versement des indemnités journalières, soit à procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré.

Aussi, dans l'hypothèse où le médecin n'aurait pu procéder à l'examen médical, à cause de l'absence de l'assuré par exemple, le service du contrôle médical pourrait éventuellement choisir de demander immédiatement la suspension du versement des indemnités journalières. Une telle solution risque de conduire à des contentieux et à des suspensions d'indemnités injustifiées. En conséquence, votre commission propose un **amendement** visant à préciser que le nouvel examen de la situation de l'intéressé est de droit lorsque l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré ne résulte pas d'un refus de celui-ci.

Par ailleurs, en ce qui concerne les arrêts de travail répétés, le texte proposé subordonne à l'avis du service du contrôle médical la reprise du versement des indemnités journalières dans le cadre d'un arrêt de travail intervenant à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières. Rien n'est dit sur les conditions dans lesquelles est rendu l'avis du service du contrôle médical. Votre commission propose un **amendement** précisant que l'avis du service du contrôle médical doit être rendu dans un délai fixé par décret, dont la durée ne peut excéder quatre jours.

Enfin, l'Assemblée nationale ayant décidé de limiter à quarante-huit heures le délai dans lequel le médecin chargé de la contrevisite doit rendre son rapport, votre commission propose un **amendement** supprimant le renvoi à un décret pour la fixation de ce délai.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 54

(art. L. 162-1-14 et L. 162-1-14-2 nouveau du code de la sécurité sociale)

Pénalités adaptées aux fortes activités de soins de santé

Objet : Cet article vise à étendre le dispositif de contrôle par échantillonnage de certaines activités de soins.

I - Le dispositif proposé

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-1-14 pour prévoir que le directeur d'un organisme local d'assurance maladie peut prononcer des **pénalités financières** à l'encontre des professionnels de santé, des assurés, des employeurs, des établissements de santé ou de tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a rénové ce dispositif jusqu'alors peu utilisé, notamment en énumérant de manière précise les infractions ou omissions pouvant faire l'objet d'une sanction et en redéfinissant le barème des pénalités.

Par ailleurs, depuis 2006, l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé fait l'objet d'une procédure de contrôle et de sanction particulière (**sanctions dites T2A**) définie à l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Cet article prévoit qu'en cas de manquement aux règles de facturation, les établissements de santé sont soumis à une pénalité dont le montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues.

Ce montant est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Cette procédure repose sur une **méthode de contrôle par échantillonnage suivi d'une extrapolation** sur l'ensemble de l'activité de l'établissement. Elle a montré son efficacité au cours des deux premières années pendant lesquelles elle a été mise en œuvre.

**Les contrôles au titre de l'article L. 162-22-18
du code de la sécurité sociale**

En 2007, 231 509 séjours d'hospitalisation ont été contrôlés dans 493 établissements ; 480 établissements ont fait l'objet de notifications d'indus pour un montant total de 35 143 204 euros ; 41 établissements ont fait l'objet d'une proposition de sanction de la part des unités de coordination régionales. A la fin juillet 2009, 34 établissements ont reçu, au titre de la campagne 2007, une notification de sanction pour un montant total de **2 468 150 euros**.

En 2008, 189 900 séjours d'hospitalisation ont été contrôlés dans 424 établissements ; 221 établissements ont fait l'objet de notifications d'indus pour un montant total de 13 907 193 euros. Alors que le résultat définitif de la campagne 2008 ne pourra être connu qu'en 2010, 57 établissements sont d'ores et déjà sanctionnables à hauteur, globalement, de **14 147 263 euros**.

Compte tenu de l'efficacité de ce dispositif, le présent article tend à l'étendre, en l'adaptant, à d'autres activités de soins. La facturation de certains pharmaciens, fournisseurs, transporteurs sanitaires, laboratoires et établissements non soumis à la tarification à l'activité (psychiatrie, soins de suite et réadaptation) atteint parfois de telles dimensions qu'elle n'est plus contrôlable de manière exhaustive.

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, relatif au régime de droit commun des pénalités, pour prévoir la possibilité d'instaurer un régime dérogatoire de calcul des pénalités applicables à certaines activités de soins.

Le **paragraphe II** insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-1-14-2 pour prévoir un dispositif de sanction semblable à celui mis en place en 2006 pour les activités en MCO.

Ce nouveau dispositif pourra s'appliquer à :

- une pharmacie ;
- un laboratoire de biologie médicale ;
- un établissement de santé non soumis à la T2A ;
- un fournisseur de produits ou de prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la fixation, par la Haute Autorité de santé, de l'ensemble des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie ;
- une société de transport sanitaire ou une entreprise de taxi, mentionnée à l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire conventionnée avec un organisme local d'assurance maladie.

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie pourra désormais contrôler l'ensemble des activités de ces établissements et prestataires, ou certains éléments de celles-ci, sur la base d'un **échantillon dont la méthode d'élaboration sera définie par décret en Conseil d'Etat**, dès lors que le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil défini par décret.

Ce type de contrôle ne pourra pas porter sur les manquements aux règles de facturation prévues par l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions d'application de la T2A.

En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, son directeur pourra prononcer une pénalité dans les conditions de droit commun fixées par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. Ce renvoi aux conditions de droit commun permettra d'apporter les mêmes garanties, notamment le respect d'une procédure contradictoire, aux établissements et prestataires concernés que celles qui existent aujourd'hui.

Le montant de la pénalité sera calculé de la même manière que pour les établissements relevant de la T2A. Il sera fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues et sera calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur une activité ou prestation en particulier, sur la base des dépenses afférentes à celles-ci.

Le niveau de la pénalité ne pourra dépasser 25 % du montant de l'indu, ce pourcentage pouvant cependant être porté à 100 % en cas de fraude caractérisée.

Enfin, la notification de la pénalité devra faire état de la méthodologie de contrôle employée.

Le **paragraphe III** précise que le nouveau dispositif de sanction s'applique aux faits postérieurs à la publication du décret prévu pour sa mise en œuvre.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements de précision rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Ce nouveau dispositif de contrôle et de sanction par échantillonnage ne constitue que la poursuite d'une action engagée en 2006 pour rendre plus efficace les contrôles opérés sur des établissements ou prestataires dont l'importance de l'activité de facturation empêche tout contrôle exhaustif.

Dès lors qu'elle renvoie à la procédure de droit commun pour la définition des conditions dans lesquelles le directeur de l'organisme local peut prononcer la pénalité, préservant ainsi le caractère contradictoire de la procédure, cette nouvelle procédure mérite d'être acceptée.

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

Article additionnel après l'article 54

(art. L. 133-4-5 nouveau, L. 553-1, L. 821-5 et L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-45 du code de l'action sociale et des familles, L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation)

Interruption de la prescription de l'action en recouvrement

Objet : Cet article additionnel vise à rétablir le caractère interruptif de la prescription de l'action en recouvrement d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à un assuré.

La loi du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile a redéfini les causes d'interruption de la prescription. Ces causes sont précisées par les nouveaux articles 2240 à 2246 du code civil qui retiennent notamment la reconnaissance de sa dette par le débiteur, la demande en justice même en référé ou un acte d'exécution forcée.

Ces articles reprennent la plupart des règles définies par les anciens articles du code civil sur ce sujet, à l'exception de celle qui figurait dans l'ancien article 2244 et prévoyait que le commandement signifié à celui qu'on veut empêcher de prescrire interrompt la prescription ainsi que les délais pour agir.

Or, la Cour de cassation admettait qu'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par un organisme de sécurité sociale à un assuré valait commandement interruptif de la prescription au sens de l'article 2244 du code civil.

Désormais, le nouvel article 2244 retient la notion d'« acte d'exécution forcée » qui est en principe un acte d'huissier sommant le débiteur de payer le créancier en vertu d'un titre exécutoire sous peine d'exécution forcée.

Votre commission vous propose en conséquence de prévoir explicitement, dans les différents articles relatifs aux prestations susceptibles de donner lieu à recouvrement d'indus, que l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception par un organisme de sécurité sociale à un assuré interrompt le délai de prescription de l'action en recouvrement. Le texte proposé ne s'appliquera cependant pas aux organismes chargés du

recouvrement de contributions et cotisations sociales dont les créances sont régies par des dispositions spécifiques du code de la sécurité sociale notamment pour ce qui est des dates d'exigibilité ou de l'action en recouvrement.

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

Article 55

(art. L. 133-4-5 nouveau du code de la sécurité sociale)

Sanction du donneur d'ordre en matière de travail dissimulé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de renforcer la lutte contre le travail dissimulé en permettant de sanctionner le donneur d'ordre d'un sous-traitant ayant commis cette infraction.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le livre II de la huitième partie du code du travail est consacré à la **lutte contre le travail illégal** et comporte un titre II sur le **travail dissimulé**.

L'article L. 8221-3 définit le **travail dissimulé par dissimulation d'activité** comme le fait d'exercer à but lucratif une activité de production, de transformation, de représentation et de prestation de services ou l'accomplissement d'actes de commerce en se soustrayant à ses obligations d'immatriculation ou de déclaration aux organismes de protection sociale ou à l'administration fiscale.

L'article L. 8221-5 définit pour sa part le **travail dissimulé par dissimulation d'emploi salarié** comme le fait de se soustraire aux obligations de déclaration préalable d'embauche et de délivrance d'un bulletin de paie comportant le nombre exact d'heures accomplies par le salarié.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale vise à permettre de sanctionner par une annulation de réduction ou d'exonérations de contributions ou de cotisations un donneur d'ordre qui participerait à l'infraction de travail dissimulé commise par son sous-traitant. Pour ce faire, il insère un article L. 133-4-5 dans les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au recouvrement des cotisations et au versement des prestations.

Selon son dispositif, l'infraction de travail dissimulé entraîne l'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales applicables au titre des rémunérations versées aux salariés employés par le donneur d'ordre pour chacun des mois au cours desquels il est constaté :

- par procès-verbal de travail dissimulé, qu'il a participé au délit de travail dissimulé en qualité de **coauteur de son sous-traitant**, et ce dès l'établissement du procès-verbal ;

- qu'informé du recours du sous-traitant au travail dissimulé, il n'a pas enjoint au sous-traitant de faire cesser cette situation.

Le texte précise dans son dernier alinéa que l'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales s'applique dans les conditions fixées par l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, qui définit les modalités selon lesquelles peuvent être annulées les réductions et exonérations de cotisations ou contributions sociales d'une entreprise dont un procès-verbal de travail dissimulé a montré qu'elle ne respectait pas ses obligations en la matière.

II - La position de votre commission

La lutte contre le travail dissimulé doit être conduite avec la plus grande fermeté et toutes les mesures qui contribuent à cet objectif méritent d'être encouragées. Il est en particulier tout à fait utile de sanctionner les donneurs d'ordre qui s'abritent derrière leur sous-traitant alors même qu'ils sont complices de celui-ci dans le recours au travail dissimulé.

Toutefois, la mesure proposée peut susciter des interrogations. En effet, les exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales du donneur d'ordre pourront être annulées s'il est constaté :

- qu'il a participé au délit en qualité de coauteur ;
- qu'il n'a pas enjoint à son sous-traitant de faire cesser la situation alors qu'il a été informé du recours de ce sous-traitant au travail dissimulé par un agent contrôleur.

Le texte ne précise pas clairement si ces conditions sont cumulatives ou alternatives. Dans les deux cas, une difficulté se pose.

Le cumul des deux conditions peut paraître paradoxal : si un donneur d'ordre a été considéré comme coauteur du délit dans le cadre d'un procès-verbal de travail dissimulé, cela signifie qu'il sera poursuivi au même titre que son sous-traitant et l'on perçoit mal l'intérêt de l'informer que son sous-traitant pratique le travail dissimulé pour qu'il enjoigne à ce sous-traitant de faire cesser cette situation...

Si les conditions sont alternatives, alors la seconde paraît difficilement applicable. Il serait anormal d'annuler les réductions ou exonérations de cotisations ou contributions d'un donneur d'ordre au seul motif qu'il n'a pas enjoint à son sous-traitant de mettre fin au travail dissimulé. N'étant pas présent dans la procédure pénale engagée contre le sous-traitant, le donneur d'ordre n'aurait aucun moyen de faire valoir ses droits dans un tel cas.

Dans ces conditions, votre commission propose un **amendement** pour limiter le champ d'application de cet article au seul cas dans lequel il est constaté par procès-verbal de travail dissimulé que le donneur d'ordre a participé au délit de travail dissimulé en qualité de coauteur.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 56

(art. L. 162-1-14 et L. 471-1 du code de la sécurité sociale)

**Clarification des règles relatives aux pénalités applicables
par les directeurs des organismes d'assurance maladie**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à compléter et à simplifier les conditions de mise en œuvre des pénalités que peuvent prononcer les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le **paragraphe I** de cet article modifie l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions dans lesquelles les directeurs d'organismes locaux d'assurance maladie peuvent prononcer une pénalité contre les bénéficiaires des régimes obligatoires de sécurité sociale, les employeurs, les professionnels ou établissements de santé ou tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

Cet article prévoit notamment que la pénalité peut-être prononcée en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale, du code de la santé publique ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces.

Le 1^o du paragraphe I de cet article vise à mentionner le **code rural** parmi les dispositions dont l'inobservation peut entraîner une pénalité. De fait, ce code contient de nombreuses dispositions relatives aux régimes de protection sociale des exploitants et salariés agricoles.

Par ailleurs, l'article 162-1-14 permet également de sanctionner par une pénalité le non-respect des articles L. 441-2 et L. 441-5 du code de la sécurité sociale, respectivement relatifs à la **déclaration d'accident du travail** à l'organisme local d'assurance maladie et à la **remise de la feuille d'accident à la victime**.

Le 2^o du paragraphe I remplace la référence aux deux articles concernés par un énoncé littéraire des obligations qu'ils contiennent.

Enfin, l'article L. 162-1-14 permet aux organismes locaux d'assurance maladie, lorsqu'ils sont plusieurs à être concernés par les mêmes faits mettant en cause des professionnels et établissements de santé, de mandater le directeur de l'un d'eux pour instruire la procédure et prononcer la pénalité.

Le 3^o du paragraphe I vise à prévoir la même possibilité lorsque les faits ont été commis par tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

Le **paragraphe II** tend à modifier l'article L. 471-1 du code de la sécurité sociale relatif au recouvrement des dépenses indûment versées à la suite d'un manquement aux obligations relatives à la déclaration d'accident du travail et à la remise de la feuille d'accident à la victime.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale simplifie la rédaction de l'article L. 471-1 en faisant apparaître plus clairement que la caisse primaire d'assurance maladie peut, en plus du recouvrement de l'indu, prononcer une pénalité à l'encontre des employeurs ou de leurs préposés qui n'ont pas respecté leurs obligations.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve les simplifications contenues dans cet article. **Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 57

(art. L. 243-3-1 nouveau et L. 652-3 du code de la sécurité sociale)

Application de la procédure d'opposition à tiers détenteur au recouvrement des cotisations en cas de travail dissimulé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à permettre le paiement de contributions et cotisations recouvrées en cas de travail dissimulé par des tiers détenteurs de sommes appartenant au débiteur.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article tend à insérer dans le code de la sécurité sociale un article L. 243-3-1 pour prévoir l'application des dispositions de l'article L. 652-3 du même code au recouvrement des contributions et cotisations sociales faisant l'objet d'un redressement après constatation de l'infraction de travail dissimulé.

L'article L. 652-3 définit les conditions dans lesquelles les caisses du régime social des indépendants et les organismes conventionnés par l'assurance maladie et maternité, ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, peuvent, lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes devant revenir au débiteur, de verser, en lieu et place de celui-ci, les fonds qu'ils détiennent à concurrence des cotisations dues.

Ainsi, les règles actuellement applicables aux seules cotisations personnelles des travailleurs indépendants pourront désormais s'appliquer au recouvrement des cotisations et contributions de l'ensemble des personnes

dont un procès verbal a constaté qu'elles avaient commis l'infraction de travail dissimulé.

Le présent article modifie également l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale pour qu'il mentionne non seulement les cotisations sociales, mais également les contributions sociales (CSG, CRDS) parmi les sommes qui peuvent être recouvrées par la voie de l'opposition à tiers détenteur.

II - La position de votre commission

Sous réserve d'un **amendement** rédactionnel, votre commission approuve ce dispositif qui peut permettre de faciliter le recouvrement de cotisations et contributions dues par des employeurs ayant commis l'infraction de travail dissimulé.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 58

*(art. L. 553-2, L. 821-5-1, L. 853-3 du code de la sécurité sociale,
L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles
et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation)*

Récupération des indus de prestations versées en tiers payant

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à faciliter la récupération des indus constitués sur les prestations versées en tiers payant.

I – Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Dans certaines situations, la récupération des indus sur certaines prestations est particulièrement difficile parce qu'elles sont versées en tiers payant. Tel peut être en particulier le cas des allocations logement, parfois versées directement au bailleur de l'ayant droit.

Pour tenir compte de cette situation, le présent article tend à permettre le recouvrement de l'indu sur d'autres prestations versées directement à l'allocataire, telles que les allocations familiales.

Le **paragraphe I** vise à prévoir cette possibilité aux articles L. 553-2 (recouvrement des indus de prestations familiales), L. 821-5-1 (recouvrement des indus d'allocation adulte handicapé) et L. 835-3 (allocation logement) du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles (recouvrement des indus de revenu de solidarité active) et à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation (recouvrement des indus d'aide personnalisée au logement).

Les modalités de recouvrement de l'indu seront précisées par décret.

Les **paragraphes II à V** ont pour objet d'opérer des coordinations au sein des différents articles concernés par cette modification.

II – La position de votre commission

Le dispositif proposé mérite d'être approuvé dès lors qu'il peut permettre de faciliter la récupération des indus de prestations familiales ou sociales et donc de renforcer la lutte contre les fraudes.

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

*

* *

Réunie le 4 novembre 2009, la commission a adopté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 tel que modifié à l'issue de ses travaux.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le 4 novembre 2009, sous la présidence de **Muguette Dini**, présidente, la commission a procédé à l'examen du rapport sur le projet de loi n° 90 (2009-2010) de **financement** de la **sécurité sociale** pour 2010, adopté par l'Assemblée nationale : **Alain Vasselle**, rapporteur général en charge des **équilibres financiers généraux** et de l'**assurance maladie**, et **Gérard Dériot**, rapporteur pour les **accidents du travail** et les **maladies professionnelles**, **Sylvie Desmarescaux**, rapporteur pour le **secteur médico-social**, **André Lardeux**, rapporteur pour la **famille**, et **Dominique Leclerc**, rapporteur pour l'**assurance vieillesse**.

Alain Vasselle, rapporteur général, a d'abord indiqué que le périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale recouvre un ensemble de plus de 400 milliards d'euros qui comprend les finances des quatre branches de la sécurité sociale - la maladie, la vieillesse, la famille et les accidents du travail-maladies professionnelles -, les comptes de la « branche » recouvrement, les dépenses à caractère médico-social incluses dans la branche maladie, ainsi que les comptes de divers organismes qui contribuent au financement de la protection sociale, notamment le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

La loi organique du 2 août 2005 a institué un découpage du projet de loi de financement en quatre parties. La première est consacrée à l'exercice clos, soit 2008, pour lequel sont présentés les tableaux d'équilibre définitifs. La deuxième est relative à l'année en cours, soit 2009, pour laquelle doivent être votées des prévisions rectifiées - très divergentes, cette année, de celles adoptées voici un an. Les deux dernières sont relatives à l'année à venir, c'est-à-dire 2010, la troisième partie étant consacrée aux recettes et la quatrième aux dépenses réparties par branche.

S'ajoute à cette structure en quatre parties un cadrage pluriannuel, qui est l'une des particularités du projet de loi de financement ; il figure dans l'annexe B du projet de loi. Etabli parallèlement à celui de la loi de finances, il ouvre cette année des perspectives préoccupantes. Ses évolutions sont bâties sur des hypothèses que l'on peut qualifier de volontaristes : une croissance de 0,8 % en 2010, soit une reprise encore modérée, mais de 2,5 % chacune des trois années suivantes ; une baisse de la masse salariale de 0,4 % en 2010 mais une augmentation de 5 % les trois années suivantes. Or, le contexte économique encore très incertain d'aujourd'hui incite à être moins optimiste. L'ensemble des

instituts de prévision a d'ailleurs encore de la peine à fixer des chiffres, que ce soit pour le moyen terme ou simplement pour l'année 2010.

Dans ce contexte économique globalement favorable, les comptes de chacune des branches de la sécurité sociale restent déficitaires jusqu'en 2013 et le déficit total ne se réduit pas : il ne fait que se stabiliser aux alentours de 30 milliards d'euros.

Si l'on modifie l'une des hypothèses, par exemple celle de la progression de la masse salariale, on constate un creusement rapide du déficit : une hausse de 4 %, et non de 5 %, à partir de 2011 représente 2 milliards de déficits supplémentaires par an ; une augmentation de 3 % seulement entraîne au moins 4 milliards de déficits annuels en plus. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux de la période 1998-2007 lorsque la masse salariale progressait de 4,1 % en moyenne par an, ce qui était considéré comme un bon niveau.

La moindre dérive a des conséquences immédiates en termes d'accumulation de dette sociale. Or, selon le scénario du Gouvernement pour la période 2009-2013, le déficit global à financer s'élèvera déjà à 170 milliards d'euros, 150 pour l'ensemble des régimes et 20 au titre du FSV.

Ces prévisions peuvent, de façon éclairante, être mises en regard de celles de l'année dernière qui prévoyaient un retour à l'équilibre des comptes du régime général en 2012. La crise est entre temps apparue et justifie très largement la rechute. Elle n'en montre pas moins la volatilité de ces projections. En tout cas, le cadrage pluriannuel de l'annexe B a au moins le mérite de tracer une trajectoire et de faire apparaître les contraintes et les difficultés du respect de l'objectif.

***Alain Vasselle, rapporteur général,** a ensuite présenté les comptes de l'année 2008, année de stabilisation des déficits. Le régime général affiche un solde négatif de 10,2 milliards d'euros, résultante de deux mouvements de sens inverse : la poursuite de la baisse du déficit de la branche maladie, ramené de 11,6 milliards en 2004 à 4,4 milliards en 2008, et le fort accroissement du déficit de la branche vieillesse, devenue la plus déficitaire, avec 5,6 milliards d'euros, en raison de la hausse de 6 % des prestations.*

L'année 2009 connaît une dégradation sans précédent des comptes. Le déficit du régime général en 2009 devait s'élever à 10,5 milliards d'euros ; le projet de loi de financement rectifie très largement ces objectifs en portant ce solde à 23,5 milliards. Toutes les branches sont déficitaires : le déficit de la maladie est multiplié par deux et demi, à 11,5 milliards d'euros, celui de la branche vieillesse dépasse 8 milliards et celui de la branche famille atteint un montant inédit de 3 milliards.

L'« effet crise économique » entraîne un effondrement des recettes pendant que les dépenses continuent de croître. Pour le régime général, la perte de recettes due à la crise s'élève à 25 milliards sur les deux exercices 2009 et 2010, dont plus de 20 milliards au titre des cotisations et de la CSG. Ces deux catégories de prélèvements sont assises sur la masse salariale et celle-ci, pour la

première fois depuis la dernière guerre, baisse significativement deux années de suite.

En 2010, compte tenu de l'effet recettes, le déficit du régime général serait de 30,6 milliards. Les nouvelles ressources sont marginales. Elles comprennent, d'une part, la contribution des assurances complémentaires à la pandémie grippale pour un peu moins de 300 millions d'euros, d'autre part, environ 1 milliard au titre des niches sociales : doublement du forfait social, réforme du dispositif des retraites « chapeau », taxation des plus-values sur valeurs mobilières et sur les contrats d'assurance vie multisupports.

En matière de dépenses, à l'exception de la lutte contre la fraude qui est une priorité pour l'ensemble des branches, le projet de loi de financement comprend également un nombre limité de mesures. Sur l'assurance maladie, plusieurs ont pour objectif de réaliser des économies, de faible portée toutefois : la régulation des dépenses de prescription de transports sanitaires, l'extension de la mise sous entente préalable et l'encadrement des affections de longue durée. S'y ajoutent deux mesures de nature réglementaire : la fixation du forfait journalier hospitalier à 18 euros au lieu de 16 euros et la baisse de 35 % à 15 % du taux de remboursement de médicaments déclarés à service médical rendu insuffisant. En revanche, l'aboutissement du processus de convergence tarifaire entre les secteurs hospitaliers public et privé est reporté de 2012 à 2018.

Alain Vasselle, rapporteur général, a ensuite présenté ses principales observations et propositions sur les équilibres généraux des finances sociales. La priorité est de régler la question des déficits accumulés. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prévoit aucune reprise de dette par la Cades et le Gouvernement a confirmé qu'il n'envisageait rien avant 2011. En conséquence, l'Acoss va devoir porter dans ses comptes les déficits 2009 et 2010, dans la limite d'un plafond historique de 65 milliards d'euros.

Or, comme la commission l'a plusieurs fois démontré, plus on attend, plus le transfert des dettes à la Cades devient coûteux et plus on reporte le poids de cette charge sur les contribuables de demain. Cet état de fait milite en faveur d'une première mesure dès cette année. Cela consisterait à faire reprendre par la Cades environ 20 milliards d'euros, soit le « point haut » de la trésorerie de l'Acoss en 2010. Ce transfert serait bien entendu accompagné des recettes nécessaires à son remboursement, conformément aux règles organiques. Le taux de la CRDS serait donc augmenté de 0,15 % et atteindrait 0,65 %. En conséquence, le plafond d'emprunt de l'Acoss serait ramené à 45 milliards. Une telle politique « des petits pas » serait de meilleure gestion qu'une reprise massive de dette accompagnée d'une hausse sensible des ressources destinées à y faire face.

Le deuxième objectif à poursuivre est celui de la maîtrise des dépenses. Le contexte financier actuel exige même d'amplifier les efforts des dernières années, notamment à l'hôpital. Le Premier président de la Cour des comptes a fait valoir avec force qu'il existe de réelles marges de progrès et d'efficience à l'hôpital. Celles-ci doivent donc être mobilisées. Ce sera une mission prioritaire

pour les agences régionales de santé (ARS). C'est aussi dans cet esprit que s'inscrit la proposition visant à ramener l'horizon de la convergence tarifaire à 2014. En effet, toutes les études sur les écarts de coûts devraient être achevées en 2012 ; il n'y a pas lieu d'attendre six années pour en tirer les conséquences.

Sur les dépenses des autres branches, il est particulièrement nécessaire que le rendez-vous de 2010 sur les retraites permette d'apporter des solutions durables à l'équilibre des comptes de la vieillesse. La Mecss en fera l'un de ses sujets de réflexion au début de l'année 2010 et ce sera le thème du débat thématique du PLFSS.

La troisième nécessité est celle de la recherche de financements dynamiques et durables pour faire face à des dépenses croissantes, notamment en matière de santé et de vieillesse. Cela signifie qu'il faut préserver les recettes actuelles mais aussi réfléchir à la mobilisation de nouvelles ressources.

Pour sécuriser les recettes, la commission des affaires sociales a fait de nombreuses propositions ces dernières années, dont un certain nombre ont d'ailleurs été reprises soit par le Gouvernement, soit par les députés, par exemple la taxation des stock-options ou encore l'instauration d'une « flat tax », le forfait social. Pour 2010, les amendements soumis à la commission auront pour objet de proposer de calculer les exonérations de charges sociales sur une base annuelle et non mensuelle, afin d'éviter certains contournements ; de plafonner l'exonération de charges sociales applicable aux retraites « chapeau » ; de commencer à aligner l'assiette de la CSG sur celle, plus large, de la CRDS en soumettant à la CSG les ventes de métaux précieux, bijoux et objets d'art. Par ailleurs, il sera proposé de décaler la date retenue pour l'extinction du dispositif d'exonération du droit à l'image collective des sportifs professionnels car il paraît plus raisonnable d'attendre la fin de la saison sportive pour changer les règles du jeu.

*Puis **Alain Vasselle, rapporteur général**, a présenté ses observations et propositions sur la branche maladie. L'article 34 qui prévoit que les régimes d'assurance maladie vont apporter en 2010 une contribution au financement des agences régionales de santé (ARS) ne contient aucun montant chiffré et renvoie à un arrêté, ce qui est à l'opposé de l'intention du législateur dans la loi HPST. Or, il s'agit des ressources de l'assurance maladie, qui ne sont pas surabondantes et qui n'ont pas pour vocation première de financer le fonctionnement d'établissements publics de l'Etat. Il serait donc légitime de plafonner son montant en année pleine, de préciser qu'elle ne pourra être consommée qu'au prorata de la durée effective de fonctionnement des agences et d'indiquer qu'elle devra représenter une participation aux dépenses afférentes aux emplois transférés. De même, le fonds de concours destiné à financer l'installation des ARS, auquel participerait l'assurance maladie, n'a pas sa place dans ce projet de loi, ce qui justifierait sa suppression.*

L'article 29 qui a pour ambition de s'attaquer à la question des affections de longue durée (ALD), en organisant la prise en charge du suivi médical des patients qui en sortent, est en réalité une mesure ponctuelle de portée

limitée. Le dispositif est présenté comme visant essentiellement le cas du cancer ; il ne suffira toutefois pas à changer le regard social sur cette maladie, ni à lever les obstacles qui empêchent trop souvent les personnes qui en ont été atteintes de trouver un emploi ou d'obtenir un prêt. La Haute Autorité de santé a mené, au cours des trois dernières années, des travaux importants sur ce sujet, qui permettraient une mise à jour très rapide des critères médicaux d'entrée en ALD, aujourd'hui largement obsolètes. Il serait en particulier utile que soient précisées, au niveau réglementaire, les durées de prise en charge. Elles seront bien entendu renouvelables, mais il paraît important que l'entrée en ALD ne soit plus perçue comme étant à durée indéterminée.

Certaines propositions de l'Assemblée nationale méritent par ailleurs d'être confortées. C'est le cas de l'article additionnel autorisant les génériques à se présenter sous la même forme que les médicaments princeps, afin de faciliter leur diffusion et de prévenir des risques d'accidents dus à des erreurs de prise.

C'est également le cas de l'article additionnel tendant à favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses de prescriptions hospitalières délivrées en ville. Sur ce point, la situation n'évoluera vraiment que lorsque sera enfin appliquée la disposition votée, à l'initiative du Sénat, qui impose l'identification des auteurs de prescriptions hospitalières.

En ce qui concerne les dépenses liées à la grippe H1N1, il est proposé que les assurances complémentaires participent au financement de l'achat des vaccins et que cette contribution soit affectée à la Cnam, ce qui est logique puisque leur contribution est représentative du ticket modérateur. Le Gouvernement a toutefois prévu de déposer un amendement au projet de loi de finances pour affecter cette contribution à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), ce qui conduira à en partager le montant entre l'Etat et la Cnam. Cette nouvelle formule ne paraît pas acceptable, tout comme l'amendement voté à l'Assemblée nationale selon lequel les dépenses d'indemnisation des personnes qui vaccineront seront prises en charge par l'assurance maladie, alors que ce type de réquisitions doit normalement être financé par l'Etat. Par ailleurs, il n'y a pas de raison d'exclure du seuil d'alerte de dépassement de l'Ondam les dépenses liées à la grippe ; une telle mesure est à la fois contestable sur le plan des principes et difficile à appliquer : comment isoler les consultations ou les indemnités journalières spécifiquement liées à la grippe H1N1 au sein des soins de ville ?

***Alain Vasselle, rapporteur général,** a terminé son propos liminaire en évoquant la question du secteur optionnel. Un protocole a été signé le 15 octobre 2009 pour définir les grands axes de ce que pourrait être le secteur optionnel, c'est-à-dire, un secteur dans lequel les dépassements seront plafonnés. Pour que cet accord ne reste pas lettre morte, dans un contexte de négociation conventionnelle compliqué, deux amendements seront proposés : le premier pour prévoir que la convention médicale définit les conditions dans lesquelles les médecins peuvent adhérer au secteur optionnel et qu'en cas de rupture des négociations, le règlement arbitral devra alors organiser la mise en place de ce nouveau secteur ; le second pour préciser que seuls les établissements privés*

dont une majorité de médecins exercent en secteur 1 ou en secteur optionnel peuvent se voir reconnaître des missions de service public en application de la loi HPST.

***François Autain** a estimé que les prévisions relatives à l'évolution de la masse salariale ne sont pas réalistes et que la dette accumulée par la sécurité sociale d'ici 2013 sera, en conséquence, supérieure à 280 milliards d'euros. Même si la prévision gouvernementale se réalisait, la dette prise en charge par la Cades est pour l'instant limitée à 135 milliards d'euros, ce qui pose la question du remboursement des 145 milliards restants.*

Il a ensuite contesté l'affirmation selon laquelle il y aurait d'importants gains de productivité à réaliser à l'hôpital : ses entretiens avec les professionnels hospitaliers suggèrent, au contraire, que toute mesure d'économie supplémentaire serait désormais réalisée au détriment de la qualité et de la sécurité des soins. Il a rappelé que, selon la directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins (Dhos) au ministère de la santé, la convergence tarifaire ne pourra être mise en œuvre avant 2018, ce qui conduit à douter de l'impact réel qu'aura le changement de date proposé par le rapporteur général. A son sens, la politique de convergence tarifaire n'aboutira qu'à une meilleure rémunération des cliniques privées. Il a également demandé des informations sur le niveau de rémunération des directeurs généraux des ARS récemment nommés.

Il a ensuite déploré que le rapporteur général se montre fort avec les faibles et faible avec les puissants : il est par exemple scandaleux de maintenir six mois de plus l'avantage fiscal dont bénéficient des sportifs, déjà fort bien rémunérés, au titre de leur droit à l'image, alors que le contexte actuel de crise appelle un effort de tous.

Abordant le problème posé par la pandémie grippale, il s'est étonné que l'achat des vaccins par l'Eprus soit financé par la Cnam et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), alors que les ressources de cet établissement public proviennent habituellement, à parité, de l'assurance maladie et de l'Etat. Une participation de ce dernier à l'achat des vaccins aurait donc été logique et la contribution de l'Unocam aurait dû venir en déduction de celle de la Cnam.

En ce qui concerne, enfin, le secteur optionnel, dont la création reste d'ailleurs encore sujette à caution puisque seuls deux syndicats médicaux ont approuvé le protocole, il a souligné qu'un quart seulement des contrats souscrits auprès des complémentaires santé prévoient un remboursement des dépassements d'honoraires. La multiplication des dépassements d'honoraires risque d'entraîner une hausse du coût de ces contrats, ce qui empêchera un nombre croissant de personnes de souscrire une assurance complémentaire.

***Paul Blanc** s'est d'abord déclaré surpris que l'on puisse critiquer la prise en charge par la sécurité sociale des vaccins contre la grippe, alors qu'on reproche souvent à l'assurance maladie de ne pas être assez active en matière de prévention. Il a ensuite fait valoir que les personnes handicapées accueillies en maison d'accueil spécialisée seront pénalisées par l'augmentation du forfait*

hospitalier : cette charge supplémentaire, qui pèse sur leur budget, fera passer, dans bien des cas, le montant de leur « reste à vivre » sous le seuil légal de 30 % de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

***Gilbert Barbier** a estimé que les mesures proposées dans le projet de loi de financement sont très insuffisantes au regard de la gravité de la situation financière de la sécurité sociale. Le Premier président de la Cour des comptes, Philippe Séguin, a confirmé, devant la commission, que des gains de productivité peuvent être réalisés à l'hôpital : entre deux hôpitaux, le coût du traitement d'une même pathologie varie parfois dans un rapport de un à dix, ce qui démontre que l'efficacité du fonctionnement de certains établissements de santé peut être améliorée. Concernant la convergence tarifaire, sa mise en œuvre serait techniquement possible dès 2012, mais l'opposition de la fédération hospitalière de France (FHF) conduit à la différer pour des raisons politiques. L'augmentation de la CRDS proposée par le rapporteur général est une bonne initiative mais il faudrait aller plus loin et sortir cette contribution du bouclier fiscal. Si les dépenses de santé augmentent plus vite que le Pib, on peut se demander cependant si les dépenses remboursées doivent augmenter au même rythme : on pourrait ainsi imaginer d'appliquer aux patients qui en ont les moyens un forfait de non-remboursement sur les dépenses correspondant au « petit risque ».*

***Alain Gournac** a observé que l'augmentation, telle que proposée, de la CRDS permettrait de financer une reprise de dette de 20 milliards d'euros, ce qui serait certes insuffisant pour résorber la dette totale, mais constituerait néanmoins une avancée. Il s'est également déclaré partisan d'achever la convergence tarifaire dès 2014, considérant qu'il est possible d'effectuer des économies à l'hôpital pour résorber les écarts de coûts constatés entre les établissements. Enfin, il a confirmé le caractère indispensable du renforcement des contrôles sur les arrêts de travail de manière à combattre la fraude.*

*En ce qui concerne l'exonération de cotisations dont bénéficient les sportifs au titre de leur droit à l'image collective (DIC), **Bruno Gilles** a regretté que l'on modifie la règle du jeu en cours de match. Ce dispositif, créé récemment, est censé s'appliquer jusqu'en 2012. Il est d'autant plus souhaitable de respecter cette échéance que ce dispositif ne bénéficie pas seulement, contrairement à certaines caricatures, à quelques grands clubs de football, mais aussi, pour moitié, à des clubs sportifs, plus modestes, présents dans d'autres disciplines.*

***Alain Milon** a regretté que la dette de la sécurité sociale ne soit pas entièrement reprise par la Cades et jugé illusoire d'imaginer que des mesures d'économies permettront de résorber les déficits. De toute évidence, la réflexion doit également porter sur les recettes. Par ailleurs, l'inscription en ALD ne doit pas être vécue comme une condamnation : les patients ont le droit d'être bien soignés mais doivent aussi pouvoir quitter le dispositif en cas de guérison, appréciée au regard de critères objectifs qui restent à préciser. S'agissant des arrêts maladie, il est exact qu'ils sont parfois décidés pour des raisons de convenance : on pourrait imaginer que les médecins de ville ne puissent les*

accorder que pour une durée brève, leur prolongation relevant ensuite d'un médecin du travail ou de la sécurité sociale.

Au sujet des ALD, **Dominique Leclerc**, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a rappelé que l'ancien ministre de la santé, Jean-François Mattei, avait proposé de mettre en place une convention entre le patient et son médecin. Sur le secteur optionnel, il a estimé qu'il s'agit d'une mauvaise réponse à un vrai problème, celui de l'insuffisante rémunération de certains actes de chirurgie.

Bernard Cazeau a jugé le projet de loi de financement très politique, voire politicien : manifestement, la priorité est de laisser filer les déficits jusqu'en 2012, comme l'attestent les prévisions fantaisistes du Gouvernement relatives à l'évolution de la masse salariale au cours des prochaines années. Cette orientation suscite l'inquiétude : après cette date, des mesures douloureuses s'imposeront car il ne sera plus possible de repousser les échéances. S'il a salué le volontarisme affiché par le rapporteur général, il a aussi déploré que sa détermination s'affaiblisse souvent, en séance publique, face à la résistance du Gouvernement. Il est ainsi bien peu probable que l'augmentation de la CRDS soit adoptée, l'Elysée étant hostile à toute augmentation des prélèvements obligatoires. Les rares mesures figurant dans le volet recettes du projet de loi de financement pèseront sur les ménages, qui vont notamment devoir faire face à une hausse des cotisations de leurs mutuelles.

Annie David s'est d'abord indignée qu'un débat important sur l'avenir de la Poste ait lieu en séance publique, un mercredi matin, en même temps que les réunions de commission. Elle a ensuite jugé le projet de loi de financement insincère et irresponsable, d'une part, parce qu'il ne répond pas au problème du manque de ressources de la sécurité sociale, d'autre part, parce que les rares recettes supplémentaires qui sont envisagées vont être prélevées sur les ménages. En ce qui concerne les niches sociales, elle s'est inquiétée des conséquences néfastes que pourrait avoir, pour les familles modestes, la suppression des avantages consentis en faveur des chèques-vacances. Elle a enfin regretté que la modification du régime social applicable à certains contrats d'assurance vie envisagée par le texte puisse concerner aussi les contrats en cours.

Après s'être demandé si la France a encore les moyens de ses ambitions en matière de protection sociale, **Isabelle Debré** a estimé qu'il est en effet raisonnable de maintenir le dispositif du DIC jusqu'à la fin du mois de juin 2010 afin de ne pas affecter les budgets des clubs en cours d'exercice comptable. Elle a par ailleurs déclaré qu'elle ne s'opposera pas, compte tenu du contexte de crise, à l'augmentation du forfait social prélevé sur les revenus issus de la participation, à laquelle elle est très attachée, tout en regrettant l'instabilité des règles sociales et fiscales en ce domaine.

René Teulade a estimé que la création du secteur optionnel ne constitue pas une réponse satisfaisante au problème des dépassements d'honoraires puis a invité ses collègues à ne pas céder à la facilité : la création de franchises ou de tickets modérateurs n'a jamais eu pour effet de responsabiliser les usagers dans leur consommation médicale mais seulement de pénaliser les plus modestes. La

France doit aujourd'hui faire un choix entre une logique de solidarité ou celle de la primauté au marché. Des assureurs proposent actuellement des contrats qui prévoient un remboursement partiel des cotisations versées si l'assuré ne tombe pas malade et, à l'inverse, une augmentation de ses cotisations s'il a un problème de santé. De telles initiatives sont source d'inquiétudes concernant l'avenir de la protection sociale.

*Après avoir reproché au rapporteur général de céder trop facilement aux injonctions de la ministre de la santé, **Raymonde Le Texier** a jugé les mesures figurant dans le projet de loi de financement trop timorées en matière de recettes et s'est déclarée opposée au report de la suppression de l'avantage relatif au DIC. Plusieurs pistes pourraient être explorées pour augmenter les recettes de la sécurité sociale : les plus hauts revenus devraient contribuer davantage à son financement par l'exclusion de la CSG et de la CRDS du bouclier fiscal ; les exonérations de charges systématiques consenties, sans contrepartie, aux employeurs devraient être remises en cause, de même que les niches sociales. Elle a enfin souhaité obtenir des précisions sur le coût des indemnités journalières, au regard de l'ampleur du déficit de l'assurance maladie.*

***Jacky Le Menn** a estimé que les économies qu'il est possible de réaliser à l'hôpital sont modestes. En effet, même si les gestionnaires des hôpitaux sont très attentifs aux coûts, leurs marges de manœuvre budgétaires sont réduites puisque 70 % du budget d'un hôpital sont absorbés par sa masse salariale. Les services logistiques, comme la restauration ou la buanderie, sont déjà très souvent externalisés auprès de prestataires privés. Il est également fréquent d'effectuer des consultations externes avant l'entrée d'un patient à l'hôpital. Dans ces conditions, toute mesure d'économie supplémentaire conduirait à diminuer le nombre d'agents hospitaliers présents au chevet des malades, alors que l'on se plaint déjà que les infirmières passent trop peu de temps avec leurs patients. Les agences régionales d'hospitalisation (ARH), qui ont précédé les ARS, ont par ailleurs déjà procédé à un important travail de restructuration des services. Au total, il est évident que l'assurance maladie souffre d'un problème structurel de financement, qui ne peut être résolu que par une refondation du modèle de sécurité sociale.*

***Alain Vasselle, rapporteur général**, a souligné qu'il s'est efforcé de présenter les comptes de la sécurité sociale de manière objective, sans occulter le caractère quelque peu optimiste des prévisions inscrites dans l'annexe B du projet de loi de financement.*

Concernant l'hôpital, la loi HPST doit permettre de réaliser des gains de productivité et de réduire les écarts de coût de fonctionnement constatés entre certains services ou plateaux techniques, sans nuire à la qualité des soins. La convergence tarifaire n'a pas pour objectif d'augmenter les tarifs payés aux cliniques mais, bien au contraire, de faire baisser les prix en recherchant une plus grande efficacité.

Sur la question du DIC des sportifs, on peut certes déplorer l'instabilité excessive des règles fiscales et sociales mais leur modification est acceptable dès lors qu'un événement imprévu, telle la crise économique actuelle, modifie en profondeur la situation et appelle un effort de solidarité de la part de tous les contribuables.

Au sujet du bouclier fiscal, il est exact que la CSG et la CRDS se sont substituées à des cotisations sociales, qui ne sont pas intégrées dans le bouclier fiscal ; il ne serait donc pas illogique d'exclure ces deux contributions du champ d'application du bouclier fiscal. Toutefois, le Président de la République a clairement pris position sur ce sujet, qui répond à une de ses promesses de campagne, et il aurait sans doute été préférable de soulever cette question au moment où le bouclier fiscal a été voté, soit à l'été 2007.

Evoquant l'achat des vaccins contre la grippe H1N1, il s'est déclaré en accord avec les remarques formulées par François Autain au sujet du financement de l'Eprus.

En ce qui concerne le secteur optionnel, des mesures complémentaires sont encore nécessaires pour qu'il puisse être mis en œuvre. Ceci étant, il n'est pas certain que la création de ce secteur conduira à une augmentation des cotisations demandées par les mutuelles, et il faut rappeler l'existence de la CMU-c, qui permet aux plus démunis de bénéficier d'une couverture complémentaire, et du crédit d'impôt accordé à ceux qui ont un niveau de revenus juste supérieur au seuil retenu pour l'accès à ce dispositif.

Alain Vasselle, rapporteur général, a ensuite répondu aux questions relatives au financement de la sécurité sociale. Il a admis que sa proposition d'augmentation de la CRDS sera difficile à faire accepter en séance publique. Toutefois, il est important d'envoyer au Gouvernement et à l'opinion publique un signal fort pour tenir compte de la dégradation des comptes de la sécurité sociale.

A défaut de supprimer les allègements de charges sociales, il a rappelé sa proposition de calculer ces allègements sur une base annuelle.

Il s'est prononcé en faveur de la définition de critères d'entrée et de sortie en ALD et a jugé judicieuse l'idée de répartir la prescription des arrêts de travail selon leur durée. Il a estimé que la création du secteur optionnel constitue une réponse satisfaisante au problème des dépassements d'honoraires.

Il a ensuite rassuré Annie David au sujet des chèques-vacances : s'il est vrai que l'idée de remettre en cause les avantages sociaux qui s'y attachent a circulé, le projet de loi de financement ne contient finalement aucune mesure dans ce sens.

Concernant la réforme de l'assujettissement des contrats d'assurance vie multisupports aux prélèvements sociaux, enfin, il faut savoir que les exonérations fiscales et sociales qui y sont attachées ne sont pas une clause du contrat : il est donc possible de les modifier en loi de financement ou en loi de finances et d'appliquer le nouveau régime aux contrats en cours.

Puis la commission a examiné les comptes du secteur médico-social.

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social, a indiqué que l'évolution des crédits consacrés, en 2009 et 2010, à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées témoigne d'un engagement soutenu de la part des pouvoirs publics. A travers le plan de relance de l'économie tout d'abord, le secteur a bénéficié de financements supplémentaires pour des opérations d'investissement et de création de places. Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, ensuite, les deux Ondam consacrés au médico-social, l'un pour les personnes handicapées, l'autre pour les personnes âgées, s'établissent respectivement à 7,9 milliards et 7 milliards d'euros, en progression globale de 5,8 % par rapport à 2009. Dans un contexte économique dégradé, où les arbitrages financiers sont particulièrement délicats, cet effort mérite d'être salué. Il va notamment permettre de poursuivre le déploiement des plans Solidarité-Grand Age et Alzheimer.

Pour autant, l'examen approfondi de la construction de l'Ondam fait apparaître que son taux de progression est en partie artificiel, en raison du gel des dotations médico-sociales intervenu en 2009 et des opérations de fongibilité entre enveloppes sanitaire et médico-sociale. En outre, la crise ayant profondément affecté le dynamisme des ressources de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les concours de la caisse au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) sont moins élevés que prévu, ce qui oblige les départements à prendre le relais.

La progression des charges liées à la dépendance continue, quant à elle, d'être soutenue ce qui rend le statu quo intenable à terme. La couverture des besoins du seul plan Solidarité-Grand Age en 2011 nécessiterait une augmentation, très improbable, de l'Ondam médico-social de 7,4 %. Rien ne garantit donc la pérennité financière du plan dans les prochaines années. Ce constat particulièrement préoccupant oblige à poser une nouvelle fois la question de la création d'un cinquième risque de protection sociale, dossier sur lequel la mission commune d'information créée par le Sénat en décembre 2007 a formulé des préconisations qui pourraient utilement enrichir le projet de loi annoncé, si celui-ci devait enfin voir le jour.

Qui plus est, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 intervient dans un contexte particulier pour le secteur médico-social. Celui-ci connaît en effet d'importantes évolutions qui résultent d'une part, de la mise en œuvre des réformes introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, d'autre part, de la nouvelle gouvernance médico-sociale voulue par la loi HPST.

Pour ces raisons, le texte ne comporte que peu de mesures relatives au médico-social. La plus importante concerne la prise en charge des frais de transport des adultes handicapés hébergés en accueil de jour dans les maisons d'accueil spécialisées (Mas) et les foyers d'accueil médicalisés (Fam). Il

s'agit d'une avancée majeure pour les personnes handicapées, qui ne constitue toutefois qu'une première étape dans un processus de réforme qui devra, à terme, également concerner d'autres modes d'accueil.

*Enfin, **Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social**, a insisté sur le fait que de nombreux défis attendent le secteur. Ainsi, s'agissant de l'accueil en établissement, force est de constater que le modèle de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) « classique » n'est plus adapté à la prise en charge de personnes pour lesquelles le niveau de soins requis s'est accru. Quant au secteur des services à domicile, non seulement son système de tarification n'est pas satisfaisant mais son cadre juridique est illisible. Beaucoup reste à faire aussi en matière de prise en charge du handicap.*

***Paul Blanc** a fait observer que la part de l'Apa consacrée aux personnes handicapées est modeste. Il est donc normal que les conseils généraux participent au financement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).*

***François Autain** s'est félicité de la mesure figurant à l'article 33 du projet de loi de financement mais a mis en garde contre un risque d'effet pervers : une personne handicapée ne risque-t-elle pas de se voir refuser l'accès à un établissement éloigné de son domicile au motif que le coût du transport serait trop élevé ?*

***Annie Jarraud-Vergnolle** a déploré le manque de moyens du secteur médico-social puis exprimé sa préoccupation concernant les dysfonctionnements constatés dans les MDPH, notamment pour la mise en place de la PCH pour les enfants. On observe que l'Etat a tendance à ne pas remplacer les agents mis à la disposition des MDPH, ce qui oblige les conseils généraux à compenser ce manque de personnel. Les études attendues au sujet de l'employabilité des personnes handicapées n'ont toujours pas été achevées, alors que le personnel des MDPH n'a pas la formation adéquate pour apprécier l'aptitude au travail des personnes handicapées. Elle a ensuite évoqué le problème posé par la gratification des stagiaires : les futurs travailleurs sociaux doivent passer, dans le cadre de leur formation, un tiers de leur temps dans un établissement médico-social ; or ces établissements n'ont pas toujours les moyens de verser la gratification à laquelle les stagiaires ont légalement droit. Elle a enfin soulevé le problème posé par la non-opposabilité des conventions collectives applicables au secteur médico-social pour le calcul de l'ancienneté des salariés.*

***Bernard Cazeau** a rappelé que les conseils généraux assument 70 % du financement de l'Apa, le solde provenant de la CNSA, et a déploré que les transferts de fonds vers les conseils généraux, au titre de cette prestation, aient subi une diminution en début d'année. On constate la même insuffisance pour les fonds alloués au financement de la PCH, qui oblige les conseils généraux à prendre en charge une partie du coût de cette prestation. Les collectivités territoriales n'auront pas toujours la capacité de faire face à ces dépenses,*

d'autant que la crise actuelle de l'immobilier réduit les recettes perçues au titre des droits de mutation.

***Jacky Le Menn** a confirmé que le modèle classique de l'Ehpad n'est plus adapté à la prise en charge des personnes âgées dépendantes qui ont besoin de soins. Or, les unités de soins sont en nombre insuffisant et beaucoup de territoires en sont dépourvus. De surcroît, un effort considérable doit encore être accompli pour améliorer le taux d'encadrement dans les Ehpad.*

***Alain Milon** a suggéré que le coût de construction des Ehpad soit pris en charge par l'impôt et que seul leur fonctionnement soit financé par la sécurité sociale.*

***Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social,** a répondu à François Autain que l'article 33 constitue une avancée, qu'il faudra certes conforter pour éviter d'éventuels effets pervers ; un groupe de travail a été constitué au sein de la CNSA sur ce thème. Il est important de veiller à ce que l'enveloppe budgétaire de 18 millions d'euros prévue l'an prochain et qui devrait être portée, à terme, à 36 millions soit bien respectée.*

En réponse à Annie Jarraud-Vergnolle, elle a admis que le secteur médico-social manque de ressources et suggéré que la commission demande à la Cour des comptes de réaliser une enquête sur ce sujet. Sur le problème de la gratification des stagiaires, elle a fait valoir que des fédérations d'employeurs et certaines grandes associations sont favorables au versement de cette gratification, tandis que d'autres s'y opposent.

***Annie Jarraud-Vergnolle** a précisé que les fédérations et les associations, de même que les établissements de formation, ne sont pas hostiles à la gratification sur son principe mais se plaignent de ne pas toujours avoir les moyens de la verser.*

***Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social,** a répondu à Bernard Cazeau que la CNSA a effectivement modifié son budget à deux reprises, au cours de l'année écoulée, en raison de difficultés financières qui risquent encore de s'aggraver. Il est donc indispensable de relancer la réflexion sur la création du cinquième risque, le ministre du travail et de la solidarité, Xavier Darcos, ayant indiqué que cette question serait traitée, en 2010, dans le cadre du débat sur les retraites.*

Enfin, elle a indiqué partager avec Jacky Le Menn le souci de travailler à une réorganisation complète de l'offre d'accueil, qui est inadaptée aux besoins dans certains départements.

Puis la commission a examiné les comptes de la branche vieillesse.

***Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a constaté que la situation financière de la branche est, cette année encore, extrêmement préoccupante. Elle connaît une dégradation continue de ses comptes depuis cinq ans, au point d'être devenue, en 2008, la plus déficitaire de toutes. L'an dernier, la loi de financement pour 2009 prévoyait une*

stabilisation de son déficit autour de 5 milliards d'euros. Elle a pêché par excès d'optimisme : la branche finira l'année avec un déficit de 8,1 milliards d'euros qui pourrait atteindre 11,3 milliards en 2010.

Cette forte détérioration des comptes résulte avant tout de la crise économique qui a affecté brutalement les recettes. Parallèlement, les dépenses ont continué de progresser à un rythme soutenu - bien qu'en légère inflexion - en raison de l'augmentation de l'effectif des retraités.

Pour autant, la crise ne doit pas servir d'alibi pour masquer la réalité. Les mutations démographiques en cours depuis une vingtaine d'années obligent à reconnaître que le régime par répartition n'est structurellement plus viable avec ses paramètres actuels. Dès lors, quel que soit le scénario de sortie de crise, la branche vieillesse abordera la reprise avec le handicap considérable d'un déficit de près de 13 milliards d'euros en 2012, soit le niveau que lui prévoyaient les projections 2007 du conseil d'orientation des retraites (Cor) pour 2020. En aucun cas, le retour à une conjoncture économique favorable ne permettra de rééquilibrer le solde financier de la branche.

Le bilan du rendez-vous de 2008 est mitigé : à son crédit, de réelles avancées ont été obtenues en matière d'emploi des seniors avec la libéralisation du cumul emploi-retraite, la revalorisation de la surcote, l'aménagement de la mise à la retraite d'office et la conclusion d'accords ou de plans d'action dans les entreprises, toutes mesures pour lesquelles les premiers résultats sont encourageants ; également, l'effort de solidarité envers les petites retraites est réel, grâce à la revalorisation de 6,9 % du minimum vieillesse cette année, au meilleur ciblage du minimum contributif et à la majoration de 11 % des petites pensions de réversion à compter de 2010.

Pour autant, 2008 a été un rendez-vous partiellement manqué en ce qu'il n'a pas répondu aux attentes, nombreuses et légitimes, sur le financement du système de retraite. Ainsi, le redéploiement des cotisations chômage au profit des cotisations vieillesse, prévu par la loi du 21 août 2003 et qui devait garantir le financement des retraites d'ici à 2020, a évidemment été reporté sine die.

Dans l'attente du prochain rendez-vous de 2010, annoncé par le Président de la République, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 comporte peu de mesures relatives à l'assurance vieillesse, à l'inverse de l'année dernière. Son seul apport notable porte sur la réforme de la majoration de la durée d'assurance (MDA) accordée aux mères de famille. Rendue inévitable par un arrêt de la Cour de cassation de février dernier, celle-ci a été conduite dans le souci de maintenir le maximum de garanties aux mères, tout en rendant le dispositif acceptable du point de vue juridique de l'égalité hommes-femmes. Une extension pure et simple de la MDA aux pères aurait été à la fois inéquitable et inenvisageable compte tenu de son coût. La solution proposée consiste donc à accorder la première année de majoration aux mères, au titre de la grossesse, et à répartir la seconde au

sein du couple, au titre de l'éducation de l'enfant. Ce compromis, qui avait été accepté par la plupart des organisations syndicales, a été modifié lors du passage à l'Assemblée nationale, dans un sens qui ne paraît pas convaincant. C'est pourquoi des amendements seront proposés afin de revenir à l'esprit du texte initial.

Ceci étant, la réforme de la MDA n'exonère pas d'une réflexion plus approfondie sur les droits familiaux et conjugaux, en particulier sur l'articulation entre les majorations de durée d'assurance et l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), sujet qui devra être abordé lors du rendez-vous de l'année prochaine. Dans cette attente et afin de lancer dès à présent le débat, un amendement aura pour objet de poser le principe du non-cumul de ces deux dispositifs pour les fonctionnaires.

*Enfin, **Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a évoqué le rendez-vous de 2010 qui doit être l'occasion de remettre à plat le système de retraite, en n'éluant aucune question, ni aucune solution. Il est en effet urgent de fonder un nouveau contrat social des retraites car le pacte intergénérationnel et le pacte intragénérationnel sont aujourd'hui brisés. Par ailleurs, il est inconcevable de continuer à différer la question du financement des retraites. Dès lors, sauver les retraites nécessite d'une part, de modifier les paramètres actuels pour dégager de nouveaux financements à court terme, d'autre part, de poser les fondements d'une réforme structurelle, sachant qu'aucune action sur les paramètres ne permettra de répondre à elle seule aux besoins de financement à moyen et long terme.*

Lorsqu'il s'agit de faire un choix de société aussi déterminant pour l'avenir d'un pays que celui de son système de retraite, la méthode de réforme revêt une grande importance. Son degré d'acceptabilité dépendra non seulement de la capacité à faire œuvre de pédagogie et de vérité vis-à-vis des Français, mais aussi de la lisibilité et à la transparence des mesures proposées. L'idée d'un « Grenelle des retraites », lancée par certains partenaires sociaux, aurait au moins le mérite de ne pas s'adresser qu'à un cercle restreint de spécialistes du sujet, mais de s'ouvrir aussi à la société civile dans la recherche du plus large consensus possible.

***Annie David** s'est indignée que l'on réforme un des rares avantages dont bénéficient les femmes, qui sont victimes par ailleurs de tant d'inégalités dans le milieu professionnel. Certes, étendre la MDA aux hommes aurait eu un coût significatif, mais il faut faire des choix politiques : il n'est pas acceptable de restreindre les droits des femmes au motif d'assurer l'égalité entre les femmes et les hommes.*

***Christiane Demontès** a jugé pertinente l'idée de rassembler tous les acteurs dans le cadre d'un « Grenelle des retraites ». L'idée selon laquelle il n'y aurait pas d'inégalités entre les femmes et les hommes dans la fonction publique est contestable : s'il est vrai que les salaires sont identiques, les déroulements de carrière ne le sont pas. Elle a par ailleurs regretté que le rapporteur n'ait pas abordé la question des retraites « chapeau » et a douté de la possibilité*

d'augmenter le montant des retraites tant que la France conservera l'un des taux d'emploi des seniors parmi les plus bas d'Europe.

***Jean-Pierre Godefroy** a demandé que des mesures soient prises en faveur des retraites agricoles dont le montant est très modeste. Il a ensuite critiqué le transfert au fonds de solidarité vieillesse (FSV) de la prise en charge des cotisations des salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : ne serait-il pas plus logique que les employeurs continuent à assumer cette charge, par l'intermédiaire de la branche AT-MP dont ils sont les financeurs exclusifs, dans la mesure où ils sont responsables des accidents dont sont victimes leurs salariés ?*

***Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a répondu que le Gouvernement ne souhaite pas porter atteinte aux droits des femmes, qui bénéficieront toujours d'un avantage de retraite pour compenser l'interruption de leur carrière résultant de la grossesse. Il a ensuite confirmé que les fonctionnaires bénéficient d'une double compensation, sous la forme de la MDA et de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), et qu'il convient de mettre un terme à ce cumul. Globalement, les avantages familiaux sont à l'origine de 15 milliards d'euros de prestations chaque année et il est souhaitable que le débat sur les retraites, prévu l'an prochain, s'ouvre aux non-initiés afin que tous les Français comprennent la nécessité d'une réforme.*

Sur la question relative aux retraites agricoles, il faut rappeler que la revalorisation des pensions est en cours afin de les porter, à terme, à un niveau égal à au moins 75 % du Smic. Le transfert de charges au FSV, qui s'effectuera en deux ans, est à son sens conforme à la mission de ce fonds, qui a justement été créé pour verser aux caisses de retraite des sommes compensant les cotisations qui n'ont pas été perçues.

La commission a ensuite examiné les comptes de la branche accidents du travail - maladies professionnelles.

***Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles,** a rappelé que la branche AT-MP est la plus petite des quatre branches de la sécurité sociale puisqu'elle représente 3 % seulement de ses dépenses, soit, en 2010, environ 12,9 milliards d'euros, dont 11,4 milliards pour le régime général.*

Pour autant, sa situation est un bon reflet de l'état des risques professionnels. Les statistiques récentes indiquent une stabilisation du nombre d'accidents du travail mais une augmentation du nombre des accidents de trajet et des maladies professionnelles. Il reste toutefois difficile de déterminer si l'augmentation du nombre de malades tient à la dégradation de la santé au travail ou à l'amélioration du taux de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles.

En effet, il est bien connu qu'une bonne part des AT-MP sont, pour des raisons diverses, non déclarés comme tels et pris en charge au titre de l'assurance maladie, pour un montant évalué entre 564 millions et 1 milliard

d'euros. En conséquence, en 2010 comme en 2009, la branche AT-MP effectuera un versement de 710 millions à la branche maladie à titre de compensation. Cette compensation a un impact sur les finances de la branche dont la situation est inquiétante. Longtemps à l'équilibre ou excédentaire, elle est à son tour contaminée par le déficit : 650 millions en 2009, 800 millions prévus pour 2010.

Ce retournement de situation s'explique par la conjonction de deux facteurs : tout d'abord, la crise économique, qui a réduit les recettes, même si elle a également limité les dépenses en contenant la revalorisation des différents indices ; ensuite, et sans doute plus durablement, les charges nouvelles que la loi de financement pour 2009 a fait assumer à la branche.

Certes, le montant de ces charges ne devrait pas augmenter en 2010, mais la progression des dépenses restant supérieure à celle des recettes, le déficit va se creuser. Il faudra donc nécessairement que les partenaires sociaux qui gèrent la branche envisagent une augmentation des cotisations dont le taux moyen est resté stable depuis 2006.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 propose une amélioration du système de « bonus-malus » qui caractérise les cotisations de la branche, ce qui devrait déjà avoir des effets bénéfiques en permettant à la fois une sanction plus efficace des entreprises qui exposent sciemment leurs salariés au risque et une incitation renforcée à la prévention. Cette réforme traduit, sur le plan législatif, l'accord interprofessionnel de mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels, qui appelle aussi plusieurs textes réglementaires.

En dehors du projet de loi de financement, l'actualité de la branche AT-MP conduit à évoquer la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (Cog), liant l'Etat et la branche, qui a été signée le 29 décembre 2008 pour la période 2009-2012. Elle met en place, en matière de prévention, un plan national d'actions coordonnées qui va être déployé dans toutes les régions. Il se concentre sur les quatre risques considérés comme prioritaires (troubles musculo-squelettiques, cancers d'origine professionnelle, risque routier et risques psychosociaux) et sur les trois activités à forte sinistralité (BTP, grande distribution et intérim). Des plans d'action régionaux déclinant ces objectifs ont été élaborés au premier semestre 2009 en collaboration avec les instances paritaires régionales. La Cog poursuit également l'objectif de lutte contre la désinsertion professionnelle consécutive à un arrêt prolongé du travail, pour laquelle des cellules de coordination locales des différents acteurs (direction générale du travail, médecine du travail, caisses, entreprises) devraient être installées dans chaque région d'ici l'an prochain. Enfin, la Cog s'est fixé pour objectif le traitement homogène des dossiers sur l'ensemble du territoire. La reconnaissance des pathologies d'origine professionnelle varie en effet selon les caisses, entre 40 % et 85 % par exemple pour les troubles musculo-squelettiques. Pour mettre fin à ces écarts inquiétants au regard de la sous-déclaration des pathologies, des instructions ont été adressées aux directeurs des organismes locaux et des indicateurs de suivi mis en place.

Plus généralement, des événements récents ont posé, de manière dramatique, la question de la santé au travail. Le plan Santé au travail 2010-2014 devrait permettre de placer résolument la santé au travail au sein de la santé publique. Il se concentrera sur les risques à moyen termes que sont les troubles musculo-squelettiques, les cancers et les risques psycho-sociaux. Un suivi des objectifs sera désormais possible au travers de la mise en place d'indicateurs chiffrés, ce qui était une lacune importante du plan précédent.

Ceci étant, il faut regretter que les négociations entre partenaires sociaux sur la médecine du travail aient échoué le 11 septembre dernier, après sept séances de négociation qui n'ont pas permis d'aboutir à un accord, aucune organisation syndicale n'ayant accepté de s'engager. Sur ce point crucial, il semble que les pouvoirs publics devront prendre leur responsabilité pour permettre un véritable suivi de la santé au travail.

Enfin, demeure toujours posée la question récurrente de la réforme du fonds de cessation anticipée d'activités des travailleurs de l'amiante (Fcaata). Le rapport consacré par Jean Le Garrec à ce sujet préconisait la mise en place d'une voie d'accès individualisée au fonds afin de permettre à une personne exposée à l'amiante de demander à bénéficier d'une cessation anticipée d'activité quelle que soit son entreprise ou son affiliation sociale. Tout en reconnaissant le bien-fondé d'une telle mesure, **Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles**, a considéré qu'il convient aussi d'en apprécier les enjeux financiers, qui sont considérables. Le fait que le Gouvernement ait accepté de rendre un rapport sur cette question au Parlement permettra de disposer d'éléments concrets pour l'avenir.

Marc Laménie a demandé s'il est possible d'évaluer le coût des actions de prévention menées en matière de risques professionnels.

Jean-Pierre Godefroy a déploré que le projet de loi de financement ne comporte aucune mesure nouvelle en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, alors que le problème de la santé au travail appelle des mesures d'urgence. Plus encore, quelles sont les conséquences à attendre de l'amendement, adopté par l'Assemblée nationale, qui restreint la possibilité d'imposer une majoration de cotisation sans nouvelle injonction au seul cas où le même établissement, et non la même entreprise, a déjà fait l'objet d'une injonction précédente : cette mesure n'aura-t-elle pas pour effet de permettre à certaines grandes entreprises de se dédouaner de leurs responsabilités ? Sur la question de l'indemnisation des victimes de l'amiante, enfin, il a regretté que la préconisation de la mission d'information sénatoriale sur l'amiante en faveur de la mise en place d'une voie d'accès individualisée au Fcaata n'ait toujours pas été suivie d'effet, alors qu'elle permettrait d'éviter des situations inéquitables.

François Autain a souhaité obtenir des précisions sur les instructions données aux caisses dans le but d'homogénéiser le traitement des dossiers, considérant que ce sont les caisses qui ont les taux de reconnaissance des maladies professionnelles les plus élevés qui devraient servir d'exemple.

A son tour, **Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social**, a plaidé pour la mise en œuvre de l'accès individualisé au Fcaata. Avec le système actuel, des personnes qui n'ont pas vraiment été en contact avec l'amiante peuvent partir en préretraite parce que l'entreprise qui les employait est répertoriée sur la liste qui l'autorise, alors que des personnes réellement exposées se voient refuser le bénéfice de l'allocation.

Annie David s'est elle aussi prononcée en faveur d'un accès individualisé au Fcaata puis s'est inquiétée des conséquences d'une modification récemment introduite dans le barème des cotisations AT-MP : désormais, une incapacité temporaire donnera lieu à une seule imputation, au titre de l'année de survenance du dommage, de sorte qu'une entreprise ne sera plus pénalisée en cas de rechute de la victime. Elle s'est également interrogée sur les conséquences que pourraient avoir les nouveaux seuils de tarification applicables aux entreprises.

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a répondu qu'il incombe aux entreprises de mettre en œuvre des mesures de prévention et elles y sont incitées par le fait que le niveau de leurs cotisations est d'autant plus faible que le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles parmi leurs salariés est réduit.

En ce qui concerne la distinction entre les entreprises et les établissements pour l'application de la majoration de cotisation après injonction, il n'est pas inutile de préciser que la modification votée à l'Assemblée nationale a été demandée par les partenaires sociaux. Les nouvelles règles d'imputation et les nouveaux seuils ont été également arrêtés par les organisations patronales et syndicales.

Enfin, pour rendre plus homogène le traitement des dossiers, des enquêteurs vont être chargés d'établir des moyennes, au niveau national, afin que toutes les caisses disposent ensuite d'un point de comparaison équitable.

Enfin, la commission a examiné les comptes de la branche famille.

André Lardeux, rapporteur pour la famille, a rappelé que la sécurité sociale entre, à compter de cette année, dans une période de déficit structurel d'une ampleur inégalée dans son histoire. La branche famille elle-même, habituellement proche de l'équilibre, est touchée de plein fouet par la crise économique : d'ici à 2013, son déficit cumulé devrait atteindre plus de 18,6 milliards d'euros.

Comme pour les branches vieillesse et maladie, l'état dégradé des comptes s'explique par le décrochage des recettes par rapport aux dépenses :

- les recettes, qui proviennent à 66 % des cotisations sociales et à 24 % de la CSG, sont pénalisées par la rétractation de la masse salariale ;

- les dépenses, au contraire, continuent d'évoluer selon leur rythme propre, généralement relié au taux de natalité, au niveau de l'inflation et au dynamisme du fonds national d'action sociale (Fnas) qui assure le cofinancement des crèches. Ni le nombre de naissances, qui s'est stabilisé

depuis trois ans, ni l'inflation, de l'ordre de 0,4 % en 2009, ni le Fnas, qui poursuit sa progression annuelle de 7,5 % conformément à la convention d'objectifs et de gestion (Cog) 2009-2012, n'expliquent la hausse des dépenses. Celle-ci est due, en fait, à l'augmentation inacceptable du taux de prise en charge, par la branche famille, des majorations de pension pour enfants, qui participe, pour plus de 46 %, à la croissance totale des charges.

La situation financière de la branche conduit à s'interroger sur les solutions permettant d'y faire face. La première consiste à laisser filer la dette, c'est-à-dire à la reporter sur les générations futures, ce qui est exclu pour des raisons tant morales qu'économiques. La deuxième est la suppression provisoire d'allocations, ce qui conduirait à ne pas verser les allocations familiales pendant un an et demi, ou l'allocation de logement familial pendant quatre ans, ou l'allocation de rentrée scolaire pendant douze ans, sachant que ces opérations devraient être régulièrement répétées, au-delà de 2013, pour résorber les déficits susceptibles de s'accumuler entre temps. La vulnérabilité de nombreuses familles, particulièrement en temps de crise, rend évidemment inenvisageable cette option. La seule solution raisonnable consiste donc à augmenter les prélèvements sociaux sans tarder, car tout report supplémentaire rendra la hausse plus brutale.

André Lardeux, rapporteur pour la famille, s'est ensuite penché sur l'état de l'offre de garde des jeunes enfants en France. L'augmentation annuelle de 32 000 unités des capacités d'accueil demeure insuffisante pour répondre, dans les deux ou trois prochaines années, à la demande estimée à 400 000 places. La solution la moins coûteuse pour les finances sociales serait d'augmenter le nombre des assistantes maternelles et de renforcer leur niveau de formation, même s'il ne faut évidemment pas cesser de construire des crèches ou d'aider la garde à domicile, car ces deux formules, bien que coûteuses, ont leurs avantages spécifiques.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 partage d'ailleurs cette analyse : afin d'augmenter la capacité d'accueil par les assistantes maternelles, il prévoit de leur accorder un prêt à taux zéro d'un montant maximum de 10 000 euros, destinés aux travaux d'aménagement ou d'agrandissement de leur logement, ce qui complètera utilement l'autorisation donnée l'an dernier aux assistantes maternelles d'accueillir simultanément quatre, et non plus seulement trois enfants. L'Assemblée nationale a également adopté deux autres mesures favorables aux assistantes maternelles, en prévoyant que le premier agrément qu'elles demandent, lorsqu'elles entrent dans la profession, leur permettra désormais d'accueillir deux enfants au minimum, ce qui améliorera les revenus des débutantes, et en transformant les relais d'assistants maternels (Ram) en relais d'accueil de la petite enfance (Rape), qui seront ouverts aux salariés qui gardent les enfants au domicile des parents.

Dans le même souci, d'autres mesures sont susceptibles de développer l'offre de garde, que le rapporteur soumettra à la commission sous la forme d'amendements au projet de loi :

- la sécurisation des regroupements d'assistantes maternelles, structures préconisées dans le rapport d'information consacré à l'accueil des jeunes enfants en milieu rural établi par Jean-Marc Juilhard au nom de la commission. Celle-ci doit être assurée par un dispositif législatif qui préserve leur souplesse sans les soustraire au contrôle des services de protection maternelle et infantile (PMI). Cette précision législative est d'autant plus nécessaire qu'une récente convention-type de la Cnaf, qui était supposée encadrer les regroupements, les empêche en réalité de se développer ;

- l'harmonisation des pratiques de PMI en matière d'agrément des crèches et des assistantes maternelles, afin de contenir la tendance de ces services à imposer des normes de sécurité excessives par rapport aux exigences réglementaires ;

- la généralisation des agréments modulés pour les crèches, ce qui permettrait d'éviter que les gestionnaires, pour respecter le taux de remplissage des établissements qui ouvre droit à la participation financière des caisses d'allocations familiales (Caf), limitent l'amplitude de l'horaire d'accueil aux heures de grande affluence ;

- enfin, la réduction du délai d'attente, pour les assistantes maternelles débutantes, du premier agrément préalable à l'accueil des enfants et l'obligation d'inscrire sur l'agrément les formations professionnelles suivies, ce qui constituerait une incitation à la formation et renforcerait le professionnalisme de ce métier.

Raymonde Le Texier a estimé que les propositions intéressantes du rapporteur pallient l'indigence du volet de la loi de financement consacré à la famille. Elle a rappelé l'opposition résolue du groupe socialiste à la décision, prise l'an dernier, d'autoriser les assistantes maternelles à accueillir jusqu'à quatre enfants et insisté sur la nécessité de poursuivre l'effort de construction de crèches. On peut en effet légitimement redouter que le Gouvernement propose bientôt d'autoriser les assistantes maternelles à accueillir simultanément cinq ou six enfants, de manière à ce que le Président de la République puisse tenir, à moindres frais, sa promesse de créer 600 000 places d'accueil pendant son mandat.

Janine Rozier a approuvé l'ensemble des propositions du rapporteur et suggéré d'ouvrir la réflexion sur la création d'un salaire maternel.

Isabelle Debré a proposé que l'on aide les assistantes maternelles à déménager lorsque leur logement ne leur permet pas d'exercer leur activité professionnelle. Elle a souhaité savoir si la transformation d'un Ram en Rape entraînera la modification du régime de subvention de ces structures.

Yves Daudigny s'est dit dans l'obligation de constater que le projet de loi de financement, quelle que soit la branche considérée, n'est manifestement pas à la hauteur des enjeux.

Françoise Henneron a fait observer qu'un prêt de 10 000 euros est suffisant pour une opération de réaménagement de logement mais trop faible si un agrandissement du logement est nécessaire.

André Lardeux, rapporteur pour la branche famille, a souligné que le programme d'ouverture de places de crèches n'est pas mentionné dans le projet de loi de financement mais figure dans la Cog passée entre l'Etat et la Cnaf : les 861 millions d'euros budgétés devraient permettre de créer 40 000 places supplémentaires sur la période 2009-2012. S'il est vrai qu'une assistante maternelle peut accueillir jusqu'à quatre enfants, il s'agit là d'un maximum, qui n'apparaît pas excessif au regard de la norme retenue pour les crèches, qui impose la présence d'une auxiliaire pour cinq enfants qui ne marchent pas, et au regard des règles en vigueur dans les pays du nord de l'Europe.

Il s'est ensuite déclaré ouvert à une réflexion sur le salaire maternel, considérant que les femmes qui choisissent de s'occuper de leurs enfants jouissent de bien peu de considération dans notre société.

Pour ce qui concerne le problème des logements inadaptés à l'accueil des jeunes enfants, les regroupements d'assistantes maternelles, dont il est résolument partisan, constituent une réponse constructive, ce qui n'exclut pas que l'on puisse envisager d'attribuer les logements sociaux en tenant compte de l'exercice de la profession d'assistante maternelle.

Enfin, la création d'un Rape n'ouvre pas droit à davantage de subventions mais permet simplement d'élargir les missions des Ram grâce à un nouveau mode d'organisation.

*A l'issue de la discussion générale, la commission a **procédé à l'examen des amendements** proposés par ses rapporteurs.*

La commission a adopté sans modification les articles 1^{er} (approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2008), 2 (approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités d'affectation des excédents et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2008), 3 (ratification du relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général), 4 (rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2009), 5 (objectif d'amortissement rectifié de la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du fonds de réserve pour les retraites), 6 (dotations au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), 7 (prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche), 8 (rectifications de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2009) et 9 (approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel [annexe B]).

Après l'article 9, la commission a adopté un amendement portant article additionnel tendant à augmenter le taux de la CRDS de 0,15 %.

La commission a ensuite adopté l'article 10 (dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement) sans modification.

A l'article 11 (régime de la clause permanente de sauvegarde - recouvrement des remises sur le chiffre d'affaires dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux), elle a adopté un amendement tendant à prévoir que le taux K sera fixé pour la seule année 2010.

La commission a adopté sans modification les articles 12 (modification de l'assiette, du taux et de l'affectation de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux remboursables), 13 (modification de la clé de répartition du droit de consommation sur les tabacs et financement du régime complémentaire des exploitants agricoles) et 13 bis (augmentation du minimum de perception sur les cigarettes et le tabac à rouler).

A l'article 14 (réforme du dispositif des retraites « chapeau »), elle a adopté un amendement instituant un plafond à l'exonération de charges sociales dont bénéficient les retraites « chapeau ».

Elle a adopté sans modification les articles 15 (augmentation du forfait social), 16 (suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux), 17 (aménagement du régime des contrats d'assurance vie au regard des contributions sociales en cas de décès), 17 bis (aménagement des sanctions applicables en cas de dissimulation d'activité) et 17 ter (assujettissement aux cotisations et contributions sociales du bonus accordé aux salariés chargés de constituer des fonds de capital-risque).

A l'article 17 quater (extinction du régime du droit à l'image collective), elle a adopté un amendement reportant au 30 juin 2010 la date de suppression de l'exonération de cotisations sociales accordée aux sportifs au titre du droit à l'image collective.

Après l'article 17 quater, elle a adopté un amendement portant article additionnel tendant à étendre l'assiette de la CSG au produit retiré de la vente des métaux précieux, des bijoux et des objets d'art.

La commission a adopté sans modification l'article 18 (exonération de la cotisation d'assurance vieillesse pour les centres communaux et intercommunaux d'action sociale).

Après l'article 18, elle a adopté un amendement portant article additionnel visant à autoriser, à titre expérimental, le transfert anticipé à certaines Urssaf du recouvrement des cotisations Assedic et à maintenir un régime simplifié applicable aux entreprises de moins de dix salariés.

La commission a adopté sans modification les articles 19 (non-compensation par le budget de l'Etat d'une mesure d'exonération de cotisations sociales) et 20 (montant de la compensation des exonérations).

Après l'article 20, elle a adopté un amendement portant article additionnel tendant à calculer sur un douzième de la rémunération annuelle le montant de l'allègement général de cotisations sociales.

La commission a adopté sans modification les articles 21 (fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base) 22 (approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base), 23 (approbation du tableau d'équilibre du régime général), 24 (approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale), 25 (objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites) et 26 (comptabilisation de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers).

La commission a ensuite supprimé l'article 26 bis (création d'un comité de pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale).

A l'article 27 (habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt), elle a adopté un amendement réduisant de 20 milliards d'euros le plafond des ressources permanentes auxquelles peut recourir l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss).

La commission a ensuite supprimé l'article 28 (non-prise en compte du surcoût résultant des dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'Ondam en 2010).

A l'article 29 (prise en charge du suivi médical des assurés ne bénéficiant plus du régime des affections de longue durée), elle a adopté un amendement tendant à l'adaptation des textes réglementaires relatifs aux affections de longue durée.

A l'article 29 bis (prévention des risques d'accidents liés à la différence dans les caractéristiques physiques des médicaments de références et des médicaments génériques), la commission a adopté un amendement tendant à restreindre aux seules formes pharmaceutiques orales la dérogation prévue par cet article aux règles de protection des caractéristiques apparentes des médicaments mis dans le commerce.

Marie-Thérèse Hermange a indiqué que les laboratoires ont constaté que certains médicaments génériques, ayant une composition légèrement différente de celle du princeps, peuvent engendrer des pathologies.

François Autain a répondu que les laboratoires s'efforcent, par tous les moyens, de s'opposer à la diffusion des génériques. Ils prétendent par exemple que les génériques sont moins efficaces que le princeps, ou provoquent des pathologies, mais il s'agit là d'une campagne de dénigrement dont il ne faut pas être dupe.

La commission a adopté les articles 29 ter (rémunération des actes de télé médecine) et 29 quater (suivi par les sages-femmes des contraceptions qu'elles sont habilitées à prescrire) sans modification.

Elle a ensuite supprimé les articles 29 quinquies (développement de la prescription dans le répertoire des génériques) et 29 sexies (avenants aux contrats d'amélioration des pratiques individuelles). Puis, elle a adopté sans modification l'article 30 (extension de la mise sous entente préalable).

Après l'article 30, elle a adopté deux amendements portant articles additionnels tendant, respectivement, à prévoir la mise en place du secteur optionnel par la convention médicale ou, à défaut, par le règlement arbitral et à réserver l'accès aux missions de service public aux seuls établissements privés dont la majorité des médecins exerce en secteur 1 ou en secteur optionnel.

A l'article 30 bis (non-transmission aux ordres professionnels des contrats conclus entre les praticiens et l'assurance maladie), la commission a adopté un amendement rédactionnel.

Elle a adopté les articles 31 (régulation des dépenses de transports sanitaires) et 31 bis (régulation des prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville) sans modification.

A l'article 32 (convergence tarifaire intersectorielle reportée à 2018 - prise en charge des soins effectués dans les hôpitaux établis hors de France), la commission a adopté deux amendements tendant, respectivement, à avancer à 2014 la date d'achèvement de la convergence tarifaire et à préciser de quelle manière doivent être prises en compte, pour le calcul de l'Ondam, les dépenses de santé résultant d'engagements communautaires.

Après l'article 32, la commission a adopté un amendement portant article additionnel visant à soumettre au contrôle de la Cour des comptes les établissements privés de santé.

A l'article 32 bis (informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé), la commission a adopté un amendement précisant que les informations rendues publiques sont celles dont disposent les régimes obligatoires de base d'assurance maladie. Elle a ensuite supprimé l'article 32 ter (coordination).

La commission a adopté sans modification les articles 33 (frais de transport des personnes adultes handicapées), 33 bis (possibilité pour un groupement de coopération social et médico-social de gérer une pharmacie à usage interne), 33 ter (possibilité pour la CNSA de gérer des crédits de l'objectif global de dépenses en dehors des dotations régionales et financement par celle-ci des dépenses médico-sociales au titre des placements d'enfants handicapés français dans des établissements étrangers), 33 quater (extinction du financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) et 33 quinquies (sécurisation de la convention collective nationale des établissements privés de soins, de cure et de garde à but non lucratif).

Après l'article 33 quinquies, elle adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel afin que l'application du forfait journalier hospitalier ne puisse conduire à faire descendre les ressources des personnes accueillies en maisons d'accueil spécialisées en dessous d'un certain montant.

A l'article 34 (contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé pour 2010), la commission a adopté un amendement plafonnant le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au budget des ARS et supprimant l'affectation d'une dotation d'installation par voie de fonds de concours.

A l'article 35 (dotations pour 2010 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), elle a adopté un amendement ramenant à 200 millions d'euros la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs).

La commission a adopté sans modification les articles 35 bis (couverture du risque invalidité-décès pour les conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats), 36 (objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès) et 37 (montant et ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie).

A l'article 38 (majoration de durée d'assurance vieillesse), elle a adopté deux amendements, l'un tendant à ramener à quatre ans le délai à compter duquel le couple peut faire son choix sur la répartition de la majoration de durée d'assurance accordée au titre de l'éducation de l'enfant, l'autre rétablissant la disposition selon laquelle, à défaut de pouvoir établir celui des parents qui a assumé à titre principal l'éducation de l'enfant, la majoration est partagée par moitié entre eux.

La commission a adopté sans modification les articles 39 (cumul emploi-pension d'invalidité et non-cumul pension d'invalidité-pension de retraite) et 39 bis (cumul emploi-retraite des médecins).

A l'article 40 (transfert au FSV du financement des validations gratuites de trimestres au titre de périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et invalidité), elle a adopté un amendement précisant que les dispositions de cet article n'entreront en vigueur qu'au 1^{er} juillet 2010.

La commission a adopté sans modification les articles 41 (objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2010), 42 (réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles), 43 (dotations annuelles du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante), 43 bis (faisabilité d'une voie d'accès individuelle au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante) et 44 (versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général).

Puis elle a supprimé l'article 44 bis (réflexion d'ensemble sur l'évolution des tableaux des maladies professionnelles).

Elle a adopté sans modification les articles 45 (objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelle pour 2010) et 46 (octroi du prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels).

Après l'article 46, elle a adopté trois amendements portant articles additionnels tendant respectivement à organiser le régime applicable aux regroupements d'assistants maternels, à harmoniser les critères d'ouverture des crèches et d'agrément des assistants maternels et à autoriser les services de PMI à délivrer un agrément modulé définissant des capacités d'accueil différentes selon les heures et les périodes de l'année.

Elle a adopté sans modification l'article 46 bis (transformation des relais d'assistants maternels en relais d'accueil de la petite enfance).

A l'article 46 ter (agrément d'un assistant maternel pour deux enfants au minimum dès sa première demande), la commission a adopté un amendement prévoyant que la durée de la formation initiale d'un assistant maternel ne peut être supérieure au quart de son temps de formation totale obligatoire.

Elle a adopté l'article 47 (objectif de dépenses de la branche famille pour 2010) sans modification.

A l'article 48 (renforcement du pouvoir de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole en matière de pilotage des caisses locales), la commission a adopté un amendement permettant à la caisse centrale de la MSA de prescrire aux caisses locales des mesures visant à une meilleure maîtrise de leur gestion.

Puis elle a supprimé l'article 48 bis (création d'un fonds de performance de la sécurité sociale).

Elle a adopté sans modification les articles 49 (fixation des prévisions de charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale), 50 (détection des logements fictifs ouvrant droit au versement d'aides personnelles au logement) et 51 (prorogation de l'expérimentation d'une nouvelle sanction administrative en cas de fraude aux aides personnelles au logement).

A l'article 52 (prorogation de l'expérimentation d'une suspension du versement des aides au logement en cas de fraude), la commission a adopté un amendement fixant la date de remise du rapport relatif à l'expérimentation d'une nouvelle sanction applicable en cas de fraude aux aides personnelles au logement au mois de septembre 2010, plutôt qu'au mois de juin 2010.

A l'article 53 (mesures relatives au contrôle des arrêts de travail), elle a adopté trois amendements visant respectivement à supprimer la référence à un décret, à indiquer que le salarié en arrêt de maladie a droit à un nouvel examen lorsque le médecin mandaté par l'employeur n'a pas été en mesure de l'examiner lors d'une première visite, à préciser que l'avis du service du contrôle médical

relatif à la reprise du versement des indemnités journalières après une décision de suspension doit être rendu dans un délai défini par décret.

La commission a adopté l'article 54 (pénalités adaptée aux fortes activités de soins de santé) sans modification.

Après l'article 54, la commission a adopté un amendement portant article additionnel visant à préciser que l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par un organisme de sécurité sociale à un assuré interrompt les délais de prescription de l'action en recouvrement.

A l'article 55 (sanction du donneur d'ordre en matière de travail dissimulé), elle a adopté un amendement tendant à préciser qu'un donneur d'ordre peut être sanctionné en cas de travail dissimulé constaté chez l'un de ses sous-traitants seulement s'il est co-auteur de l'infraction.

La commission a adopté l'article 56 (clarification des règles relatives aux pénalités applicables par les directeurs des organismes d'assurance maladie) sans modification.

A l'article 57 (application de la procédure d'opposition à tiers détenteur au recouvrement des cotisations en cas de travail dissimulé), elle a adopté un amendement rédactionnel.

La commission a adopté l'article 58 (récupération des indus de prestations versées en tiers payant) sans modification.

Elle a enfin adopté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ainsi modifié.