

N° 88

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 novembre 2010

RAPPORT

FAIT

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

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur,
Rapporteur général.

Tome VII :
Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : Mme Muguet 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, Yves Daudigny, Mmes Christiane Demontès, Catherine Deroche, 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. Ronan Kerdraon, Marc Laménié, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-Louis Lorrain, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, François Vendasi, André Villiers.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 2584, 2912, 2916 et T.A. 553

Sénat : 84 et 90 (2010-2011)

SOMMAIRE

Pages

EXAMEN DES ARTICLES	11
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009	11
• <i>Article 1^{er}</i> Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2009	11
• <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 2009	19
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2010	23
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale	23
• <i>Article 3 (art. 10 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010)</i> Ajustement de la contribution des organismes d'assurance maladie complémentaire aux dépenses liées à la campagne de vaccination H1N1	23
• <i>Article 4</i> Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2010	27
• <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	30
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses	32
• <i>Article 6 (art. 60 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale)</i> Application du plafonnement légal de la participation des régimes d'assurance maladie obligatoire à certaines dépenses de l'Eprus - Rectification des dotations 2010 de l'assurance maladie obligatoire à l'Eprus et au Fmespp	32
• <i>Article 7</i> Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche	39
• <i>Article 8</i> Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année 2010	41
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011	45
Section 1 - Reprise de dette	45
• <i>Article additionnel avant l'article 9 (art. 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale)</i> Augmentation du taux de la CRDS	45
• <i>Article 9 (art. 2,4, 6 et 7 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, art. L. 135-3, L. 135-6, L. 135-7, L. 137-5 et L. 245-6 du code de la sécurité sociale)</i> Reprise de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale	46

Section 2 - Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement.....	53
• <i>Article 10 (art. L. 135-3, L. 137-11 et L. 137-11-1 du code de la sécurité sociale)</i>	
Renforcement des prélèvements sur les retraites « chapeau ».....	53
• <i>Article 11 (art. L. 137-13 et L. 137-14 du code de la sécurité sociale)</i> Majoration du taux des contributions sur les stock-options	57
• <i>Article 12 (art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale, art. L. 741-16 et L. 751-17 du code rural et de la pêche maritime, art. 27 de la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail)</i> Annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales.....	59
• <i>Article 12 bis (art. L. 131-7 et L. 131-8 du code de la sécurité sociale, art. 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005)</i> Affectation des recettes du panier de compensation des allègements généraux de cotisations sociales à la sécurité sociale.....	61
• <i>Article 12 ter (art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale)</i> Précision sur le champ des exonérations relatives aux services à la personne	63
• <i>Article 12 quater (art. L. 722-4 du code de la sécurité sociale)</i> Clarification du régime des cotisations maladie dues par les professionnels médicaux et paramédicaux	65
• <i>Article 13 (art. L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale)</i> Augmentation du forfait social.....	66
• <i>Article 13 bis (art. L. 137-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)</i> Prestations complémentaires de retraite et de prévoyance.....	71
• <i>Article 13 ter (art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale)</i> Limitation de l'exonération de cotisations applicable aux indemnités de rupture.....	72
• <i>Article 13 quater</i> Rapport au Parlement sur le régime social des indemnités de rupture.....	73
• <i>Article 14 (art. L. 131-8, L. 135-3, L. 137-16, L. 241-2, L. 245-13 du code de la sécurité sociale)</i> Recettes affectées au fonds de solidarité vieillesse dans le cadre de la réforme des retraites	74
• <i>Article 15 (art. L. 136-2 du code de la sécurité sociale)</i> Encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels de 3 % est applicable à la CSG.....	76
• <i>Article 16 (art. L. 242-1-3, L. 243-7 et L. 311-3 du code de la sécurité sociale)</i> Assimilation à des rémunérations et assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages reçus de tierces personnes dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle.....	78
• <i>Article 16 bis (art. L. 613-1 et L. 622-4 du code de la sécurité sociale)</i> Clarification de l'activité de loueur de chambres d'hôtes.....	81
• <i>Article 16 ter (art. 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008)</i> Prolongation de l'expérimentation de l'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité réduite	82
• <i>Article 17 (art. L. 731-15 et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 136-4 et L. 136-6 du code de la sécurité sociale)</i> Prise en compte dans les revenus professionnels des non-salariés agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et des biens conservés dans le patrimoine privé et utilisés pour les besoins de leur activité professionnelle	84
• <i>Article 17 bis (art. L. 731-16 du code rural et de la pêche maritime)</i> Transfert de la qualité de chef d'exploitation entre personnes liées par un pacte civil de solidarité	87
• <i>Article 17 ter (art. L. 752-1 du code rural et de la pêche maritime)</i> Absence d'obligation d'assurance pour les bailleurs à métayage.....	88
• <i>Article 18 (art. L. 863-1 du code de la sécurité sociale)</i> Relèvement du plafond annuel de ressources pris en compte pour l'accès à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé	89

• Article 19 Modification du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde - « taux K »	94
• Article 20 (art. L. 138-1, L. 138-10 et L. 245-2 du code de la santé publique) Plafonnement du chiffre d'affaires des médicaments orphelins ouvrant droit à des abattements de l'assiette de certaines contributions	96
• Article additionnel après l'article 20 (art. L. 161-37, L. 162-16-4 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale) Prise en compte des recommandations et avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé lors de la fixation et de la révision du prix des médicaments	105
• Article 21 (art. L. 134-1, L. 134-4, L. 134-5-1, L. 612-1, L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, art. 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005) Suppression de la compensation généralisée maladie	106
• Article 22 (art. 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires) Instauration d'une cotisation sur les avantages de retraite servis par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires	111
• Article 23 Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	114
Section 3 Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	120
• Article 24 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	120
• Article 25 Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	124
• Article 26 Approbation du tableau d'équilibre du régime général	128
• Article 27 Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	129
• Article 28 Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites	131
• Article 29 Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)	134
Section 4 - Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité	141
• Article 30 (art. L. 216-2-1 et L. 243-7 du code de la sécurité sociale, art. 5 de la loi du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi) Extension des possibilités de contrôle des Urssaf pour le compte d'organismes tiers volontaires	141
• Article 30 bis (art. L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale) Simplification des formalités applicables aux employeurs étrangers en matière sociale	144
• Article 30 ter (art. L. 243-6 du code de la sécurité sociale) Délai de remboursement des cotisations indues	146
• Article 31 (art. L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale) Aménagement de la déclaration commune des revenus des travailleurs indépendants	147
• Article 32 (art. L. 651-5-1 à L. 651-5-3, L. 651-5-4 à L. 651-5-6 (nouveaux) et L. 651-9 du code de la sécurité sociale) Instauration de nouvelles sanctions en matière de recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés	149
• Article additionnel après l'article 32 (art. L. 141-3 du code des juridictions financières) Echanges d'informations dans le cadre de la certification des comptes des organismes de sécurité sociale	153
• Article 33 Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	154

QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011	161
Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	161
• <i>Article 34 (art. L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale)</i> Renforcement du rôle du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie	161
• <i>Article additionnel après l'article 34 (art. L. 161-14-1-1 du code de la sécurité sociale)</i> Entrée en vigueur des mesures conventionnelles prévoyant des revalorisation tarifaires	163
• <i>Article 34 bis</i> Information du Parlement sur le bilan financier des conventions conclues par les professionnels de santé avec l'assurance-maladie	163
• <i>Article 35 (art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)</i> Révision dans les cinq ans d'un acte nouvellement inscrit à la classification commune des actes médicaux	164
• <i>Article additionnel après l'article 35 (art. L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale)</i> Date d'entrée en vigueur d'ameli-direct, système d'information sur les honoraires pratiqués	166
• <i>Article 36 (art. L. 165-3 du code de la sécurité sociale)</i> Accords-cadres conclus entre le comité économique des produits de santé et les représentants des fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux	166
• <i>Article 36 bis (art. L. 632-6 du code de l'éducation et art. L. 136-5 du code de la sécurité sociale)</i> Dégressivité de l'indemnité de remboursement de l'allocation reçue au titre du contrat d'engagement de service public	170
• <i>Article 36 ter (art. L. 1434-7 du code de la sécurité sociale)</i> Développement des alternatives à l'hospitalisation	171
• <i>Article 36 quater (art. L. 1434-7 du code de la sécurité sociale)</i> Développement des activités de dialyse à domicile	172
• <i>Article 36 quinquies (art. L. 5125-15 du code de la santé publique)</i> Regroupements de pharmacies d'officine	173
• <i>Article 36 sexies (art. L. 138-9 du code de la sécurité sociale)</i> Substitution des « quasi-génériques »	174
• <i>Article 36 septies (art. L. 161-38 et L. 162-5 du code de la sécurité sociale)</i> Intégration des recommandations et avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé dans les logiciels d'aide à la prescription certifiés	175
• <i>Article 36 octies (art. L. 165-10 (nouveau) du code de la sécurité sociale)</i> Extension à la délivrance des dispositifs médicaux de l'encadrement applicable aux médicaments	177
• <i>Article 36 nonies (art. 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008)</i> Date de remise au Parlement du rapport sur les franchises médicales	179
• <i>Article 37 (art. L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale)</i> Conditions de la mise sous accord préalable des séjours en soins de suite et de rééducation prescrits par des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique	180
• <i>Article 38 (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004)</i> Prolongation de la procédure dérogatoire de facturation des hôpitaux	185
• <i>Article additionnel après l'article 38 (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004)</i> Elargissement du champ de la tarification à l'activité	187
• <i>Article 39 (art. L. 1142-23 et L. 1221-14 du code de la santé publique)</i> Procédure d'indemnisation des victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine	188
• <i>Article 39 bis (art. L. 1142-21-1 du code de la santé publique)</i> Extension aux sages-femmes du régime d'intervention de l'Oniam en cas de dommages causés par des médecins libéraux à l'occasion d'un acte lié à la naissance	194

• Article 40 (art. L. 6122-19 du code de la santé publique) Expérimentation des maisons de naissance	198
• Article additionnel après l'article 40 Expérimentation de centres autonomes pour la chirurgie ambulatoire	200
• Article 41 (art. 33 de la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Modification de la convergence tarifaire intersectorielle	201
• Article additionnel après l'article 41 (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Convergence tarifaire ciblée	205
• Article 42 (art. L. 162-22 et L. 162-22-2, L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale) Identification des parts liées à la psychiatrie et aux soins de suite ou de réadaptation	206
• Article 42 bis (article 47 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010) Evolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et prescrits à l'hôpital	207
• Article 42 ter Evaluation de la politique immobilière des établissements de santé	209
• Article 42 quater Bilan des réorganisations internes des établissements publics de santé	209
• Article additionnel après l'article 42 quater Coût des dépenses prescrites en établissement de santé et pesant sur l'enveloppe des soins de ville	210
• Article 43 (art. L. 341-10 du code de la sécurité sociale) Cumul des revenus d'une activité non salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général	211
Section 1 bis Dispositions relatives au secteur social et médico-social	213
• Article 43 bis (art. L. 14-10-5 et L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 1431-2 et L. 1432-6 du code de la santé publique) Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer	213
• Article 43 ter (art. L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles) Rapport au Parlement préalable à la correction en fin d'année de l'objectif global de dépenses	215
• Article 43 quater (art. L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, art. 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009) Prolongation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins	216
• Article 43 quinquies (art. L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles) Procédure d'évaluation de la perte d'autonomie	218
• Article 43 sexies (art. 54 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010) Pharmacies à usage intérieur dans les groupements de coopération sanitaire	219
• Article 43 septies Rapport au Parlement sur les écarts de charges entre les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux	220
• Article additionnel après l'article 43 septies (art. L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles) Clarification de la nature des interventions des professionnels libéraux au sein des Ehpad	222
• Article 44 (art. L. 323-3-1 (nouveau) et L. 433-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 1226-1-1 (nouveau) et L. 1226-7 du code du travail) Actions de formation professionnelle continue ou d'accompagnement vers le retour à l'emploi durant un arrêt maladie	223
• Article 45 Dotations pour 2011 des régimes obligatoires d'assurance maladie 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, à l'établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires et aux agences régionales de santé	225

• Article additionnel après l'article 45 (art. L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale)	
Vote des dotations missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation par le Parlement	230
• Article additionnel après l'article 45 (art. L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale)	
Vote de l'objectif de dépenses d'assurance maladie par le Parlement	231
• Article additionnel après l'article 45 (art. L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale)	
Vote de l'objectif quantifié national par le Parlement	231
• Article 45 bis (art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale) Transmission au Parlement du bilan d'activité du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins	232
• Article 45 ter (art. 40 de la loi n° 2000-1257 de financement de la sécurité sociale pour 2001, art. L. 1432-6 du code de la santé publique et art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale) Fongibilité des crédits des parts régionales du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins - Utilisations diverses de ressources de l'assurance maladie	233
• Article 46 Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	236
• Article 47 Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objectifs	237
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse	241
• Article 48 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2011	241
Section 3 - Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	243
• Article 49 (art. 53 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001) Allongement du délai de prescription des actions devant le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	243
• Article additionnel après l'article 49 (art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) Harmonisation des conditions d'octroi et de prise en charge de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	245
• Article additionnel après l'article 49 (art. L. 162-1-14 et L. 471-1 du code de la sécurité sociale) Lutte contre la fraude en matière de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	246
• Article additionnel après l'article 49 (art. L. 172-1 du code de la sécurité sociale) Harmonisation du mode de calcul des pensions d'invalidité	247
• Article 50 (art. L. 751-21 et L. 751-49 du code rural et de la pêche maritime) Dispositions d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail dans le secteur agricole	249
• Article 51 (art. L. 176-1 du code de la sécurité sociale) Versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	250
• Article 52 Contribution au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	251
• Article 53 Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles	252
Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille	253
• Article 54 (art. L. 542-2 et L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale et art. L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitation) Suppression de la rétroactivité des aides au logement	253

• <i>Article 55 (art. L. 531-3 et L. 552-1 du code de la sécurité sociale)</i> Modification de la date d'ouverture du droit à l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant	256
• <i>Article additionnel après l'article 55 (art. L. 542-9 du code de la sécurité sociale)</i> Ouverture du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels travaillant en maison d'assistants maternels	258
• <i>Article 55 bis (art. L. 331-7, L. 613-9, L. 613-19-1, L. 722-8, L. 722-8-1 et L. 722-8-3 du code de la sécurité sociale)</i> Partage des indemnités journalières de repos entre la mère et le père adoptifs	259
• <i>Article 55 ter (art. L. 521-1 du code de la sécurité sociale)</i> Conditions de versement des allocations familiales en cas d'intervention de l'aide sociale à l'enfance	261
• <i>Article 55 quater</i> Rapport du Gouvernement sur le coût des grossesses pathologiques	262
• <i>Article 56</i> Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2011	263
Section 5 - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	265
• <i>Article 57 (art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale, art. 80 de la loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009)</i> Transfert au fonds de solidarité vieillesse du financement d'une fraction du minimum contributif versé par le régime général, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants	265
• <i>Article 57 bis (art. L. 173-2 du code de la sécurité sociale)</i> Minimum contributif du régime des cultes	270
• <i>Article 58</i> Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	271
Section 6 - Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	273
• <i>Article 59 (art. L. 114-23 et L. 224-5 du code de la sécurité sociale)</i> Fonds de performance de la sécurité sociale	273
• <i>Article 59 bis (art. L. 224-5 du code de la sécurité sociale)</i> Pouvoir de contrôle de l'union des caisses nationales de sécurité sociale	274
Section 7 - Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude	276
• <i>Article 60 (art. L. 323-6 du code de la sécurité sociale)</i> Pénalisation de l'exercice d'activités rémunérées pendant les arrêts maladie	276
• <i>Article 61 (art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale)</i> Droit des agents de contrôle de la sécurité sociale d'obtenir des informations permettant de lutter contre la fraude profitant à des tiers	278
• <i>Article 62 (art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale)</i> Instauration d'une pénalité contre les tiers refusant de communiquer les informations demandées	279
• <i>Article 63 (art. 133-6-8 du code de la sécurité sociale)</i> Obligation de déclaration de revenus pour les auto-entrepreneurs	280
• <i>Article 64 (art. L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale)</i> Possibilité pour les agents de contrôle de la sécurité sociale de demander le passeport et le titre de séjour des allocataires	281
• <i>Article 65 (art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)</i> Prise en charge des cotisations des professionnels de santé par l'assurance maladie	282
• <i>Article 66 (art. L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale)</i> Limitation des sanctions dues par les établissements de santé en cas de manquement aux règles de facturation	283

• Article additionnel après l'article 66 (art. L. 162-1-14, L. 162-1-14-1, L. 162-1-14-2 et L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale) Harmonisation de la jurisprudence des organismes locaux d'assurance maladie en matière de pénalités financières et de mise sous accord préalable	284
• Article 67 (art. 243-3-1 du code de la sécurité sociale) Extension de la procédure d'opposition à tiers détenteur	286
• Article 68 (art. L 243-5 du code du travail) Remise de pénalités et majorations en cas de liquidation judiciaire	287
• Article 69 (art. L. 243-7 du code de la sécurité sociale) Contrôle des travailleurs indépendants	288
• Article 70 (art. L. 243-14 du code de la sécurité sociale) Déclaration des cotisations des grandes entreprises par voie électronique	289
• Article 71 (art. 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse) Minimum vieillesse	290
TRAVAUX DE LA COMMISSION	293

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2009

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2009, 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 2009**

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 2011. Sur la base des vérifications effectuées, la Cour a, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de septembre 2010, exprimé l'avis suivant :

« Les opinions exprimées par les auditeurs externes des régimes témoignent de l'ampleur des progrès restant à accomplir pour disposer d'une information comptable fiable, particulièrement en matière de contrôle interne et de systèmes d'information.

« En outre, en dépit des améliorations observées, le processus de contrôle des données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre reste à parfaire.

« Enfin, les tableaux d'équilibre comportent toujours des retraitements contraires aux règles comptables, consistant à contracter des charges et des produits, sans impact toutefois sur le montant des déficits : les produits et charges du régime général sont ainsi minorés de 16,7 milliards d'euros et ceux de l'ensemble des régimes de base de 21,1 milliards d'euros.

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

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 **21,7 milliards d'euros**, au lieu de 9,7 milliards d'euros en 2008, soit **plus qu'un doublement du déficit** en un an.

La moitié environ du déficit est imputable non plus, comme en 2008, à la branche vieillesse mais à la **branche maladie** qui enregistre un résultat négatif de 10,4 milliards d'euros au lieu de 4,1 milliards en 2008. Le déficit de la branche vieillesse s'élève à 8,9 milliards d'euros, au lieu de 5,6 milliards un an plus tôt. La branche famille qui avait enregistré un excédent de 200 millions en 2007 et un déficit de 300 millions en 2008 a sensiblement creusé son déficit à 1,8 milliard en 2009. La branche accidents du travail -

maladies professionnelles devient elle aussi déficitaire avec un résultat négatif de 600 millions au lieu d'un excédent de 200 millions d'euros en 2008.

En dehors du régime général, il convient de noter **la mauvaise situation de la branche retraite du régime des exploitants agricoles**, avec un résultat négatif de 1,2 milliard d'euros¹. A l'inverse, d'autres régimes affichent des résultats excédentaires, principalement la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), pour 27 millions d'euros, mais cet excédent s'inscrit dans le cadre d'une baisse tendancielle car ce résultat positif s'élevait à 320 millions en 2008 et 465 millions en 2007.

De la loi de financement initiale pour 2009 au présent projet de loi de financement, **le déficit prévu a été accru de 10,3 milliards d'euros**, soit une révision d'un montant sans précédent. Cette évolution est pour l'essentiel liée aux effets de la crise qui a entraîné un effondrement des recettes, particulièrement sensible pour les branches maladie et famille. En revanche, le solde initial de la branche vieillesse a moins dérivé du fait d'une meilleure tenue des ressources de cette branche.

Par rapport aux montants révisés de la loi de financement pour 2010, adoptés il y a un an, les soldes affichent **un résultat un peu moins dégradé** puisqu'ils sont inférieurs de 2,9 milliards aux montants votés. Cet écart tient, pour une première part, à de meilleures recettes dues à un recul moins important que prévu de la masse salariale (- 1,3 % au lieu de - 2 % estimés il y a un an) et, pour une deuxième part, à des dépenses inférieures aux objectifs, en particulier pour la branche famille.

Le tableau ci-après permet de retracer cette évolution.

**Evolution du tableau d'équilibre 2009
de l'ensemble des régimes obligatoires**

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2009	LFSS pour 2010	PLFSS pour 2011
Maladie	- 3,8	- 11,5	- 10,4
Vieillesse	- 7,2	- 9,5	- 8,9
Famille	- 0,5	- 3,1	- 1,8
AT/MP	0	- 0,5	- 0,6
Total	- 11,4	- 24,6	- 21,7

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.

¹ A la suite de la suppression du Ffipsa le 1^{er} janvier 2009, la branche maladie du régime des exploitants agricoles a été intégrée financièrement à la branche maladie du régime général.

Ce régime affiche un déficit global de **20,3 milliards d'euros** en 2009, au lieu de 10,2 milliards en 2008, soit **un doublement du déficit**.

- La moitié de ce déficit provient de la **branche maladie**, à hauteur de **10,6 milliards**, alors que celle-ci présentait un déficit inférieur à celui de la branche vieillesse en 2008 avec 4,4 milliards. Ce faisant, la branche maladie retrouve pratiquement son plus haut niveau historique, celui de 2004 avec 11,6 milliards d'euros. Ce résultat s'explique à la fois par l'effondrement des recettes, notamment de la CSG dont la branche est le principal attributaire, et par une hausse des charges, liée en particulier à la généralisation de la T2A et à un changement de méthode d'évaluation des provisions hospitalières.

- La **branche vieillesse**, devenue déficitaire en 2005, voit à nouveau son déséquilibre se creuser avec un solde négatif de **7,2 milliards d'euros**, au lieu de 5,6 milliards en 2008. Cette dégradation traduit le dynamisme toujours soutenu des dépenses de prestations de la branche malgré une baisse du volume de départs anticipés pour carrière longue. Le nombre de pensionnés aura au total progressé de 2,9 % en 2009, soit un peu moins qu'en 2008 où il s'était accru de 3,5 %.

- La **branche famille** enregistre à nouveau un **déficit, à hauteur de 1,8 milliard d'euros**, soit sensiblement plus que le déficit de 342 millions constaté en 2008. Ce résultat est lié à la fois à une baisse des recettes, notamment de la CSG, et à la poursuite du dynamisme de la progression des prestations, particulièrement en faveur de la petite enfance.

- La **branche accidents du travail-maladies professionnelles** enregistre **un déficit de 700 millions d'euros** après avoir connu un excédent de 200 millions en 2008, soit une détérioration proche de 1 milliard. La branche redevient donc déficitaire, comme elle l'a systématiquement été depuis 2002 à l'exception de 2008.

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 2009 du régime général

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2009	LFSS pour 2010	PLFSS pour 2011
Maladie	- 4,6	- 11,5	- 10,6
Vieillesse	- 5,3	- 8,2	- 7,2
Famille	- 0,5	- 3,1	- 1,8
AT/MP	- 0,1	- 0,6	- 0,7
Total	- 10,5	- 23,4	- 20,3

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

Ce tableau concerne un seul organisme en 2009, le fonds de solidarité vieillesse (FSV), puisque le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa) qui y figurait auparavant a été supprimé à compter du 1^{er} janvier.

Après les soldes positifs de 800 millions d'euros en 2008 et de 200 millions en 2007, qui succédaient à plusieurs années de déséquilibres importants, le FSV renoue en 2009 avec le déficit. Celui-ci s'établit au montant particulièrement élevé de **3,2 milliards d'euros**. Dans la prévision initiale, le fonds devait n'enregistrer qu'un déficit d'un milliard.

Ce mauvais résultat s'explique par **la conjonction de deux facteurs négatifs** : une baisse sensible des recettes du fonds, due notamment à la perte de 0,2 point de CSG transféré à la Cades, et d'un accroissement de 17,5 % des dépenses au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs du fait de la dégradation de l'emploi.

Les produits du FSV se sont ainsi élevés à 13 milliards d'euros au lieu de 15,4 milliards en 2008, tandis que les charges se sont établies à 16,2 milliards au lieu de 14,6 milliards un an plus tôt. L'effet de ciseau provoqué par le retournement de la conjoncture apparaît très clairement dans ces chiffres.

Au 31 décembre 2008, le FSV connaissait un déficit cumulé de 4 milliards. Cette dette a été intégralement reprise par la Cades au début de 2009. La réapparition de déficits entraîne cependant la création d'une nouvelle dette. L'opération de reprise de dette prévue à l'article 9 du présent PLFSS inclut le FSV dans le champ des transferts vers la Cades.

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 2009 à 157,6 milliards d'euros ; la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 l'a porté à 157,9 milliards.

Le présent article établit le montant des dépenses constatées en 2009 à un niveau encore légèrement supérieur, soit **158,1 milliards d'euros**.

L'Ondam réalisé pour 2009 est donc supérieur de 450 millions d'euros à l'objectif initial, soit un montant bien inférieur aux dépassements de 900 millions de 2008 ou de 3 milliards de 2007. Ce dépassement concerne pour l'essentiel les dépenses hospitalières qui ont été de 550 millions supérieures aux prévisions initiales. Au total, il représente une progression des dépenses de 0,3 % par rapport à l'objectif initial.

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

Le montant des ressources affectées au fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2009 est fixé par cet article à **1,5 milliard d'euros**, soit à un niveau inférieur au 1,8 milliard de 2007 et 2008 et aux prévisions du projet de loi de financement initial pour 2009 qui avait inscrit 1,7 milliard. La crise financière explique le moindre rendement de ces recettes.

En effet, le montant inscrit à cet article 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 2009, la valeur de marché du portefeuille du FRR atteignait **33,3 milliards d'euros**, soit 5,6 milliards de plus qu'à la fin 2008 mais 1,2 milliard de moins que le montant atteint par ces actifs le 31 décembre 2007. Cette progression résulte du rebond des marchés financiers à partir du printemps 2009 ; elle correspond à une performance du portefeuille de 15 % en 2009 mais ne compense que pour partie la dépréciation enregistrée en 2008, soit - 24,9 %.

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 2009, soit **5,3 milliards d'euros**, au lieu de 2,9 milliards d'euros en 2008.

Cette forte progression résulte de l'attribution, par la loi de financement pour 2009, d'une recette supplémentaire à la Cades, correspondant à 0,2 point de CSG, destinée à accroître la capacité de remboursement de la caisse à laquelle les 27 milliards d'euros de déficits cumulés à fin 2008 ont été transférés, de manière à respecter la règle organique de 2005 qui impose que toute nouvelle reprise de dette par la Cades soit accompagnée de recettes suffisantes pour ne pas allonger sa durée d'amortissement.

Le montant de la dette amortie, qu'il est proposé d'approuver, correspond à la différence entre le produit de la CRDS et de la CSG enregistré en 2009, soit 8,2 milliards d'euros, augmenté de quelques produits annexes, et la charge d'intérêt de la dette portée par la Cades (2,9 milliards).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

- **Sur les tableaux présentés**

Une nouvelle fois, la Cour des comptes critique la présentation des comptes des différentes branches de la sécurité sociale. Elle demande, en particulier, qu'il soit mis un terme aux contractions entre certains produits et charges qui, sans avoir d'impact sur les soldes, permettent d'afficher des sommes de produits et de charges différentes (et en l'occurrence inférieures) de ce que les normes comptables exigent.

Recommandations de la Cour des comptes sur les tableaux d'équilibre et l'analyse des comptes :

1. Fixer par une circulaire les règles d'établissement des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) et confier leur vérification aux commissaires aux comptes (recommandation réitérée).

2. Mettre fin à la présentation en loi de financement de la sécurité sociale de tableaux d'équilibre intégrant des retraitements contraires aux règles comptables (recommandation réitérée).

3. Rendre obligatoire la publication des comptes des branches du régime général ainsi que des comptes des autres régimes et organismes, accompagnés des rapports des commissaires aux comptes correspondants.

Réponse du Gouvernement aux observations de la Cour des comptes :

« S'agissant, plus spécifiquement, de l'élaboration des tableaux d'équilibre inscrits en lois de financement, nous rappelons que les retraitements effectués par rapport au plan comptable des organismes de sécurité sociale ont pour unique objectif de donner une vision économiquement pertinente des produits et charges des régimes. Comme le précise l'annexe IV au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, la neutralisation des écritures relatives, d'une part, aux pertes et dotations sur créances, et, d'autre part, les reprises sur provisions pour prestations sociales, permet de mieux appréhender la situation financière effective des régimes. »

Votre commission comprend parfaitement les arguments avancés aussi bien par la Cour que par le Gouvernement. Elle estime néanmoins nécessaire qu'une solution soit trouvée pour sortir de cette impasse.

Peut-être conviendrait-il que les tableaux soient présentés sous les deux aspects - agrégés et non agrégés - de manière, à la fois, à respecter les règles comptables et à permettre une présentation économiquement et pédagogiquement pertinente des comptes des organismes de sécurité sociale.

- **Sur la situation des comptes**

En 2009, le déficit du régime général atteint un montant double de celui de 2008, passant de 10,2 à 20,3 milliards d'euros. La crise qui s'est principalement traduite par un « choc des recettes » et a fait perdre, en deux ans, 25 milliards de recettes au régime général, a donc entraîné les comptes sociaux vers un nouveau palier de déficit. **Stabilisé autour de 10 milliards d'euros entre 2004 et 2008, le solde de la sécurité sociale est désormais installé aux environs de 20 milliards**, puisque les déficits pour 2010 et 2011 affichent également cet ordre de grandeur.

**Soldes par branche du régime général
sur la période 2004-2009**

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie	- 11,6	- 8,0	- 5,9	- 4,6	- 4,4	- 10,6
Accidents du travail	- 0,2	- 0,4	- 0,1	- 0,5	0,2	- 0,7
Vieillesse	0,3	- 1,9	- 1,9	- 4,6	- 5,6	- 7,2
Famille	- 0,4	- 1,3	- 0,9	- 0,2	- 0,3	- 1,8
Total régime général	- 11,9	- 11,6	- 8,7	- 9,5	- 10,2	- 20,3

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 d'octobre 2008 : « *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 en 2002-2003 lors du dernier ralentissement économique, n'a donc pas pu être maîtrisé. Cet état de fait éloigne toute perspective de retour à l'équilibre rapide et constitue **une menace avérée pour la survie même du système de protection sociale** car un nouveau socle de déficit de 20 milliards ne peut être durablement pris en charge.

La **réforme des retraites** présentée par le Gouvernement est une **vraie réponse au déséquilibre structurel de la sécurité sociale**. En effet, depuis 2007, la branche vieillesse s'enfonce dans le déficit et les perspectives chiffrées du Cor pour le moyen terme faisaient état de déséquilibres de plus en plus forts, devenant rapidement insoutenables, jusqu'à 45 milliards en 2020. Le retour à l'équilibre des régimes de retraite en 2018, but de la réforme

récemment adoptée, devra être respecté et la trajectoire prévue pour y parvenir régulièrement évaluée de manière à ne pas manquer l'objectif.

En matière d'assurance maladie, la question d'une réforme de plus grande ampleur que les plans annuels d'économies et de maîtrise des dépenses proposés chaque année par le Gouvernement est clairement posée aujourd'hui. Elle s'impose d'autant plus que le déficit de la branche maladie représente désormais, avec plus de 10 milliards d'euros, la moitié du déficit de la sécurité sociale.

Prenant acte de la situation des comptes sociaux en 2009, **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 2009

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 2009, 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 2009, présentés à l'article premier, font apparaître des déficits pour chacune des quatre branches de la sécurité sociale, que ce soit pour les régimes obligatoires de base ou le régime général, ainsi que pour le FSV.

Le rapport de l'annexe A a pour objet de décrire les modalités de couverture de l'ensemble de ces déficits ; aucun solde positif n'étant constaté cette année, il ne comporte aucune modalité pour l'affectation des excédents éventuels.

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 quatre branches déficitaires en 2009 sont, respectivement, de 10,6 milliards d'euros pour la maladie, 7,2 milliards d'euros pour la vieillesse, 1,8 milliard d'euros pour la famille et 700 millions d'euros pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles.

Ces déficits ont été **financés par les ressources non permanentes de l'Acoss**. Le Gouvernement justifie ce choix en indiquant :

« Pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il a été décidé dans le cadre exceptionnel de l'année 2010 de ne pas procéder sur cette année à des reprises de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale. En effet, en vertu des dispositions organiques, un transfert de dette aurait nécessité une hausse des prélèvements obligatoires qui aurait pesé sur le pouvoir d'achat au moment où l'économie traversait une de ses crises les plus graves. »

C'est la raison pour laquelle, la loi de financement pour 2010 a autorisé un plafond d'emprunt pour l'Acoss d'un montant encore inégalé de **65 milliards d'euros**, afin de lui permettre de porter dans ses comptes à la fois les déficits de l'année 2009 et ceux de l'année 2010, les déficits cumulés au 31 décembre 2008 ayant été transférés à la Cades dans le cadre de la loi de financement pour 2009.

En 2009, le financement des déficits sociaux par l'Acoss s'est fait principalement par des emprunts de trésorerie auprès de la Caisse des dépôts et consignations et par l'émission de billets de trésorerie sur les marchés financiers.

En 2010, l'accroissement de près de 30 milliards du plafond de trésorerie de l'Acoss a nécessité, outre le recours aux mêmes instruments qu'en 2009, la mobilisation de nouvelles ressources : des prêts d'un an de la Caisse des dépôts et consignations et l'émission d'*Euro commercial papers* effectuée en partenariat avec l'Agence France Trésor.

2°) Les organismes concourant au financement des régimes

Pour 2009, un seul organisme est mentionné dans cette annexe - le fonds de solidarité vieillesse (FSV) -, le Ffipsa ayant été supprimé à compter du 1^{er} janvier 2009.

Contrairement à 2008 où le FSV connaissait un excédent de 800 millions, le résultat du FSV pour l'exercice 2009 est déficitaire, à hauteur de **3,2 milliards d'euros**.

Le fonds n'ayant ni réserve ni dette accumulée, cette dernière ayant été reprise dans le cadre du transfert de dettes à la Cades mis en place par la loi de financement pour 2009, il affiche un déficit cumulé d'un montant égal au déficit de l'exercice, soit 3,2 milliards d'euros.

Comme le fonds n'a pas le droit d'emprunter, ce déficit se traduit par une dette vis-à-vis de la Cnav, au titre de la prise en charge des cotisations vieillesse des chômeurs. Elle est **financée, comme le déficit de la Cnav, par les emprunts de trésorerie de l'Acoss**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la 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, constate que le présent projet de loi de financement met un terme à cette situation en transférant les déficits 2009 et 2010 du régime général à la Cades.

Une telle situation ne peut en effet qu'être **tout à fait exceptionnelle**. Certes justifiée à la fois par l'ampleur de la crise et le niveau historiquement bas des taux d'intérêt à court terme, elle ne pourra se reproduire car, comme le réaffirme régulièrement la Cour des comptes, l'Acoss n'a pas pour mission de porter dans ses comptes des déficits qui dépassent le stade infra-annuel.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2010

Section 1

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

Article 3

*(art. 10 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009
de financement de la sécurité sociale pour 2010)*

Ajustement de la contribution des organismes d'assurance maladie complémentaire aux dépenses liées à la campagne de vaccination H1N1

Objet : Cet article a pour objet d'ajuster le taux de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC) en fonction du montant des dépenses effectivement engagées pour la campagne de vaccination pandémique.

I - Le dispositif proposé

Après quelques tribulations, la participation des organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC) aux dépenses de lutte contre la pandémie grippale a pris la forme d'une contribution exceptionnelle d'un taux de 0,77 %, alignée, quant à son assiette et ses modalités de recouvrement, sur leur contribution au financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-c), et affectée aux régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO).

Afin d'aligner à due proportion la contribution de l'AMC sur celle des régimes d'AMO, il est proposé de ramener le taux de cette participation de 0,77 à 0,34 %.

• **la définition en 2009 de la participation de l'AMC aux dépenses liées à la vaccination contre la grippe A (H1N1)v**

Si le principe d'une contribution de l'AMC aux dépenses liées à la vaccination contre la grippe A (H1N1)v représentative des remboursements qu'elles auraient été conduites à effectuer dans le cadre d'une vaccination assurée selon les procédures habituelles, n'a guère fait débat, ni les modalités de cette contribution, la détermination de son affectation et celle de son taux ont en revanche été plus discutées.

La mise au point du dispositif finalement retenu, prévu par l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010¹, s'est poursuivie à la fin de 2009 à travers la discussion concomitante de trois projets de loi financiers, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le projet de loi de finances initiale pour 2010 et le troisième projet de loi de finances rectificative pour 2009.

* Les modalités de la contribution exceptionnelle de l'AMC ont été définies dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Cette contribution devait avoir la même assiette que la contribution, à versements trimestriels, des organismes d'AMC (mutuelles, institutions de prévoyance ou sociétés d'assurance) au fonds CMU, cette assiette étant définie à l'article 862-4 du code de la sécurité sociale.

Elle devait être recouvrée dans les mêmes conditions (par versement trimestriel aux Urssaf ou à l'Acoss), prévues à l'article L. 862-5 du même code.

Ces dispositions ont été adoptées telles qu'elles figuraient dans le PLFSS pour 2010.

* L'affectation du produit de la contribution a été débattue dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale mais aussi du projet de loi de finances pour 2010.

Le dernier alinéa de l'article 10 du PLFSS pour 2010 prévoyait que le produit de la contribution exceptionnelle serait versé à la Cnam et réparti par ses soins entre les régimes d'AMO.

Cette disposition avait été approuvée par votre commission.

En effet, le montant de la contribution correspondait à des sommes qui n'auraient pas été déboursées par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une vaccination organisée dans le cadre habituel.

Il était donc logique qu'il vienne en déduction de sa participation à des dépenses qui relevaient, de toute façon, davantage de la mission régalienne de l'Etat que du cadre d'intervention de l'assurance maladie obligatoire, et

¹ Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009.

dont par ailleurs le montant résultait de choix relevant de la seule responsabilité de l'Etat.

Elle avait été adoptée sans modification par le Sénat, qui avait rejeté un amendement de suppression du Gouvernement.

A l'occasion de l'examen par l'Assemblée nationale de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2010, cependant, avait été présenté et adopté **un amendement du Gouvernement tendant à créer une contribution identique à celle prévue par le PLFSS, mais dont le produit devait être affecté à l'Eprus.**

L'article 59 ter du projet de loi de finances qui résultait de cet amendement a été supprimé par le Sénat, par suite de l'adoption de deux amendements identiques de suppression présentés par le rapporteur spécial de la commission des finances, Jean-Jacques Jégou, et le rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales, Alain Milon.

Il n'a pas été rétabli en commission mixte paritaire et **la Cnam est ainsi demeurée affectataire de la contribution de l'AMC, en application de l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.**

* *Le taux de la contribution exceptionnelle de l'AMC* a finalement été fixé par la troisième loi de finances rectificative pour 2009.

Le taux initialement prévu par le PLFSS pour 2010 était de **0,94 %**, ce qui devait correspondre à un rendement de l'ordre de **300 millions d'euros** soit environ 35 % du coût alors estimé de l'acquisition des vaccins (807 millions d'euros).

Ce pourcentage équivalait à celui du « ticket modérateur » normalement applicable au remboursement des vaccins et habituellement pris en charge par les assurances complémentaires¹.

Postérieurement à l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et à l'examen par l'Assemblée nationale du projet de loi de finances pour 2010, le montant prévisionnel des commandes de vaccins pandémiques avait été réduit du fait :

- de l'application aux vaccins, qui avaient obtenu leur AMM, du taux réduit de la TVA (- 97 millions d'euros) ;

- de la décision de faire don à l'OMS de 10 % des doses de vaccins acquises, pour un coût estimé à 56 millions d'euros, auquel l'assurance maladie - obligatoire ou complémentaire - n'avait pas vocation à contribuer.

Il convenait donc de réduire en conséquence la contribution demandée aux AMC.

¹*Equivalence cependant approximative, car toutes les personnes qui se font vacciner n'ont pas obligatoirement souscrit une assurance complémentaire santé, et certaines peuvent être exonérées de ticket modérateur (telles, pour la grippe saisonnière, les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans ou les sujets « à risque » atteints de certaines affections).*

Des amendements en ce sens n'ayant pu être adoptés lors de la discussion au Sénat du projet de loi de finances pour 2010, en raison de la suppression de l'article 59 *ter*, **c'est finalement dans le cadre de la troisième loi de finance rectificative pour 2009 qu'a été réalisé cet ajustement.**

Son article 96, résultant de l'adoption d'un amendement présenté par Jean-Jacques Jégou, Catherine Procaccia et votre rapporteur général, a ramené de 0,94 % à **0,77 %** le taux de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce taux devait correspondre à un rendement estimé alors à **246 millions d'euros**.

• la révision proposée du taux de la contribution de l'assurance maladie complémentaire

En fonction des évaluations disponibles, les dépenses des régimes d'assurance maladie au titre de l'achat de vaccins sont inférieures de 56 % aux estimations retenues à la fin de 2009.

L'article 3 du projet de loi de financement propose donc de baisser à due proportion le taux de la contribution des organismes d'AMC. Celui-ci est en conséquence ramené à **0,34 %**, comme l'avait annoncé en juin dernier la ministre de la santé devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale.

Ce taux correspondrait à une participation de **110 millions d'euros**.

La contribution a été appelée, au taux de 0,77 %, au titre des premier et deuxième trimestres 2010, le troisième trimestre étant exigible au 31 octobre.

Selon les informations données par l'Acoss, celle-ci, en accord avec la direction de la sécurité sociale (DSS) et le fonds CMU, a prévu un dispositif permettant de mettre en œuvre la baisse du taux de la contribution :

- le paiement au titre des troisième et quatrième trimestres sera neutralisé ;

- un formulaire sera adressé avec l'appel du quatrième trimestre pour permettre aux organismes redevables de calculer le montant total de leurs contributions exceptionnelles au taux de 0,34 % et de régulariser le solde en leur faveur ou restant dû après les versements déjà effectués.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement précisant que le « trop versé » éventuel des organismes d'assurance maladie complémentaire devrait leur être restitué avant le 1^{er} avril 2011.

III - La position de la commission

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

¹ Loi n° 2009-1674 du 30 décembre 2009 de finances rectificative pour 2009.

Article 4
**Rectification des prévisions de recettes
et des tableaux d'équilibre pour 2010**

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2010, 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 2010 s'établit à **24,8 milliards d'euros**, au lieu de 32,2 milliards dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2010, **soit une moindre dégradation de 7,4 milliards d'euros**.

Cette évolution est essentiellement imputable aux effets sur les recettes du redressement de l'emploi et des salaires observé à la fin de l'année 2009 et au début de l'année 2010. Ainsi, la chute des recettes enregistrée en 2009 a pu être endiguée dès la fin de l'année. Pour 2010, la progression

attendue de celles-ci serait de 2,7 %, ce qui demeure néanmoins inférieur aux progressions moyennes connues dans le passé.

Toutes les branches connaissent un moindre déficit par rapport aux prévisions. La branche maladie dont le déficit s'était le plus accru en 2009, à hauteur de 7,8 milliards d'euros, voit à l'inverse en 2010 son déficit baisser de 3,3 milliards d'euros par rapport à l'objectif de la loi de financement initiale. Les déficits des autres branches diminuent respectivement de 2,1 milliards d'euros pour la vieillesse, de 1,8 milliard pour la famille et de 300 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 **23,1 milliards d'euros** en 2010, au lieu de 30,5 milliards dans les prévisions initiales, soit **une moindre dégradation de 7,4 milliards**, ce qui correspond à un quart du montant voté il y a un an et un retour à un niveau de déficit plus proche de celui constaté pour 2009.

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

Soldes par branche du régime général en 2010

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2010	Projet de loi de financement pour 2011
Maladie	- 14,5	- 11,4
Vieillesse	- 10,7	- 8,6
Famille	- 4,4	- 2,6
Accidents du travail	- 0,8	- 0,5
Total régime général	- 30,5	- 23,1

Toutes les branches voient leurs déficits prévisionnels s'amoinrir : la maladie de 3,1 milliards, la vieillesse de 2,1 milliards, la famille de 1,8 milliard et les accidents du travail de 300 millions d'euros.

Comme pour l'ensemble des régimes de base, dont le régime général représente près des trois quarts des dépenses, la meilleure situation des comptes des différentes branches est essentiellement imputable à l'endiguement de la chute spectaculaire des recettes qui s'est produite en 2009 et au début de 2010. Par rapport aux prévisions d'il y a un an, le produit des recettes du régime général a augmenté de 5,2 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 2010.

Cette amélioration est même plus sensible que 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 2010 à 26,8 milliards d'euros.

Au total en 2010, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits serait donc de 92,7 %**, en retrait par rapport à 2009 qui affichait un taux de 93,5 %.

**Taux de couverture des charges par les produits
pour les branches du régime général en 2010**

(en milliards d'euros)

	Produits nets	Charges nettes	Taux de couverture
Maladie	143,0	154,5	92,6 %
Vieillesse	93,8	102,4	91,6 %
Famille	50,7	53,3	95,0 %
Accidents du travail	10,9	11,3	95,7 %
Total régime général	293,1	316,3	92,7 %

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

Comme en 2009, un seul organisme concourt au financement des régimes de sécurité sociale en 2010, 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 un peu moins que prévu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 envisageait un déficit de 4,5 milliards d'euros ; au mois de juin dernier, la commission des comptes de la sécurité sociale tablait sur un solde négatif de 4,3 milliards; le présent projet de loi maintient ce chiffre en le fixant à **4,3 milliards**, ce qui représente **un moindre déficit de 200 millions par rapport aux prévisions initiales**.

Les recettes du fonds sont supérieures de 400 millions au montant voté il y a un an. Les dépenses s'accroissent de 200 millions, essentiellement au titre de la prise en charge des cotisations retraite des chômeurs.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission prend acte de la révision des prévisions initiales prévue par cet article. Elle se félicite que les montants de déficits considérables, supérieurs à 30 milliards d'euros, envisagés il y a un an soient

revus à la baisse. Cela étant, ces déséquilibres restent insoutenables et constituent une menace pour la survie du système de protection sociale. C'est pourquoi, elle soutient les efforts entrepris pour les réduire significativement au cours des prochaines années.

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 2010, 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 corrige :

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

Cet objectif est fixé à **5,1 milliards d'euros**, au lieu de 5 milliards dans la loi de financement initiale.

Le produit attendu des recettes de la Cades devrait en effet atteindre 8,1 milliards d'euros, dont 5,9 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 dans la loi de financement pour 2009). Comme la

charge d'intérêt nette devrait s'élever à 3 milliards d'euros, la Cades sera en mesure d'amortir 5,1 milliards.

Ce montant est très légèrement supérieur à celui envisagé il y a un an du fait du niveau très bas 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, 3,38 % en 2009 et 3,36 % en 2010, soit **le taux le plus bas jamais constaté** par la caisse.

En conséquence, le montant de la dette sociale qu'il reste à amortir à la fin de l'année 2010 peut être évalué à **86,7 milliards d'euros**. La reprise de dette prévue à l'article 9 modifiera toutefois profondément ces évaluations puisqu'elle entraînera un transfert de 68 milliards de dettes supplémentaires à la Cades dans le courant de l'année 2011.

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

Ce montant est fixé à **2,4 milliard d'euros**, soit une recette supérieure de 900 millions à celle votée en loi de financement initiale.

La révision ne porte pas sur le produit de la fraction (65 %) du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, qui est affectée au FRR et qui constitue sa principale recette, soit 1,5 milliard d'euros. Elle provient de la **vente de la dernière licence d'utilisation des fréquences de téléphonie mobile de troisième génération** à un nouvel opérateur (Free) et de la vente aux enchères de fréquences résiduelles à Orange et SFR, pour un total de 822 millions, auxquels s'est ajoutée une fraction égale à 35 % du rendement de la part variable des redevances, pour 52 millions d'euros.

Par ailleurs, comme chaque année depuis 2006, 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 la commission

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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

*(art. 60 de la loi n° 2009-1946 du 24 décembre 2009
de financement de la sécurité sociale)*

Application du plafonnement légal de la participation des régimes d'assurance maladie obligatoire à certaines dépenses de l'Eprus - Rectification des dotations 2010 de l'assurance maladie obligatoire à l'Eprus et au Fmespp

Objet : Cet article a pour objet d'appliquer, avec quelque retard, les dispositions du code de la santé publique limitant la participation de l'assurance maladie obligatoire au financement de l'établissement public de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus). Il rectifie par ailleurs, en fonction de cette régularisation et des mesures correctrices destinées à prévenir le dépassement de l'Ondam, le montant des dotations 2010 de l'assurance maladie obligatoire à l'Eprus et au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp).

I - Le dispositif proposé

• Le **paragraphe I** de cet article constitue la première application du principe - défini par le Sénat - de plafonnement, sur trois ans, de la contribution de l'assurance maladie obligatoire aux dépenses d'achats de produits de santé et de prévention de l'Eprus.

Il prévoit à ce titre la restitution, avant le 31 décembre 2010, à la Cnam, chargée de sa répartition entre les trois régimes obligatoires, d'une somme de **331,6 millions d'euros**, correspondant à la différence entre le total des dotations de l'assurance maladie à l'Eprus pour les trois années 2007, 2008 et 2009, soit 568,3 millions d'euros¹ et le maximum légal de leur participation, soit 236,7 millions d'euros.

¹ Soit 175 millions d'euros en 2007, 55 millions en 2008 et 338,3 millions pour 2009.

Il convient de tirer les enseignements de cette première application à deux points de vue :

- les conditions d'application du plafonnement légal de la contribution de l'assurance maladie, qui aboutissent à « maximaliser » cette contribution ;

- la définition des dépenses de l'Eprus susceptibles de faire l'objet d'un cofinancement par l'assurance maladie.

a) Une interprétation « maximaliste » de la règle du plafonnement de la participation de l'assurance maladie

La loi relative à la préparation du système de santé aux menaces de grande ampleur¹, issue d'une proposition de loi sénatoriale, qui a créé l'Eprus², a prévu que les ressources de l'établissement public pouvaient comporter une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, limitée dans son objet et son montant (article L. 3135-4 du code de la santé publique).

Cette contribution, fixée chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, ne peut porter que sur les dépenses correspondant aux missions de l'Eprus définies « *au deuxième alinéa de l'article L. 3135-1* », c'est-à-dire celles consacrées à l'acquisition, la fabrication et la distribution « *des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves* » et au financement « *des actions de prévention des risques sanitaires majeurs* ».

Elle ne peut par ailleurs excéder 50 % de ces dépenses.

Le rapport de Francis Giraud³, auteur et rapporteur de la proposition de loi sénatoriale, avait insisté sur la règle de « spécialité » et de plafonnement de la contribution des régimes d'assurance maladie, soulignant qu'elle était « *conforme à la position de principe de votre commission, constamment affirmée depuis 2001, selon laquelle la prise en charge des mesures de protection de la population dans le domaine sanitaire relève du domaine régalien et doit donc incomber prioritairement à l'Etat* ».

Afin que cette règle de plafonnement n'engendre pas de rigidité excessive dans le financement de l'établissement public, la commission des affaires sociales avait cependant accepté de prévoir que le respect du plafond soit apprécié sur trois années « *le dépassement constaté sur un an ou deux pourrait ainsi être accepté à condition d'être équilibré au plus tard la troisième année, par une participation moindre des régimes d'assurance*

¹ Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007.

² Articles L. 3135-1 à L. 3135-5 du code de la santé publique.

³ Rapport Sénat n° 159 (2006-2007) de Francis Giraud au nom de la commission des affaires sociales.

maladie permettant d'afficher un niveau de contribution sur les trois exercices considérés¹ ».

L'expérience du « premier triennat » 2007-2009 se traduit par une fixation au plafond de la contribution de l'assurance maladie au plafond légal - la règle du plafonnement de cette contribution étant plutôt interprétée, ce qui était hélas prévisible, comme une règle de « cofinancement à parité ».

En outre, le parti semble pris d'emblée de n'apprécier ce caractère paritaire qu'en fin de période.

Pour la période 2007-2009, la parité n'est d'ailleurs assurée qu'*a posteriori*, l'année 2009 s'étant traduite, en raison de l'épisode de la grippe H1N1, par une nette augmentation de la contribution demandée à l'assurance maladie.

Les tableaux réalisés par la Cour des comptes² et retraçant les contributions de l'Etat et de l'assurance maladie aux dépenses de l'Eprus mettent en évidence cette interprétation maximaliste du cofinancement demandé à l'assurance maladie et le retard mis à respecter son caractère « paritaire ».

Les contributions à l'Eprus de l'Etat et de l'assurance maladie 2007-2009

(en millions d'euros)

Recettes	Dotation Etat	Dotation AM	Total
2007	66,0	175,0	241,0
2008	60,4	55,0	115,4
2009 ⁽¹⁾	452,9	338,3	791,2

⁽¹⁾ Hors recettes propres de l'Eprus (2,8 millions d'euros)

Source : Cour des comptes sur la base des données Eprus et DSS

On notera que ce tableau fait apparaître, dès la première année du triennat 2007-2009, un très fort déséquilibre de la contribution de l'assurance maladie (175 millions d'euros) par rapport à celle de l'Etat.

Les dispositions du paragraphe II de l'article 6 et de l'article 45 du projet de loi (cf. *infra*) ainsi que les indications données par les fiches d'évaluation des articles du PLFSS laissent augurer un semblable déséquilibre de la répartition des contributions de l'assurance maladie à l'Eprus pour le triennat 2010-2012.

¹ *Ibid.*

² Ces tableaux figurent dans le rapport d'enquête établi par la Cour, à la demande de votre commission, sur « l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale H1N1 », récemment communiqué à la commission mais non encore publié, et dans le rapport d'enquête sur les comptes et la gestion de l'Eprus depuis sa création, établi à la demande des commission des finances et des affaires sociales de l'Assemblée nationale, annexé au compte rendu de la réunion du 14 octobre 2010 de la commission des finances de l'Assemblée nationale.

Compte tenu, d'une part, de la réduction par rapport aux prévisions de dépenses d'achat de vaccins pandémiques et du report en 2010, d'autre part, d'une partie de l'exécution de ces achats, le total des « dépenses cofinancées » de l'Eprus pour les années 2007 à 2009 a été inférieur aux prévisions et s'élève finalement à **473,3 millions d'euros**.

Le tableau ci-après indique la répartition par année de ces dépenses, en les comparant aux dépenses totales de l'Eprus :

(en millions d'euros)

Années	Dépenses de l'Eprus (1)	Dépenses cofinancées par l'Etat et l'AM (2)	Dépenses à la charge de l'Etat (1-2)
2007	52,0	51	(1)
2008	70,9	67	(3,9)
2009	465,9	355,3	(109,6)
Total	588,8	473,3	114,5*

Source : DSS du ministère de la santé et des sports

A partir d'une fixation au plafond légal de la part de ces dépenses revenant à l'assurance maladie¹ - 50 %, soit **236,67 millions d'euros** - le **paragraphe I** de l'article propose donc de restituer à celle-ci la différence entre cette « quote-part » et le total des dotations de l'assurance maladie à l'Eprus de 2007 à 2009 (588,3 millions d'euros), soit **331,6 millions d'euros**.

Cette notable différence met en évidence, comme le relève la Cour des comptes, « *un surfinancement de l'Eprus, déséquilibré au détriment de l'assurance maladie* ».

Certes, les contributions de l'assurance maladie votées en loi de financement de la sécurité sociale ne sont pas forcément versées. Une convention passée en mai 2009 entre l'Eprus, l'Acoss et la Cnam a en effet prévu que ces dotations, systématiquement portées en dépenses dans les comptes des régimes d'assurance maladie, sont versées à l'Eprus « au fil de l'eau », en fonction de ses besoins.

Comme l'avait exposé le directeur général de la Cnam devant la commission d'enquête du Sénat sur la grippe H1N1², les versements effectifs ont été notablement inférieurs aux dotations prévues en loi de financement : 40 millions d'euros en 2007, aucun versement en 2008, 312 millions en 2009.

¹ Fixation qui ne semble pas avoir été négociée avec les régimes d'assurance maladie obligatoires.

² Audition du 23 juin 2010, Tome II du rapport Sénat (n° 685, 2009-2010) d'Alain Milon au nom de la commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1)v.

Au total, en juin 2010, sur les 612 millions de dotations à l'Eprus prévus par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2007, 2008, 2009 et 2010, la Cnam n'avait versé que 352 millions d'euros, dont 160 millions d'euros au titre de la grippe A.

En outre, il convient de rappeler que **le préfinancement des dépenses d'achat de vaccins avait été entièrement assuré par la Cnam**, à laquelle il avait été demandé par les ministres du budget et de la santé, le 8 juillet 2009, « *de procéder par anticipation à un versement couvrant la totalité du financement de l'opération d'acquisition des vaccins et des consommables qu'il est nécessaire de commander dès à présent* ».

Cette avance s'élevait à 879 millions d'euros et était assortie d'un échéancier prévisionnel.

Cette demande revenait, comme l'a relevé la Cour des comptes dans son rapport au Parlement conjoint au projet de loi de finances rectificative, à faire peser sur l'assurance maladie le préfinancement intégral de la campagne de vaccination.

Comme le souligne à juste titre la Cour, cette procédure est « *discutable* » et ne se justifie pas par l'argument de rapidité de mise en œuvre avancé par le ministère du budget : la procédure accélérée d'ouverture de crédits d'avance prévue par l'article 13 de la Lolf aurait pu être utilisée et, par ailleurs, la question du financement des dépenses de prévention de la grippe A « *dont il était prévisible dès le mois de mai qu'elles seraient massives* » aurait pu être abordée avant le 8 juillet.

En pratique, indique la Cour des comptes, cette avance n'a été mobilisée qu'à hauteur de 78 millions d'euros avant la fin de 2009, puis a été annulée et remplacée par les dotations de l'Etat et de l'assurance maladie prévues par la loi de finances rectificative et la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a en fait eu pour principale fonction de procurer à l'Eprus les autorisations d'engagement nécessaires au niveau budgétaire pour conclure les marchés d'acquisition de vaccins.

Il n'en reste pas moins qu'il ne saurait incomber à l'assurance maladie de préfinancer de telles dépenses et **il serait hautement souhaitable que cette procédure inédite ne fasse pas précédent.**

b) La définition des dépenses cofinancées par l'assurance maladie

Comme le relève la Cour des comptes, la définition légale des dépenses de l'Eprus auxquelles peut contribuer l'assurance maladie n'a pas été précisée par des dispositions réglementaires ni conventionnelles. La Cour note cependant que le champ des dépenses concernées ne paraît pas avoir « *soulevé de désaccord de principe entre l'Etat et la Cnam* ».

En revanche, on rappellera qu'ont fait débat entre le Gouvernement et le Parlement :

- la question de la prise en charge par l'assurance maladie de l'indemnisation des professionnels de santé chargés de vacciner la population, y compris celle des réservistes sanitaires, éventualité contre laquelle s'était élevé le Sénat ;

- le choix de l'affectataire de la contribution des organismes d'assurance complémentaire, dont le Sénat a estimé qu'elle devait revenir à l'assurance maladie, solution qui a finalement prévalu.

La Cour notait aussi l'incertitude tenant à la définition des dépenses prises en compte pour apprécier le respect du principe de parité. Les modalités retenues pour le calcul de la restitution en faveur de l'assurance maladie semblent lever cette incertitude en faveur de la prise en compte des dépenses décaissées, et donc d'une logique de comptabilité budgétaire.

Quant à la définition des dépenses « cofinancables » par l'assurance maladie, elle inclut, outre le prix des produits, les coûts afférents à leur transport, leur distribution et leur stockage.

L'inclusion des coûts de stockage est contestable, et ne ressort pas de la rédaction de l'article L. 3135-1 du code de la santé publique.

Il a été indiqué à votre rapporteur général qu'il serait cependant malaisé, dans la pratique, de distinguer ces coûts pour la vaccination H1N1, l'Eprus ayant passé des contrats avec des grossistes répartiteurs incluant le transport, la distribution et le stockage local des vaccins.

Ce qui ne règle pas le problème de principe.

Concrètement, les dépenses de l'Eprus supportées exclusivement par l'Etat sur la période 2007-2009, représentent :

- les frais de fonctionnement de l'établissement public, pour 1 million d'euros en 2007, 3,9 millions en 2008 et 9,7 millions en 2009 ;

- en 2009, les frais correspondant aux achats de masques destinés aux administrations de l'Etat (30,8 millions) et le coût des dons de vaccins à l'OMS : compte tenu du caractère tardif de la réalisation de certains de ces dons (qui ont porté en fin de compte sur quelque douze millions de doses), le montant de la dépense correspondante à la charge de l'Etat est pris en compte, pour 2009, à hauteur de 69,7 millions¹. Enfin, le coût de l'indemnisation des réservistes sanitaires est estimé à 269 000 euros sur 2009.

• Le **paragraphe II** de l'article ajuste **les dotations 2010 de l'assurance maladie au Fmespp et à l'Eprus**, prévues respectivement par les paragraphes II et le IV de l'article 60 de la LFSS pour 2010.

¹ 17,5 millions d'euros seront pris en compte sur les dépenses 2010. Le montant total de la dépense liée aux dons de vaccins à l'OMS est évalué à 67,2 millions d'euros par la DGS (septembre 2010).

Le 1° propose de **réduire** de 264 à **159 millions d'euros** le montant de la dotation au **Fmespp**.

L'article 61 de la LFSS pour 2010, issu d'un amendement de Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances, permet d'améliorer la gestion du Fmsepp et d'alléger son fonds de roulement des crédits non engagés par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) - désormais par les ARS - et des crédits délégués par les ARH (ou les ARS) qui n'auront pas été utilisés par les établissements bénéficiaires.

Cet article institue une double procédure de prescription des financements accordés par le fonds :

- une déchéance des crédits non engagés par les ARS un an après leur délégation par le fonds (déchéance annuelle) ;

- une déchéance des crédits engagés par les ARS dont le paiement n'a pas été demandé par les établissements bénéficiaires dans un délai de trois ans à compter du premier jour de l'année suivant celle de l'engagement du fonds (déchéance quadriennale).

Ces crédits reviennent alors au Fmespp.

Dans le cadre des mesures correctrices arrêtées le 28 mai 2010 par les ministres chargés du travail, du budget et de la santé afin de prévenir un dépassement de l'Ondam, 105 millions de crédits « déçus » au titre des années 2001 à 2005 - et donc « restitués » au fonds - ont été gelés.

Le montant de la dotation 2010 du Fmespp est en conséquence diminué du même montant, et ramené à 159 millions d'euros.

Le **2° du paragraphe II** relève de 44 à **170 millions d'euros** la dotation de l'assurance maladie à l'**Eprus**.

Ce relèvement fait suite au premier « bilan triennal » de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses de l'Eprus, contribution arrêtée, comme on l'a déjà indiqué, à un total de 236,7 millions d'euros pour les années 2007 à 2009.

L'année 2010 est donc la première année du triennat 2010-2012, pour lequel les dépenses de produits de santé cofinancées par l'Etat et l'assurance maladie devraient s'élever à 401,2 millions d'euros, dont 200,6 millions à la charge de l'assurance maladie (170 millions en 2010, 20 en 2011 et 10,6 en 2012).

Compte tenu du niveau de dépenses liées à la pandémie H1N1 réalisées en 2010, il est proposé de porter pour 2010 à 270 millions d'euros le montant des dépenses cofinancées par l'Etat et l'assurance maladie, dont **170 millions** pour l'assurance maladie, ce qui correspond, comme lors de la première année du premier triennat, à **un net déséquilibre des efforts respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie, au détriment de cette dernière**.

La dotation à l'Eprus inscrite à la LFSS pour 2010 (44 millions d'euros) est donc relevée à ce niveau, ce qui correspond à une augmentation de 126 millions.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II. - La position de la commission

Les dispositions de cet article mettent une nouvelle fois en évidence la tendance, maintes fois dénoncée par votre commission, à couvrir des besoins de financement réels ou éventuels par des « droits de tirage » sur l'assurance maladie obligatoire. Cette solution de facilité a le double inconvénient de ne pas inciter à une appréciation très rigoureuse des prévisions de dépenses et à obérer, au moins potentiellement, les ressources de l'assurance maladie obligatoire pour financer des dépenses dépourvues de tout lien avec la couverture du risque maladie.

Au bénéfice de cette observation, **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 2010, 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 2010.

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.

Objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base en 2010

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	179,1	178,4	- 0,7	- 0,4
Vieillesse	195,0	194,6	- 0,4	- 0,2
Famille	54,5	53,8	- 0,7	- 1,3
AT-MP	12,9	12,7	- 0,2	- 1,5
Toutes branches	435,9	434,1	- 1,8	- 0,4

Au total, la rectification des dépenses porte, à la baisse, sur **1,8 milliard d'euros**, soit une diminution de 0,4 % des dépenses prévues pour les régimes obligatoires de base en 2010.

Toutes les branches affichent un montant de dépenses à la baisse, y compris la branche maladie.

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 2010

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	155,7	154,6	- 1,1	- 0,7
Vieillesse	102,9	102,4	- 0,5	- 0,5
Famille	54,1	53,3	- 0,8	- 1,5
AT-MP	11,4	11,3	- 0,1	- 0,9
Toutes branches	318,5	316,5	- 2,0	- 0,6

Au total, la rectification des dépenses atteint **2 milliards d'euros** pour le régime général, soit une diminution de 0,6 %. Toutes les branches affichent une baisse de leurs dépenses : de 1,1 milliard pour l'assurance maladie, de 500 millions pour la vieillesse, de 800 millions pour la famille et de 100 millions pour les AT-MP.

Trois raisons principales expliquent cette croissance moins importante que prévu des dépenses du régime général :

- les moindres revalorisations intervenues le 1^{er} janvier 2010, du fait d'une inflation plus faible qu'attendu, des prestations versées par la branche famille et, pour une moindre part, par la branche vieillesse ;

- une diminution des dépenses au titre des retraites anticipées pour longue carrière ; le coût de ce dispositif qui avait augmenté chaque année de 2004 à 2008 est en réduction sensible, passant de 2,4 milliards en 2008 à 2,1 milliards en 2009 et 1,5 milliard en 2010 ;

- le ralentissement des dépenses d'assurance maladie du champ de l'Ondam, compte tenu notamment du gel de certaines dotations, pour un montant de 500 millions.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission se félicite de la véritable maîtrise des dépenses obtenue en 2010 puisque les rectifications demandées dans le présent projet de loi conduisent toutes à revoir à la baisse les montants des dépenses prévus pour chaque branche en 2010. Malgré le dérapage des recettes constaté en 2009 et 2010, les dépenses n'ont pas suivi la même dérive, ce qui mérite d'être souligné.

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

Article 8

Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année 2010

Objet : Cet article propose de rectifier le montant et la ventilation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2010.

I - Le dispositif proposé

Cet article maintient le montant prévisionnel de l'Ondam pour 2010, fixé par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 à

162,4 milliards d'euros, soit une progression de 3 % par rapport à l'Ondam réalisé de 2009. Aussi, **pour la première fois depuis 1997, l'objectif initial fixé pour 2010 sera respecté.**

Cependant, dans son avis du 28 mai 2010, le comité d'alerte faisait état d'**un dépassement de 600 millions pour 2010.**

Celui-ci a tout de suite été compensé puisque, pour la première fois, dans le but de respecter strictement l'objectif initial, le Gouvernement s'est engagé, le même jour, à prendre un certain nombre de mesures correctrices d'un montant équivalent. Ces mesures concernent le prix des médicaments, les indemnités journalières et un gel des délégations de crédits hospitaliers et médico-sociaux.

Avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie du 28 mai 2010

Se fondant sur les informations disponibles et sur les auditions qu'il a organisées, le comité d'alerte estime que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé pour 2010 à 162,4 milliards d'euros pourrait être dépassé d'environ 600 millions d'euros en l'absence de mesures nouvelles. Le strict respect de l'objectif nécessiterait donc un montant d'économies de cet ordre de grandeur.

Les risques identifiés portent principalement sur la réalisation des économies intégrées dans la construction de l'Ondam pour 2010 et sur l'activité des établissements de santé.

Le dépassement prévisible restant en deçà du seuil de 0,75 % du montant de l'objectif (soit 1,2 milliard en 2010), il n'y a pas lieu de mettre en œuvre la procédure d'alerte définie par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Les membres du comité ont reçu ce vendredi 28 mai une lettre ministérielle (annexée à cet avis) les informant de mesures nouvelles. Si les mesures annoncées sont effectivement mises en œuvre avec le rendement indiqué, l'objectif pourrait être strictement respecté.

Lettre ministérielle annexée

Dans le cadre du suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, nous avons présidé le 19 avril dernier un comité de suivi de l'Ondam au cours duquel ont été présentés, en l'état des données disponibles, l'exécution de l'Ondam 2009 et les premières prévisions d'exécution de l'Ondam 2010.

La prévision de dépassement de l'Ondam 2010 pourrait être de l'ordre de 600 millions d'euros.

Afin d'assurer le respect de l'Ondam voté par le Parlement, nous avons donc décidé un certain nombre de mesures correctrices dont le rendement 2010, estimé à 600 millions viendra compenser la prévision de dépassement.

Ainsi, nous avons décidé les mesures suivantes :

- un gel des provisions non engagées sur la liste en sus à l'hôpital, pour un montant de 135 millions ;

- un gel en partie rectificative du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 des crédits issus de la déchéance quadriennale du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp), pour un montant de 105 millions ;

- des baisses de prix des médicaments supplémentaires, pour un rendement 2010 d'un montant de 100 millions ;

- une baisse du prix de l'anesthésie de la chirurgie de la cataracte, pour un rendement 2010 d'un montant de 10 millions.

Par ailleurs, s'agissant des indemnités journalières, nous avons pris l'engagement de mettre en œuvre la mesure de calcul des indemnités journalières prévue en annexe 9 du PLFSS 2010, pour un rendement 2010 de 70 millions.

Enfin, conformément au rapport de Raoul Briet, dont les conclusions ont été adoptées lors de la conférence sur le déficit du 20 mai dernier, un montant de 180 millions de crédits sera délégué ultérieurement en fonction de l'évolution de l'Ondam 2010, afin d'en garantir le respect.

Ces mesures correctrices, qui devraient permettre de compenser la prévision de dépassement de l'Ondam, doivent donc être prises en compte dans votre évaluation du respect de l'Ondam 2010.

Le Gouvernement affiche ainsi son intention de respecter strictement l'Ondam voté en loi de financement pour 2010, conformément à ce que préconise le rapport Briet sur la nécessité d'un pilotage infra-annuel de l'Ondam.

Sur la ventilation des dépenses entre les sous-objectifs :

- celui des dépenses de soins de ville, chiffré à 75,2 milliards d'euros, est égal au sous-objectif initialement voté ;

- ceux des établissements de santé, qui s'élevaient à 52,4 milliards pour les dépenses tarifées à l'activité et à 18,8 milliards pour les autres dépenses, sont accrus au total de 100 millions, compte tenu d'un gel de 400 millions sur un certain nombre de dotations, dont les crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;

- ceux de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées et handicapées sont réduits de 100 millions, au titre d'une sous-consommation des crédits, la somme étant transférée à l'assurance maladie.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission se félicite de la meilleure maîtrise de l'Ondam et de la rupture avec les dépassements systématiques constatés les années précédentes. Cela montre qu'il est possible à la fois de proposer un objectif ambitieux et de le respecter.

La mise en application des conclusions du rapport Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie constituera une aide utile, comme cela est déjà le cas cette année, pour poursuivre dans la voie d'une meilleure maîtrise de ces dépenses.

Il est donc impératif de maintenir la trajectoire ainsi définie mais en essayant de bien cibler les efforts, les économies et les mises en réserve de crédits sur l'assurance maladie elle-même car il ne peut être durablement acceptable que le secteur médico-social constitue la variable d'ajustement du respect de l'Ondam.

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

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011

Section 1

Reprise de dette

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

Augmentation du taux de la CRDS

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'augmenter le taux de la CRDS de 0,26 point afin de permettre à la Cades de rembourser une partie des dettes qui lui seront transférées en 2011.

La recette naturelle de la Cades est la CRDS, comme l'a maintes fois réaffirmé votre commission et comme le précise désormais le texte, adopté par le Parlement, du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale :

« L'assiette des impositions de toute nature affectées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale porte sur l'ensemble des revenus perçus par les contribuables personnes physiques. »

Cela signifie que peuvent être affectées à la Cades, pour amortir les dettes qui lui ont été transférées, un accroissement de CRDS ou une part de CSG.

L'article premier du projet de loi organique prévoit une seule exception, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, destinée à permettre le transfert à la Cades de la recette du fonds de réserve des retraites, à savoir 65 % du prélèvement de 2% sur les revenus du patrimoine et des produits de placement, ce que fait l'article 9 ci-après.

L'article 9 tire également les conséquences de l'adoption du projet de loi organique sur l'autre partie des recettes qui permettront à la Cades de rembourser les dettes qui lui seront transférées en 2011, en prélevant à son profit une part de la CSG aujourd'hui affectée à la branche famille.

Initialement, le Gouvernement avait envisagé une autre recette composée d'un panier de trois taxes sur le secteur des assurances. Celui-ci est néanmoins maintenu mais finalement affecté à la branche famille pour compenser - imparfaitement - le prélèvement de 0,28 point de CSG qu'elle subit.

Ce montage complexe n'est pas satisfaisant pour votre commission qui considère **plus simple et plus pertinent de mobiliser la ressource naturelle de la Cades qu'est la CRDS**. Celle-ci a en effet l'avantage de disposer d'une assiette très large, ce qui permet d'en accroître modérément le taux pour assurer le produit recherché de 3,2 milliards. Elle vous propose donc d'en augmenter le taux à due concurrence, c'est-à-dire de 0,26 point.

Un amendement au projet de loi de finances pour 2011 aura pour objet d'exclure cette augmentation de CRDS du calcul du bouclier fiscal.

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

Article 9

(art. 2, 4, 6 et 7 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, art. L. 135-3, L. 135-6, L. 135-7, L. 137-5 et L. 245-6 du code de la sécurité sociale)

Reprise de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale

Objet : Cet article vise à organiser la reprise par la Cades des déficits du régime général et du FSV pour 2009 et 2010, des branches maladie et famille pour 2011 et de la branche vieillesse et du FSV pour les années 2011 à 2018, dans la limite de 130 milliards d'euros.

I - Le dispositif proposé

1°) Une nouvelle reprise de dette justifiée par des déficits sociaux abyssaux

Depuis la dernière reprise de dette par la Cades, à laquelle la loi de financement pour 2009 a transféré l'intégralité des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du FSV, les besoins de financement du régime général se sont à nouveau accrus, à un rythme particulièrement rapide du fait de la crise économique.

Ces déficits devraient s'élever à 51 milliards pour 2009 et 2010. Si l'on y ajoute les déficits prévisionnels du régime général et du FSV pour 2011, on parvient à **76 milliards d'euros**.

La commission de la dette sociale réunie au mois de juin dernier, dont faisaient partie sept sénateurs et sept députés, a été l'occasion d'examiner les différents scénarios envisageables pour traiter la question de ces déficits.

En effet, aucune décision n'ayant été prise dans le cadre de la loi de financement pour 2010, contrairement d'ailleurs à ce qu'aurait souhaité votre commission, l'Acoss a dû porter dans ses comptes ces déficits et mettre en œuvre des solutions encore jamais utilisées pour financer ces besoins de trésorerie.

Or, l'Acoss a pour seule mission de financer des découverts de trésorerie et non une dette accumulée. La situation actuelle a donc sans doute atteint ses limites et présente des inconvénients majeurs :

- **le recours à des ressources non permanentes ne permet pas d'amortir la dette**, qui est en permanence refinancée, ce qui la rend particulièrement vulnérable à une remontée des taux d'intérêt. Alors que les taux d'intérêt à court terme sont historiquement bas, les charges financières de l'Acoss devraient atteindre 300 millions d'euros en 2010 sans qu'un seul euro de dette ne soit pour autant remboursé ;

- par ailleurs, **les capacités des marchés de court terme ne sont pas illimitées**. Les titres émis par l'Acoss représentent en effet déjà 25 % du marché des billets de trésorerie ;

- enfin, un accroissement continu du niveau du découvert de l'Acoss enverrait un **signal négatif aux marchés**, qui pourrait provoquer une dégradation des conditions de financement de l'agence.

C'est pourquoi, le Gouvernement a proposé un plan de reprise de dette dont le présent article organise la mise en œuvre.

2°) Un scénario de doublement de la dette sociale

La reprise de dette prévue par cet article atteint **130 milliards d'euros, soit presque autant que la dette transférée, depuis sa création, à la Cades, à savoir 134,6 milliards**, et largement plus que la dette que celle-ci a encore la charge d'amortir, soit 86,7 milliards.

Ces 130 milliards comprennent l'intégralité des déficits du régime général et du FSV pour 2009 et 2010, les déficits prévisionnels de l'assurance maladie et de la branche famille pour 2011, enfin les déficits prévisionnels de la branche vieillesse (Cnav et FSV) de 2011 à 2018. La réforme des retraites prévoit en effet un retour à l'équilibre de la branche vieillesse en 2018 et tous les déficits qu'il est prévu d'enregistrer d'ici là sont pris en compte dans la présente opération.

Pour justifier son plan de financement, le Gouvernement répartit cette dette en trois ensembles :

- **la dette de crise**, estimée à 34 milliards d'euros pour 2009 et 2010 ;

- **la dette structurelle**, d'un montant également évalué à 34 milliards pour 2009, 2010 et 2011 au titre de la maladie et de la famille ;

- **les déficits de l'assurance vieillesse** (Cnav et FSV) de 2011 à 2018, soit 62 milliards.

Un tel scénario impliquerait un transfert de dette à l'Acoss de l'ordre de 68 milliards d'euros en 2011, puis d'une dizaine de milliards chaque année jusqu'en 2018.

C'est sur la base de cette analyse que le Gouvernement a construit son plan de financement qui comporte en conséquence trois aspects :

- la dette de crise sera refinancée grâce à **l'allongement de la durée de vie de la Cades**, dont le terme devrait passer de 2021 à 2025 ; cet allongement de quatre années de la durée d'amortissement de la dette sociale a été autorisé par le projet de loi organique adopté définitivement par le Parlement le 26 octobre dernier ;

- la dette structurelle sera financée grâce à **l'affectation à la Cades de 3,2 milliards de recettes nouvelles** ; ces recettes, au nombre de trois, devraient concerner le secteur des assurances ;

- les déficits de l'assurance vieillesse seront, pour leur part, financés grâce à **la mobilisation au profit de la Cades des actifs** - soit une trentaine de milliards d'euros, hors soude des industries électriques et gazières - **et de la recette** - environ 1,5 milliard d'euros par an - du fonds de réserve pour les retraites (FRR).

3°) Le texte proposé

• Le **paragraphe I** modifie les articles 2, 4, 6 et 7 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Pour l'article 2, le **1°** simplifie la rédaction des missions de la Cades.

Pour l'article 4, le **2°** ajoute à la liste des dettes reprises par la Cades :

- d'une part, la couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 des quatre branches du régime général et du FSV ainsi que des déficits 2011 des branches maladie et famille, par des transferts de la Cades à l'Acoss, effectués au plus tard le 31 décembre 2011, dans la limite de 68 milliards ;

- d'autre part, la couverture des déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche vieillesse et du FSV, par des transferts de la Cades à l'Acoss effectués dans la limite de 10 milliards par an et, au total, de 62 milliards ; les versements devront intervenir au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012.

Comme pour les reprises de dette précédentes, les dates et montants des versements seront fixés par décret. Si les déficits cumulés dépassent les limites fixées, les transferts seront affectés en priorité à la couverture des déficits les plus anciens.

Le 3° réécrit l'article 6 qui définit les ressources de la Cades. Celles-ci seront donc constituées par :

- le produit de la CRDS ;
- une fraction du produit de la CSG, dont le pourcentage est fixé au IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, soit, dans les conditions actuelles, 0,2 % ;
- les trois ressources « assurances » qui seront créées dans le projet de loi de finances pour 2011 : le produit de l'application de la taxe sur les conventions d'assurance à un taux réduit aux contrats d'assurance responsables (article 7) ; le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euro des contrats d'assurance vie multi-supports (article 8) ; le produit de la taxe sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance (article 9) ;
- une fraction du produit des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, recette antérieurement affectée au FRR ;
- les versements du FRR dans les conditions fixées à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale ;
- enfin, toute autre ressource prévue par la loi.

Il est en outre prévu **une clause de garantie avec une augmentation automatique de la CRDS** si les ressources cumulées pour une année, à l'exclusion des ressources provenant du FRR, sont inférieures à la somme des prévisions pour cette année de 0,76 % de CRDS et 0,2 % de CSG. Autrement dit, si les trois ressources « assurances » ne rapportent pas l'équivalent de 0,26 point de CRDS, les recettes de la Cades ne subiront pas cette diminution mais seront abondées, à due concurrence, par une hausse automatique de la CRDS.

Le 4° modifie l'article 7 de l'ordonnance afin de préciser qu'une annexe aux comptes de la Cades présente chaque année les dettes amorties dans l'ordre chronologique des déficits à amortir.

• Le **paragraphe II** modifie plusieurs articles du code de la sécurité sociale relatifs respectivement au fonds de solidarité vieillesse et au fonds de réserve pour les retraites.

A la liste des recettes du FSV qui figure à l'article L. 135-3, le 1° ajoute cinq recettes qui étaient précédemment affectées au FRR :

- les sommes reçues en dépôt par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation de FCP ou autres titres, non réclamées depuis plus de trente ans ;
- les sommes dues au titre de contrats d'assurance vie non réclamées trente ans après le décès de l'assuré ou le terme du contrat ;

- le produit de la part fixe des redevances dues pour l'acquisition d'une licence UMTS ;

- une fraction égale à 35 % du rendement de la part variable de ces redevances ;

- le produit de la contribution sur les abondements des employeurs aux plans d'épargne pour la retraite collectifs.

Le 2^o modifie l'article L. 135-6 qui définit les missions du FRR :

- il précise que les réserves sont constituées non seulement au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse mais également au profit du FSV ;

- il prévoit que les sommes affectées au FRR sont mises en réserve jusqu'au 1^{er} janvier 2011 et non plus jusqu'en 2020 ; en outre, à compter de cette date et jusqu'en 2024, **le fonds versera chaque année**, au plus tard le 31 octobre, **2,1 milliards à la Cades** afin de participer au financement des déficits de la Cnav et du FSV au titre des exercices 2011 à 2018, le calendrier et les modalités des versements étant fixés par convention entre les deux organismes.

Le 3^o supprime, à l'article L. 135-7 qui définit les ressources du fonds, les cinq alinéas qui comportent les recettes transférées au FSV.

Le 4^o modifie l'article L. 135-8 afin de spécifier que les objectifs de la politique de placement des actifs du fonds doivent inclure l'horizon d'utilisation de ses ressources et en particulier ses obligations de versement.

Le 5^o effectue une coordination à l'article L. 137-5.

• Le **paragraphe III** abroge l'article 45 de la loi de finances pour 2006 relatif à l'affectation au FRR du produit des redevances UMTS, devenu sans objet.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Tirant les conséquences de sa position sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, **l'Assemblée nationale a modifié le schéma de financement de la reprise de dette par la Cades.**

Ainsi, ayant souhaité que les recettes de la Cades soient, en dehors de la mobilisation de la recette et des actifs du FRR, exclusivement composées de CRDS ou de CSG, **elle a substitué aux trois recettes « assurances », initialement prévues par le Gouvernement, une nouvelle fraction de CSG, équivalente au produit jugé nécessaire pour ces recettes, soit 3,2 milliards d'euros.**

Elle a donc décidé d'affecter à la Cades 0,28 point supplémentaire de CSG, **en prélevant cette part sur la CSG actuellement affectée à la branche famille.**

En contrepartie, elle a affecté le panier de recettes « assurances » à la branche famille. Or, comme précédemment pour la Cades, ces recettes présentent l'inconvénient de ne pas être suffisamment solides ni pérennes puisque l'une d'entre elles est une « mesure à un coup », à savoir la taxation des réserves de capitalisation, et que les prélèvements sociaux sur la partie en euros des contrats d'assurance vie multi-supports devraient peu à peu s'effriter.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a voté **la répartition du produit de deux mesures nouvelles de la loi de finances destinées à financer les mesures adoptées au Sénat dans le cadre de la réforme des retraites** (maintien de l'âge actuel pour l'annulation de la décote pour les parents de trois enfants et les parents d'enfant handicapé) : le relèvement de 0,2 point du prélèvement social sur le capital et l'alignement du taux du prélèvement sur les plus-values de cessions immobilières hors résidence principale sur le taux applicable aux plus-values de cessions mobilières (passage de 17 % à 19 %).

En conséquence, le produit du prélèvement sur les revenus du capital qui passera de 2 % à 2,2 % sera affecté :

- à la Cades pour la part correspondant à un taux de 1,3 % ;
- à la Cnav pour la part correspondant au taux de 0,6 % ;
- au FSV, qui prendra en charge les nouvelles dépenses, pour la part correspondant à un taux de 0,3 %.

III - La position de la commission

Outre la correction d'une erreur matérielle, votre commission souhaite modifier cet article sur trois points.

- A l'occasion de la discussion sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, **votre commission a fait part de ses réserves sur le schéma de reprise de dette proposé par le Gouvernement**, tant sur la question de l'allongement de la durée de vie de la Cades que sur le plan de financement envisagé.

C'est pourquoi elle avait proposé - et le Sénat l'a suivie - qu'une clause de garantie des ressources de la Cades soit inscrite dans la loi organique.

La ligne qu'elle s'était fixée et qui reste naturellement toujours la même dans le cadre de l'examen de cet article est qu'il importe à la fois de préserver la crédibilité du processus de remboursement de la dette sociale tout en s'interdisant d'en reporter trop massivement le poids sur les générations suivantes.

Dans ces conditions, elle considère comme **clairement insatisfaisant d'avoir choisi d'affaiblir la branche famille, en lui prélevant une part de CSG, alors qu'il aurait naturellement été plus simple de procéder à une augmentation de la CRDS à due concurrence des besoins.**

Aussi, en conséquence de l'adoption d'un article additionnel avant l'article 9 visant à augmenter le taux de la CRDS, elle a, à l'initiative d'André Lardeux, rapporteur pour la branche famille, **proposé de supprimer le prélèvement de 0,28 point de CSG prévu sur les recettes de la branche famille.**

• Votre commission a par ailleurs estimé **qu'il n'y a pas lieu de transférer le déficit de la branche AT-MP des années 2009 et 2010 à la Cades.**

En effet, d'une part, ce ne serait pas de bonne gestion pour une branche qui est conçue de façon à subvenir elle-même à ses besoins.

D'autre part, dès 2011, cette branche doit revenir à l'équilibre et même afficher un excédent, celui-ci devant ensuite s'accroître régulièrement au cours des années suivantes, comme l'indiquent les prévisions de l'annexe B. Le déficit de **1,2 milliard d'euros** que le Gouvernement souhaite transférer à la Cades pourrait donc être compensé au plus tard en 2014. Ce serait dès lors une erreur de l'inclure dans une dette dont le terme de l'amortissement sera 2025.

Enfin, les prévisions actuelles des déficits que le Gouvernement envisage de transférer à la Cades excèdent d'au moins 1 milliard l'enveloppe prévue de 68 milliards. En ne transférant pas les déficits AT-MP, il devrait être plus aisé de respecter cette enveloppe.

• Votre commission a également adopté un amendement destiné à proposer **deux modifications relatives à la gestion du fonds de réserve des retraites :**

- la première consiste à renvoyer la fixation des règles prudentielles à un arrêté interministériel et non à un décret en Conseil d'Etat. Cette évolution a été approuvée par le conseil de surveillance du fonds. L'expérience a en effet montré que certaines de ces règles prudentielles introduisent des rigidités dans la gestion des actifs sans qu'il en résulte un avantage en termes de sécurité financière ;

- la seconde pour supprimer l'obligation pour les commissaires aux comptes d'émettre un rapport d'examen limité sur les comptes intermédiaires semestriels du fonds. Dans la mesure où les comptes du fonds sont pleinement certifiés chaque année, cette procédure d'examen limité de ses comptes intermédiaires semestriels n'apporte aucun élément de sécurisation supplémentaire.

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

Section 2

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

Article 10

*(art. L. 135-3, L. 137-11 et L. 137-11-1
du code de la sécurité sociale)*

Renforcement des prélèvements sur les retraites « chapeau »

Objet : Cet article est une mesure de financement de la réforme des retraites. Il vise à renforcer la taxation applicable aux retraites chapeau de deux manières : d'une part, par la suppression de l'abattement forfaitaire sur les rentes lorsque l'employeur a opté pour le prélèvement à la sortie, d'autre part, par la création d'un prélèvement sur l'ensemble des rentes à la charge des bénéficiaires.

I - Le dispositif proposé

Le Gouvernement propose de modifier le régime des retraites chapeau inscrit à l'**article L. 137-11** du code de la sécurité sociale.

- **Les règles en vigueur**

Institué par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003, l'article L. 137-11 concerne les régimes qui présentent trois caractéristiques principales :

- être un système à prestations définies ;
- reposer sur des droits aléatoires, le bénéficiaire de la retraite chapeau ne pouvant en disposer que s'il achève sa carrière dans l'entreprise ;
- du fait de cet aléa, les versements de l'employeur abondent un fonds non individualisable par salarié.

En pratique, on distingue trois modes de gestion pour ces régimes :

- les systèmes gérés *via* un assureur qui se sont développés après la réforme de 2003 : ils englobent la plupart des systèmes créés pour les cadres supérieurs et dirigeants ;
- les systèmes qui étaient gérés par une vingtaine d'anciennes institutions de retraite supplémentaire (IRS) : il s'agit des régimes d'une vingtaine de grandes entreprises, souvent ouverts à tous les salariés, qui sont

aujourd'hui « fermés », c'est-à-dire qu'ils n'accueillent aucun nouveau salarié et sont même parfois composés uniquement de rentiers ;

- des systèmes plus minoritaires gérés en interne par les entreprises : ils ont, sur de nombreux aspects, des caractéristiques proches des anciens régimes IRS.

La loi de 2003 a prévu un traitement social particulier pour ces régimes : ils sont assujettis à une contribution spécifique, à la charge de l'entreprise, qui est assise, sur option irrévocable de l'employeur :

- sur **les rentes**, pour la partie excédant un tiers du plafond de sécurité sociale, au taux de **8 %** ;

- sur **les primes** versées à un organisme assureur, au taux de **6 %** ;

- sur **les dotations aux provisions** ou les montants des engagements mentionnés en annexe au bilan, en cas de gestion interne, au taux de **12 %**.

Affecté au FSV, ce prélèvement est libératoire et remplace l'ensemble des autres cotisations et contributions, ce qui permet de faire contribuer ces versements à la sécurité sociale même si ils ne sont pas individualisables.

L'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a modifié ce régime afin de faire contribuer plus significativement ces systèmes particuliers de retraite aux finances sociales. Il a :

- **doublé les taux de contributions** en les portant à 16 % sur les rentes (en maintenant le seuil d'exonération d'un tiers du plafond de la sécurité sociale), à 12 % sur les primes et à 24 % sur les dotations aux provisions ;

- supprimé, pour les régimes créés à compter du 1^{er} janvier 2010, la possibilité de les gérer en interne ;

- **créé une contribution additionnelle** de 30 % à la charge de l'employeur pour les rentes excédant huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale ; institué à l'initiative du Sénat, ce prélèvement additionnel est exigible sur la totalité des rentes concernées pour les retraites liquidées à compter du 1^{er} janvier 2010.

- **Les ajouts proposés**

Le présent article complète ce dispositif sur deux points :

- il supprime l'abattement forfaitaire d'un tiers du plafond de la sécurité sociale sur les rentes lorsque l'employeur a opté pour le prélèvement à la sortie ;

- il crée un prélèvement sur l'ensemble des rentes, à la charge des bénéficiaires au moment de la perception des rentes.

A cet effet, le 3^o modifie le I de l'article L. 137-11 afin de supprimer l'abattement d'un tiers du plafond de la sécurité sociale ; la contribution sera donc désormais due dès le premier euro sur les rentes versées.

Le 4° insère un nouvel article, l'article L. 137-11-1, afin de prévoir que les rentes versées seront soumises à une contribution de 14 % à la charge du bénéficiaire qui sera acquittée dès leur perception.

Le 2° effectue, en conséquence, une coordination dans le titre de la section 5 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code, en accordant le mot « contribution » au pluriel.

Le 1° maintient l'affectation au FSV des contributions sociales spécifiques existant dans le cadre de ces régimes, en y ajoutant la nouvelle contribution de 14 %.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois séries de modifications :

- elle a autorisé **la réouverture du droit d'option entre les différents modes de contribution** des employeurs qui ont choisi d'acquitter une contribution sur les rentes ; ce droit pourra s'exercer entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011 ; si, en exerçant cette option, l'employeur est redevable d'un différentiel de contribution, il devra s'en acquitter, afin d'assurer la neutralité du changement d'option ;

- elle a, à l'initiative du Gouvernement, **exonéré totalement ou partiellement les petites rentes de la contribution de 14 %** : les rentes inférieures à 300 euros par mois n'y seront pas assujetties et les rentes comprises entre 300 et 500 euros par mois y seront assujetties à un taux inférieur de moitié, soit 7 % ;

- elle a prévu **le dépôt d'un nouveau rapport au Parlement** sur la situation des retraites chapeau, estimant, malgré l'intérêt du premier rapport déposé il y a quelques jours, les informations disponibles encore trop lacunaires et nécessitant une analyse plus approfondie.

III - La position de la commission

Votre commission approuve les dispositions figurant dans cet article qui contribuent à **faire participer un système largement dérogatoire au financement de la protection sociale**, en l'occurrence au financement des avantages non contributifs versés par le fonds de solidarité vieillesse, et à rééquilibrer les modes de taxation applicables aux différents régimes de retraite supplémentaire.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, le produit attendu de cette double mesure est de **110 millions en 2011**, 117 millions en 2012, 124 millions en 2013 et 131 millions en 2014.

L'exonération des petites rentes par l'Assemblée nationale, qui se justifie par la volonté de ne pas baisser les pensions, devrait toutefois venir amoindrir le rendement ainsi évalué.

En effet, selon le Gouvernement, 54 % des bénéficiaires disposent de rentes inférieures à 250 euros par mois et 26 % de rentes comprises entre 250 et 500 euros par mois. Aussi, après le vote de l'Assemblée nationale, ce sont 80 % des bénéficiaires qui seront en partie ou totalement exonérés de la mesure.

Ces estimations sont toutefois sujettes à caution en raison du **manque d'informations disponibles** sur les régimes de retraite chapeau, comme le souligne le rapport demandé au Gouvernement dans la loi de financement pour 2010 et qui a été remis au Parlement il y a quelques jours à peine.

Conclusions du rapport au Parlement sur la situation des régimes relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (octobre 2010)

En l'état actuel des données fournies, subsistent de nombreuses incertitudes qui mériteraient que les efforts d'information et d'investigation soient poursuivis au cours des années qui viennent, en particulier via une meilleure identification des systèmes L. 137-11 par les organismes à qui la gestion de ceux-ci est majoritairement confiée (sociétés d'assurances, institutions de prévoyance, mutuelles).

En l'état actuel, on peut donc indiquer :

• **Sur le nombre d'entreprises disposant de régimes relevant de l'article L. 137-11 :**

La combinaison des données nationales issues de la contribution prévue au L. 137-11 et des données de l'Urssaf de Paris, permet d'estimer que le nombre d'établissements ayant un système L. 137-11 est de l'ordre de 10 500.

• **Sur le mode de gestion choisi :**

La quasi-totalité (environ 97 %) des entreprises ont externalisé auprès d'un organisme assureur leur mode de gestion.

• **Sur le mode de contribution, assise sur les rentes ou sur les primes ou versements**

10 % des entreprises acquittent la contribution « à l'entrée » sur les primes ou versements. Les autres entreprises, qui ont opté pour la contribution sur les rentes ne sont que 2 % à l'acquitter compte tenu de l'abattement ou de la date de liquidation des pensions.

• **Sur le nombre de bénéficiaires de rentes :**

Environ 90 000 retraités bénéficieraient de rentes dans ces régimes.

• **Sur le montant moyen des rentes versées :**

L'extrapolation des résultats portant sur un échantillon représentant 40 % des provisions mathématiques de l'ensemble des produits à prestations définies permet d'estimer qu'un montant global de 345 millions d'euros a été versé au titre des prestations de retraites supplémentaires de l'article L. 137-11, soit un montant moyen de rentes versées de 3 875 euros par an et par bénéficiaire.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sous réserve de la rectification d'une erreur matérielle.

Article 11

(art. L. 137-13 et L. 137-14 du code de la sécurité sociale)

Majoration du taux des contributions sur les stock-options

Objet : Cet article est une mesure de financement de la réforme des retraites. Il a pour objet d'augmenter les taux des cotisations patronale et salariale sur les stock-options.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a créé deux prélèvements particuliers sur les stock-options :

- une **contribution employeur**, au taux de **10 %**, acquittée « à l'entrée », de manière libératoire, sur la valeur reconstituée des stock-options au moment où elles sont attribuées ;

- une **contribution bénéficiaire**, au taux de **2,5 %**, acquittée au moment de la cession des titres et assise sur la différence entre la valeur réelle de l'action à la date de l'exercice de l'option et le prix d'achat de l'action ; elle s'ajoute à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux assis sur le capital.

Le présent article propose de relever le taux de chacune de ces deux contributions. Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cette mesure intervient « *dans un souci d'équité du prélèvement* » ; elle vise en conséquence à « *rapprocher les taux de prélèvement sur les stock-options du taux de droit commun du prélèvement portant sur les salaires* ».

Le 1^o modifie le II de l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution patronale sur les attributions de stock-options et d'actions gratuites en relevant le taux de la contribution sur les options à **14 %** mais en maintenant le taux de cette contribution à 10 % dans le cas d'attribution gratuite d'actions.

Le 2^o modifie le premier alinéa de l'article L. 137-14 relatif à la contribution salariale sur les attributions de stock-options et d'actions gratuites en relevant son taux à **8 %** pour les stock-options mais en maintenant le taux de 2,5 % pour les attributions gratuites d'actions.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale **n'a pas souhaité faire de distinction entre les stock-options et les attributions gratuites d'actions**. Elle a donc supprimé le maintien des taux actuels des contributions s'appliquant aux actions gratuites et relevé ces taux aux mêmes montants que ceux prévus par l'article pour les stock-options.

De fait, depuis la création d'un prélèvement spécifique sur ces deux dispositifs, le même régime leur a toujours été appliqué, que ce soit en matière fiscale ou sociale.

III - La position de la commission

Votre commission partage le **souci d'équité** de l'Assemblée nationale et sa volonté de réduire le périmètre des exemptions de cotisations et contributions sociales. Certes, les bénéficiaires des stock-options sont souvent les salariés les mieux rémunérés alors que les actions gratuites peuvent être attribuées à un groupe plus vaste de salariés mais ces pratiques ne sont pas générales et diffèrent d'une entreprise à une autre. Et il n'en demeure pas moins qu'il s'agit dans les deux cas d'éléments qui s'apparentent à une rémunération, non soumis à cotisations sociales.

Votre commission observe d'ailleurs, comme cela est précisé dans l'étude d'impact annexée au projet de loi, que la création en 2008 d'un prélèvement spécifique sur ces éléments de rémunération n'a pas modifié le comportement des employeurs qui continuent à distribuer des stock-options et des actions gratuites à leurs salariés. Il est même précisé : *« l'augmentation du taux de ces prélèvements n'est pas de nature à remettre en cause ce constat »*.

Le rendement attendu de ces relèvements est modeste : 70 millions en 2011, 82 millions en 2012, 113 millions en 2013 et 125 millions en 2014. Ces chiffres sont obtenus en ne tenant compte que des stock-options, sur la base d'une assiette évaluée à 1,7 milliard en 2011, 1,8 milliard en 2012, 2 milliards en 2013 et 2,2 milliards en 2014.

L'amendement adopté à l'Assemblée nationale devrait permettre d'accroître légèrement ce produit.

Rappelant qu'il s'agit d'une mesure destinée à financer la réforme des retraites, **vostra commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 12

(art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale, art. L. 741-16 et L. 751-17 du code rural et de la pêche maritime, art. 27 de la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail)

Annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales

Objet : Cet article est une mesure de financement de la réforme des retraites. Il a pour objet d'annualiser le calcul des allègements généraux de cotisations sociales.

I - Le dispositif proposé

Partant du constat que le mode de calcul actuel de l'allègement général de cotisations sociales conduit à une réduction plus importante pour les employeurs qui versent une partie de la rémunération sous forme de primes ponctuelles, par exemple un treizième mois, plutôt que de manière lissée sur les douze mois de l'année, il a été déjà plusieurs fois proposé, notamment par votre commission, de réformer ce mode de calcul, ce que fait le présent article.

A cet effet, le **paragraphe I** modifie l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale qui définit le régime de cette réduction générale.

Il propose, en premier lieu, par coordination, de **supprimer la mention selon laquelle l'allègement général s'applique aux cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles**. Cette mention n'est pas justifiée compte tenu du fait que le taux maximal de l'allègement de 28,1 points correspond précisément au total des cotisations de sécurité sociale à la charge des employeurs, hors AT-MP, et que pour des raisons tenant au caractère préventif des cotisations AT-MP, l'ensemble des exonérations sur ces cotisations ont été supprimées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Cette modification est cependant nécessaire car si la mention est sans conséquence sur le montant global des exonérations dont bénéficient les employeurs, elle a un impact sur la répartition comptable de ces sommes effectuée par les Urssaf entre chaque branche.

Il pose ensuite le principe selon lequel les cotisations assises sur des gains et rémunérations inférieurs au smic majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive.

Il prévoit que le montant de la réduction est calculé non plus « *chaque mois civil* » mais « *chaque année civile* » selon des modalités fixées par décret, à partir de la rémunération annuelle du salarié.

Les cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu, qui ne sont pas à temps plein ou qui travaillent dans des entreprises d'intérim, sont pris en compte.

Enfin, les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année seront déterminées par décret.

Le **paragraphe II** procède à des coordinations au sein du code rural et le **paragraphe III** fait de même à l'article 27 de la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission ne peut que se féliciter d'**une mesure qu'elle avait elle-même proposée au Sénat lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010** et à laquelle le Gouvernement s'était alors opposé.

Elle approuve donc le dispositif prévu à cet article.

Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, ce nouveau mode de calcul des allègements généraux pourrait rapporter **2 milliards** en 2011, puis un peu plus chaque année, jusqu'à 2,3 milliards en 2014.

Son produit qui se traduira par un surcroît de cotisations pour les branches maladie, famille et vieillesse des régimes, **sera affecté**, *via* une fraction de la taxe sur les salaires, **au FSV** qui bénéficie de l'ensemble des ressources supplémentaires créées dans le cadre de la réforme des retraites.

Aucune mention n'est faite d'éventuelles suppressions d'emplois alors que c'était l'argument avancé il y a un an par le Gouvernement pour s'opposer à la proposition de votre commission ; il chiffrait même à 85 000 emplois les pertes potentielles.

Dans le document transmis au Parlement, seuls sont mentionnés les secteurs où l'effet de la mesure pourrait être le plus important du fait de leurs pratiques en matière de versement de primes : les activités financières et d'assurance, la fabrication de matériels de transport et la production et la distribution d'eau pour lesquels le montant des allègements pourrait être réduit de 20 %. A l'inverse, les secteurs de l'hébergement médico-social, de l'action sociale, l'agriculture, l'hébergement et la restauration ainsi que l'enseignement verraient le montant de leurs allègements réduits de moins de 5 %.

La politique de versement de primes est également assez différente selon la taille des entreprises. Ainsi, les entreprises de moins de dix salariés ne subiraient qu'une baisse moyenne de 2 % de leurs allègements alors que pour les entreprises de plus de mille salariés, la moyenne serait de 14 %.

Pour autant, dans le souci de toujours mieux maîtriser le coût de ces exonérations qui, comme l'indique le dernier rapport du conseil des prélèvements obligatoires, représentent « *une charge croissante pour les finances publiques* », votre commission vous propose une nouvelle mesure destinée à, très progressivement, en réduire un peu l'ampleur. Ainsi, elle suggère que **le seuil de sortie du dispositif à 1,6 smic soit « gelé » et calculé en fonction du niveau du smic en vigueur au 1^{er} janvier 2010**. Cette borne ne serait donc plus revalorisée de 1,5 % par an, comme c'est le cas actuellement chaque année, mais peu à peu réduite.

Une telle mesure aurait l'avantage de ne pas créer d'effet de seuil aussi brutal que pourrait entraîner une baisse immédiate du point de sortie à 1,5, 1,4 ou 1,3 smic mais elle permettrait déjà d'enregistrer un gain certain. Le conseil des prélèvements obligatoires évalue en effet à 2,9 milliards le gain du passage à 1,5 smic, à 6 milliards celui du passage à 1,4 smic et 9,2 milliards pour 1,3 smic.

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

Article 12 bis

(art. L. 131-7 et L. 131-8 du code de la sécurité sociale, art. 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005)

Affectation des recettes du panier de compensation des allègements généraux de cotisations sociales à la sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à affecter définitivement à la sécurité sociale le panier d'impôts et taxes de l'Etat qui servait à compenser les pertes de cotisations sociales afférentes aux allègements généraux.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Afin d'affecter définitivement aux caisses et organismes de sécurité sociale les recettes comprises dans le panier destiné à compenser leurs pertes de recettes résultant des allègements généraux de cotisations, cet article prévoit les ajustements suivants :

- le 1^o du **paragraphe I** modifie l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale afin d'exclure du principe général de compensation des réductions ou exonérations de charges sociales instituées depuis la loi du 25 juillet 1994, les allègements généraux de cotisations ;

- en conséquence, le 2° modifie l'article L. 131-8 pour, d'une part, supprimer le principe de l'affectation d'impôts et taxes au titre de la compensation des exonérations de charges, d'autre part, affecter ceux-ci directement aux organismes de sécurité sociale.

Ces recettes sont :

- le produit de la taxe sur les salaires, dont 59,9 % sont attribués à la Cnav, 23,4 % à la Cnaf et 16,7 % au FSV ;

- le produit de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire qui sera alloué à la Cnam ;

- le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile qui sera versé à la Cnam ;

- le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants en gros de produits pharmaceutiques qui sera versé à la Cnam ;

- le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs qui sera versé à la Cnam ;

- le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs qui sera versé à la Cnam.

Par ailleurs, le **paragraphe II** modifie l'article 61 de la loi de finances pour 2005 qui répartit le droit de consommation sur les tabacs, en indiquant qu'une fraction de 32,83 % de son produit sera affectée aux organismes de sécurité sociale, dont 8,02 % pour la Cnam, 1,58 % pour la branche AT-MP, 12,57 % pour la branche famille, 10 % au régime des salariés agricoles et 0,66 % à divers régimes spéciaux.

Enfin, le **paragraphe III** indique que cet article entrera en vigueur le 15 février 2011.

II - La position de la commission

Selon l'exposé des motifs de l'amendement déposé par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, cet article a pour objet de « *clarifier les relations entre l'Etat et la sécurité sociale* ». Ce faisant, il permet de laisser aux organismes de sécurité sociale la totalité de l'excédent de recettes du panier, estimé à 2 milliards pour l'exercice 2011, 1,8 milliard pour 2012, 1,6 milliard pour 2013 et 1,3 milliard pour 2014.

Votre commission s'interroge sur les conséquences de cet article qui vise à **supprimer le mécanisme de compensation des allègements généraux**, remettant ainsi en cause un principe auquel elle est très attachée.

Elle constate en effet que, même si les intentions de cette mesure sont en apparence vertueuses, **aucune garantie n'est accordée à la sécurité sociale sur la pérennité de ces recettes**. Ainsi, l'une des principales composantes de ce panier est le droit de consommation sur les tabacs. Or, sa répartition est en

perpétuelle évolution - pas moins de quatre modifications ont été effectuées ou prévues en 2010. Cela signifie que l'excédent aujourd'hui constaté sur le panier pourra très vite être repris en modifiant, dans une prochaine loi de finances, les pourcentages de recettes attribuées à la sécurité sociale.

Comme aucune clause de garantie n'est prévue, votre commission ne peut accepter l'article en l'état. Elle a donc adopté un **amendement** avec un double objet :

- refuser la suppression du principe de la compensation des allègements généraux de charges sociales (23 milliards en 2010) et le transfert « *pour solde de tout compte* » des diverses taxes comprises dans le panier de recettes à la sécurité sociale. Il n'est en effet pas raisonnable de **remettre en question la politique de compensation des allègements de charges** par un simple amendement de dernière minute à l'Assemblée nationale, sans consultation des caisses et des différents partenaires ;

- prévoir néanmoins, en conséquence du schéma de financement de la reprise de dette à l'article 9, **l'affectation de l'excédent de ce panier de façon prioritaire à la Cnaf**, à hauteur du différentiel entre la ressource CSG qui lui est prélevée au profit de la Cades et le produit des trois ressources « assurances » qui lui seront affectées, **puis, pour le surplus, à la Cnam**.

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

Article 12 ter

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

Précision sur le champ des exonérations relatives aux services à la personne

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à inscrire clairement dans la loi que les structures d'hébergement collectif de personnes âgées ou handicapées ne peuvent bénéficier du mécanisme d'exonération de charges sociales pour les activités d'aide à domicile dans le secteur des services à la personne.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Afin de bien préciser le champ des exonérations relatives aux services à la personne dans le cas où les aides à domicile sont employées par des associations ou des entreprises agréées, le **paragraphe I** de l'article modifie le III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale afin d'indiquer que l'exonération s'applique en contrepartie de l'exécution de tâches effectuées non pas simplement « *chez* » les personnes âgées ou handicapées mais bien « *au domicile à usage privatif* » de ces personnes.

Il est ajouté au **paragraphe II** que ces dispositions s'appliquent exclusivement aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui définit la liste des établissements sociaux et médico-sociaux, autrement dit les structures d'accueil collectif. On peut en déduire que la mesure ne vise donc pas les foyers-logements.

Devant l'Assemblée nationale, le ministre du budget et des comptes publics a tenu à bien préciser l'interprétation qui devait être faite de ces dispositions :

« En créant le mécanisme d'exonération sociale pour les activités d'aides à domicile dans le secteur des services à la personne, l'intention du législateur répondait très clairement au souci de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Il ne faut jamais s'éloigner de l'esprit du législateur quand on met en place des dispositifs qui ont des conséquences budgétaires.

« Certains établissements, en demandant le bénéfice des exonérations pour le personnel qu'ils emploient, détournent manifestement l'esprit de la loi, et ce alors même qu'ils bénéficient déjà par ailleurs, nous le savons, d'autres sources de financement public.

« La conception même de ce dispositif d'exonération est fondée sur la notion de domicile, qui doit être entendu strictement au sens du domicile à usage privatif de la personne âgée dépendante. Il va de soi - mais je le rappelle - que, dans la mesure où ils constituent pour des personnes âgées autonomes un domicile à caractère privatif, les foyers-logements étaient déjà inclus dans le champ de l'exonération et qu'ils demeureront bénéficiaires du dispositif malgré l'adoption de cet amendement.

« Or je crains que le renvoi à l'article du code de l'action sociale et des familles qui vise les structures d'accueil collectif et qui ne vise donc qu'en creux les foyers-logements ne soit pas de nature à clarifier les choses dans le sens que vous souhaitez. Je suis donc favorable à cet amendement et, si j'ai développé de façon aussi argumentée la position du Gouvernement, c'est aussi pour permettre au Conseil constitutionnel de connaître l'intention du législateur et les modalités d'application. »

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cette précision car l'intention du législateur, au moment de la mise en place des aides et exonérations aux services à la personne, était bien de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 12 quater

(art. L. 722-4 du code de la sécurité sociale)

**Clarification du régime des cotisations maladie
dues par les professionnels médicaux et paramédicaux**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à clarifier le régime des cotisations maladie dues par les professionnels médicaux et paramédicaux.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale définit l'assiette des cotisations au régime maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ceux-ci bénéficient en effet d'un régime spécial d'assurance maladie rattaché au régime général.

Il est proposé, par cet article, de bien préciser que **cette cotisation s'applique à l'ensemble des revenus tirés de leurs activités professionnelles**, l'objectif étant de mettre un terme aux pratiques de l'assurance maladie qui conduisent certains professionnels à devoir cotiser à ce régime et au RSI.

Cette anomalie a d'ailleurs été relevée par la Cour des comptes qui préconise l'unicité de régime pour les praticiens et auxiliaires médicaux.

II - La position de la commission

Votre commission approuve cette clarification qui permettra de mettre un terme à des situations compliquées et inéquitables.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 13
(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 porter à 6 % 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 2011.

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Assiette exemptée	Cotisations équivalentes
Participation financière et actionnariat salarié	18,0	2,9
<i>dont : participation</i>	8,2	
<i>intéressement</i>	6,7	
<i>plan d'épargne en entreprise (PEE)</i>	1,4	
<i>stock-options</i>	1,7	
Protection sociale complémentaire en entreprise	16,2	2,7
<i>dont : prévoyance complémentaire</i>	12,1	
<i>retraite supplémentaire</i>	3,9	
<i>plan d'épargne retraite collective (Perco)</i>	0,2	
Aides consenties aux salariés	7,2	2,2
<i>dont : titres restaurant</i>	3,2	
<i>chèques vacances</i>	0,9	
<i>avantages accordés par les comités d'entreprise</i>	2,9	
<i>Cesu préfinancé</i>	0,3	
Indemnités de rupture	4,4	1,2
<i>dont : indemnités de licenciement</i>	3,7	
<i>indemnités de mise à la retraite</i>	0,0	
<i>Indemnités de rupture conventionnelle</i>	0,8	
Total	45,8	9,0

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

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 2008

Dispositifs	Montant en millions d'euros			Taux d'évolution annuel moyen
	Pour 2000	Pour 2005	Pour 2008	
Participation	4 502	7 000	7 283	6,2 %
Intéressement	3 394	5 700	5 939	7,2 %
Plans d'épargne salariale	856	1 300	1 279	5,1 %
Total épargne salariale	8 752	14 000	14 502	6,5 %
Titres restaurant	1 483	1 978	2 508	6,8 %
Retraite supplémentaire et prévoyance complémentaire	n.d.	12 904	15 803	7,0 %
Masse salariale	358 732	423 730	479 607	3,7 %

Source : annexe 5 du PLFSS pour 2011

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 le plus souvent 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, 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. 137-1 ;

- 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 ; l'article 13 de la loi de financement pour 2009 l'avait fixé à 2 % ; en application de l'article 16 de la loi de financement pour 2010, il a été doublé et porté à 4 %.

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 est estimé à un peu plus de **650 millions d'euros** pour l'année 2010.

Ce montant correspond à une assiette de l'ordre de 22 milliards, soit la moitié à peine de la totalité des assiettes actuellement exemptées de cotisations sociales.

3°) Les modifications proposées

Le 2° du présent article prévoit **le relèvement à 6 % du taux** du forfait social à compter du 1^{er} janvier 2011, grâce à une modification de l'article L. 137-16. Celui-ci rapporterait environ **350 millions d'euros supplémentaires**.

Contrairement aux années précédentes, la totalité de ce produit ne devrait pas être affectée à la Cnam mais répartie entre celle-ci et le FSV, en application de l'article 14 ci-après.

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 30,38 % 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.

Le 1° de l'article procède à **une clarification concernant l'assujettissement au forfait social des royalties des artistes du spectacle**.

En effet, si le principe de cet assujettissement n'est pas remis en cause, il convient néanmoins de préciser qui endosse le rôle de l'employeur en charge de l'acquitter lorsque ces sommes sont versées par l'intermédiaire de sociétés productrices, entreprises de radiodiffusion, sociétés de perception et de répartition des droits.

Il est donc proposé que, dans ce cas, par référence à l'article L. 7121-8 du code du travail qui définit la nature des sommes ainsi perçues, le forfait social est acquitté par l'employeur ou l'utilisateur de l'enregistrement, de son interprétation, son exécution ou sa présentation. Cette précision permettra d'assurer le recouvrement effectif des sommes dues au titre de ces rémunérations.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a **étendu la clarification** effectuée au 1° **aux mannequins**, par référence à l'article L. 7123-6 du code du travail, en raison de la parfaite similitude de leur régime avec celui des artistes du spectacle pour les sommes résultant de l'exploitation des enregistrements de présentations.

III - La position de la commission

Face au dynamisme de la progression des assiettes exemptées et aux besoins de la sécurité sociale dont les déficits s'accumulent, 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 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 de certaines indemnités de rupture ou aides directes aux salariés.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 13 bis

(art. L. 137-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)

Prestations complémentaires de retraite et de prévoyance

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, entend préciser le champ d'application des dispositifs complémentaires de retraite et de prévoyance.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

- L'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 a institué, à la charge des employeurs et au profit du fonds de solidarité vieillesse, une taxe de 8 % assise sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective du personnel destinées au financement de prestations complémentaires de prévoyance.

Le **paragraphe I** du présent article propose de compléter l'article L. 137-1 du code de la sécurité sociale relatif à cette taxe afin d'étendre le bénéfice de ces dispositions aux anciens salariés ainsi qu'à leurs ayants droit. Cet élargissement est prévu par l'accord national interprofessionnel de janvier 2008.

- L'article L. 242-1 du même code définit les modalités de calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales. Sont exclues de l'assiette de ces cotisations les contributions des

employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance.

Le **paragraphe II** complète le sixième alinéa dudit article L. 242-1 afin de préciser qu'un décret en Conseil d'Etat définira, à partir de critères objectifs déterminés, quels salariés peuvent être retenus dans le champ des dispositifs complémentaires de retraite et de prévoyance.

II - La position de la commission

Les précisions apportées par cet article sont de nature à clarifier le champ d'application des dispositifs complémentaires de retraite et de prévoyance.

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

*Article 13 ter
(art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale)*

Limitation de l'exonération de cotisations applicable aux indemnités de rupture

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à limiter les exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les indemnités de rupture en fixant un seuil au-delà duquel elles seront assujetties.*

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale définit l'assiette des rémunérations sur lesquelles sont assises les cotisations sociales.

Le douzième alinéa de cet article définit le régime particulier applicable aux indemnités de rupture qui, dans les conditions actuelles, sont pour la plus grande part d'entre elles exonérées du paiement des cotisations. Certaines sont même exclues de l'assiette de la CSG et de la CRDS dans la limite de l'indemnité légale ou conventionnelle.

L'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a cependant assujetti aux cotisations, dans les conditions de droit commun, dès le premier euro, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond de la sécurité sociale, soit supérieures à un peu plus d'un million d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement destiné à limiter ces exonérations de cotisations.

Désormais, quelle que soit la nature de l'indemnité de rupture, elle sera assujettie normalement aux cotisations sociales pour la part qui excédera quatre fois le plafond de la sécurité sociale, soit environ 140 000 euros.

II - La position de la commission

Votre commission approuve pleinement cette disposition qui permet de limiter un peu le champ encore trop large des exemptions d'assiette.

Au sein de celui-ci, les indemnités de rupture représentent en effet un enjeu réel puisqu'elles comptent pour plus de 4 milliards de perte d'assiette, soit 10 % du total des assiettes exemptées.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 13 quater

Rapport au Parlement sur le régime social des indemnités de rupture

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prévoir un rapport au Parlement sur le régime social des indemnités de rupture.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Considérant que le régime social d'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale et d'assurance chômage, à la CSG et à la CRDS applicable aux indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail est devenu « *inassimilable pour le commun des mortels* », les auteurs de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale ont estimé nécessaire que le Gouvernement présente un rapport au Parlement sur cette question.

Il est précisé que le rapport devra mentionner les simplifications qui pourront être apportées à ce régime.

II - La position de la commission

Votre commission ne conteste pas la complexité du régime social s'appliquant aux indemnités de rupture mais il ne l'est pas plus que pour d'autres sortes d'avantages, indemnités ou rémunérations et l'annexe 5 du projet de loi de financement en fournit clairement et en détail les modalités.

En prévoyant d'assujettir aux cotisations sociales les indemnités de rupture, quelle qu'elles soient, au-delà de quatre fois le plafond de la sécurité sociale, l'article 13 *ter* du présent projet de loi est une première réponse, d'ores et déjà opérationnelle, aux questions posées par les auteurs de la demande du rapport.

Dans ces conditions, votre commission n'estime pas utile le dépôt d'un tel rapport et vous **demande de supprimer cet article.**

Article 14

*(art. L. 131-8, L. 135-3, L. 137-16, L. 241-2, L. 245-13
du code de la sécurité sociale)*

**Recettes affectées au fonds de solidarité vieillesse
dans le cadre de la réforme des retraites**

Objet : Cet article a pour objet d'affecter au FSV un certain nombre de recettes nouvelles, prévues dans le cadre de la réforme des retraites, pour un total de 3,4 milliards d'euros en 2011.

I - Le dispositif proposé

Actuellement, conformément à l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, les ressources du fonds de solidarité vieillesse sont constituées par :

- une fraction de la CSG ;
- une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) ;
- le produit des majorations de pension pour enfants, versé par la Cnaf ;
- une fraction du prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ;
- le produit de la contribution sur les avantages de préretraite ;
- le produit de la contribution sur les retraites chapeaux.

Le présent article complète et modifie cette liste de ressources. A cet effet, le **2°** du **paragraphe I** prévoit l'affectation de **trois nouvelles recettes** destinées au FSV, qu'il inscrit à l'article L. 135-3 :

- une fraction de 16,7 % du produit de la taxe sur les salaires ;
- une part du produit du forfait social ;
- le produit de la contribution additionnelle à la C3S.

Or, ces recettes étaient précédemment affectées à d'autres organismes.

Ainsi, **la taxe sur les salaires** était en totalité incluse dans le panier de recettes destiné à la compensation des allègements généraux de cotisations sociales. Le transfert de 16,7 % de son produit au FSV représente un montant d'environ deux milliards d'euros qui correspond au rendement attendu de la

mesure d'annualisation du calcul des allègements généraux que, dans le cadre de la réforme des retraites, le Gouvernement a souhaité affecter au FSV. En conséquence de cette disposition, la part de taxe sur les salaires affectée au panier de compensation est réduite à 83,3 %, ce à quoi procède le 1^o du même paragraphe.

Le **forfait social** était, dans son intégralité, affecté à la Cnam. Son produit sera désormais réparti entre la Cnam, pour une part qui correspond au taux de 2,42 %, et le FSV, pour la part résiduelle, qui correspond à un taux de 3,58 %. Le 3^o complète l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale en ce sens et le 4^o en tire les conséquences à l'article L. 241-2 qui définit les ressources des régimes maladie.

De la même façon, le produit de **la contribution additionnelle à la C3S** qui était entièrement affecté à la Cnam est transféré au FSV ; le 4^o et le 5^o en tirent les conséquences sur les ressources de la Cnam.

Par ailleurs, ce même 4^o prévoit d'affecter une fraction des prélèvements sur les jeux et paris, tels qu'issus de la loi du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, à la Cnam.

Le **paragraphe II** prévoit, par dérogation et à titre transitoire pour 2011, une autre répartition du produit du forfait social : une part correspondant au taux de 3,55 % pour la Cnam et au taux de 2,45 % pour le FSV.

Le **paragraphe III**, enfin, prévoit que la nouvelle répartition de la taxe sur les salaires s'appliquera seulement à compter du 15 février 2011.

L'étude d'impact, annexée au projet de loi, indique que, pour le FSV, ces transferts aboutiront à un surplus de recettes de **3,4 milliards en 2011**, 3,7 milliards en 2012 et plus de 4 milliards en 2014.

La Cnam qui voit une partie de ses recettes déviées vers le FSV sera compensée par l'affectation d'une fraction de TVA brute d'un montant équivalent, en application de l'article 39 du projet de loi de finances pour 2011.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux séries d'amendements sur cet article :

- la première pour tirer les conséquences de l'article 12 *bis* inséré par les députés : il n'y aura donc pas de taxe sur les salaires dans les ressources du FSV ;

- la seconde pour accroître la part du produit du forfait social qui est affectée au FSV, au détriment de la Cnam, afin de tenir compte des votes du Sénat sur la réforme des retraites et de la mise à la charge du FSV du coût du

maintien de l'âge actuel d'annulation de la décote pour les parents de trois enfants et d'enfant handicapé.

III - La position de la commission

Votre commission a approuvé la réforme des retraites et considère de bonne gestion de confier au FSV le financement des mesures de solidarité en matière de retraite car celles-ci entrent pleinement dans le cadre des missions pour lesquelles cet organisme a été créé.

La question des ressources du fonds est toutefois posée. Votre commission sera très vigilante sur l'évolution de celles-ci car un nouveau creusement du déficit du FSV ne serait pas acceptable.

Sous réserve d'amendements de coordination avec la position qu'elle a retenue à l'article 12 *bis*, **vostra commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 15

(art. L. 136-2 du code de la sécurité sociale)

Encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels de 3 % est applicable à la CSG

Objet : Cet article vise, d'une part, à limiter le montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels est applicable pour le calcul de la CSG, d'autre part, à effectuer une coordination liée à la récente réforme du volontariat civil.

I - Le dispositif proposé

Le deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale prévoit que la CSG sur les revenus d'activité et les allocations chômage est calculée sur le montant brut des sommes perçues par les salariés sur lequel est opéré une réduction représentative de frais professionnels, forfaitairement fixée à 3 % de ce montant.

Cette même réduction est applicable à l'assiette de la CRDS qui est donc égale, comme pour la CSG, à 97 % des revenus bruts des salariés et assimilés.

Cette réduction a été instituée, dès l'origine, **pour assurer l'égalité entre les salariés et les non salariés**, du fait des meilleures possibilités de déduction de leurs frais professionnels des indépendants. En effet, pour les non-salariés, c'est le revenu net des charges - celles-ci comprenant les frais professionnels - qui est retenu pour déterminer l'assiette de la CSG comme celle des cotisations. Dans sa décision du 28 décembre 1990, le Conseil

constitutionnel a ainsi considéré que *« les choix effectués par le législateur pour la détermination de l'assiette des catégories de revenus ne créent pas de disparité manifeste dès lors que (...) il est opéré sur le montant des salaires pris en compte pour l'établissement de la contribution sociale une réduction représentative de frais professionnels fixée à 5 % de ce montant »*.

A la création de la CSG, le taux d'abattement pour frais professionnels avait été fixé à 5 %. Ce taux a ensuite été ramené à 3 % par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette réforme a été validée par le Conseil constitutionnel. Dans sa décision du 12 août 2004, celui-ci indique en effet qu'en prenant en compte les progrès intervenus à la fois dans la connaissance des revenus des indépendants et dans les possibilités accrues de prise en compte des frais professionnels pour les salariés, le législateur *« n'a pas rompu de façon caractérisée l'égalité devant les charges publiques »*.

La mesure proposée par le présent article vise désormais à encadrer plus strictement les conditions d'application de cet abattement. L'étude d'impact annexée au projet de loi indique : *« si cet abattement de 3 % constitue le plus souvent une solution équilibrée, son application systématique sur l'intégralité des rémunérations n'est pas justifiée. Ainsi, s'il est possible de considérer que les frais professionnels sont plus importants au fur et à mesure que le salaire croît, cette corrélation n'est pas sans limite et devient très discutable pour ce qui concerne les plus hauts salaires ; c'est d'ailleurs pourquoi, même si en matière fiscale la prise en compte des frais professionnels obéit à des mécanismes un peu différents, la déductibilité des frais professionnels pour le calcul de l'impôt sur le revenu est plafonnée. »*

Le 1° de l'article prévoit en conséquence que la réduction forfaitaire de 3 % s'appliquera désormais au montant brut des sommes perçues **pour sa seule partie inférieure à quatre fois la valeur du plafond de la sécurité sociale**, soit environ 140 000 euros annuels.

Cette mesure s'applique également à la CRDS qui, pour les revenus d'activité, a la même assiette que la CSG.

Au total, cela revient à plafonner l'abattement de 3 % à 4 150 euros par an et donc l'exonération de CSG-CRDS associée à 330 euros.

Le 2° effectue une coordination au 3° du III de l'article L. 136-2 pour préciser une référence incomplètement effectuée dans le cadre de la réforme du volontariat civil opérée par la loi du 10 mars 2010 relative au service civique.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission approuve cette mesure qui, sans introduire d'inégalité ni créer d'effet de seuil, permet de contribuer modestement au financement de la protection sociale.

Le rendement attendu de cette mesure est en effet de 25 millions en 2011 avec une estimation à 28,8 millions en 2014. Ce calcul est effectué sur la base d'une masse salariale au-delà du seuil de quatre plafonds de la sécurité sociale de 11 milliards d'euros ; la suppression de l'abattement de 3 % représenterait alors 330 millions d'assiette supplémentaire sur laquelle l'application de la CSG et la CRDS rapporterait 25 millions.

Tout en considérant que cet encadrement pourra sans doute être encore renforcé dans les années à venir, **vo**tre commission vous demande **d'adopter cet article sans modification.**

Article 16

(art. L. 242-1-3, L. 243-7 et L. 311-3 du code de la sécurité sociale)

Assimilation à des rémunérations et assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages reçus de tierces personnes dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle

Objet : Cet article a pour objet, d'une part, d'assimiler à des rémunérations les sommes et avantages alloués à un salarié par une personne qui n'est pas son employeur, d'autre part, de soumettre à prélèvements sociaux ces sommes et avantages selon des modalités adaptées.

I - Le dispositif proposé

L'évolution des pratiques de rémunération voit se multiplier l'attribution de gratifications versées par des personnes tierces à l'entreprise sans que la définition juridique de l'assujettissement de ces sommes aux prélèvements sociaux n'ait été adaptée à ces évolutions.

Des études récentes attestent ainsi du développement de nouvelles politiques de rémunération des salariés, à la fois complémentaires au salaire de base et plus dynamiques. En matière commerciale en particulier, on observe des pratiques d'incitations directes des salariés d'entreprises tierces, le plus souvent des personnels de vente, sous la forme de chèque-cadeaux, de rémunérations proportionnelles au montant des ventes réalisées ou même d'avantages en nature.

Or, l'assujettissement de ces sommes et avantages n'est actuellement possible que si ceux-ci sont versés au salarié par son employeur, en contrepartie ou à l'occasion de son travail, conformément à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Un vide juridique existe donc lorsque ces sommes ou gratifications sont versées au salarié par une entreprise ou une personne tierce à l'employeur. Il en résulte **une exonération de cotisations sociales de fait** sur des sommes qui sont pourtant versées à raison d'une activité professionnelle, et, dans la pratique, pleinement intégrées aux pratiques de gestion des ressources humaines des entreprises.

Le présent article prévoit donc de remédier à ce vide juridique.

A cet effet, le 1° insère un **nouvel article L. 242-1-3** dans le code de la sécurité sociale qui :

- au **premier alinéa**, assimile les sommes et avantages alloués à un salarié à raison de son activité professionnelle par une personne tierce qui n'est pas son employeur aux rémunérations versées au travailleur en contrepartie ou à l'occasion d'un travail, au sens de l'article L. 242-1 ;

- au **deuxième alinéa**, crée, pour les activités commerciales ou en lien direct avec la clientèle pour lesquelles il y a un intérêt, pour une entreprise tierce, à rétribuer monétairement ou par la remise de cadeaux des salariés susceptibles de dynamiser les ventes, **une contribution libératoire de 20 %** tenant compte de leur spécificité. Cette contribution ne sera due que sur les sommes excédant un montant égal à 15 % de la valeur du smic mensuel. Lorsque les sommes et avantages versés dépasseront, pour un an, un smic mensuel, la part supérieure à ce plafond sera assujettie à toutes les cotisations et contributions de droit commun ;

- au **troisième alinéa**, précise que lorsque la personne tierce appartient au même groupe que l'employeur, le mécanisme de la contribution libératoire ne s'applique pas ; les cotisations et contributions sociales seront alors dues dans les conditions de droit commun ;

- au **quatrième alinéa**, indique que la personne tierce sera responsable de la déclaration et du paiement de la contribution libératoire ou des cotisations et contributions à l'Urssaf ; elle devra informer l'employeur des sommes et avantages versés à son salarié ;

- au **cinquième alinéa**, prévoit que le mécanisme de la contribution libératoire ne pourra s'appliquer s'il apparaît que la personne tierce et l'employeur se sont entendus pour éviter, en partie ou en totalité, le paiement des cotisations et contributions sociales ;

- au **sixième alinéa**, spécifie qu'un décret définira les modalités d'information de l'employeur et de l'organisme de recouvrement par la personne tierce sur les sommes ou avantages versés aux salariés ;

- au **septième alinéa**, prévoit qu'un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale déterminera les règles selon lesquelles la contribution libératoire sera affectée entre les régimes.

Le 2° effectue une coordination au premier alinéa de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, afin de rendre possible le contrôle par les Urssaf des personnes qui, sans être employeurs ou travailleurs indépendants, sont néanmoins redevables de cotisations ou contributions sociales.

Le 3° modifie l'article L. 311-3 du même code qui donne la liste des personnes assujetties au régime général en y ajoutant expressément les salariés qui bénéficient, dans le cadre de leur activité professionnelle, de sommes ou avantages alloués par des tiers, au titre de ceux-ci.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission approuve ce dispositif qui répond effectivement à la nécessité de soumettre ces modes de rémunération, aujourd'hui en progression, aux prélèvements sociaux.

Si l'on tient compte de la franchise prévue d'environ 200 euros par salarié et par an et en appliquant seulement la contribution libératoire de 20 %, le rendement estimé de la mesure pourrait être de **70 millions d'euros** par an.

En dehors des moyens financiers supplémentaires qu'elle procure à la sécurité sociale, cette mesure présente aussi l'avantage de permettre aux salariés concernés de compléter leurs droits à retraite, ce qui est une très bonne chose. L'assujettissement aux cotisations et contributions sociales a en effet pour contrepartie l'ouverture de droits.

Néanmoins, **afin d'éviter toute ambiguïté sur la portée de cet article**, elle a adopté un amendement de précision rédactionnelle qui prévoit que ne sont visées par l'article que les sommes ou avantages alloués à un salarié « *par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne* ».

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

Article 16 bis

(art. L. 613-1 et L. 622-4 du code de la sécurité sociale)

Clarification de l'activité de loueur de chambres d'hôtes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à préciser le régime social applicable à l'activité de loueur de chambres d'hôtes.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'activité de loueur de chambres d'hôtes n'est pas clairement définie dans le code de la sécurité sociale, contrairement au code général des impôts pour lequel les revenus provenant de cette activité ont le caractère de bénéfices industriels et commerciaux, que l'activité ait un caractère professionnel ou non.

Le code de la sécurité sociale distingue deux cas de figure :

- si l'activité a un caractère professionnel, les revenus sont assujettis aux cotisations sociales et à la CSG-CRDS applicable aux revenus d'activité ;
- si l'activité n'a pas ce caractère, ce sont les prélèvements au titre des revenus du patrimoine qui s'appliquent, au taux de 12,1 %.

Or, il n'existe aucune définition du caractère professionnel ou non de cette activité en matière sociale, ce qui se traduit par une réelle insécurité juridique à laquelle s'ajoute le fait que, récemment, plusieurs loueurs de chambres d'hôtes se sont vus refuser le droit à être affiliés en tant qu'auto-entrepreneurs au motif que leur activité n'était pas professionnelle.

Le présent article vise donc à remédier à cette difficulté.

Le 1^o complète l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser explicitement que les loueurs de chambres d'hôtes sont affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Le 2^o complète l'article L. 622-4 afin d'indiquer que les loueurs de chambres d'hôtes sont affiliés au groupe des professions industrielles et commerciales, en ce qui concerne l'assurance vieillesse.

En conséquence de ces affiliations et en contrepartie des cotisations acquittées, les loueurs de chambres d'hôtes bénéficient d'ouverture de droits à leur profit.

II - La position de la commission

Votre commission approuve la clarification juridique apportée par cet article et la solution proposée pour résoudre l'instabilité pénalisante que devaient subir les loueurs de chambres d'hôtes au regard du régime social applicable à leur activité.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 16 ter

*(art. 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007
de financement de la sécurité sociale pour 2008)*

**Prolongation de l'expérimentation de l'affiliation au régime général
des personnes exerçant une activité réduite**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prolonger de deux ans l'expérimentation du dispositif d'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Afin de favoriser l'intégration sociale et professionnelle de publics, souvent en difficulté, qui exercent des activités procurant de faibles revenus, **l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008** a prévu l'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

En procédant ainsi, l'article créait une double dérogation :

- une dérogation aux conditions d'affiliation au régime général puisque les activités visées par l'article ne sont pas salariées ;
- une dérogation aux règles qui voudrait que les personnes concernées relèvent du régime social des indépendants.

L'idée était de permettre la déclaration d'activités qui, aussi bien du fait de la lourdeur et de la complexité des formalités administratives et déclaratives nécessaires qu'en raison de la faiblesse des revenus qu'elles produisent, ne sont généralement pas déclarées.

Le but recherché était aussi que, par ce biais, les personnes concernées puissent accéder, dans un deuxième temps, au statut de travailleur indépendant, en s'insérant alors dans le système de protection sociale classique.

Un accompagnement par des associations agréées à cet effet était prévu.

Un décret devait fixer les modalités d'application de cette disposition, et notamment définir la liste des activités éligibles, les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné, la durée maximale de l'affiliation prévue ainsi que les conditions d'agrément et de rémunération des associations. Il devait également fixer le montant des revenus tirés de l'activité visée en deçà duquel le bénéfice de l'affiliation pouvait être ouvert.

Ce décret a été pris le 12 novembre 2008.

Toutefois, la mise en place a été longue et l'expérimentation n'a réellement commencé que cette année à la suite de la signature d'une convention avec l'association pour le droit à l'initiative économique (Adie).

Aussi le terme prévu initialement pour cette expérimentation, à savoir le 31 décembre 2010, paraît-il trop rapproché.

C'est pourquoi, le présent article propose de **le reporter de deux ans**, jusqu'au 31 décembre 2012.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à la prolongation de cette expérimentation qui vise une population particulière et très ciblée dont les revenus sont extrêmement faibles et pour laquelle les dispositions existantes sont encore trop complexes ou coûteuses.

En effet, même le régime microsocial des articles L. 131-6 et L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale qui prévoit déjà un dispositif simplifié de déclaration des cotisations sociales ainsi qu'un allègement des charges sociales calculées en pourcentage du chiffre d'affaires semble difficile à appliquer dans certains cas recensés par les associations.

Dans ce contexte, la mesure proposée représente une première étape dans un parcours d'insertion économique vertueux comportant, notamment, la déclaration des activités et l'affiliation à un régime de sécurité sociale.

Votre commission rappelle que l'efficacité de cette mesure devra être **évaluée**, aussi bien en termes d'intégration sociale des personnes concernées que de coût de la mesure, afin de conditionner son éventuelle pérennisation à l'obtention de résultats tangibles.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 17

*(art. L. 731-15 et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime,
art. L. 136-4 et L. 136-6 du code de la sécurité sociale)*

**Prise en compte dans les revenus professionnels des non-salariés agricoles
des revenus tirés de la mise en location des terres
et des biens conservés dans le patrimoine privé
et utilisés pour les besoins de leur activité professionnelle**

Objet : Cet article tend à empêcher le cumul pour un non-salarié agricole de la déduction du revenu cadastral et de la déduction d'un loyer au titre du bénéfice imposable servant d'assiette aux cotisations.

I - Le dispositif proposé

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, la mesure proposée vise à réintégrer dans l'assiette sociale les revenus des loyers tirés des biens gardés dans le patrimoine privé et utilisés pour l'activité professionnelle agricole. Il s'agirait de la transposition dans la sphère agricole d'une mesure introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 qui avait prévu d'intégrer les revenus de la mise en location gérance d'un fonds de commerce dans l'assiette sociale des non-salariés non agricoles ainsi que dans l'assiette salaire des membres de sociétés.

Selon l'étude d'impact, les montages juridiques sociétaires se multiplient actuellement pour permettre à des non-salariés agricoles de faire sortir certains revenus de leur assiette de cotisations sociales.

Ainsi, lorsqu'un entrepreneur de terres agricoles crée une société au sein de laquelle il a le statut de gérant non-salarié, s'il loue à cette société les biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice de son activité et reçoit une contrepartie des redevances, celles-ci sont imposées au titre des bénéficiaires industriels et commerciaux et n'entrent donc pas dans l'assiette sociale des non-salariés agricoles.

Par ailleurs, l'étude d'impact relève que la Cour administrative d'appel de Nantes a récemment admis qu'un exploitant agricole puisse déduire de son bénéfice agricole imposable les loyers affectés aux terres qu'il conserve dans son patrimoine privé tout en les utilisant pour son activité professionnelle. Cette jurisprudence est susceptible de minorer l'assiette des cotisations à raison des loyers afférents aux terres conservées dans le patrimoine privé, mais néanmoins affectées à l'exploitation agricole.

L'objet de l'article est donc de prévoir l'intégration, au sein des revenus professionnels agricoles soumis à cotisations, des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui lui sont attachés, lorsque ces terres et biens sont mis à la disposition d'une

exploitation ou entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire, aux travaux de laquelle il participe effectivement.

Toutefois, cette majoration ne sera pas appliquée lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévu à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.

L'article L. 731-14, issu de la loi d'orientation agricole de 1995, permet en effet aux chefs d'exploitation agricole à titre individuel de déduire, sur option, de leurs revenus, le montant du revenu cadastral des terres mises en valeur par ladite exploitation et dont ils sont propriétaires. La même disposition est applicable aux associés, personnes physiques des sociétés, pour les terres mises en valeur pour ces sociétés lorsque celles-ci sont inscrites à l'actif de leur bilan.

- Le **1° du paragraphe I** tend à insérer la disposition qui vient d'être présentée à l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime relatif à l'énumération des revenus professionnels des non-salariés agricoles pris en compte pour la détermination des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ;

Le **2°** tend à opérer le même ajout au sein de l'article L. 741-10 du même code, relatif à l'assiette des cotisations des salariés des professions agricoles.

- Le **1° du paragraphe II** tend à prévoir la même mesure à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, relatif aux revenus professionnels soumis à la CSG.

Le **2°**, par coordination, tend à faire figurer l'article L. 136-4 parmi les articles mentionnés à l'article L. 136-6, dont l'objet est d'exonérer de CSG sur les revenus du patrimoine les revenus fonciers des personnes physiques ayant déjà supporté la CSG sur les revenus du travail ou les revenus de placement.

- Le **paragraphe III** prévoit que les nouvelles dispositions sont applicables aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2011.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a inséré dans cet article une disposition supprimant un renvoi à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime au sein du code de la sécurité sociale, ce renvoi étant devenu sans portée du fait des modifications successives des rédactions de l'article concerné.

III - La position de la commission

Il est rare d'observer un tel décalage entre l'exposé des motifs d'un texte et un dispositif. Présenté comme un moyen de lutter contre des montages sociétaires destinés à soustraire certains revenus de l'assiette des cotisations sociales, cet article ne concerne en réalité que les exploitants individuels. Son origine est bien davantage à rechercher dans l'évolution de la jurisprudence fiscale que dans la multiplication des montages sociétaires.

En matière de bénéfices industriels et commerciaux, il est admis que l'exploitant individuel dispose d'une liberté de choix pour répartir ses biens immobiliers entre son actif commercial et son patrimoine privé. Le Conseil d'Etat admet, dans ces conditions, que le contribuable qui conserve un immeuble dans son patrimoine privé tout en l'affectant à son activité industrielle, commerciale ou artisanale, est en droit de comprendre dans les charges de celle-ci des sommes correspondant au loyer normal de l'immeuble. Il s'ensuit que l'exploitant doit soumettre à l'impôt sur le revenu, le revenu fictif correspondant, dans la catégorie des revenus fonciers.

Le Conseil d'Etat a admis la même possibilité de déductibilité des loyers à soi-même pour les titulaires de bénéfices non commerciaux qui conservent un immeuble dans leur patrimoine privé tout en l'utilisant pour les besoins de leur activité professionnelle.

En matière de bénéfices agricoles, l'administration a toujours refusé d'autoriser la déduction d'un loyer afférent aux terres et installations agricoles maintenues dans le patrimoine privé. Le Gouvernement considérait en effet que les exploitants bénéficiaient déjà du dispositif spécifique de déduction de la « rente du sol » (déduction du revenu cadastral), qui permettait de pallier l'absence d'amortissement des terres agricoles.

Dans un récent arrêt du 6 avril 2010, la cour administrative d'appel de Nantes a cependant admis, en matière agricole comme en matière de BIC et de BNC, qu'un contribuable qui conserve un immeuble dans son patrimoine privé tout en l'affectant à l'exploitation de cette dernière, est en droit de comprendre dans les charges de celle-ci des sommes correspondant au loyer normal de cet immeuble.

Le Gouvernement a souhaité que cette jurisprudence ne porte pas atteinte à l'assiette des cotisations sociales agricoles et a donc proposé la mesure figurant au présent article consistant à intégrer les revenus concernés dans l'assiette des cotisations.

Toutefois, dès lors qu'existe déjà la disposition permettant de déduire de l'assiette des cotisations le revenu cadastral des terres que possède l'exploitant agricole et qu'il utilise pour son activité professionnelle, il a souhaité exclure de la réintégration proposée les revenus des exploitants qui n'ont pas choisi d'opter pour la déduction du revenu cadastral. Il a donc limité la réintégration aux cas de cumul entre les deux déductions.

Or, l'hypothèse d'un cumul de la déduction du revenu cadastral prévue à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime et de la déduction des loyers correspondant aux terres conservées dans le patrimoine privé n'est possible que pour les exploitants individuels et non pour les sociétés. En effet, la déduction du revenu cadastral n'est autorisée pour les sociétés que si les terres concernées sont inscrites à l'actif du bilan de la société, ce qui interdit toute prise en compte d'un loyer.

Pour les exploitants individuels, cette restriction n'est pas prévue, de sorte qu'un propriétaire exploitant pourrait effectivement cumuler les deux déductions. La mesure proposée n'a donc en aucun cas pour objet de combattre des montages sociétaires destinés à réduire l'assiette des cotisations sociales.

Plutôt que d'interdire le cumul, il aurait été possible de n'ouvrir la déduction du revenu cadastral qu'aux seuls exploitants individuels dont les terres figurent à l'actif du bilan de l'exploitation.

Par ailleurs, le texte proposé prévoit l'application de la mesure non seulement aux non-salariés agricoles mais aussi aux salariés agricoles. Or, le cumul des deux déductions au titre des mêmes terres est impossible pour ces salariés puisque la déduction du revenu cadastral n'est ouverte qu'aux **chefs d'exploitation agricole à titre individuel**. En conséquence, la commission, sur proposition de son rapporteur général, a adopté un **amendement** supprimant les quatrième et cinquième alinéas du dispositif.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 17 bis

(art. L 731-16 du code rural et de la pêche maritime)

Transfert de la qualité de chef d'exploitation entre personnes liées par un pacte civil de solidarité

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à prévoir les conséquences d'un transfert de la qualité de chef d'exploitation entre personnes liées par un pacte civil de solidarité sur les revenus pris en compte pour le calcul des cotisations.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Selon les termes de l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime, les revenus professionnels pris en compte pour le calcul des cotisations sociales dues par les personnes non salariées des professions agricoles sont constitués par la **moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures** à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues.

L'article L. 731-16 prévoit cependant que les cotisations sont calculées, à titre provisionnel, sur une **assiette forfaitaire** lorsque la durée d'assujettissement ne permet pas de connaître les revenus professionnels servant de base à celles-ci et font l'objet d'une régularisation lorsque ces revenus sont connus. Par dérogation aux dispositions prévues à l'article L. 731-15, les cotisations sont calculées, pour la première année, sur les revenus d'une seule année et, pour la deuxième année, sur la moyenne des revenus des deux années.

Toutefois, le même article L. 731-16 dispose également qu'en cas de transfert de la qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise entre des conjoints quels qu'en soient le motif et les modalités, les cotisations dues par le conjoint poursuivant la mise en valeur sont assises sur la totalité des revenus du foyer au cours de la période de trois ans mentionnée à l'article L. 731-15.

Le présent article tend simplement à préciser que ce dispositif est également applicable en cas de transfert de la qualité de chef d'exploitation entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

II - La position de la commission

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

Article 17 ter

(art. L. 752-1 du code rural et de la pêche maritime)

Absence d'obligation d'assurance pour les bailleurs à métayage

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à écarter l'affiliation des bailleurs à métayage au régime des accidents du travail des exploitants agricoles.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 752-1 du code rural et de la pêche maritime impose aux chefs d'exploitation ou d'entreprise, ainsi qu'au conjoint collaborateur, à l'aide familial et aux enfants âgés d'au moins quatorze ans participant occasionnellement aux travaux de l'exploitation d'être assurés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Dans un arrêt du 19 juin 2008, la Cour de cassation a considéré qu'un bailleur à métairie ne devait pas être affilié au régime des accidents du travail et des maladies professionnelles (Atexa), dès lors que l'obligation d'assurance ne s'impose qu'aux personnes occupées dans les exploitations ou entreprises concernées. Tel n'est pas le cas du bailleur à métayage qui n'exerce pas

d'activité sur les terres dont il est propriétaire et dont il a confié l'exploitation à un métayer.

A la suite de cette décision, les bailleurs à métayage ne sont pas traités de manière homogène par les caisses de mutualité sociale agricole au regard de l'affiliation au régime Atexa. Le présent article complète en conséquence l'article L. 752-1 pour préciser explicitement que l'obligation d'assurance ne concerne pas les bailleurs à métayage.

II - La position de la commission

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

Article 18

(art. L. 863-1 du code de la sécurité sociale)

Relèvement du plafond annuel de ressources pris en compte pour l'accès à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Objet : Cet article a pour objet de relever en deux étapes, sur les années 2011 et 2012, le plafond de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS), afin d'élargir l'accès à cette aide et de tenir compte de la revalorisation quinquennale de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), versée aux personnes seules, et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

I - Le dispositif proposé

Créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹, l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) permet aux personnes à faibles revenus mais dont les ressources excèdent le plafond d'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) de bénéficier d'une aide venant en déduction du prix d'un « contrat responsable »² individuel d'assurance complémentaire de santé, qu'elles peuvent souscrire auprès de l'organisme de leur choix.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 (article 56).

² C'est-à-dire un contrat dont les garanties ne couvrent pas la participation forfaitaire pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, créée par la loi précitée du 13 août 2004, ni la franchise sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires mise en place par l'article 52 de la loi n° 2007-1786 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article L. 863-6 du code de la sécurité sociale).

Le montant de l'aide varie selon le nombre et l'âge des personnes couvertes par le contrat, entre 100 euros pour les enfants de moins de seize ans et 500 euros pour les personnes de soixante ans et plus (alinéa 3 de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale).

Sa définition a été affinée par la loi HPST, qui a créé une nouvelle tranche d'âge couvrant les personnes de cinquante à cinquante-neuf ans (et revalorisé à 500 euros l'aide annuelle accordée aux personnes de plus de soixante ans) et par la loi de finances pour 2010¹, qui a abaissé de vingt-cinq à seize ans la limite entre les deux premières tranches d'âge et relevé de 100 à 200 euros l'aide bénéficiant aux personnes de seize à quarante-neuf ans, ce qui a permis un doublement de l'aide pour les seize - vingt-cinq ans.

Le tableau ci-après retrace l'évolution, depuis 2005, des montants par tranche d'âge de l'ACS :

Evolution du montant de l'ACS

Age	Montant au 01/01/2005	Montant au 01/01/2006	Montant au 01/08/2009	Montant au 01/01/2010
moins de 16 ans	75 €	100 €	100 €	100 €
de 16 à 24 ans	75 €	100 €	100 €	200 €
de 25 à 49 ans	150 €	200 €	200 €	200 €
de 50 à 59 ans	150 €	200 €	350 €	350 €
à partir de 60 ans	250 €	400 €	500 €	500 €

L'aide, concrétisée par une attestation de droits remise au bénéficiaire, est déduite de la prime ou de la cotisation correspondant au contrat par l'organisme d'assurance complémentaire, qui bénéficie alors d'un « crédit d'impôt » de même montant au titre de sa contribution au fonds CMU prévue par l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Fixé originellement à un montant supérieur de 15 % à celui du plafond d'accès à la CMU-c, le plafond de ressources ouvrant droit à l'ACS est fixé depuis le 1^{er} janvier 2007² au plafond CMU-c majoré de 20 %.

Il est proposé de relever en deux étapes cette majoration à 30 %.

• Le **paragraphe I** de l'article tend donc à modifier le premier alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale pour fixer le plafond de ressources pour l'accès à l'ACS au montant du plafond de la CMU-c majoré de 30 %.

¹ Loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009, article 133-I.

² Article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Comme le précisent les paragraphes II et III de l'article, cette hausse sera appliquée en **deux étapes**, le plafond de ressources ACS devant correspondre, pendant l'année 2011, au **plafond CMU-c + 26 %** puis, à compter du 1^{er} janvier 2012, au **plafond CMU-c + 30 %**.

Le plafond de ressources pour l'accès à l'ACS, revalorisé, comme celui de la CMU-c, en fonction de l'inflation, et calculé par référence aux revenus et ressources totalisés sur les douze mois précédant la date de la demande, était, au 1^{er} juillet dernier, de **9 134 euros** pour une personne seule (ce qui équivaut à un montant mensuel moyen de ressources de 761 euros).

Il passerait, toujours pour une personne seule, à **9 590,30 euros** au 1^{er} janvier 2011 et à **10 072,87 euros** au 1^{er} janvier 2012.

Il en résultera une augmentation du nombre de bénéficiaires potentiels de l'ACS.

Ce nombre était estimé, fin 2009, à un peu moins de deux millions de personnes, dont 30 % environ (un peu plus de 600 000 personnes) avaient effectivement demandé et reçu une attestation¹.

Selon les estimations données par la fiche d'évaluation préalable de cet article, 67 000 personnes supplémentaires, par rapport à 2010, pourraient bénéficier en 2011 de l'aide, et 294 000 à la fin de 2012, ces chiffres étant cependant présentés comme étant des estimations « hautes ».

A partir de 2013, au terme de la montée en charge du dispositif, son coût pourrait représenter 82 millions d'euros de dépenses supplémentaires pour le fonds CMU.

Mais, en dehors de l'élargissement de la « cible » de l'ACS, le relèvement du plafond de ressources doit surtout éviter de faire sortir du dispositif les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) vivant seules et ceux de l'aide aux adultes handicapés (AAH).

Du fait de la revalorisation quinquennale de ces aides, prévue sur la période 2007-2012, leurs titulaires, qui sont généralement simultanément bénéficiaires du forfait logement, seraient en effet sortis du dispositif.

D'après les chiffres communiqués à votre rapporteur général, au 1^{er} janvier 2011, et en base annuelle², le montant pour une personne seule de l'Aspa et du forfait logement (9 179,95 euros), de l'AAH et du forfait annuel (9 215,86 euros) dépasserait déjà le plafond ACS actuel (9 133,63 euros).

• Le **paragraphe II** de l'article fixe, « *par dérogation* », à 26 % la majoration applicable au plafond CMU-c pour calculer le plafond de ressources ouvrant droit à l'ACS jusqu'au 31 décembre 2011.

¹ Cf. programmes de qualité et d'efficience « maladie », annexe I au projet de loi de financement.

² C'est-à-dire en multipliant par 12 le montant mensuel de l'allocation, ce qui conduit nécessairement à une certaine approximation, les plafonds ACS étant calculés sur la somme des ressources des douze mois précédents.

• Enfin, le **paragraphe III** entend préciser les conditions d'application des deux relèvements successifs du plafond des ressources ouvrant droit à l'ACS.

Il prévoit à cet effet :

- que le paragraphe I de l'article - c'est-à-dire le relèvement à 30 % de la majoration appliquée au plafond CMU-c pour déterminer le plafond ACS - s'applique « *aux décisions mentionnées au premier alinéa de l'article 863-3* » du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la décision sur le droit à l'ACS ;

- que le paragraphe II (calcul du plafond de l'ACS par l'application au plafond CMU-c d'un taux de majoration de 26 %) s'appliquera aux décisions sur le droit à l'aide prises entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011.

Ces dispositions ont pour objet de garantir que les nouveaux plafonds seront pris en compte pour apprécier les droits à l'ACS dès leur entrée en vigueur, et bénéficieront donc dès le 1^{er} janvier 2011 ou le 1^{er} janvier 2012 aux personnes qui auront présenté leur demande avant ces dates.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Si le taux de couverture par l'assurance maladie complémentaire progresse, il demeure inégal en fonction du revenu : 19 % des ménages les plus modestes ne sont pas couverts par une complémentaire santé, contre 4 % des plus aisés¹.

On ne peut donc qu'approuver le relèvement sensible du plafond des ressources prises en compte pour l'ouverture du droit à l'ACS proposé par cet article.

Indispensable pour éviter la sortie de ce dispositif des bénéficiaires de l'Aspa et de l'AAH, ce qui aurait été peu concevable, il élargit aussi l'accès à l'assurance complémentaire.

Cet effort important, faisant suite à ceux déjà consentis depuis 2005 pour relever et diversifier le montant de l'aide et pour faire mieux connaître ce dispositif, devrait favoriser la progression de la proportion de la « population cible » qui bénéficie effectivement de l'ACS.

Cette progression se heurte cependant à certains obstacles.

¹ *Observatoire des inégalités : « l'inégal accès à la complémentaire santé », décembre 2008.*

Comme le souligne le dernier rapport annuel du fonds CMU sur l'évolution du prix et des contenus des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2009¹, l'aide correspond en moyenne à 375 euros par contrat (couvrant en moyenne 1,62 personne) et correspond à un peu moins de la moitié de la prime ou de la cotisation.

Entre 2008 et 2009, l'aide moyenne par contrat a progressé légèrement plus vite (5 %) que le coût du contrat (4,1 %) et que le « reste à charge » sur la prime, mais ce dernier, dont le montant moyen est de 389 euros, peut néanmoins constituer une dépense importante pour les foyers concernés.

Si l'allègement de la charge de la complémentaire santé résultant de l'ACS est sensible - le rapport du fonds CMU souligne qu'il ramène le taux moyen d'effort des ménages souscripteurs, de 8,3 % à 3,8 % - cette charge représente encore près d'un demi-mois de revenu annuel. De plus, la situation des personnes les plus âgées est la moins favorable, compte tenu du niveau plus élevé de leur prime : les chiffres de 2009 ne permettent toutefois pas d'apprécier l'incidence en année pleine de la revalorisation à 500 euros de l'aide accordée aux plus de soixante ans.

Une autre question qui demeure posée est celle de la couverture offerte par les contrats.

La comparaison opérée par le dernier rapport du fonds CMU, sur la base des enquêtes de la Drees, entre les niveaux de garantie des contrats ACS et ceux des contrats individuels en population générale est « *sans ambiguïté* » : les contrats ACS offrent globalement des garanties moins élevées.

Votre commission estime, comme la ministre de la santé, qu'un des remèdes à cette situation passe par une plus grande transparence et une meilleure lisibilité des contrats. Elle approuve donc le fait qu'elle ait demandé à l'Unocam de formuler des propositions visant à simplifier la présentation des garanties et à permettre à l'assuré d'identifier les montants de remboursement de la sécurité sociale, de l'assurance complémentaire santé et de son reste à charge.

Il convient enfin de s'inquiéter des hausses des primes ou cotisations d'assurance maladie complémentaire qui, comme le soulignait la ministre devant votre commission, n'apparaissent pas toujours justifiées. Ainsi, une récente étude d'UFC-Que Choisir² soulignait qu'entre 2001 et 2008, les primes par personne couverte avaient progressé de 44 % et les prestations de remboursements de 27 % seulement.

Au bénéfice des observations qui précèdent, **vosre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

¹ Rapport remis en juin 2010 au Gouvernement en application de l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale.

² « Le coût de la couverture santé des ménages », septembre 2010, département des Études.

Article 19

Modification du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde - « taux K »

Objet : Cet article a pour objet de fixer à 0,5 %, pour 2011, le seuil de déclenchement du mécanisme de la clause de sauvegarde.

I - Le dispositif proposé

• Cet article prévoit les conditions d'application en 2011 du mécanisme de la clause de sauvegarde défini par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.

Ce mécanisme, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, repose sur la fixation d'un taux de croissance du chiffre d'affaires hors taxe de l'industrie pharmaceutique, réalisé en France au titre des spécialités remboursables ou prises en charge par l'assurance maladie.

La fraction du chiffre d'affaires excédant ce taux, dit « taux K », est en principe soumise à une contribution progressive perçue au profit de l'assurance maladie.

Dans la pratique, la quasi-totalité des entreprises concernées ne sont pas assujetties à cette contribution, ayant opté, comme le permet l'article L. 138-10, pour la conclusion de conventions avec le comité économique des produits de santé (Ceps) en application desquelles elles acquittent diverses remises pour un montant équivalent à celui qu'elles auraient dû verser au titre de la contribution.

Le chiffre d'affaires pris en compte était primitivement celui correspondant aux ventes de médicaments remboursables délivrés en ville. Il a été étendu en 2006 à celui réalisé au titre des spécialités « rétrocédables », c'est-à-dire celles que les établissements de santé peuvent vendre au détail, puis, à compter du 1^{er} janvier 2010, aux médicaments de la « liste en sus », dispensés aux patients hospitalisés et qui, en raison de leur coût élevé, ne sont pas intégrés aux tarifs des GHS (groupes homogènes de séjour) mais facturés à part à l'assurance maladie.

L'article 20 du projet de loi de financement prévoit une nouvelle extension - limitée - de l'assiette de la contribution aux médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires excède 20 millions d'euros.

Initialement, le taux K était calculé par référence au taux de progression de l'Ondam. Dès 2001, cependant, cette référence a été abandonnée et il est désormais fixé en loi de financement de la sécurité sociale¹.

Conçu comme un instrument de limitation de la progression - qui s'est d'ailleurs ralenti - des dépenses de médicaments, le taux K, apparaît aujourd'hui davantage comme un instrument de régulation et comme un moyen de faire participer l'industrie pharmaceutique, comme les autres acteurs de la santé, à l'effort d'économie indispensable pour contenir dans des limites « soutenables » la progression des dépenses de santé et réduire les déficits de l'assurance maladie.

Il a été tenté, en 2004 puis en 2008, de maintenir le taux K au même niveau pendant trois ans. Cette formule peut avoir l'avantage - à la condition, qui n'a pas toujours été remplie, que cette stabilité soit effectivement assurée - de comporter une certaine « visibilité » pour les entreprises. Elle paraît en revanche peu compatible avec la nécessité d'ajuster le taux K, comme les autres instruments de régulation, en fonction des exigences de la maîtrise des dépenses de santé.

C'est pourquoi votre commission avait proposé l'an dernier de prendre plutôt le parti de le fixer annuellement, d'autant que le taux K fixé pour trois ans à 1,4 % par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait été ramené pour 2010 à 1 %, comme le justifiait alors amplement la situation économique et l'emballement des déficits des finances sociales.

Suivant cette proposition, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, en même temps qu'elle fixait à 1 % le taux K pour 2010, a donc supprimé les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui l'avaient fixé à 1,4 % pour 2011.

L'article 19 du projet de loi de financement s'inscrit dans cette démarche de détermination annuelle du taux K, qu'il propose de fixer à 0,5 % pour 2011, ce qui semble en phase avec la nécessaire poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses et l'objectif de limiter à 2,9 % la progression de l'Ondam.

Le rendement attendu de cette mesure qui, du fait de la substitution de remises conventionnelles au paiement de la contribution, se traduit par une diminution des dépenses remboursées et non par des recettes pour l'assurance maladie, est évalué à 50 millions d'euros, dans l'hypothèse d'une croissance de 1 % du marché du médicament en 2011 et compte tenu de la modification de l'assiette du taux K proposée par l'article 20.

¹ Toutefois, la loi du 13 août 2004 relatifs à l'assurance maladie a fixé le taux K pour les années 2005 à 2007.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Le texte du projet de loi de financement transmis au Sénat comporte une rectification formelle bienvenue de la présentation de cet article : il n'était en effet pas nécessaire de procéder par modification des dispositions de la LFSS pour 2009 relatives à la fixation du taux K, puisque celles-ci, modifiées par la LFSS pour 2010, ne faisaient plus référence à la valeur du taux K pour 2011.

III - La position de la commission

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

Article 20

(art. L. 138-1, L. 138-10 et L. 245-2 du code de la santé publique)

Plafonnement du chiffre d'affaires des médicaments orphelins ouvrant droit à des abattements de l'assiette de certaines contributions

Objet : Cet article a pour objet de limiter aux médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires n'excède pas 20 millions d'euros le bénéfice des abattements d'assiette de la contribution sur les ventes en gros de médicaments consommables, de la « clause de sauvegarde » et de la contribution sur les dépenses de promotion mis en place en 2001.

I - Le dispositif proposé

Cet article témoigne du succès de la politique menée en France pour inciter au développement des médicaments destinés aux patients atteints de maladies rares ou « orphelines » (d'où la dénomination de « médicaments orphelins »).

Il tire en effet les conséquences du fait que certains de ces médicaments ont connu un remarquable succès - y compris commercial - et ne relèvent donc plus, désormais, du bénéfice de certaines des incitations mises en place pour soutenir le développement de traitements des maladies orphelines, dont la rentabilité est rarement assurée *a priori*.

Le soutien à la recherche et au développement des médicaments orphelins s'est notamment développé, en France et en Europe, sur le fondement d'un règlement européen dont l'intervention doit beaucoup à l'initiative française - le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins.

Selon ce règlement, sont désignés comme médicaments orphelins :

- ceux qui sont destinés au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une maladie affectant moins de cinq personnes sur 10 000 dans la communauté européenne ;

- ceux destinés au traitement d'une maladie grave et invalidante, s'il est peu probable qu'ils seront commercialisés en l'absence de mesures d'incitation et s'ils apportent un bénéfice notable aux personnes atteintes de cette maladie.

Le règlement (CE) n° 141/2000 avait pour but de favoriser des incitations à la recherche, au développement et à la mise sur le marché de ces médicaments, qui sont obligatoirement soumis à la procédure centralisée d'AMM européenne (en exonération, éventuellement, de redevances à l'agence européenne du médicament) et bénéficient d'un droit d'exclusivité commerciale pendant dix ans¹.

Selon l'introduction du rapport « Propositions pour le deuxième plan national maladies rares »,² 4 % à 6 % des individus seraient atteints de maladies rares, soit 2 à 2,5 millions de personnes en France et 20 millions de personnes en Europe - ces données étant cependant présentées comme reposant « *sur des supputations approximatives plus souvent que sur des enquêtes épidémiologiques rigoureuses et qui incluent, dans certains pays, les cancers rares* ».

Selon les sources Orphanet citées par ce rapport, cinq cents maladies rares concerneraient 80 % des malades et trois mille, 95 % des malades. Les « maladies rares fréquentes » que sont en France la drépanocytose, la sclérose latérale amyotrophie, la mucoviscidose, la myopathie de Duchenne et l'hémophilie toucheraient des populations estimées, pour chacune d'entre elles, entre 5 400 et 14 000 personnes.

Les médicaments utilisés pour le traitement des maladies rares (7 000 ont été décrits, toutes spécialités confondues) regroupent, à côté des molécules innovantes - les « médicaments orphelins » - des médicaments anciens ou récents utilisés hors AMM pour le traitement de maladies rares³.

¹ Exclusivité qui peut toutefois être retirée après cinq ans, à la demande d'un Etat membre, s'il est établi que les conditions de la désignation du médicament en tant que médicament orphelin ne sont plus remplies ou que son prix est excessif.

² Rapport remis le 21 juillet 2010 par Gil Tchernia aux ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du travail, de la solidarité et de la fonction publique et de l'industrie.

³ Dont le développement clinique « se heurte à de nombreuses difficultés et au peu de motivation des industriels, posant parfois le problème de la sécurité et de l'efficacité de leur utilisation. Des arrêts de commercialisation peuvent survenir, pour peu que les indications de ces produits de santé dans les maladies fréquentes diminuent, même en l'absence d'alternative thérapeutique pour les maladies rares » (rapport Tchernia précité).

En France, la question des maladies rares avait fait l'objet dès octobre 1994 d'un rapport de l'Inserm¹ proposant un ensemble de mesures d'incitation en faveur des médicaments orphelins.

La création, en 1995, de la mission des médicaments orphelins par Simone Veil, alors ministre des affaires sociales, a été le point de départ d'une politique conçue de façon globale (recherche, prise en charge médicale, prise en charge sociale et économique), développée dans le plan stratégique maladies rares 2005-2008 annexé à la loi de 2004 relative à la santé publique, et dont le plan 2010-2014 doit prendre le relais en mettant l'accent, notamment, sur :

- la coopération scientifique ;
- le développement des avancées biologiques dans le champ des maladies rares (génétique, immunologie, explorations cellulaires) ;
- l'amélioration des dispositifs de prise en charge financière et de remboursement des traitements ;
- la réorganisation du périmètre des centres de référence et des centres de compétences au sein de filières.

le développement en France des médicaments orphelins a été fortement soutenu au niveau de la recherche, à travers l'ensemble des mécanismes de soutien à l'innovation mise en place dans les dix dernières années et le bénéfice de dispositifs comme le crédit impôt recherche, mais aussi par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et par la constitution, dans le cadre du premier plan « maladies rares » d'un réseau national de centres de référence.

Il a aussi largement bénéficié, comme l'a mis en évidence le Haut Conseil de la santé publique² (HCSP) d'une prise en charge par l'assurance maladie qui est « *probablement la plus favorable en Europe* », grâce :

- au dispositif des autorisations temporaires d'utilisations (ATU), qui permet la prise en charge à 100 % de médicaments innovants n'ayant pas encore reçu d'AMM ;
- l'inscription de nombreux médicaments orphelins dans la « liste en sus » des produits pris en charge en dehors des tarifs hospitaliers ;
- les dispositions de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article L.162-17-2-1 du code de la sécurité sociale facilitant la prise en charge des médicaments orphelins).

¹ « Les orphelins de la santé ».

² HCSP, « rapport d'évaluation du plan national maladies rares 2005-2008 », avril 2009.

• Le dispositif d'exonération de certaines contributions mis en place au profit des médicaments orphelins

Pour faciliter le développement des médicaments orphelins, dont la viabilité commerciale n'est pas assurée du fait de l'étroitesse du marché potentiel, et dans le cadre de la politique d'incitation encouragée par le règlement européen de décembre 1999, l'article 48, ci-après reproduit, de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait prévu d'exclure le chiffre d'affaires ou les dépenses réalisées au titre des médicaments orphelins de l'assiette de toutes les contributions spécifiques dues par l'industrie pharmaceutique.

**Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement
de la sécurité sociale pour 2001**

Article 48

I. - L'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins ».

II. - Au premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : « inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 » et les mots : « au titre des médicaments inscrits sur ladite liste », sont insérés les mots : « à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité ».

III. - A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ».

IV. - Au premier alinéa de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique », sont insérés les mots : « et des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité ».

V. - L'article L. 5121-17 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La taxe n'est pas exigible pour les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins. »

VI. - Les dispositions du I et du IV s'appliquent au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1^{er} janvier 2001. Les dispositions du II s'appliquent à compter de la contribution due au titre de l'année 2001. Les dispositions du III s'appliquent à compter de la contribution due le 1^{er} décembre 2001. Les dispositions du V s'appliquent à compter de la taxe perçue au titre de l'année 2001.

Ces exonérations ou abattements s'appliquaient :

- à l'assiette de la contribution due par les grossistes répartiteurs (article L. 138-1 du code de la sécurité sociale) ;

- au chiffre d'affaires pris en compte pour l'application de la « clause de sauvegarde » (article L. 138-10 du même code) ;

- à la base de la contribution assise sur les dépenses de promotion (article L. 245-2) ;

- à l'assiette de la contribution sur les ventes directes (article L. 245-6-1, abrogé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹) ;

- à la taxe annuelle sur les médicaments titulaires d'une AMM, alors perçue au profit de l'agence française de sécurité sanitaire et qui bénéficie aujourd'hui à l'Afssaps (article L. 5121-17 du code de la santé publique).

• La limitation proposée des exonérations aux médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires est inférieur à 20 millions d'euros

Les exonérations et abattements mis en place en 2001 étaient destinés à rendre plus attractif le développement de médicaments sur des marchés restreints et *a priori* peu rentables : ils gardent tout leur intérêt pour cette indication.

Mais, grâce aux efforts déployés depuis une quinzaine d'années, le chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments orphelins atteint, pour certains d'entre eux, des montants très importants, et très supérieurs à ceux de bien des médicaments « non orphelins ».

En 2009, sur une soixantaine de médicaments orphelins commercialisés en France, quatorze² ont réalisé, sur le seul marché national, un chiffre d'affaires supérieur à 20 millions d'euros, compris entre 24,8 et 171 millions d'euros, pour un montant cumulé de 801,90 millions d'euros.

¹ En raison de la création du crédit d'impôt recherche.

² Ils devraient être quinze en 2010.

Médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires est supérieur à 20 millions d'euros

(en millions d'euros)

Laboratoires	Médicaments	CA 2008	CA 2009
Novartis	Glivec	167,00	171,60
Pfizer	Gutent	59,00	65,00
Celgene	Gevlimid	84,00	105,00
Genzyme	Cerezyme	68,00	47,00
	Gabrazyme	33,20	30,30
Janssen cilag	Gelcade	55,80	64,70
Bayer	Gexavar	46,40	51,00
Acetelion	Gtracleer	74,90	83,50
GSK	Glolan	40,00	40,00
Alexion	Goliris	26,60	35,80
BMS	Gprycel	24,50	28,80
Shire human therapies	Glapraxe	25,00	28,40
Genzyme	Gyozyme	21,40	26,00
Novartis	Gexjade	22,80	24,80
Total		748,60	801,90

On peut rappeler, à titre de comparaison, que **sur l'ensemble des spécialités pharmaceutiques vendues en France, 5 % seulement ont un chiffre d'affaires supérieur à 20 millions d'euros.**

Il faut se féliciter de ces résultats, mais on peut également considérer que tous les médicaments orphelins ne relèvent plus aujourd'hui des mécanismes d'abattements de taxes qui ont pu favoriser leur essor.

C'est la question que soulevait le rapport d'activité 2009 du Ceps (juillet 2010) : « *Le comité s'interroge donc naturellement sur la pertinence du maintien d'un soutien et d'avantages spécifiques pour des médicaments à chiffre d'affaires élevé dont la rentabilité de marché est au moins aussi bien assurée que celle de la plupart des médicaments non orphelins* ».

Par ailleurs, les médicaments orphelins ont représenté en 2009, pour l'assurance maladie, une dépense de 1 milliard d'euros, en croissance de 10 %.

Il paraît donc équitable que ceux qui ont « réussi » - en bénéficiant d'un soutien public important - participent aujourd'hui à l'effort de régulation nécessaire au respect de l'Ondam, participation qui devrait d'ailleurs être modeste, puisque le produit attendu serait de 11 millions d'euros pour la contribution sur les dépenses de promotion et de 9 millions pour celle sur le chiffre d'affaires des grossistes.

Il convient aussi de relever que la situation actuelle crée certaines distorsions de concurrence, en particulier au niveau des dépenses de promotion : l'important abattement au titre des médicaments orphelins dont bénéficient les laboratoires qui produisent des médicaments orphelins « rentables » leur permet d'accroître à due concurrence leurs dépenses de promotion de l'ensemble de leur production.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹ a déjà limité les réductions d'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (article L. 245-6 du code de la sécurité sociale) au chiffre d'affaires des médicaments orphelins, « *dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle la désignation comme médicament orphelin a été accordée* » et « *sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros* ».

Conformément aux interrogations soulevées par le Ceps, **l'article 20 du projet de loi de financement propose de limiter dans les mêmes conditions les avantages dont bénéficient les médicaments orphelins au titre de :**

- la contribution sur les ventes des grossistes répartiteurs en pharmacie : le **1° de l'article** modifie en ce sens **l'article 138-1 du code de la sécurité sociale** ;

- la « clause de sauvegarde », par deux modifications prévues par le **2° à l'article L. 138-10 du même code** ;

- la contribution assise sur les dépenses de promotion : en modifiant le 3° du II de **l'article L. 245-2**, le **3° de l'article** propose de réduire l'abattement sur les dépenses constituant l'assiette de cette contribution à 30 % du chiffre d'affaires réalisé au titre des seuls médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires remboursable n'excède pas 20 millions d'euros.

On notera, en revanche, qu'il n'est pas proposé de limiter l'exonération de la taxe versée au profit de l'Afssaps dont bénéficient, depuis 2001, tous les médicaments orphelins.

L'application de cet article devrait :

- augmenter de 20 millions d'euros les recettes de la contribution due par les grossistes répartiteurs et de la contribution sur les dépenses de promotion ;

- consolider les 50 millions d'euros d'économies attendues de la fixation du taux K à 0,5 %, du fait de la prise en compte du chiffre d'affaires réalisé par les médicaments orphelins les plus importants pour le calcul de la contribution due au titre de cet article, et donc des remises équivalentes qu'ils devront consentir au Ceps.

¹ Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 (article 21-V).

A cet égard, les dispositions du 3° de l'article permettent de « consolider » l'avenant à l'accord-cadre sur les médicaments récemment conclu entre le Leem et le Ceps qui prévoit une possibilité de limitation du chiffre d'affaires global réalisé au titre des médicaments orphelins dont le coût de traitement annuel par patient excède 50 000 euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait adopté un amendement de suppression de cet article.

S'exprimant sur cet amendement, et sur deux autres ayant même objet, la ministre de la santé a excellemment défendu le texte du projet de loi, en rappelant :

- qu'il ne menacerait pas la recherche sur les nouvelles molécules concernant les maladies rares, les exonérations actuelles étant maintenues jusqu'à 20 millions d'euros de chiffre d'affaires ;

- que, par ailleurs, toutes les molécules labellisées « maladies rares » n'ont pas nécessité de frais de recherche très importants, car il s'agit souvent de produits ayant à l'origine d'autres indications ;

- qu'il ne s'agit pas de pénaliser les entreprises concernées, mais de les faire rentrer dans le droit commun - droit commun dont on peut en outre rappeler qu'il s'applique aux 95 % des médicaments dont le chiffre d'affaires est inférieur à 20 millions d'euros ;

- que la mesure proposée n'affecterait en rien les malades, qui continueront à bénéficier de la prise en charge à 100 % de leur traitement - qui bénéficie, du reste, également aux laboratoires.

Elle a cependant été sensible aux souhaits de certains intervenants de « *privilégier la voie conventionnelle* » en s'inspirant de l'accord, précédemment évoqué, conclu entre le Leem et le Ceps.

Elle a donc proposé un « amendement de compromis » et l'article 20 a été adopté dans la rédaction résultant de cet amendement, consistant :

- à renvoyer à un accord-cadre entre le Ceps et « *un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées* » la fixation du seuil d'assujettissement des médicaments orphelins aux trois taxes mentionnées par l'article, étant précisé que ce seuil devrait être « *compris entre 30 et 40 millions d'euros* » ;

- à fixer, à défaut de conclusion de l'accord-cadre avant le 1^{er} avril 2011, ce seuil à 30 millions d'euros.

III - La position de la commission

Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale peut à divers égards paraître surprenant :

- quant à la procédure envisagée, on peut certes juger originale la fixation du taux de contributions dues par les entreprises pharmaceutiques par négociations entre les redevables et le Ceps. On notera d'ailleurs que, tel qu'est rédigé le texte adopté par l'Assemblée nationale, cette procédure aurait vocation à devenir un mode permanent de définition d'assujettissement des médicaments orphelins aux taxes en question.

Elle ne semble en tout cas pas pouvoir être retenue.

Les contributions visées à cet article sont en effet des « impositions de toute nature » au sens de l'article 34 de la Constitution, ce qui impose que leur assiette soit déterminée par le législateur.

- quant à la fourchette retenue et au seuil d'assujettissement qui serait fixé à défaut d'accord-cadre, on observera qu'ils se fondent sur un relèvement d'au moins 10 millions d'euros du chiffre prévu par le projet de loi initial.

Ce seuil serait donc différent de celui voté en 2006 pour la limitation de l'exonération de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires, différence que rien ne permet d'expliquer.

En fonction de ces considérations, votre commission a adopté un **amendement** proposant une nouvelle rédaction de cet article.

- Cet amendement répond d'abord à des préoccupations de forme : en effet, les dispositions de l'article 138-10 du code de la sécurité sociale, relatif à la « clause de sauvegarde », que propose de modifier ici l'article 20 sont déjà, à la suite de modifications antérieures, devenues difficilement lisibles. Les adjonctions nouvelles qui leur seraient apportées les rendraient pratiquement incompréhensibles. Il convient donc de les réécrire.

Par ailleurs, la rédaction proposée fait appel à une notion, celle de « chiffre d'affaires remboursable » qui n'a aucun sens et ne saurait donc être employée pour définir l'assiette d'une imposition.

- sur le fond, votre commission propose de revenir au seuil de 20 millions d'euros. Ce chiffre est déjà très élevé, comme l'a justement fait remarquer la ministre de la santé, et il a par ailleurs le mérite d'être cohérent avec celui retenu pour l'assujettissement des médicaments orphelins à la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

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

*Article additionnel après l'article 20
(art. L. 161-37, L. 162-16-4 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale)*

**Prise en compte des recommandations et avis médico-économiques
de la Haute Autorité de santé lors de la fixation
et de la révision du prix des médicaments**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de prévoir une prise en compte des recommandations et avis médico-économiques de la HAS lors de la fixation du prix des médicaments, et notamment à l'occasion de la révision de ce prix.

La Haute Autorité de santé, « *autorité publique indépendante à caractère scientifique* », ainsi que la définit l'article L. 131-37 du code de la sécurité sociale, a, depuis sa création en 2002, été investie de missions qui lui donnent un rôle majeur dans l'évaluation des médicaments, la définition de leur bon usage, mais aussi leur réévaluation périodique, à travers les études post-inscription qu'elle demande.

La compétence d'ordre médico-économique que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ajouté à ses missions originelles lui permet d'émettre, dans le cadre de ses missions, des recommandations et avis médico-économiques « *sur les stratégies de soins, de prescriptions et de prise en charge les plus efficaces* ».

Il serait regrettable de ne pas tirer tout le parti possible de la double expertise de la HAS en matière d'évaluation économique et de santé publique. En particulier, ses avis et recommandations médico-économiques devraient pouvoir être pris en compte dans le cadre du processus de fixation du prix des médicaments - et plus précisément lors de la révision de ces prix.

A cet égard, il paraît à votre commission souhaitable, sans pour autant établir de lien organique ou formel entre la HAS et le Ceps - de faire en sorte que les avis et recommandations médico-économiques de la Haute Autorité soient un des éléments pris en compte par le Ceps pour apprécier l'évolution souhaitable du prix des médicaments.

Dans ce but, il est proposé de préciser, aux articles du code de la sécurité sociale relatifs à la fixation du prix des médicaments que, le cas échéant, la fixation - conventionnelle ou unilatérale - de ce prix tienne compte, à côté de l'amélioration du service médical rendu par le produit, du prix des médicaments à même visée thérapeutique et de l'utilisation réelle ou constatée du médicament, des recommandations et avis économiques de la HAS.

Il paraît également souhaitable que ces avis et recommandations fassent partie des éléments pouvant motiver la demande par le Ceps d'une adaptation des conventions conclues avec les laboratoires.

Il convient aussi que les études post-inscriptions demandées par la HAS puissent comporter une dimension médico-économique.

Enfin, il est proposé de préciser explicitement que les recommandations et avis médico-économiques de la HAS peuvent porter non seulement sur les stratégies de soins, de prescriptions et de prise en charge les plus efficaces mais aussi sur l'évolution des prix des médicaments.

Tel est l'objet de l'article additionnel que votre commission vous demande d'adopter.

Article 21

(art. L. 134-1, L. 134-4, L. 134-5-1, L. 612-1, L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, art. 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005)

Suppression de la compensation généralisée maladie

Objet : Cet article vise à supprimer le mécanisme de compensation généralisée entre régimes obligatoires de sécurité sociale au titre de la maladie, tout en en neutralisant l'impact financier.

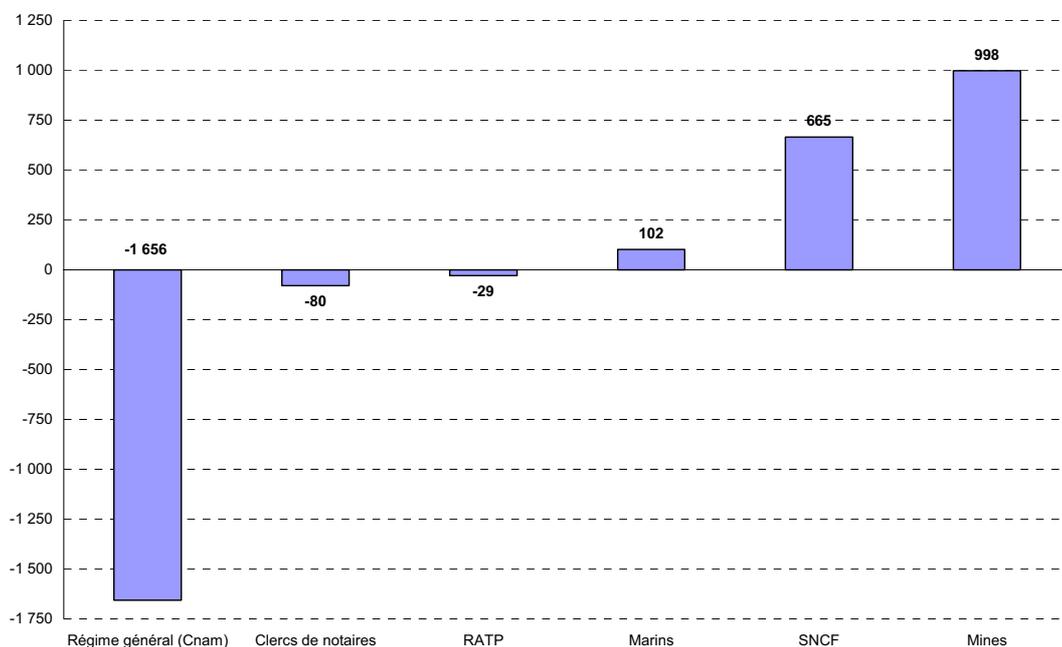
I - Le dispositif proposé

• **Les mécanismes de compensation**

Depuis la fin des années 50, plusieurs compensations ont été créées pour assurer une certaine solidarité financière entre les régimes d'assurance maladie et pour tenir compte des différences qu'ils présentent en termes de nombre de cotisants et bénéficiaires et en termes de prestations.

Les **compensations bilatérales** concernent d'une part, le régime général, d'autre part, les régimes spéciaux de salariés (SNCF, RATP, militaires, mines, gens de mer, Banque de France et clercs de notaire). Le régime général prend ainsi à sa charge, en ce qui concerne les prestations en nature, le déficit que le régime spécial aurait constaté s'il avait appliqué les règles d'indemnisation du régime général.

Transferts de compensation bilatérale maladie en millions d'euros en 2008



Lecture : le régime général est débiteur de 1,7 milliard d'euros, celui des mines est crédi- teur de 1 milliard.

Source : commission de compensation, citée dans le rapport annuel de la Cour des comptes, septembre 2010

Il existe en outre d'autres transferts : intégration financière des régimes maladie agricoles - salariés et non salariés - dans les comptes du régime général et transfert d'équilibre versé par la Cnam au régime des marins (Enim) et à la caisse nationale militaire.

La **compensation démographique généralisée** a été créée en 1974 et est inscrite à l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale. Elle touche les régimes obligatoires comportant un effectif minimum¹. Elle tend à remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et, lorsque les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, elle tendra également à remédier aux disparités de capacités contributives entre les régimes.

Elle est calculée sur la base² :

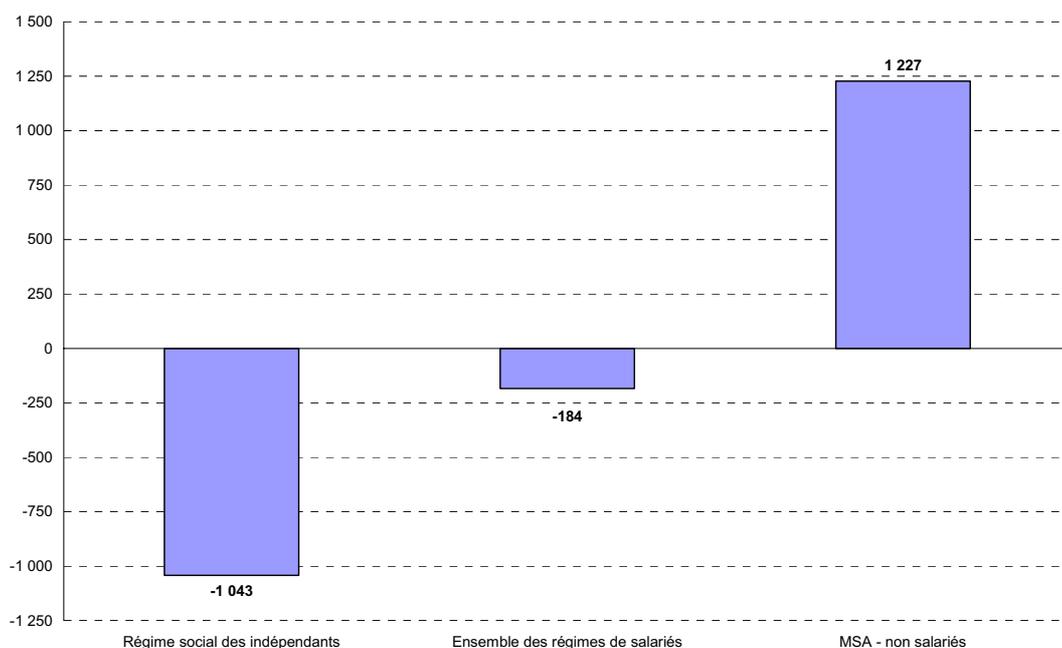
- d'une prestation de référence, qui est la prestation la plus basse parmi l'ensemble des régimes concernés - en l'espèce, celle du régime social des indépendants - ;

¹ L'article L. 134-9 du code de la sécurité sociale précise qu'il s'agit des régimes dont l'effectif des actifs cotisants et des retraités titulaires de droits propres âgés de soixante-cinq ans ou plus dépasse au total 20 000 personnes au 1^{er} juillet de l'année considérée.

² Article D. 134-3 du code de la sécurité sociale.

- d'une cotisation moyenne, qui est la cotisation théorique qui devrait être versée par chaque cotisant actif pour financer cette prestation de référence.

**Transferts de compensation généralisée maladie
en millions d'euros en 2008**



*Source : commission de compensation,
cité dans rapport annuel de la Cour des comptes, septembre 2010*

Les transferts de compensation généralisée se résument principalement à une contribution du RSI au profit du régime des non salariés agricoles. Depuis 2008, on constate une augmentation de la contribution du RSI, en raison de nouveaux besoins de la part des régimes salariés, qui deviennent d'ailleurs débiteurs, et malgré une diminution du solde déficitaire de la MSA des exploitants.

- **Les modifications proposées**

Cet article vise à supprimer la compensation démographique généralisée, en éliminant les flux croisés et en neutralisant l'impact financier pour les différents régimes concernés.

Le 1° du **paragraphe I** supprime, dans l'article L. 134-1, le principe même d'une compensation au titre de l'assurance maladie et maternité en ce qui concerne les prestations en nature. En revanche, cette compensation persistera pour le risque vieillesse.

De ce fait, le 2° supprime des recettes du RSI le versement éventuel au titre de la compensation généralisée.

Le **paragraphe II** opère la même suppression pour le régime des non salariés agricoles et substitue à cette recette une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité (C3S), instituée par l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 651-2-1 fixe quant à lui la répartition du produit de la C3S, qui sert en priorité au comblement du déficit comptable du RSI, puis au financement du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du fonds de réserve des retraites (FRR) en cas de reliquat.

Le 3° et le 4° du **paragraphe I** réorganise ces modalités d'affectation de la C3S :

- pour tirer les conséquences des choix de financement de la dette sociale inscrits dans le présent projet de loi de financement et dans le projet de loi de finances pour 2011, le FRR, qui est rapproché de la Cades, ne sera plus attributaire de la C3S ;

- le produit de la cotisation sera d'abord affecté au régime des non salariés agricoles, à hauteur de 30,89 % comme fixé au **paragraphe II** de cet article, puis au RSI et, enfin, au FSV.

Pour 2011, le besoin du régime des non salariés agricoles est estimé à 966 millions d'euros, celui des régimes salariés à 348 millions, si bien que la contribution totale du RSI aurait dû s'élever au total à 1,3 milliard.

Plutôt que de répartir au prorata le produit nécessaire de C3S entre le régime des non salariés agricoles et les régimes salariés, le Gouvernement a fait le choix de ne pas affecter de C3S à ces derniers, estimant de manière lapidaire que cette contribution « *a vocation à financer les régimes des non salariés* ». On notera toutefois qu'elle alimente également le FSV et, avant modification, le FRR.

Cette décision implique de procéder à une nouvelle répartition des droits sur le tabac, afin de neutraliser l'impact financier de la réaffectation de la C3S, impact qui serait positif pour le régime agricole et négatif pour les régimes salariés. Le **paragraphe III** prévoit ainsi qu'à compter de 2011, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) sera attributaire de 15,44 % des droits de consommation sur les tabacs, au lieu de 18,68 %, la Cnam en recevant 42,05 % au lieu de 38,81 %.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé, dans les sections II et III du chapitre IV du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale, les références aux compensations bilatérales entre le régime général, d'une part, le régime des marins et gens de mer et celui des employés de la Banque de France, d'autre part.

La référence à ces flux de compensations est en effet devenue inutile depuis l'intégration financière de ces deux régimes à la Cnam :

- l'article 57 de la loi de finances pour 2006 prévoit que le régime des marins bénéficie d'une contribution d'équilibre de la Cnam ;

- les risques maladie et maternité du régime de la Banque de France relèvent du régime général depuis le décret n° 2007-406 du 23 mars 2007.

III - La position de la commission

Le rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, publié en septembre 2010, réserve un chapitre aux compensations inter-régimes, maladie et vieillesse.

En ce qui concerne la compensation généralisée, elle critique l'exclusion des effectifs des départements d'outre-mer dans le calcul et l'absence de prise en compte des capacités contributives des cotisants.

En ce qui concerne les compensations bilatérales, elle constate que les calculs de transferts ne sont pas réalisés selon les dispositions réglementaires, ce qui fait supporter à la Cnam **une charge injustifiée s'élevant en 2008 à 471 millions d'euros, soit 28 % de sa contribution.**

La Cour conclut : *« les transferts de compensation démographique, notamment ceux découlant des compensations bilatérales, ne sont plus adaptés. Compte tenu de la diversité des mécanismes de transferts, une mise à plat est nécessaire pour simplifier et améliorer l'équité et la transparence dans les relations entre les régimes. Le régime général ne doit pas compenser les efforts contributifs insuffisants d'autres régimes ».*

Dans ces conditions, supprimer la compensation démographique généralisée est une décision positive, d'autant qu'il était devenu paradoxal d'affecter spécialement une contribution sociale à l'équilibre d'un régime alors que, du fait de mécanismes de compensations, celui-ci était devenu le contributeur principal, voire unique, à l'équilibre d'autres régimes.

Au final, votre commission salue cet effort de simplification, qui va dans le sens d'une recommandation de la Cour des comptes, mais souhaite que le mouvement se poursuive pour réviser en profondeur les mécanismes de compensation bilatérale.

Elle a adopté un **amendement** qui, outre une précision rédactionnelle, rétablit la possibilité de versement d'acomptes provisionnels de la C3S comme cela est aujourd'hui prévu.

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

Article 22

(art. 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires)

Instauration d'une cotisation sur les avantages de retraite servis par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires

Objet : *Cet article a pour objet d'instaurer une cotisation sur les avantages de retraite servis par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire.*

I - Le dispositif proposé

• La situation financière de la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN)

Institué par la loi du 12 juillet 1937, le régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires assure la protection sociale des clercs et employés du notariat.

Régime spécial obligatoire de sécurité sociale et organisme national multibranches de droit privé doté de l'autonomie juridique et financière, il couvre les risques maladie, vieillesse et invalidité. Parallèlement, il développe une action sanitaire et sociale pour ses bénéficiaires.

Le régime est géré depuis 1939 par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, la CRPCEN. Celle-ci dispose de ressources propres, composées des cotisations sur salaires recouvrées auprès des offices notariaux et des organismes assimilés - tels que le Conseil supérieur du notariat, les chambres et les conseils régionaux de notaires, la mutuelle des clercs et employés de notaires, les organismes de formation professionnelle et de formation continue -, d'une taxe sur les émoluments perçus par les études notariales et d'un patrimoine immobilier.

Depuis plusieurs années, le régime connaît une **dégradation significative de ses comptes** qui a entraîné un **déficit d'environ 182 millions d'euros fin 2009**.

Deux raisons à cela :

- d'une part, la structure démographique du régime qui se détériore année après année : de 0,87 en 2007, le rapport entre le nombre de cotisants et celui des retraités est passé à 0,81 en 2008, puis à 0,71 en 2009 ;

- d'autre part, la crise économique et financière qui n'a pas épargné le notariat et a provoqué une contraction de la masse salariale ainsi qu'une baisse des encaissements liés aux émoluments. Il s'en est suivi une diminution de l'ordre de 8 % des recettes du régime en 2009.

En octobre 2009, le ministre du travail a adressé un courrier à la caisse afin que « *des mesures de redressement permettant de dégager rapidement des économies ou des recettes supplémentaires au niveau minimal de 80 millions d'euros par an* » soient formulées.

Après des négociations particulièrement délicates, le conseil d'administration de la CRPCEN a adopté le 18 décembre 2009 **un plan de redressement du régime** reposant principalement sur des recettes supplémentaires :

- augmentation des cotisations sur salaires de 3,78 %, dont 1,63 % à la charge du salarié et 2,15 % à la charge de l'employeur. Cette mesure a été mise en œuvre dès le 1^{er} janvier 2010, conformément à la proposition du conseil d'administration, par le décret n° 2009-1742 du 30 décembre 2009 ;

- institution d'une cotisation sur les pensions servies par la CRPCEN aux seuls retraités relevant de son régime d'assurance maladie, cette cotisation étant limitée à 1 % du montant de la pension perçue.

L'instauration de cette cotisation nécessite un **support législatif** dans la mesure où les recettes du régime sont définies à l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant la CRPCEN.

Elle figure déjà dans le projet de loi de modernisation des professions judiciaires et juridiques réglementées, qui a fait l'objet d'une première lecture à l'Assemblée nationale. Cependant, compte tenu du calendrier d'examen de ce projet de loi et de la poursuite de la dégradation des comptes de la CRPCEN, une adoption dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est indispensable pour permettre sa mise en œuvre dès le début de l'année prochaine.

• La création d'une cotisation sur les avantages de retraite servis par la caisse

Les retraités de la CRPCEN ne sont pas soumis à cotisation maladie (hors CSG et CRDS) contrairement aux retraités du régime général lesquels acquittent une cotisation maladie de 1 % sur les pensions complémentaires, excepté les personnes exonérées de l'impôt sur le revenu et les titulaires du minimum vieillesse (cf. article L. 241-12 du code la sécurité sociale).

Dans l'étude d'impact, le Gouvernement fait valoir que cette situation est d'autant plus étonnante que le régime d'assurance maladie de la CRPCEN est plus favorable que le régime général. Le ticket modérateur sur les prestations en nature est, en effet, inférieur de dix à vingt points environ.

Le présent article propose donc de modifier l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 afin d'**instituer une cotisation obligatoire assise sur les avantages de retraite** (pensions de droits propres et de droits dérivés) servis par la CRPCEN. Le taux de cette cotisation sera fixé par décret. Le conseil d'administration de la caisse a exprimé le souhait qu'il soit de 1 %, dans un souci « *d'équité avec les assurés du régime général* ».

Cette mesure **ne s'applique toutefois qu'aux seuls pensionnés ayant opté pour le régime d'assurance maladie de la CRPCEN**, conformément à la demande de son conseil d'administration.

Comme l'indique l'étude d'impact, *« la différence de traitement opérée entre retraités de la CRPCEN s'appuie sur une différence objective de situation résultant de l'affiliation ou non au régime spécial d'assurance maladie de la CRPCEN, lequel offre une couverture maladie plus favorable que celle offerte par le régime général »*.

En outre, il est proposé que **les pensionnés titulaires du minimum vieillesse** ainsi que **ceux exonérés du versement de la CSG et de la CRDS** ne soient pas soumis à cette cotisation (par référence au 2° du paragraphe III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale), ce qui correspond également à une demande du conseil d'administration de la CRPCEN.

L'Assemblée nationale n'a apporté aucune modification au présent article.

II - La position de la commission

Compte tenu de la situation financière préoccupante du régime des clercs et employés de notaires, votre commission approuve la création de cette nouvelle cotisation, laquelle fait partie des mesures adoptées l'année dernière par le conseil d'administration de la caisse dans le cadre de son plan de redressement.

Elle fait cependant observer qu'une telle mesure ne rapporterait qu'un peu plus de cinq millions d'euros par an à la caisse, montant qui semble bien faible au regard du déficit de 182 millions d'euros enregistré en 2009. Même si l'augmentation des cotisations déjà mise en œuvre devrait permettre 60 millions d'euros de recettes supplémentaires par an, une mesure plus structurelle sera sans doute nécessaire dans les années à venir.

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

Article 23

**Approbation du montant de la compensation
des exonérations de cotisations sociales**

Objet : Cet article propose d'approuver le montant de la compensation des exonérations de cotisations et contributions sociales dites « ciblées », soit 3,4 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 2011, en le fixant à **3,4 milliards d'euros**, au lieu de 3,5 milliards d'euros en 2010.

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 (cinq 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 (cinq 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) (quatre dispositifs) ;
- exonérations sur les régimes spéciaux (deux dispositifs) ;
- exonérations applicables aux travailleurs non salariés non agricoles (six dispositifs).

Au total, l'annexe au projet de loi de financement pour 2011 comporte **quarante-trois mesures d'exonération**, au lieu de quarante-quatre en 2010. S'y ajoutent divers mécanismes d'exemptions d'assiette, qui figurent dans ce même document, et sont au nombre de vingt-six cette année.

Tant le projet de loi de financement que le projet de loi de finances pour 2011 proposent plusieurs mesures pour modifier, dans le sens de la réalisation d'économies, ou pour supprimer des exonérations ou exemptions d'assiette. Le total représenterait **3,2 milliards d'économies**, dont 900 millions résultant de mesures prévues en projet de loi de finances et

2,6 milliards en projet de loi de financement. C'est la première fois qu'une remise en cause de dispositifs dérogatoires de cette ampleur est réalisée ; elle s'inscrit parfaitement dans la stratégie de révision systématique des niches fiscales et sociales proclamée par le Gouvernement.

Le tableau ci-après en présente le détail :

Mesures législatives de réduction, exonérations ou abattement d'assiette	Valeur juridique	Fiche n°
Modifications		
Mesures d'économie		
Annualisation du calcul de la réduction générale	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011	1
Abattement de 3 % de l'assiette CSG pour frais professionnels		
Jeunes entreprises innovantes	Projet de loi de finances pour 2011	31
Exonération applicable aux organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale		22
Suppressions		
Exonérations services à la personne en faveur des prestataires intervenant auprès des publics non fragiles	Projet de loi de finances pour 2011	14
Abattement de 15 points de cotisations en faveur des particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle		15
Exonération sur l'avantage en nature dans les hôtels-café-restaurants		30
Exonération de cotisations liées aux contrats de retour à l'emploi et du contrat initiative emploi		42
Exonération relative aux indemnités de départ dans le cadre des plans de GPEC		61

Source : Annexe 5 du PLFSS

Le montant des cotisations non-perçues au titre des mesures d'exonérations - générales et ciblées - reste néanmoins très élevé. Pour la troisième année consécutive cependant, il ne progresse pas en 2011.

Le tableau ci-après fournit une synthèse du coût des exonérations pour les exercices allant de 2008 à 2011. Il affiche aussi le montant des mesures d'exonération non compensées.

Coût des exonérations

(en millions d'euros)

Dispositifs	2008	2009	2010	2011
Allègements généraux (« réduction Fillon »)	22 608	22 229	21 845	21 180
Heures supplémentaires (loi Tèpa)	2 954	3 065	3 127	3 228
Allègements ciblés	4 275	4 051	4 032	3 448
Total mesures compensées	29 936	29 370	29 030	27 882
Mesures non compensées	2 850	2 969	3 118	3 151
Total exonérations compensées et non compensées	32 785	32 339	32 148	31 033

Source : Annexe 5 du PLFSS

Ce tableau fait notamment apparaître :

- le coût très élevé de la politique d'allègement de charges sociales, de l'ordre de 31 milliards d'euros en 2011 ;

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

- l'importance des mesures non compensées : ce montant atteint 3,2 milliards d'euros en 2011, soit un niveau très proche de celui des mesures d'allègement ciblées et compensées.

La compensation des exonérations ciblées, évaluée à 3,4 milliards pour 2011, 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	2009 Exécution	2010 LFI/LFR	2011 PLF
Mission Travail	2 180	1 891	1 560
Mission Outre-mer	1 109	1 104	1 087
Mission Ville	279	242	198
Mission Recherche	47	509	427
Total des allègements ciblés compensés (toutes missions)	3 831	3 958	3 448

Source : Annexe 5 du PLFSS

Pour la mission « Travail », il s'agit principalement de compenser les exonérations liées au contrat d'apprentissage, en très forte augmentation (951 millions inscrits dans le projet de loi de finances pour 2011 au lieu de 693 millions en 2010), au régime micro-social simplifié dans le cadre du dispositif de l'auto-entrepreneur (246 millions au lieu de 157 millions) 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

1,1 milliard. La mission « Ville » compense les exonérations liées aux zones franches urbaines (193 millions), la mission « Agriculture » celles relatives à la nouvelle exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles (427 millions).

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. En 2009, la situation s'est améliorée avec un écart de 600 millions seulement.

Pour 2010, 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 ajustées. Néanmoins, on constate aujourd'hui à nouveau **des insuffisances de crédits**. Les dispositifs dont le coût n'a pas été suffisamment pris en compte en loi de finances sont l'exonération au titre des travailleurs occasionnels dans le secteur agricole, les contrats d'apprentissage et les exonérations au titre du plan de développement des services à la personne.

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, 3,6 milliards d'euros au 31 décembre 2009 et 3,99 milliards pour l'ensemble des régimes.

Compte tenu des versements effectués par l'Etat au premier semestre 2010, la situation est la suivante : **la dette cumulée par l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale au titre des exercices 2009 et antérieurs** a atteint, au 31 décembre 2009, **651 millions d'euros pour le régime général et 768 millions d'euros pour l'ensemble des régimes**, soit un niveau moindre que les années précédentes.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission souhaite, au préalable, souligner **la très grande qualité de l'annexe 5** qui fournit, de façon de plus en plus exhaustive 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 ; malheureusement, cela devrait être à nouveau le cas dans l'exécution 2010 étant donné le fort dynamisme de certains dispositifs, au premier rang desquels l'exonération liée au contrat d'apprentissage ;

- un **souci d'appliquer rigoureusement les nouvelles règles de bonne gouvernance de la première 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.

A cet égard, votre commission insiste sur la nécessité d'effectuer le travail d'évaluation du coût et de l'efficacité de chacun des dispositifs en vigueur qui devra être transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 30 juin 2011.

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

Section 3

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 24

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 2011 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 2011 s'élèvent à **426,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 3,9 % par rapport à 2010. Pour le régime général, ce montant est de **306,2 milliards d'euros**, en progression de 4,2 % par rapport à 2010.

Cette hausse des recettes en 2011 est d'abord imputable à **l'amélioration de l'environnement économique**. L'augmentation de la masse salariale privée, estimée à 2 % en 2010 puis 2,9 % en 2011, entraîne une reprise de la croissance des prélèvements sur les revenus d'activité, et donc des cotisations et de la CSG qui représentent les trois quarts des recettes.

L'autre facteur de progression tient à **la stratégie de réduction des niches sociales**.

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 également annexés au texte : 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 2011, les cotisations s'élèveraient à **225,4 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à **179,2 milliards** pour le régime général, en hausse, respectivement, de 4,5 % et de 5,2 % par rapport à 2010.

Près de la moitié des cotisations sont affectées à la branche vieillesse (45 % du montant total des cotisations pour l'ensemble des régimes de base). Viennent ensuite la branche maladie avec 34,8 %, la famille pour 15 % et les accidents du travail - maladies professionnelles pour 5,2 %.

• Les impôts et taxes affectés

En 2011, les impôts et taxes affectés aux régimes de base s'élèveraient à **118,1 milliards d'euros**, en augmentation de 1,4 % par rapport à 2010. Sur ce total, les impôts et taxes affectés au régime général représenteraient **97,7 milliards**, en hausse de 1,6 % par rapport à 2010.

Cette catégorie est donc globalement stable, ainsi qu'en 2009, 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 60,6 milliards sur un produit total de 73,1 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, **7,2 milliards d'euros** en 2011.

Elles viennent abonder la branche vieillesse à hauteur de 7,1 milliards d'euros. L'essentiel est représenté par les subventions d'équilibre à divers régimes, destinées à assurer l'équilibre de certains régimes spéciaux, qui pourraient s'élever à **7 milliards**, dont 3,2 milliards pour la SNCF (soit près de la moitié de l'ensemble), 1,1 milliard pour le régime des ouvriers de l'Etat, 797 millions pour le régime des marins, 1,2 milliard pour le régime minier et 527 millions pour la RATP. Depuis 2005, le régime des exploitants agricoles ne reçoit plus de subvention d'équilibre.

• Les transferts

Les transferts reçus par les régimes de sécurité sociale atteindraient **23,7 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 2011, que les recettes du FSV, du fait de la suppression du Ffipsa le 1^{er} janvier 2009.

Les prévisions de recettes du FSV pour 2011, inscrites au 3^o de cet article, atteignent **18 milliards d'euros**, soit un montant très nettement supérieur à celui de 2010 qui était de 13,3 milliards.

Ces recettes sont, conformément à l'annexe C, pour l'essentiel des impôts et taxes affectés, pour un montant de 13,7 milliards, dont 9,5 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, 85 % pour 2010 et 100 % pour 2011, ce qui entraîne un transfert de 4,4 milliards, au lieu de 3,6 milliards en 2010, 2,9 milliards en 2009 et 2,4 milliards en 2008.

Le tableau ci-après détaille l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2011 sur les recettes.

Mesures nouvelles 2011 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures nouvelles 2011 sur les recettes	922	939
Augmentation du forfait social	350	350
Augmentation des contributions sur les stock-options	70	70
Assujettissement des rémunérations versées par des tiers	70	70
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG	20	20
Suppression des exonérations de taxe sur les médicaments orphelins	17	20
Augmentation du taux de la cotisation AT/MP	485	485
Intégration dans l'assiette des cotisations des non-salariés agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et biens		9
Création d'une cotisation maladie sur les pensions servies par la CRPCEN		5

	FSV
Mesures nouvelles en recettes	3 654
Mesure sur les retraites chapeaux	110
Annualisation des allègements généraux et transfert d'une fraction de taxe sur les salaires	2 000
Transfert de la C3S additionnelle et d'une fraction du forfait social	1 410
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG	3
Transfert du produit des licences UMTS actuellement au FRR	75
Impact des mesures sur le solde du RSI et gain de C3S	56

Au titre du présent projet de loi de financement, les mesures nouvelles en matière de recettes atteignent 939 millions d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 922 millions pour le régime général, et plus de 3,6 milliards pour le FSV.

Ces mesures comprennent :

- l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales pour un produit estimé à 2 milliards d'euros ;

- le relèvement de 0,1 point du taux des cotisations affectées à la branche AT-MP, pour un rendement attendu de 485 millions d'euros ;

- la poursuite de la politique de réduction des niches sociales, avec la majoration du forfait social (article 13), le renforcement des prélèvements portant sur les retraites chapeau (article 10), l'augmentation des contributions sur les stock-options (article 11), le plafonnement de l'abattement pour frais

professionnels applicable à la CSG (article 15), l'assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes versées par des tiers (article 16).

Le FSV se voit attribuer plus de 3,5 milliards de recettes supplémentaires liées au fait que, dans le cadre de la réforme des retraites, il voit son champ de prise en charge des dépenses de solidarité étendu.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Pour tenir compte de l'adoption du projet de loi sur les retraites et des amendements votés par l'Assemblée nationale sur la troisième partie, les tableaux ont été légèrement modifiés, le total des recettes étant accru de 500 millions pour les régimes obligatoires de base et 40 millions pour le régime général.

III - La position de la 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

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 2011 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 2011, de **22,7 milliards d'euros** au lieu de 24,8 milliards pour l'année en cours et de 21,7 milliards pour 2009, soit une réduction de 2 milliards par rapport à 2010 mais une quasi-stabilisation au niveau d'il y a deux ans.

Pour la première fois depuis 2008, trois branches seulement affichent des déficits. La maladie connaîtrait le déficit le plus élevé, avec 11,3 milliards, puis la vieillesse avec un solde négatif de 8,6 milliards. La famille enregistrerait un déficit de 3 milliards et la branche accidents du travail-maladies professionnelles un excédent de 100 millions.

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

Le tableau d'équilibre, qui est présenté dans cet article, est issu du rapprochement entre les prévisions de recettes pour 2011, examinées à l'article 24 ci-dessus, et les objectifs de dépenses commentés aux articles 46 pour la branche maladie, 48 pour la branche vieillesse, 53 pour la branche accidents du travail et 56 pour la branche famille.

S'agissant des dépenses, le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2011 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2011 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	2 023	2 381
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2011	2 032	2 390
Baisse de prix des produits de santé	425	500
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments (générations...)	60	70
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	30	35
Abaissement du taux K à 0,5 %	43	50
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	170	200
Maîtrise médicalisée	468	550
Réforme ALD sur l'hypertension artérielle	17	20
Fin de la prise en charge automatique des transports à 100 % pour les ALD	17	20
Passage de 91 à 120 € du seuil d'application du forfait de 18 €	81	95
Passage à 30 % des médicaments remboursés actuellement à 35 %	81	95
Passage à 60 % des dispositifs médicaux remboursés actuellement à 65 %	85	100
Convergence tarifaire ciblée	128	150
Optimisation de la performance hospitalière	174	205
Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	255	300
Mesures hors Ondam	- 9	- 9
Cumul des revenus d'une activité salariée avec une pension d'invalidité servie par le RG	- 8	- 8
Transfert des contentieux transfusionnels de l'EFS à l'Oniam	- 21	- 25
Diminution de la dotation à l'Eprus	20	24
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille	160	160
Harmonisation de la date d'effet pour le versement de l'allocation de base de la Paje	40	40
Suppression de la possibilité d'une rétroactivité de trois mois de l'effet des aides personnelles au logement	120	120
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque AT-MP	- 83	- 84
Prise en charge du dispositif « pénibilité »*	- 58	- 58
Augmentation de la dotation de la branche au Fiva	- 25	- 25
Création dans le régime agricole d'aides financières simplifiées	0	- 1
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	2 919	3 697
Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (yc impact sur les cotisations et autres prestations)*	180	325
Prolongation de la garantie de 85 % du Smic pour pensionnés ayant eu une carrière complète au Smic*	- 6	- 6
Maintien de l'assurance veuvage*	- 80	- 80
Report de six mois de l'écêtement du minimum contributif	- 15	- 35
Transfert au FSV du financement d'une partie du minimum contributif	3 000	3 500
Validation de services*	- 160	- 7

* mesures de la réforme sur les retraites

Hors mesure de transfert au FSV du financement d'une partie du minimum contributif, qui représente une économie de 3,5 milliards pour les caisses d'assurance vieillesse, l'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2011, comme les années précédentes, de l'assurance maladie. **Les économies prévues au titre de cette branche atteignent un total d'environ 2,4 milliards d'euros.** Elles s'articulent autour des axes suivants :

- **les actions de gestion du risque et d'efficience à travers notamment la maîtrise médicalisée des dépenses pour 1 160 millions**, dont 550 millions au titre de la maîtrise médicalisée, 70 millions liés à la poursuite du ralentissement structurel des dépenses de médicaments, 205 millions au titre d'une meilleure efficience hospitalière, 300 millions liés à un mode de prévision plus rigoureux de l'Ondam médico-social ;

- **les ajustements de prix et de tarifs**, sur les secteurs des soins de ville comme de l'hôpital, **pour 900 millions**, avec des baisses de tarifs de radiologie et de biologie pour 200 millions, des baisses de prix des médicaments (sous brevet et génériques) et des dispositifs médicaux pour 550 millions et un rapprochement tarifaire pour certaines prestations d'hospitalisation entre les secteurs public et privé pour 150 millions ;

- **le recentrage progressif des dépenses d'assurance maladie sur le financement des soins les plus utiles médicalement pour 330 millions**, avec la hausse du seuil de déclenchement à 120 euros de la participation forfaitaire pour les actes coûteux, soit une économie évaluée pour l'assurance maladie à 95 millions, et la diminution du taux de remboursement de 35 % à 30 % pour certains médicaments et de 65 % à 60 % pour certains dispositifs médicaux, soit une économie totale de 195 millions.

Pour la branche vieillesse, outre la mesure de transfert au FSV précitée, le présent projet de loi de financement anticipe **les premiers effets de la réforme des retraites** avec un impact de la mesure de relèvement de l'âge légal de départ à la retraite estimé à 325 millions pour l'ensemble des régimes obligatoires et 180 millions pour le régime général en 2011.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Pour tenir compte de l'adoption du projet de loi sur les retraites et des amendements votés par l'Assemblée nationale sur la troisième partie, le tableau d'équilibre proposé à cet article a été corrigé.

Le total des recettes étant accru de 500 millions, le solde est légèrement diminué et fixé désormais à **22,3 milliards d'euros**.

III - La position de la commission

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

Article 26

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2011 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 25 ci-dessus.

Le tableau d'équilibre du régime général pour 2011, dont l'approbation est demandée à cet article, fait apparaître **un déficit de 21,3 milliards d'euros** décomposé comme suit :

- 11,5 milliards pour l'assurance maladie ;
- 6,9 milliards pour la branche vieillesse ;
- 3 milliards pour la branche famille ;
- + 0,1 milliard pour la branche AT-MP.

Ce déficit est à comparer aux montants de 2010 et de 2009, soit respectivement 23,1 milliards et 20,3 milliards d'euros. Le déficit du régime général serait ainsi moins dégradé de 1,8 milliard par rapport au déficit 2010 mais encore supérieur de 1 milliard à celui de 2009.

Les évolutions les plus marquées concernent :

- l'**assurance maladie** qui voit son déficit rester supérieur à 10 milliards d'euros mais se stabiliser par rapport à 2010 ; le taux de progression de l'Ondam est fixé à 2,9 %, ce qui nécessite un effort d'économies de près de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses ;

- l'**assurance vieillesse** qui a vu son déficit se creuser, passant de 1,9 milliard en 2006 à 8,6 milliards en 2010, verrait sa situation s'améliorer grâce aux premiers effets de la réforme des retraites ;

- le déficit de la **branche famille** qui avait disparu en 2007 continue d'augmenter en 2011, principalement du fait de la poursuite de la mise à la charge de la branche des majorations de pension pour enfants qui atteint 100 % en 2011 pour un coût de 4,4 milliards.

Au total, le taux de couverture des dépenses par les recettes s'améliore légèrement à 93,5% en 2011, alors qu'il était de 92,7% en 2010.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Pour tenir compte de l'adoption du projet de loi sur les retraites et des amendements votés par l'Assemblée nationale sur la troisième partie, le tableau d'équilibre proposé à cet article a été corrigé.

Le total des recettes étant accru de 400 millions, le solde est légèrement diminué et fixé désormais à **20,9 milliards d'euros**.

III - La position de la commission

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

Article 27

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

Objet : Cet article a pour objet de déterminer le tableau d'équilibre pour 2011 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 25.

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

Le tableau d'équilibre qu'il présente fait apparaître **un déficit de 3,8 milliards d'euros pour le FSV**, en amélioration de 400 millions par rapport au déficit de 2010.

Il est le résultat du rapprochement entre les prévisions de recettes, examinées à l'article 24, et les prévisions de charges, commentées à l'article 58.

La structure de ces recettes et dépenses est profondément modifiée en 2011 notamment du fait que, dans le cadre de la réforme des retraites, le financement du minimum contributif, aujourd'hui pris en charge par les régimes, lui est transféré. En conséquence, ses recettes s'accroissent de 4,7 milliards et ses charges de 4,3 milliards.

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 a replongé dans le déficit avec un solde négatif de 3,2 milliards en 2009, 4,3 milliards en 2010 et 3,8 milliards en 2011.

La dette du FSV à fin 2008 ayant été reprise par la Cades en 2009, l'endettement cumulé du fonds s'élève à 3,2 milliards fin 2009, 7,4 milliards fin 2010 et, de manière prévisionnelle, à 11,3 milliards à fin 2011.

L'article 9 du présent projet de loi prévoit toutefois la reprise de l'intégralité de ces déficits et leur transfert à la Cades.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

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

Article 28

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 2011 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 **11,7 milliards d'euros** l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2011, soit un niveau très nettement supérieur à celui fixé pour 2010, à savoir 5,1 milliards d'euros.

Cette très forte augmentation résulte des opérations de reprise de dette prévue à l'article 9 du présent projet.

L'amortissement envisagé pour 2011 est égal à la différence entre le produit net attendu des ressources affectées à la Cades (CRDS, CSG et autres recettes, soit 15,5 milliards attendus) et le montant des frais financiers nets (soit 3,8 milliards). Ceux-ci correspondent au coût de financement de la Cades.

Depuis sa création en 1996, la caisse a repris une dette totale de 134,6 milliards. Elle en aura amorti 47,9 milliards à la fin de 2010, ce qui laisse, à cette date, une dette à rembourser de 86,7 milliards d'euros.

Le transfert de 68 milliards de dette supplémentaire à la Cades en 2011, tel que prévu à l'article 9 précité, modifie significativement ces chiffres. Ainsi, **à la fin de 2011, la Cades aura repris une dette totale de 202,6 milliards d'euros** ; elle en aura amorti 59,6 milliards **et devra encore rembourser 143 milliards.**

Compte tenu de l'allongement de la durée de vie de la Cades de quatre ans, permis par le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale récemment voté par le Parlement, **l'horizon final de remboursement** de la dette sociale est actuellement **2025**, c'est-à-dire quinze années.

• **l'affectation de recettes au FRR**

Pour 2011, il n'est prévu d'affecter aucune recette au FRR.

En effet, conformément à ce qui a été prévu dans le cadre de la réforme des retraites et décliné à l'article 9 ci-dessus, **les recettes courantes actuelles du fonds sont transférées, soit à la Cades** pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la Cnav et du FSV, **soit directement au FSV.**

Ainsi, la somme inscrite l'année dernière à cet article, soit 1,5 milliard d'euros, qui correspond, pour la 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, est transférée à la Cades.

De même viendront alimenter le FSV deux ressources de moindre importance :

- 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 32 millions d'euros en 2008 et 52 millions en 2009 ;

- 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 12 millions en 2009.

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. Aucun revenu exceptionnel n'est davantage envisagé.

Le FRR a subi de plein fouet la crise financière et notamment la baisse des marchés des 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.

A la fin de l'année 2009, la valeur du portefeuille s'élevait à 33,3 milliards d'euros, avec une performance annuelle des placements de 15 % et l'enregistrement de 4,6 milliards de produits financiers.

Pour 2010, l'annexe 8 du projet de loi prévoit une performance annuelle de placement inférieure, aux environs de 1,8 %, et des produits financiers de l'ordre de 4,5 milliards. Aucune projection n'est faite sur la valeur de marché du portefeuille du fonds à la fin de l'année. Toutefois, au 3 septembre, celle-ci atteignait **35,1 milliards d'euros** (y compris la soule IEG, soit 3,5 milliards d'euros). Au total, le taux de performance annualisée depuis l'origine, se maintient à 2,8 % en 2010, comme en 2009, alors que celui-ci était de 8,8 % en 2007, avant de chuter à 0,3 % en 2008.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements du Gouvernement :

- le premier pour réduire de 300 millions l'objectif d'amortissement de la dette sociale qui passerait ainsi de 11,7 à **11,4 milliards d'euros** ; cette réduction est la conséquence de la modification, à l'article 9, des ressources affectées à la Cades, celle-ci recevant 0,28 point de CSG au lieu du panier de recettes « assurances » initialement prévu, qui lui aurait procuré un léger surplus de recettes en 2011 ;

- le second pour prévoir **l'affectation de 350 millions de recettes fiscales au FSV** afin de tirer les conséquences de deux mesures votées dans le cadre de la réforme des retraites au Sénat, à savoir le maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à son niveau actuel pour les parents de trois enfants ainsi que pour les parents d'enfants handicapés.

III - La position de la commission

Comme elle l'a souligné à l'article 9 ci-dessus, votre commission restera extrêmement vigilante sur les conditions dans lesquelles la dette sociale transférée à la Cades sera remboursée. Chaque année, **la loi de financement doit en effet garantir le respect de la règle organique de non allongement de sa durée de vie**, conformément à ce qu'a souhaité inscrire le Sénat dans la récente loi organique relative à la gestion de la dette sociale.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 29

**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 2011 à 2014.

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 est bâti sur des hypothèses macroéconomiques identiques à celles du programme de stabilité annexé au projet de loi de finances pour 2011 et du projet de loi de programmation des finances publiques. En termes de croissance, il retient une évolution du Pib de 2 % en 2011 et de 2,5 % par an à partir de 2012.

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 2010-2014

	2010	2011	2012-2014
Pib (en volume)	1,5 %	2,0 %	2,5 %
Masse salariale du secteur privé	2,0 %	2,9 %	4,5 %
Ondam (en valeur)	3,0 %	2,9 %	2,8 %
Inflation hors tabac	1,5 %	1,5 %	1,75 %

Comme les deux dernières années, la prévision ne comporte qu'**un seul scénario**. Elle distingue l'année 2011 des trois années suivantes, afin de tenir compte des perspectives d'une reprise encore progressive de la croissance au cours des prochains mois.

Le scénario retenu mise ensuite sur **un rebond de la croissance** à partir de 2012, avec une hypothèse de progression annuelle du Pib de 2,5 % jusqu'en 2014. Le Gouvernement justifie cette hypothèse par le dynamisme de l'investissement et la bonne tenue de la consommation grâce aux créations d'emplois, dans un contexte de croissance mondiale au rythme d'avant crise, et cela en dépit du freinage de la demande publique. Au total, le scénario présente une hypothèse de croissance un peu supérieure à la croissance potentielle, soit 2 %, ce que le Gouvernement estime normal en sortie de crise afin de réduire progressivement le déficit d'activité.

Pour **la masse salariale**, la prévision arrête une augmentation annuelle de 4,5 % à partir de 2012. Ce taux est moins ambitieux que celui inscrit dans l'annexe B d'il y a un an, qui tablait sur 5 % par an en moyenne de 2011 à 2013, mais il reste au-delà des montants enregistrés précédemment : ainsi, 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 des pertes considérables de croissance enregistrées en 2009 et au cours de la première partie de 2010.

La dernière hypothèse, dont le respect promet d'être exigeant compte tenu des réalisations antérieures, est celle de **l'Ondam**. Celui-ci serait contenu à 2,9 % en 2011 puis 2,8 % par an entre 2012 et 2014, ce qui impliquera obligatoirement des efforts très substantiels de maîtrise des dépenses. En effet, le taux de progression naturelle des dépenses est plutôt de l'ordre de 4,5 % ; il faudra donc réaliser au minimum **2,3 milliards d'économies par an** pour pouvoir atteindre ce but.

A partir de ce cadre général, **le rapport prévoit une décroissance progressive et encore modeste, entre 2011 et 2014**, du solde global négatif du régime général ainsi que de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Ceux-ci **diminueraient de 6 milliards d'euros** environ, pour atteindre **15,3 milliards** pour le régime général en 2014 et 16,7 milliards pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. La branche maladie verrait sa situation s'améliorer légèrement, son déficit passant de 11,5 milliards à 6,8 milliards d'euros, soit un niveau encore supérieur à celui d'avant la crise puisque son déficit s'établissait à 4,4 milliards en 2008. La branche vieillesse verrait sa situation se dégrader légèrement, son déficit atteignant 7,7 milliards en 2014 au lieu de 6,9 milliards en 2011. La branche famille connaîtrait une amélioration avec une réduction de près de moitié de son déficit qui reviendrait à 1,7 milliard en fin de période.

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 2008-2014**

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie	- 4,4	-10,6	- 11,4	- 11,5	- 9,8	- 8,3	- 6,8
AT-MP	0,2	- 0,7	- 0,5	0,1	0 3	0,6	0,9
Famille	- 0,3	- 1,8	- 2,6	- 3,0	- 2,6	- 2,3	- 1,7
Vieillesse	- 5,6	- 7,2	- 8,6	- 6,9	- 7,4	- 8,0	- 7,7
Toutes branches consolidées	- 10,2	- 20,3	- 23,1	- 21,3	- 19,5	- 18,0	- 15,3

**Prévisions d'équilibre par branche pour les régimes obligatoires de base
au cours de la période 2008-2014**

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie	- 4,1	- 10,4	- 11,2	- 11,3	- 9,8	- 8,2	- 6,5
AT-MP	0,2	- 0,6	- 0,4	0,1	0,4	0,7	1,0
Famille	- 0,3	- 1,8	- 2,6	- 3,0	- 2,6	- 2,3	- 1,7
Vieillesse	- 5,6	- 8,9	- 10,5	- 8,6	- 8,8	- 9,6	- 9,5
Toutes branches consolidées	- 9,7	- 21,7	- 24,8	- 22,7	- 20,8	- 19,3	- 16,7

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 déficit se prolonger tout au long de la période, à plus de 3 milliards d'euros, sauf en 2014 où le résultat négatif du fonds serait contenu à 2,4 milliards.

Selon le Gouvernement, cette trajectoire n'est qu'une étape vers l'atteinte de l'objectif plus général de l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale, dont le terme n'est cependant pas fixé. Le redressement prévu au cours de la période 2012-2014 repose sur **trois exigences** :

- **une maîtrise accrue des dépenses**

Selon le schéma du projet de loi de programmation des finances publiques, les dépenses du régime général ne devront pas progresser au-delà de **3,3 % en moyenne par an** au cours de la période 2010-2014, ce qui représente une croissance inférieure en volume de près d'un point à celle du Pib.

La **réforme des retraites** est le premier moyen d'y parvenir. Elle devrait contribuer à réduire le déficit tendanciel de la branche de 10 milliards à l'horizon 2014, les comptes devant parvenir à l'équilibre en 2018. C'est par le relèvement de l'âge de départ en retraite que l'essentiel du chemin doit être parcouru.

Pour **l'assurance maladie**, la fixation de l'Ondam à 3 % en 2010, puis 2,9 % en 2011 et 2,8 % les années suivantes, à comparer avec la croissance tendancielle de 4,2 % par an des dépenses d'assurance maladie, requiert un effort substantiel d'économies, que le rapport chiffre à 2,3 milliards d'euros au minimum par an, voire plus si des mesures positives en matière de prise en charge des soins ou de revalorisations des tarifs sont décidées.

Les moyens d'y parvenir sont détaillés : l'adaptation des prix et tarifs, le développement de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses et de gestion du risque, l'amélioration de l'organisation des soins. Enfin, pour la première fois seront mis en place des outils et des procédures de suivi et de régulation de l'Ondam, par application des propositions du rapport de Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie : renforcement du rôle du comité d'alerte, création d'un comité de pilotage de l'Ondam, instauration de mécanismes de mise en réserve de provisions en début d'année.

Pour la branche famille, comme pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles, aucun élément n'est fourni ni sur les priorités de ces branches, ni surtout sur la manière de maîtriser leurs dépenses, en particulier pour la branche famille qui affichera pourtant des niveaux de déficit encore élevés tout au long de la période.

- **une sécurisation des recettes**

Le projet de loi de programmation des finances publiques table sur **une progression moyenne par an de 4,1 %** des produits nets du régime général. Cette perspective découle directement des hypothèses avancées relativement à la reprise de l'activité économique et à la masse salariale qui représente la principale assiette des ressources de la sécurité sociale.

Trois manières de respecter cet objectif sont mises en exergue :

- la réforme des retraites et son volet « recettes » qui entraînera un surcroît de cotisations pour la Cnav, en raison notamment du recul de l'âge de départ en retraite ;

- l'augmentation de 0,1 point du taux de cotisation des employeurs au titre des accidents du travail et maladies professionnelles qui doit permettre à la fois le retour à l'équilibre de cette branche et la prise en charge de la pénibilité ;

- la poursuite de la stratégie de réduction des dispositifs d'exemption et d'exonération de cotisations sociales, de laquelle le Gouvernement attend 3 milliards de ressources annuelles supplémentaires sur la période 2012-2014.

• un traitement des déficits

Le rapport rappelle le schéma de reprise de dettes retenu par le Gouvernement avec un transfert de 68 milliards d'euros à la Cades au titre des déficits du régime général et du FSV pour 2009 et 2010, ainsi que des branches maladie et famille pour 2011 et de 62 milliards au titre des déficits de la branche vieillesse pour la période 2011-2018.

A cet effet sont prévus un allongement d'au maximum quatre ans de la durée de vie de la Cades, un apport de ressources nouvelles et la mobilisation de la ressource et des actifs du fonds de réserve pour les retraites.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements visant, dans l'annexe B, à rectifier des erreurs matérielles, à apporter des précisions et à tirer les conséquences des votes intervenus sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale et le projet de loi de réforme des retraites.

III - La position de la commission

Votre commission observe que, pour la première fois, cet article n'apparaît plus en tête de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, consacrée aux recettes de l'année à venir, mais à la fin de cette partie. Si elle comprend que cela puisse faciliter certaines coordinations lors du vote de cet article, elle regrette que l'ordre fixé par la loi organique relative aux lois de financement ne soit pas respecté.

Elle rappelle également que, comme chaque année, **les prévisions d'une année sur l'autre apparaissent plus qu'aléatoires**. Ainsi, il y a deux ans, 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. A l'inverse, il y a un an, les prévisions faisaient état d'un déficit du régime général stabilisé autour de 30 milliards d'euros jusqu'en 2013. Aucune de ces deux prévisions n'a pu rester réaliste au-delà de quelques mois. Cela montre bien la valeur toute relative de ces projections même si elles ont le mérite indéniable de souligner l'effort nécessaire à accomplir pour aller vers l'équilibre des comptes.

**Prévisions de l'annexe B pour les soldes du régime général
de la loi de financement pour 2006 au projet de loi de financement pour 2011**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MALADIE									
LFSS 2006	- 6,1	- 3,5	- 1,7	0,6					
LFSS 2007									
Scénario haut	- 6,1	- 3,9	- 1,5	1,4	3,9				
Scénario bas	- 6,1	- 3,9	- 2,3	- 0,1	2,4				
LFSS 2008									
Scénario haut	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,0	- 2,8	- 1,4	0,0		
Scénario bas	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,7	- 4,1	- 3,6	- 3,0		
LFSS 2009		- 4,6	- 4,0	- 3,4	- 2,3	- 1,2	0,1		
LFSS 2010			- 4,4	- 11,5	- 14,5	- 13,5	- 12,2	- 11,3	
PLFSS 2011				- 10,6	- 11,4	- 11,5	- 9,8	- 8,3	- 6,8
AT - MP									
LFSS 2006	- 0,2	- 0,1	0,1	0,1					
LFSS 2007									
Scénario haut	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9				
Scénario bas	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7				
LFSS 2008									
Scénario haut	- 0,1	- 0,4	0,3	0,5	0,7	0,9	1,2		
Scénario bas	- 0,1	- 0,4	0,3	0,4	0,6	0,7	0,9		
LFSS 2009		- 0,5	0,4	0,0	0,4	0,7	1,1		
LFSS 2010			0,2	- 0,6	- 0,8	- 0,5	- 0,2	0,0	
PLFSS 2011				- 0,7	- 0,5	0,1	0,3	0,6	0,9
FAMILLE									
LFSS 2006	- 1,2	- 1,2	- 0,8	- 0,3					
LFSS 2007									
Scénario haut	- 1,3	- 0,8	0,3	1,6	2,9				
Scénario bas	- 1,3	- 0,8	0,0	1,0	2,0				
LFSS 2008									
Scénario haut	- 0,9	- 0,5	0,3	1,7	3,2	4,6	6,0		
Scénario bas	- 0,9	- 0,5	0,3	1,5	2,7	3,9	4,9		
LFSS 2009		0,2	0,4	- 0,2	0,2	0,6	1,7		
LFSS 2010			- 0,3	- 3,1	- 4,4	- 4,3	- 3,8	- 3,2	
PLFSS 2011				- 1,8	- 2,6	- 3,0	- 2,6	- 2,3	- 1,7
VIILLESSE									
LFSS 2006	- 1,4	- 1,7	- 1,8	- 2,2					
LFSS 2007									
Scénario haut	- 2,4	- 3,5	- 4,1	- 3,8	- 3,3				
Scénario bas	- 2,4	- 3,5	- 4,5	- 5,1	- 5,1				
LFSS 2008									
Scénario haut	- 1,9	- 4,6	- 5,2	- 6,0	- 6,8	- 7,9	- 8,8		
Scénario bas	- 1,9	- 4,6	- 5,2	- 6,4	- 7,5	- 9,0	- 10,4		
LFSS 2009		- 4,6	- 5,7	- 5,0	- 3,6	- 1,7	- 2,3		
LFSS 2010			- 5,6	- 8,2	- 10,7	- 11,6	- 13,0	- 14,5	
PLFSS 2011				- 7,2	- 8,6	- 6,9	- 7,4	- 8,0	- 7,7
TOUTES BRANCHES CONSOLIDE									
LFSS 2006	- 8,9	- 6,5	- 4,2	- 1,8					
LFSS 2007									
Scénario haut	- 9,7	- 8,0	- 5,0	- 0,3	4,5				
Scénario bas	- 9,7	- 8,0	- 6,6	- 3,8	- 0,1				
LFSS 2008									
Scénario haut	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 7,9	- 5,8	- 3,8	- 1,6		
Scénario bas	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 9,1	- 8,4	- 8,0	- 7,5		
LFSS 2009		- 9,5	- 8,9	- 8,6	- 5,4	- 1,5	0,7		
LFSS 2010			- 10,2	- 23,4	- 30,5	- 29,9	- 29,2	- 28,9	
PLFSS 2011				- 20,3	- 23,1	- 21,3	- 19,5	- 18,0	- 15,3

La nouveauté de cette année est que **les perspectives tracées sont mieux justifiées et que des éléments détaillés sont fournis pour définir une stratégie de redressement effective**, en lien étroit avec le rapport annexé au projet de loi de programmation des finances publiques. Votre commission, qui regrettait chaque année la valeur plus déclarative qu'explicative de l'annexe ainsi qu'un contenu trop flou pour être réellement satisfaisant, se félicite de voir qu'elle a été entendue et que le rapport de cette année présente des éléments incontestablement plus fournis et mieux expliqués. Seule la branche famille toutefois ne donne lieu à aucun commentaire ni aucune explication, ce qui est difficile à comprendre dans le contexte largement déficitaire de cette branche aujourd'hui. Dans la partie du rapport consacrée à la maîtrise des dépenses, il aurait été utile de disposer de quelques éléments sur les intentions du Gouvernement en matière de politique familiale.

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

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

Section 4

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 30

*(art. L. 216-2-1 et L. 243-7 du code de la sécurité sociale,
art. 5 de la loi du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation
du service public de l'emploi)*

Extension des possibilités de contrôle des Urssaf pour le compte d'organismes tiers volontaires

Objet : Cet article vise à étendre et à sécuriser les possibilités de contrôle des Urssaf pour le compte d'organismes tiers volontaires.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, habilite les Urssaf à vérifier, à l'occasion de leurs contrôles, l'assiette, le taux et le calcul :

- des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires ;

- des cotisations AGS (association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés), destinées à payer les salaires, préavis et indemnités des salariés dont l'entreprise est en procédure collective ;

- des contributions d'assurance chômage.

Une convention, signée entre l'Acoss et l'Unedic pour organiser le contrôle des contributions d'assurance chômage, est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2008. **En 2009, les Urssaf ont réalisé 85 268 actions de contrôle des contributions chômage, ayant donné lieu à plus de 30 millions d'euros de redressement.**

La loi du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi¹ prévoit qu'à compter d'une date, qui a été fixée par décret au 1^{er} janvier 2011, les contributions chômage seront recouvrées et contrôlées pour le compte de l'Unedic par les Urssaf et, pour certains cotisants, par d'autres organismes énumérés à l'article L. 5427-1 du code du travail (par exemple les organismes de mutualité sociale agricole ou la caisse

¹ Loi n° 2008-126.

nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs...).

Le texte prévoit que les contributions exigibles avant le 1^{er} janvier 2011 restent recouvrées par Pôle emploi.

La même loi modifie, à compter du 1^{er} janvier 2011, l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale pour supprimer le pouvoir de contrôle des contributions chômage, celui-ci découlant désormais du recouvrement des contributions chômage par les Urssaf.

L'étude d'impact de cet article indique que le dispositif souffre de deux imperfections :

- d'une part, certains délégataires du recouvrement des contributions chômage autres que les Urssaf ne sont pas en mesure de procéder eux-mêmes au contrôle de ces contributions et souhaitent confier cette mission aux Urssaf ;

- d'autre part, si le recouvrement des contributions chômage exigibles avant le transfert fait l'objet de dispositions précises tant en ce qui concerne l'organisme en charge de celui-ci que les règles applicables, tel n'est pas le cas pour le contrôle de ces contributions, ce qui fragilise les contrôles réalisés postérieurement au 1^{er} janvier 2011 portant sur des périodes de contributions antérieures.

Le présent article tend donc, pour l'essentiel, à répondre à ces difficultés.

• Le **paragraphe I** modifie l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi, à compter de sa date d'entrée en vigueur, fixée au 1^{er} janvier 2011.

Le 1^o tend à permettre aux Urssaf de contrôler l'assiette, le taux et le calcul des cotisations recouvrées à titre dérogatoire par :

- la caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs pour les voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples ;

- Pôle emploi pour les intermittents du spectacle.

L'article permettra également aux Urssaf de contrôler les cotisations dues aux **régimes spéciaux** lorsque les organismes gestionnaires de ces régimes souhaiteront, par le biais de conventions passées avec les organismes de recouvrement du régime général, déléguer tout ou partie de cette mission.

Le 2^o tend à opérer une coordination pour préciser que les contrôles pour le compte de tiers seront soumis à la **signature de conventions avec l'Acoss**, comme c'est déjà le cas pour le contrôle des cotisations dues aux régimes de retraites complémentaires obligatoires. Ces conventions fixeront

notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement.

- Le **paragraphe II** est destiné à préciser plus clairement que les contributions chômage et les contributions AGS exigibles avant le transfert du recouvrement sont contrôlées par les Urssaf. Il complète en conséquence l'article 5 de la loi du 13 février 2008.

- Enfin, le **paragraphe III** modifie l'article L. 216-2-1 du code de la sécurité sociale. Dans sa rédaction actuelle, celui-ci prévoit que les conseils d'administration des organismes nationaux de sécurité sociale définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée.

Par l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de mesures ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations et au recouvrement. Les modalités de mise en œuvre sont fixées par des conventions établies entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux.

Le présent article prévoit que les conditions de délégation du contentieux ne pourront être fixées par convention, mais seulement par décret. L'objectif est d'assurer la parfaite sécurité juridique de ces délégations relatives au contentieux.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission approuve les dispositions destinées à renforcer l'efficacité des contrôles de l'assiette, du taux et du calcul des contributions en étendant le champ d'intervention des Urssaf et en renforçant la sécurité juridique du dispositif.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 30 bis
(art. L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale)
**Simplification des formalités applicables
aux employeurs étrangers en matière sociale**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à simplifier les formalités administratives à la charge des employeurs étrangers ne disposant pas d'établissement en France.*

I - Le texte adopté par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur Yves Bur, tend à compléter l'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 243-1-2 vise l'hypothèse où une entreprise emploie un salarié en France mais ne comporte pas d'établissement sur le territoire national. Dans ce cas, l'employeur remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France, qui est alors personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

C'est le centre national des firmes étrangères (CNFE), mis en place au sein de l'Urssaf du Bas-Rhin, qui gère ce dispositif : une fois que l'entreprise lui a déclaré sa qualité d'employeur, le CNFE se charge d'informer les différents organismes auprès desquels l'entreprise doit être immatriculée (assurance chômage, retraite complémentaire...) puis il recouvre les cotisations et contributions sociales dues au régime général de sécurité sociale.

Toutefois, malgré la mise en place de ce dispositif, les entreprises étrangères doivent encore s'acquitter de diverses formalités administratives qu'elles connaissent souvent mal : déclaration unique d'embauche, déclaration unifiée de cotisations sociales, déclaration annuelle des données sociales... Il est donc proposé de simplifier encore les formalités à la charge de ces entreprises.

Le 1^o du **paragraphe I** propose d'abord que les dispositions de l'article L. 243-1-2, qui concernent aujourd'hui les seules entreprises, s'appliquent aussi dans le cas où le salarié est employé par un **particulier** qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu.

En application de l'article 4 B du code général des impôts (CGI), sont considérées comme ayant leur domicile fiscal en France les personnes qui y ont leur foyer ou leur lieu de séjour principal, celles qui y exercent une activité professionnelle, sauf si elles exercent à titre accessoire, et celles qui y ont le centre de leurs intérêts économiques.

Le 2° propose de supprimer la dernière phrase de l'article L. 243-1-2 du même code, qui dispose que « *les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'Etat* ». Le renvoi à un décret d'application est en effet prévu à la fin de l'article.

Le 3° vise d'abord à autoriser les **particuliers employeurs** qui ne sont pas établis en France à avoir recours au **chèque emploi-service universel** (Cesu) pour rémunérer et déclarer des salariés occupant des emplois de services à la personne ou des assistantes maternelles agréées.

Le Cesu permet à un particulier de s'acquitter, de façon simplifiée, de ses obligations en matière sociale. Il comprend une déclaration, en vue du paiement des cotisations et contributions sociales, qui est adressée à un organisme de recouvrement. A réception de la déclaration, l'organisme adresse au salarié une attestation d'emploi, qui se substitue à la remise du bulletin de paie. La rémunération portée sur le Cesu inclut, par ailleurs, une indemnité de congés payés.

Le même 3° propose ensuite d'autoriser les **entreprises** n'ayant pas d'établissement en France à utiliser le **titre emploi-service entreprise** (Tese).

Le Tese permet à une entreprise de bénéficier d'une aide pour l'accomplissement de ses obligations en matière sociale : un service calcule le montant des rémunérations dues aux salariés et celui des cotisations et contributions sociales et le titre emploi permet à l'entreprise de s'acquitter de l'ensemble de ses obligations déclaratives et de ses obligations relatives à l'établissement du contrat de travail.

En cas d'utilisation du Cesu ou du Tese, le texte prévoit que les employeurs s'acquittent de leurs obligations sociales auprès de l'organisme de recouvrement unique prévu à l'article L. 243-1-2, soit actuellement l'Urssaf du Bas-Rhin. Les documents établis par l'Urssaf, notamment le bulletin de salaire ou l'attestation d'emploi, seront transmis à l'employeur par voie électronique.

Lorsque le salarié est employé pour une durée maximale fixée par décret et que sa rémunération ne dépasse pas un montant également fixé par décret, les cotisations et contributions dues pourront être payées par avance, sur une base forfaitaire, en fonction de la durée totale de la période d'emploi ou du séjour en France. Dans ce cas, l'article L. 133-7 du code de la sécurité sociale, qui détermine les règles de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les particuliers employeurs, et l'article L. 241-10 du même code, relatif aux exonérations prévues en cas d'emploi d'une aide à domicile, ne s'appliqueraient pas.

Toujours dans un but de simplification, il est également prévu que les déclarations que les employeurs adressent au CNFE le soient par la voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5 du code de la sécurité sociale. Le règlement des cotisations et contributions serait effectué en utilisant des moyens de paiement prévus par décret.

Enfin, il est renvoyé à un décret le soin de préciser les modalités d'application de l'article L. 243-1-2.

Le **paragraphe II** est relatif à la date d'entrée en vigueur de la disposition qui ouvre la possibilité de payer par avance, sur une base forfaitaire, les cotisations et contributions sociales. Elle sera fixée par décret et interviendra, au plus tard, le 1^{er} janvier 2012.

II - La position de la commission

Votre commission approuve les simplifications administratives proposées par cet article, qui aura principalement pour effet d'autoriser de nouveaux employeurs à utiliser le Cesu et le Tese, deux dispositifs dont l'efficacité a été éprouvée.

Elle avait d'ailleurs déjà examiné ces dispositions dans le cadre de la proposition de loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, qui devrait être prochainement discutée au Sénat en séance publique¹. Afin d'assurer leur mise en œuvre dans des délais plus brefs, le Gouvernement a choisi de les introduire dans le présent projet de loi de financement.

Votre commission propose cependant une **amélioration rédactionnelle** à cet article : l'indication selon laquelle les cotisations et contributions peuvent être payées par avance si le salarié est employé pour une « *durée maximale* » paraît en effet peu précise ; il serait plus clair d'écrire que le salarié doit être employé pour une durée n'excédant pas un plafond fixé par décret.

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

Article 30 ter

(art. L. 243-6 du code de la sécurité sociale)

Délai de remboursement des cotisations indues

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à préciser le délai dans lequel les organismes de recouvrement doivent rembourser les cotisations sociales qu'ils ont indûment perçues.

I - Le texte adopté par l'Assemblée nationale

Adopté à l'initiative du Gouvernement, cet article tend à compléter l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que la demande de remboursement des cotisations sociales indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle elles ont été acquittées.

¹ Cf. Avis n° 3 (2010-2011) de François Henneron, fait au nom de la commission des affaires sociales, p. 27.

Il est proposé de préciser que les Urssaf et les caisses générales de sécurité sociale¹ disposeraient d'un délai de quatre mois, à compter de la date de la demande, pour procéder au remboursement des cotisations indues.

II - La position de la commission

Cet article apporte aux entreprises la garantie que leur demande de remboursement, en cas de paiement de cotisations indues, sera traitée dans un délai raisonnable. Selon le Gouvernement, le délai moyen de réponse des organismes est actuellement d'un à deux mois mais il peut, occasionnellement, être plus long.

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

Article 31

(art. L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale)

Aménagement de la déclaration commune des revenus des travailleurs indépendants

Objet : Cet article tend à remplacer la suppression programmée de la déclaration commune de revenus par un aménagement de cette procédure assorti d'une phase transitoire en 2011.

I - Le dispositif proposé

Selon les termes de l'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance du 8 décembre 2005, les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants sont assises sur les revenus d'activité dont les données sont obtenues grâce à une **déclaration commune de revenus (DCR)**, recueillie par les caisses du régime social des indépendants (RSI).

L'article 1^{er} de la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie a procédé à une réécriture de l'article L. 133-6-2 mettant fin à la déclaration commune de revenus. La nouvelle rédaction de l'article précise que les informations nécessaires au calcul des cotisations et contributions des travailleurs indépendants pourront être obtenues par les Urssaf auprès des services fiscaux.

La loi de modernisation de l'économie prévoyait l'entrée en vigueur de cette nouvelle rédaction de l'article L. 133-6-2 au 1^{er} janvier 2010, tout en ouvrant une possibilité de report d'un an de cette date par décret. Cette faculté

¹ Les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) existent dans les départements d'outre-mer, où elles sont chargées, entre autres, du recouvrement des cotisations.

a été exercée par un décret du 23 décembre 2009¹, de sorte que **la mesure doit entrer en application le 1^{er} janvier 2011.**

Le présent article tend à la fois à aménager la nouvelle rédaction de l'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale devant entrer en vigueur le 1^{er} janvier prochain et à prévoir la mise en œuvre simultanée en 2011 de l'ancien et du nouveau dispositif.

Compte tenu des graves dysfonctionnements qui ont accompagné la mise en place de l'interlocuteur social unique (Isu), le Gouvernement fait valoir, dans l'étude d'impact, qu'il est indispensable d'entourer la suppression de la déclaration commune de revenus de toutes les garanties nécessaires à sa mise en œuvre dans de bonnes conditions.

• Le **paragraphe I** tend à opérer des modifications dans la rédaction de l'article L. 133-6-2 issue de la loi de modernisation de l'économie.

Cet article prévoit notamment que les données nécessaires au calcul et au recouvrement des cotisations et contributions sociales peuvent être obtenues par les Urssaf et les caisses générales de sécurité sociale auprès des administrations fiscales.

Lorsque les données ne peuvent être obtenues, les organismes de recouvrement en informent les travailleurs non salariés des professions non agricoles qui les leur communiquent par déclaration.

Le 1^o modifie le premier alinéa de l'article L. 133-6-2 pour donner un caractère impératif à la communication, par les administrations fiscales, des informations nécessaires au calcul et au recouvrement des cotisations sociales.

Le 2^o tend à **renoncer à la suppression totale de la déclaration commune de revenus** puisqu'il modifie le dernier alinéa de l'article L. 133-6-2 pour prévoir que le travailleur indépendant communique les informations nécessaires aux organismes de recouvrement lorsque les données ne peuvent être obtenues auprès des administrations fiscales « *et que le travailleur indépendant n'a pas souscrit de déclaration auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales* ». **Cette nouvelle rédaction sous-entend que la déclaration commune de revenus est appelée à perdurer tout en devenant facultative.**

• Le **paragraphe II**, sans remettre en cause l'entrée en vigueur de la nouvelle rédaction de l'article L. 133-6-2 le 1^{er} janvier 2011, prévoit que **la déclaration mentionnée dans cet article est effectuée à titre obligatoire en 2011** conformément à l'ancienne rédaction de l'article.

Cela revient à maintenir à titre obligatoire la déclaration commune de revenus en 2011 afin de permettre, pendant cette période, aux organismes de recouvrement de tester le recueil des données nécessaires au calcul et au recouvrement des cotisations auprès des administrations fiscales.

¹ Décret n° 2009-1638.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a précisé la nouvelle rédaction de l'article L. 133-6-2 pour prévoir explicitement que le travailleur indépendant peut souscrire une déclaration auprès des organismes chargés du recouvrement. Cette possibilité n'était en effet que sous-entendue dans la rédaction du projet de loi initial, qui prévoyait les conséquences de l'absence de déclaration sans mentionner la possibilité de déposer une telle déclaration.

III - La position de la commission

Compte tenu du précédent de l'interlocuteur social unique (Isu), la commission des affaires sociales approuve la prudence qui sous-tend la disposition proposée. La disparition brutale de la déclaration commune de revenus pourrait provoquer une nouvelle désorganisation dans le calcul et le recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants, qui doit absolument être évitée.

Dans ces conditions, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 32

*(art. L. 651-5-1 à L. 651-5-3, L. 651-5-4 à L. 651-5-6 (nouveaux)
et L. 651-9 du code de la sécurité sociale)*

Instauration de nouvelles sanctions en matière de recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés

Objet : Cet article tend à renforcer l'efficacité des contrôles exercés en vue du recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

I - Le dispositif proposé

La C3S a été créée par la loi du 3 janvier 1970 portant création d'une contribution sociale de solidarité au profit de certains régimes de protection sociale des travailleurs non salariés.

Elle a pour objet de compenser les pertes de ressources des régimes de protection sociale des professions des non salariés non agricoles, liées à la dégradation du rapport démographique de ces régimes et au développement de l'emploi salarié.

Le taux de la contribution est fixé par décret dans la limite de 0,13 % du chiffre d'affaires des sociétés redevables. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires est inférieur à 760 000 euros.

Le produit de la C3S est affecté tous les ans à la caisse nationale du RSI au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches. Le cas échéant, le solde du produit de la contribution est versé soit au fonds de solidarité vieillesse (FSV) soit au fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Depuis 2004, une contribution additionnelle, dont le taux est fixé à 0,03 % du chiffre d'affaires, est affectée au financement de la caisse nationale des travailleurs salariés.

La C3S et sa contribution additionnelle ont concerné en 2010 295 000 entreprises et rapporté 5,5 milliards.

La C3S est recouvrée par les services de la caisse nationale du RSI. Celle-ci peut obtenir de l'administration fiscale les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette et du montant de la contribution dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.

L'article L. 651-5-1 du code de la sécurité sociale prévoit en outre que les sociétés et entreprises sont tenus de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant.

Toutefois, la caisse nationale du RSI se heurte à des réticences de la part de certains redevables dans l'obtention des documents et renseignements nécessaires à la vérification de l'assiette. **Aucune sanction n'est en effet prévue en cas de défaut de production des documents demandés. De la même manière, aucune sanction n'est applicable à la suite des redressements opérés par l'organisme de contrôle.**

Le présent article vise à renforcer l'efficacité du contrôle du recouvrement de la C3S, dans un contexte de crise où son importance dans le financement du régime social des indépendants est de plus en plus cruciale.

Le 1^o de l'article tend à réécrire entièrement l'article L. 651-5-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la communication par l'administration fiscale, ainsi que par les sociétés et entreprises, des éléments nécessaires au recouvrement de la contribution.

Le **paragraphe I** reprend les dispositions actuelles relatives à la communication par les administrations fiscales des éléments nécessaires à la détermination de l'assiette et du montant de la contribution.

Les **paragraphes II à IV** réorganisent en revanche les relations entre l'organisme de recouvrement et les sociétés et entreprises redevables. Comme actuellement, les sociétés et entreprises seront tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant dans un délai de soixante jours. La demande de renseignements continuera à interrompre le délai de reprise de la créance de contribution.

Le nouveau texte précise qu'en cas de réponse insuffisante, l'organisme de recouvrement met en demeure le redevable de compléter sa réponse dans un délai de trente jours en précisant les compléments de réponse attendus.

Le **paragraphe III** prévoit qu'en cas de défaut de réponse à la demande de renseignements et de documents ou à la mise en demeure ou en cas de réponse insuffisante à la mise en demeure, **il est appliqué une majoration dans la limite de 5 % du montant des sommes dues par le redevable.**

Le **paragraphe IV** précise les conditions de rectification des éléments servant au calcul de la contribution :

- en cas d'inexactitude, d'insuffisance, d'omission ou de dissimulation, constatée par l'organisme de recouvrement, celui-ci notifiera au redevable, par lettre recommandée, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant de la rectification envisagée ;

- en l'absence de réponse du redevable aux demandes de renseignements et, le cas échéant, à la mise en demeure, ou lorsque cette réponse demeure insuffisante, le montant des rectifications est estimé à partir des éléments dont dispose l'organisme de recouvrement ou des comptes de la société rendus publics.

Le redevable disposera d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse. Ce dernier sera alors tenu de notifier, par lettre recommandée, la modification de la rectification envisagée ou les raisons du rejet des observations fournies.

Le texte précise enfin que l'organisme de recouvrement ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations avant l'expiration du délai de réponse laissé au redevable pour formuler ses observations.

Le 2° de l'article abroge l'article L. 651-5-2 du code de la sécurité sociale, qui punit d'une amende de 9 000 euros le fait de n'avoir pas fourni la déclaration de chiffre d'affaires prévue par l'article L. 651-5. Cette pénalité n'est en réalité pas appliquée et sera donc remplacée par une forte majoration des sommes dues.

Le 3° tend à insérer trois articles L. 651-5-4 à L. 651-5-6 au sein du même code :

- l'**article L. 651-5-4** prévoit précisément que le déficit de production par le redevable, dans les délais prescrits, de la déclaration de son chiffre d'affaires entraîne l'application d'une **majoration fixée dans la limite de 10 % du montant de la contribution mise à sa charge ou résultant de la déclaration produite tardivement.** Une majoration identique sera en outre appliquée sur le supplément de contribution mis à la charge du redevable en

cas de rectifications. La majoration pour défaut de production de la déclaration du chiffre d'affaires est déjà prévue par l'article D. 651-11 du code de la sécurité sociale, mais s'applique dans la limite de 750 euros ;

- l'article L. 651-5-5 prévoit également une **majoration fixée dans la limite de 10 % lorsque la contribution n'a pas été acquittée aux dates limites de versement**. Toute contribution restée impayée plus d'un an après ces dates sera augmentée d'une nouvelle majoration fixée dans la limite de 4,8 % par an ou par fraction d'année de retard ;

- l'article L. 651-5-6 dispose que les majorations mentionnées aux deux articles précédents sont applicables dans le cadre de la taxation d'office à titre provisionnel prévue pour le recouvrement de la C3S.

Enfin, le 4° de cet article modifie l'article L. 651-9 du code de la sécurité sociale, qui prévoit qu'un décret fixe les conditions d'application de l'ensemble des dispositions relatives à la C3S pour prévoir explicitement que ce décret détermine les modalités de recouvrement des nouvelles majorations créées par le présent article.

En outre, le second alinéa de l'article L. 651-9, relatif à la possibilité de remise totale ou partielle des majorations de retard, est supprimé. Dès lors que les nouveaux articles ne fixent que le pourcentage maximal de majoration, il est clair que l'organisme de recouvrement disposera d'une marge d'appréciation rendant inutiles les dispositions relatives aux remises.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

III - La position de la commission

Votre commission considère que les dispositions proposées pour renforcer et améliorer le recouvrement de la C3S sont proportionnelles à l'objectif recherché. Elles pourraient permettre d'améliorer le recouvrement de la contribution pour un montant évalué par l'étude d'impact en 2012 à 12 millions d'euros.

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

Article additionnel après l'article 32
(art. L. 141-3 du code des juridictions financières)
**Echanges d'informations dans le cadre de la certification
des comptes des organismes de sécurité sociale**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de faciliter les échanges entre les commissaires aux comptes et la Cour des comptes dans le cadre de la mission de certification des comptes et d'information du Parlement dans le domaine de la sécurité sociale.

Afin de faciliter les échanges devant intervenir entre les commissaires aux comptes et la Cour des comptes dans le cadre des missions de certification comptable et d'information du Parlement que celle-ci exerce en matière de sécurité sociale, il est proposé de compléter l'article L. 141-3 par deux alinéas :

- le premier permet la levée du secret professionnel des commissaires aux comptes des organismes et régimes de sécurité sociale à l'égard des membres et personnels de la Cour des comptes ;

- le second permet, en sens inverse, une levée du secret des investigations conduites par les membres et personnels de la Cour des comptes à l'égard des commissaires aux comptes, pour ce qui concerne les activités gérées en tout ou partie par des organismes du régime général de sécurité sociale.

Ces transferts d'informations ont principalement pour objet d'éviter des travaux de contrôle redondants.

Les modalités de ces transferts d'informations feront l'objet d'un décret en Conseil d'Etat qui prévoira plus précisément leur nature, leur forme et leur calendrier.

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

Article 33

**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 2011.

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 sont habilités par cet article à recourir en 2011 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 2009 et 2010.

Plafonds d'avance de trésorerie pour 2008, 2009 et 2010

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011
Régime général	29 000	65 000	20 000
Régime des exploitants agricoles - CCMSA	3 200	3 500	4 500
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)		350	400
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)	100	90	90
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	700	750	800
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	600	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	2 100	1 700	1 650

1°) Le régime général

Pour le régime général, le plafond des ressources non permanentes proposé pour 2011 s'élève à **20 milliards d'euros**, soit un montant sensiblement inférieur à celui demandé pour 2010 qui avait atteint le niveau historique de 65 milliards. Cette baisse est la conséquence de la reprise des déficits cumulés du régime général et du FSV pour 2009 et 2010 ainsi que des branches maladie et famille pour 2011, telle que prévue à l'article 9 ci-dessus, dans la limite de 68 milliards d'euros.

A titre dérogatoire cependant le plafond d'emprunt pourra rester fixé à **58 milliards d'euros jusqu'au 31 mai 2011** pour tenir compte des volumes et du rythme des transferts à la Cades.

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
2011	20 (58 jusqu'au 31 mai)

Pour faire face à ses besoins de trésorerie en 2011, l'Acoss aura recours, comme en 2010, aux avances de la Caisse des dépôts et consignations, aux instruments de marché - billets de trésorerie et *euro commercial papers* - ainsi qu'à la mutualisation des trésoreries de la sphère sociale.

Une nouvelle convention, pour la période 2011-2014 est en cours d'élaboration avec la Caisse des dépôts dont les concours représentaient, à fin juillet 2010, environ 72 % du volume total de financement de l'Acoss, au lieu de 69 % en 2009.

Le programme d'émission de billets de trésorerie a connu une forte montée en charge avec un encours journalier moyen de 7,6 milliards d'euros depuis le 1^{er} janvier 2010 et un encours maximum de 15 milliards au mois d'août.

L'Acoss a par ailleurs, comme prévu, ouvert un programme d'*euro commercial papers* avec l'assistance de l'Agence France Trésor ; au 30 septembre, l'encours d'ECP était de 4,7 milliards d'euros.

Enfin, plusieurs acteurs de la sphère sociale qui enregistrent des excédents de trésorerie (CNSA, régimes complémentaires du RSI, Haute Autorité de santé, etc.) ont participé au financement de l'Acoss par l'achat de bons de trésorerie ou par le dépôt de moyens contre rémunération. Depuis le 1^{er} janvier, ce mode de financement représente 9 % du volume total des besoins de l'Acoss, au lieu de 4 % en 2009.

Pour 2011, 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 - 18,8 milliards, **avec un point haut le 6 octobre à - 1,6 milliard et un point bas le 11 juillet à - 14,9 milliards d'euros.**

Au regard de ces éléments, le plafond d'avances fixé par le présent article, soit 20 milliards d'euros, paraît élevé puisqu'il retient une **marge de 1,2 milliard**. Mais sa prévision reste soumise à de nombreux aléas, notamment sur le calendrier précis des encaissements et des tirages et des échanges avec ses partenaires.

2°) Le régime des exploitants agricoles - CCMSA

Le Ffipsa ayant été supprimé le 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.

Compte tenu des hypothèses actuelles, le solde moyen du régime en 2010 devrait s'élever à - 1,6 milliard, un point bas apparaissant le 11 novembre avec - 2,9 milliards.

Le montant du plafond, fixé à 3,5 milliards pour 2010, a donc laissé une grande marge.

Pour 2011, compte tenu des hypothèses du projet de loi de financement, le solde moyen du régime atteindrait - 2,7 milliards avec **un point bas** le 9 novembre à **- 4 milliards d'euros**, le solde de trésorerie s'élevant à - 2,6 milliards le 31 décembre.

Au regard de ces éléments, le montant du plafond d'emprunt proposé pour la CCMSA en 2011 est de **4,5 milliards d'euros**, ce qui laisse une marge d'environ 500 millions.

Ces emprunts interviennent dans le cadre d'une convention financière signée le 4 janvier 2010 par la CCMSA avec un syndicat bancaire mené par le groupe Crédit agricole. Cette convention prévoit un financement en deux tranches : une tranche A de tirages prédéfinis pour 2,8 milliards au taux Euribor 3 mois + 15 points de base et une tranche B de découvert d'un montant maximal de 400 millions au taux Eonia + 50 points de base.

3°) Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

En 2010, la situation financière de la CNRACL reste positive tout en se dégradant du fait de la hausse toujours rapide des dépenses de prestations (+ 5 % en moyenne pour 2010 comme pour 2011).

Le point bas de la trésorerie en 2010 devrait être atteint le 27 décembre avec + 47 millions d'euros et le point haut le 25 mars avec + 1,4 milliard d'euros.

Compte tenu de ces éléments, la CNRACL ne devrait pas avoir recours au plafond d'emprunt voté pour 2010.

Pour 2011, au vu des hypothèses du projet de loi de financement, le solde moyen de trésorerie atteindrait 621 millions, avec un point bas négatif à 313 millions le 23 décembre. Pour laisser une marge à la CNRACL d'environ 100 millions, il est proposé de fixer **un plafond d'emprunt de 400 millions**. C'est auprès de la Caisse des dépôts et consignations que la CNRACL dispose d'un découvert de trésorerie.

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 2011, comme en 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 2011, le profil de trésorerie devrait rester positif, comme les années précédentes. Le point bas devrait être atteint en décembre, à + 44 millions, et le point haut fin janvier à + 773 millions.

5°) La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

Pour 2011, il est proposé d'autoriser la CANSSM à contracter des emprunts dans la limite de **800 millions d'euros**, au lieu de 750 millions en 2010 et 700 millions en 2009.

Le point bas de la trésorerie devrait se situer aux environs de - 706 millions en décembre.

Les conditions de l'exercice 2011 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 du régime minier.

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 puis à 600 millions en 2009 et 2010. Pour 2011, 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, le premier jour de chaque trimestre, et le rythme des transferts en provenance de la Cnav. Le point bas actuellement envisagé pour la trésorerie de la caisse en 2011 est de - 503 millions au début d'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.

En 2010, la caisse n'a pas eu recours à l'emprunt.

Pour 2011, le point bas de trésorerie se situerait aux alentours de 0,3 million le 15 mars et le solde moyen de trésorerie à + 15 millions.

Afin néanmoins de permettre à la CRP RATP de faire face à ses obligations, il est proposé de **reconduire pour 2011 le plafond d'emprunt de 50 millions d'euros** voté pour 2010.

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) a 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 2011 est fixé à **1,65 milliard d'euros**. Ce plafond est toutefois légèrement moindre que celui voté pour 2010, soit 1,7 milliard. Le point bas apparaîtrait en effet le 31 décembre 2011 à - 1,5 milliard, le solde moyen de trésorerie du régime pour l'année étant estimé à - 389 millions. La marge envisagée est donc de 150 millions.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission est satisfaite de constater qu'après la fixation d'un plafond d'emprunt à un niveau historiquement élevé en 2010, soit 65 milliards d'euros, on revienne en 2011 à un montant sensiblement plus bas et surtout moins porteur de risques de 20 milliards.

Celui-ci correspondra aux besoins de trésorerie à caractère infra-annuel de l'Acoss, ce qui est précisément sa vocation, comme le rappelle régulièrement la Cour des comptes.

En outre, l'article 9 du présent projet organise déjà la reprise des déficits de 2011, ce qui est de bonne gestion.

Cela étant, les niveaux de déficits prévus pour les années suivantes se maintiennent à des niveaux très élevés, la question de leur prise en charge restera posée plusieurs années. Il convient d'en avoir conscience car si l'Acoss

a pu bénéficier en 2009 et 2010 de conditions de refinancement exceptionnelles avec des taux d'intérêt particulièrement bas, il pourrait ne plus en être ainsi à l'avenir.

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

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 34

(art. L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale)

Renforcement du rôle du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

Objet : Cet article vise à renforcer le rôle du comité d'alerte en ce qui concerne le suivi infra-annuel de l'Ondam et l'évaluation des hypothèses sous-jacentes servant à sa construction.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale crée le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie et fixe ses compétences. Ce comité rend notamment un avis, au plus tard le 1^{er} juin et en tant que de besoin, sur le respect de l'Ondam pour l'exercice en cours. En outre, lorsqu'il estime qu'il existe un risque sérieux de dépassement supérieur à un seuil fixé par décret - 0,75 % aujourd'hui -, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Ces dernières proposent des mesures de redressement dans un délai d'un mois et le comité rend un avis à ce sujet, ainsi que sur les éventuelles mesures proposées par le Gouvernement.

Le présent article a pour objet de compléter les compétences du comité d'alerte sur deux points :

- son 1^o lui permet de rendre un avis, au plus tard le 15 avril, sur la réalisation de l'Ondam de l'exercice écoulé et sur les conséquences qu'il en déduit sur le respect de l'objectif de l'année en cours ;

- son 2° lui demande d'examiner les éléments ayant permis l'élaboration de l'Ondam de l'année à venir et, s'il estime que cet objectif ne peut manifestement pas être respecté, de rendre un avis relatif à ses réserves, au plus tard le 15 octobre.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En ce qui concerne l'avis rendu au plus tard le 15 avril, l'Assemblée nationale a précisé qu'il doit être public.

En ce qui concerne celui que le comité rend éventuellement, au plus tard le 15 octobre, sur les éléments ayant permis l'élaboration de l'Ondam, elle a prévu que le comité « *contrôle* » ces éléments, plutôt qu'il ne les examine, et que cet avis est rendu public et transmis au Parlement.

III - La position de la commission

Dans le droit chemin des conclusions du rapport du groupe de travail présidé par Raoul Briet, votre commission estime souhaitable de renforcer la procédure d'alerte. Elle approuve donc la philosophie des deux modifications proposées par cet article, qui permettront d'améliorer le suivi infra-annuel de l'Ondam et de mieux étayer les hypothèses conduisant à sa fixation pour l'année à venir.

Elle croit néanmoins nécessaire d'**aller encore plus loin**. Elle a donc adopté **trois amendements** pour :

- rendre systématique l'avis que le comité rend, au plus tard le 15 octobre, sur les éléments ayant permis l'élaboration de l'Ondam pour l'année à venir ;

- fixer dans la loi le seuil de déclenchement de l'alerte dès un dérapage de 0,5 % des dépenses, principe approuvé par le Président de la République lors de la deuxième conférence sur le déficit de mai dernier. Inscrire ce chiffre dans la loi, plutôt que dans un décret, contribuera à renforcer la solennité de la procédure ; en outre, il ne semble pas utile, comme l'envisage par ailleurs le Gouvernement, de procéder de manière progressive à cet abaissement ;

- inscrire dans la loi l'obligation de proposer des mesures de redressement dont l'impact financier est égal au dépassement estimé.

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

Article additionnel après l'article 34
(art. L. 161-14-1-1 du code de la sécurité sociale)
**Entrée en vigueur des mesures conventionnelles
prévoyant des revalorisation tarifaires**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de fixer à six mois à compter de la date de conclusion des conventions, accords ou avenants, et non de la date de leur approbation, le délai d'entrée en vigueur des revalorisations tarifaires conventionnelles.

Afin de prévenir toute contradiction entre le résultat des négociations conventionnelles et les objectifs en matière d'évolution ou de maîtrise des dépenses, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹ a fixé un délai de six mois, à compter de leur approbation dans les conditions prévues à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, avant l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation tarifaire.

Tout raccourcissement important de ce délai risquant d'être interprété comme une aggravation de charges pour les finances sociales, le présent article additionnel se limite à le raccourcir de la durée de l'approbation - moins d'un mois - en prévoyant qu'il courra à compter de la conclusion de la convention ou de l'avenant comportant une ou des mesures de revalorisation.

Il permet ainsi de fixer un délai « certain » entre la conclusion d'une convention ou d'un avenant et l'entrée en vigueur de la mesure de revalorisation qu'elle prévoit.

Tel est l'objet de l'article additionnel que votre commission vous demande d'adopter.

Article 34 bis
**Information du Parlement sur le bilan financier des conventions
conclues par les professionnels de santé avec l'assurance-maladie**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose que la commission des comptes de la sécurité sociale dresse un bilan d'évaluation du respect des engagements financiers conventionnels.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté avec un avis favorable du Gouvernement et de la commission, propose, compte tenu de l'impact sur les dépenses de l'assurance-maladie des engagements conventionnels, que les rapports de la

¹ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 (art. 36-I).

commission des comptes de la sécurité sociale incluent un bilan d'évaluation du respect des engagements financiers contenus dans les conventions conclues entre l'assurance-maladie et les professions de santé.

II - La position de la commission

Comme l'a souligné le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, cet article pourrait permettre de mieux informer le Parlement sur le réalisme de la construction de l'Ondam, et le bilan dont il propose la réalisation n'est pas redondant avec les rapports existants.

Il pourrait en effet être très intéressant que le rapport établi chaque année en septembre par la commission des comptes de la sécurité sociale contienne, par exemple sous la forme d'un « éclairage maladie » un peu plus développé qu'il n'est de coutume, un bilan financier des engagements contenus dans les conventions des professions de santé. Ces bilans pourraient également être répartis entre les rapports de juin et de septembre.

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

Article 35

(art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)

Révision dans les cinq ans d'un acte nouvellement inscrit à la classification commune des actes médicaux

Objet : Cet article vise à ce qu'un acte nouvellement inscrit à la classification commune des actes médicaux (CCAM) soit réexaminé dans les cinq ans qui suivent cette première inscription.

I - Le dispositif proposé

Selon l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie d'un acte ou d'une prestation est subordonné à son inscription sur une liste.

L'élaboration d'une nouvelle nomenclature des actes techniques médicaux et dentaires a été lancée en 1996 ; un protocole d'accord a été signé entre les partenaires conventionnels en 2005. Depuis lors, la classification commune des actes médicaux (CCAM) est la liste des actes médicaux techniques qui permet la description et le codage de l'activité médicale ; elle est commune aux secteurs public et privé. Elle sert de base à la facturation des actes techniques par les professionnels de santé.

Les conditions d'inscription sur la liste, l'inscription elle-même et la radiation sont décidées par l'Uncam, après avis de la HAS et de l'Unocam.

La CCAM regroupe plusieurs milliers d'actes, classés en dix-huit chapitres thématiques : système nerveux central, périphérique et autonome ; œil ; oreille ; appareil circulatoire ; système immunitaire et système hématopoïétique ; appareil respiratoire ; appareil digestif ; appareil urinaire et génital ; actes concernant la procréation, la grossesse et le nouveau-né ; glandes endocrines et métabolisme ; appareil ostéoarticulaire et musculaire de la tête ; appareil ostéoarticulaire et musculaire du cou et du tronc ; appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur ; appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur ; appareil ostéoarticulaire et musculaire sans précision topographique ; système tégumentaire et glande mammaire ; actes sans précision topographique ; anesthésies et gestes complémentaires.

Cet article prévoit que tout acte fait l'objet d'un réexamen dans les cinq ans qui suivent sa première inscription sur la liste.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté une précision rédactionnelle utile en élargissant le champ de la mesure, qui visera non seulement les actes nouvellement inscrits à la CCAM mais aussi les prestations.

III - La position de la commission

Votre commission est tout à fait favorable à cette mesure, qui permettra d'actualiser régulièrement le niveau des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, ce qui est nécessaire au regard de l'évolution des techniques et des modes de prise en charge.

Elle souligne, d'une part, que cette mesure ne modifie en rien la procédure d'inscription, de modification ou de radiation des actes ou prestations sur la liste, d'autre part, qu'il ne s'agit pas de réviser l'ensemble des actes et prestations tous les cinq ans, mais uniquement de prévoir une révision d'un acte ou d'une prestation nouvellement inscrit dans les cinq ans qui suivent.

Elle vous demande en conséquence d'adopter cet article sans modification.

*Article additionnel après l'article 35
(art. L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale)*

**Date d'entrée en vigueur d'ameli-direct, système d'information
sur les honoraires pratiqués**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de fixer au 1^{er} juillet 2011 l'entrée en vigueur de l'obligation pour les caisses d'assurance maladie de fournir des informations sur les tarifs d'honoraires pratiqués.

L'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale prévoit que les caisses d'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue de faciliter l'accès aux soins.

Il précise notamment qu'elles fournissent tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins. Dans ce but, la Cnam a développé une base de données et un site internet dénommés *ameli-direct*. Il convient cependant de fixer la date d'entrée en vigueur de ce droit à l'information afin qu'il devienne effectif.

Votre commission a retenu la date du 1^{er} juillet 2011 **et vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.**

Article 36

(art. L. 165-3 du code de la sécurité sociale)

**Accords-cadres conclus entre le comité économique des produits
de santé et les représentants des fabricants
et distributeurs de dispositifs médicaux**

Objet : Cet article donne une base législative à la conclusion, entre le comité économique des produits de santé (Ceps) et les syndicats de producteurs et distributeurs des dispositifs médicaux, d'accords-cadres symétriques de celui conclu avec les entreprises du médicament.

I - Le dispositif proposé

Les dispositifs médicaux remboursables - c'est-à-dire ceux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - constituent un poste de dépenses important, et qui a connu dans les dernières années une croissance rapide, pour l'assurance maladie. Le rapport sur les comptes de la sécurité sociale de

septembre 2010 estimait que les dépenses de dispositifs médicaux devraient croître à un rythme de l'ordre de 9 % en 2010.

Ils représentaient, en 2009, un montant de remboursements de près de 5,75 milliards d'euros (5,22 milliards en 2007 et 5,6 milliards en 2008), sommes auxquelles s'ajoutent les dépenses de dispositifs médicaux implantables (DMI) utilisés par les établissements publics de santé (715 millions en 2009, en hausse de 12,4 %¹).

Comme le souligne le rapport d'activité 2009 du Ceps : « *A la différence des médicaments, pour lesquels sont disponibles, presque sans délai, des statistiques de ventes homogènes, détaillées, exhaustives et fiables, les ventes de dispositifs médicaux sont dans la plupart des cas mal connues* ».

Et si des progrès ont été réalisés grâce au codage et aux statistiques de remboursement de l'assurance maladie, « *les informations directes sur les ventes sont beaucoup plus difficiles à rassembler* ».

En outre, la très grande diversité de ce secteur et des acteurs qui y interviennent, la variété des circuits de distribution et des pratiques nationales rendent malaisées les comparaisons internationales.

Après leur évaluation par une commission spécialisée de la HAS, la CNEDiMTS² (commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé), il revient au Ceps de fixer, avec les fabricants, un tarif de remboursement ou un prix limite de vente (PLV). Le remboursement par l'assurance maladie est ensuite décidé par le ministre chargé de la santé. Les dispositifs médicaux utilisés dans les établissements de santé sont, quant à eux, financés par le biais de leur inclusion dans les prestations hospitalières.

• Cet article a pour objet **de permettre au Ceps de conclure, avec les entreprises du secteur, des accords-cadres** symétriques de celui conclu avec l'industrie du médicament³, afin d'organiser des échanges d'informations sur la consommation de ces produits, de définir un cadre conventionnel pluriannuel pour la fixation de leur prix, etc. Il permettra aussi au comité d'infliger des **pénalités financières aux entreprises qui manqueraient à certains de leurs engagements**.

La mesure proposée tend à compléter **l'article L. 165-3** du code de la sécurité sociale, qui prévoit **les modalités de fixation des prix des dispositifs médicaux**, par convention entre le Ceps et les fabricants ou importateurs de ces produits, ou à défaut de convention, par le comité, par un **paragraphe II (nouveau)** précisant **le contenu de l'accord-cadre et les pénalités pouvant sanctionner certaines de ses stipulations**. Ces dispositions nouvelles

¹ Chiffres extraits du rapport d'activité 2009 du comité économique des produits de santé (juillet 2010).

² Créée en septembre 2009 et qui a remplacé l'ancienne commission de l'évaluation des produits et prestations (Cepp).

³ L'accord actuellement en vigueur est l'accord-cadre du 25 septembre 2008 conclu entre le Ceps et les entreprises du médicament (Leem).

s'inspirent étroitement de celles - auxquelles du reste elles font référence - de l'article L. 162-17-4 du même code relatives à l'accord-cadre avec les entreprises du médicament.

Ce paragraphe nouveau comporterait **huit alinéas**.

* **Le premier alinéa** dispose que l'accord aura vocation à « *préciser le cadre des conventions mentionnées au I* », c'est-à-dire à celles prévues par l'actuel article L. 165-3, qui peuvent être de deux sortes :

- soit, pour les produits inscrits dans la liste des produits et prestations remboursables de l'article L. 165-1 « *sous forme de marque ou de nom commercial* » - inscription réservée aux produits ou prestations à caractère innovant -, une convention avec le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concernée ;

- soit, pour les produits inscrits sur la LPPR « *sous description générique* » - inscription qui fixe un tarif unique pour un ensemble de produits similaires répondant à un cahier des charges spécifique -, une convention passée avec un ou plusieurs des fabricants ou distributeurs des produits répondant à cette description, ou une organisation les regroupant.

L'accord-cadre devra être conclu avec « *un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants et distributeurs* » des produits et prestations concernés.

* **Les trois alinéas suivants** précisent, de manière non limitative - car l'accord pourra en fait avoir le même champ que l'accord-cadre passé avec les laboratoires pharmaceutiques -, les points sur lesquels devra porter, au minimum, l'accord-cadre :

- le **troisième alinéa (1°)** mentionne les modalités d'échanges d'informations « *en matière de suivi et de contrôle des dépenses* » : il s'agit d'améliorer la production et la communication des statistiques de ventes et cette disposition devrait permettre au Ceps d'accéder aux informations directes sur les ventes qui sont, en l'état, « *difficiles à rassembler* »¹ ;

- le **quatrième alinéa (2°)** porte sur les conditions de mise en œuvre des études « *post-inscription* » qui permettent, comme les études post-inscription des médicaments, dites aussi « *post-AMM* », le suivi de l'utilisation des produits.

* Enfin, les **quatre derniers alinéas** sont relatifs au régime des sanctions encourues par les fabricants ou distributeurs qui ne respecteraient pas les engagements conventionnels relatifs aux études de suivi mentionnées au 2°.

¹ Rapport précité du Ceps.

Ce régime de pénalités reprend les dispositions de l'article L. 162-17-14 relatives aux pénalités sanctionnant le non-respect des clauses de l'accord-cadre avec l'industrie du médicament, relatives aux conditions et modalités de mise en œuvre des études « post-AMM ». Il prévoit :

- que des pénalités financières pourront être prononcées, dans le respect, naturellement, des droits de la défense ;

- que ces pénalités, dont le montant devra être fonction de l'importance du manquement constaté, ne pourront excéder 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au titre des produits faisant l'objet de l'engagement, pendant les douze mois précédant la constatation du manquement.

Les pénalités seront recouvrées - là encore comme celles frappant les producteurs de produits pharmaceutiques - par les Urssaf désignées par l'Acoss, au profit des régimes d'assurance maladie.

Les modalités d'application de ces pénalités (règles, délais de procédure et mode de calcul des pénalités) sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

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

Article 36 bis

*(art. L. 632-6 du code de l'éducation
et art. L. 136-5 du code de la sécurité sociale)*

**Dégressivité de l'indemnité de remboursement de l'allocation reçue
au titre du contrat d'engagement de service public**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise principalement à rendre dégressive l'indemnité de remboursement due par les médecins ou les étudiants en médecine lorsqu'ils veulent se dégager de l'obligation d'exercice inscrite dans leur contrat d'engagement de service public.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 46 de la loi HPST¹ a créé une allocation en faveur des étudiants de médecine qui s'engagent, par contrat, à exercer la médecine en zone « sous-dense ».

Les médecins ayant signé un tel contrat d'engagement de service public peuvent se dégager de cette obligation d'exercice dans des lieux déterminés, sous réserve de payer une indemnité égale aux sommes perçues durant le contrat et à une fraction des frais d'études.

Le 1° du **paragraphe I** de cet article propose d'y apporter deux modifications :

- il élargit les possibilités de se dégager de l'obligation aux personnes qui sont encore étudiantes ;

- il prévoit que l'indemnité due sera « *dégressive* ».

Le 2° précise que le recouvrement de cette indemnité sera assuré, pour les médecins, par la CPAM et, pour les étudiants, par le centre national de gestion.

Le **paragraphe II** apporte une précision relative aux modalités de recouvrement de la CSG sur l'allocation versée aux étudiants ayant signé un tel contrat d'engagement de service public ; elle sera précomptée par le centre national de gestion et recouvrée et contrôlée selon les règles habituellement applicables aux cotisations sociales.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

II - La position de la commission

Cet article apporte deux modifications de fond au dispositif adopté voici seulement un an et demi et qui avait suscité un long débat, à l'Assemblée nationale comme au Sénat, avec le Gouvernement :

- il permet aux étudiants de se dégager par anticipation de leur future obligation ;

- il rend dégressif le montant de l'indemnité, sans aucune précision sur les conditions de cette dégressivité. Pour mémoire, l'Assemblée nationale, en introduisant cette mesure en première lecture lors des débats sur la loi HPST, avait fixé l'indemnité au double des montants perçus durant le contrat et le Sénat avait opté pour un remboursement égal à ces montants. La commission mixte paritaire avait confirmé cette seconde solution, tout en y ajoutant une fraction des frais d'études.

Un arrêté du 27 juillet 2010, modifié le 15 septembre, fixe à deux cents le nombre d'étudiants pouvant signer un contrat d'engagement de service public au titre de l'année universitaire 2010-2011 et également à deux cents le nombre d'internes éligibles.

L'élargissement de la possibilité de rompre le contrat aux personnes encore étudiantes, quoique surprenant, ne semble pas préjudiciable au bon fonctionnement du dispositif. Votre commission a cependant estimé que la dégressivité prévue dans cet article est peu explicite dans ses modalités de fonctionnement et a donc adopté **un amendement** pour la supprimer, dans l'attente de précisions du Gouvernement en séance publique.

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

Article 36 ter

(art. L. 1434-7 du code de la sécurité sociale)

Développement des alternatives à l'hospitalisation

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à ce que le schéma régional d'organisation des soins (Sros) favorise le développement des alternatives à l'hospitalisation.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, introduit à l'initiative du Gouvernement, complète l'article L. 1434-7 du code de la sécurité sociale qui définit les schémas régionaux d'organisation des soins pour préciser qu'ils doivent aussi favoriser le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation.

Issus de la loi HPST, les Sros participent du projet régional de santé et ont pour mission de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins.

II - La position de la commission

Cette proposition est tout à fait cohérente avec la volonté affichée depuis plusieurs années par votre commission de renforcer les alternatives à l'hospitalisation.

Elle vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 36 quater

(art. L. 1434-7 du code de la sécurité sociale)

Développement des activités de dialyse à domicile

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à ce que le schéma régional d'organisation des soins (Sros) organise le développement des activités de dialyse à domicile.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Comme le précédent, cet article, voté à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, complète l'article L. 1434-7 du code de la sécurité sociale qui définit les schémas régionaux d'organisation des soins pour prévoir qu'ils organisent le développement des activités de dialyse à domicile.

On l'a vu, créés par la loi HPST, les Sros participent du projet régional de santé et ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins.

II - La position de la commission

Comme pour les alternatives à l'hospitalisation, le développement des dialyses à domicile est une solution positive, à la fois en termes de confort pour les patients, notamment les plus âgés, et en termes d'économies pour le système de santé.

Cette prise en compte dans les Sros doit donc être soutenue, d'autant qu'on constate des disparités très importantes entre les traitements suivis selon les régions. A cet égard, il sera également judicieux de mieux diffuser les référentiels et guides de bonne pratique de la HAS.

Votre commission est favorable depuis de nombreuses années à ces nouvelles modalités de prise en charge qui participent de l'approche médico-économique qu'elle promeut.

Tout en soulignant que le développement des dialyses à domicile passera également par une mise à jour des tarifs, **vo**tre commission vous **demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 36 quinquies
(art. L. 5125-15 du code de la santé publique)
Regroupements de pharmacies d'officine

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à assouplir les conditions d'ouverture d'une pharmacie dans les communes où a eu lieu le regroupement d'autres officines, ainsi que dans les communes qui lui sont limitrophes.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a réformé substantiellement les règles en matière de création d'officines de pharmacie : il les a rendues plus contraignantes, tout en favorisant les possibilités de transferts et de regroupements.

Ainsi, l'article L. 5125-15 du code de la santé publique prévoit :

- dans son premier alinéa, que plusieurs officines peuvent être regroupées en un lieu unique, à la demande de leurs titulaires ;

- dans son quatrième alinéa, que les licences libérées à la suite d'un regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes sont prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement pour le calcul des quotas d'ouverture d'autres officines.

Le rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à l'origine de cet article, estime que ce dispositif est trop restrictif car il aboutit à ce que « *une licence plus une licence égale trois licences* ».

Sur sa proposition, l'Assemblée nationale a modifié le premier alinéa de l'article L. 5125-15 pour préciser que le nombre de licences prises en compte en cas de regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes est égal au nombre d'officines regroupées.

II - La position de la commission

Si votre commission comprend le souhait de l'Assemblée nationale de ne pas restreindre à l'excès le nombre de licences prises en compte en vue de l'ouverture d'une nouvelle pharmacie lorsque d'autres se sont regroupées, elle s'interroge sur la formulation choisie, notamment sur l'articulation entre le premier et le quatrième alinéa de l'article L. 5125-15.

En outre, cette nouvelle rédaction du premier alinéa supprime la phrase de principe : « *plusieurs officines peuvent, dans les conditions fixées à l'article L. 5125-3, être regroupées en un lieu unique, à la demande de leurs titulaires* ». Or, le renvoi à l'article L. 5125-3 n'est pas anodin, puisqu'il définit les conditions de création, de transfert ou de regroupement d'officines : répondre aux besoins de la population, ne pas compromettre l'approvisionnement en médicaments ou encore garantir un accès permanent du public. Il semblerait donc plus judicieux de conserver cette rédaction de base en la complétant par l'ajout voté par l'Assemblée nationale ; tel est l'objet de **l'amendement** adopté par votre commission.

Se réservant la possibilité d'obtenir du Gouvernement quelques précisions sur la portée exacte de cet article, **votre commission vous demande de l'adopter ainsi modifié.**

Article 36 sexies
(art. L. 138-9 du code de la sécurité sociale)
Substitution des « quasi-génériques »

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de favoriser la prescription des « quasi-génériques ».

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Les spécialités génériques visées à cet article sont celles dont l'inscription au répertoire des génériques a été autorisée par l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009¹.

Il s'agit de « *spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence à condition que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité* » (article L. 5121-1 du code de la santé publique).

¹ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

Au motif que la consommation de ces produits pourrait permettre, au moins dans certains cas, à l'assurance maladie de réaliser une économie substantielle, cet article propose de les faire bénéficier du plafonnement incitatif des remises et autres avantages commerciaux consentis par les fournisseurs aux pharmaciens (17 % du prix fabricant hors taxes), en application de la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale.

II - La position de la commission

Votre commission n'avait pas été favorable, lors de l'examen du PLFSS pour 2009, à l'inscription des « quasi-génériques » au répertoire des génériques, jugeant que cet assouplissement de l'encadrement juridique des génériques constituait un risque pour la santé des patients.

Elle estime en outre, au moment où la progression de la pénétration des génériques a tendance à « marquer le pas » et reste encore loin, pour certaines catégories de médicaments, des niveaux atteints dans certains pays voisins¹, qu'il n'est pas souhaitable de prendre une telle mesure qui, même si elle peut être efficace pour certains produits, risque de susciter un sentiment de défiance injustifiée à l'égard des génériques.

Pour ces raisons, **elle vous demande de supprimer cet article.**

Article 36 septies

(art. L. 161-38 et L. 162-5 du code de la sécurité sociale)

Intégration des recommandations et avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé dans les logiciels d'aide à la prescription certifiés

Objet : Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, tend à favoriser la diffusion et le suivi des avis et recommandations médico-économiques de la Haute Autorité de santé (HAS) et à inciter les médecins à prescrire dans le répertoire des génériques.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

• Le **paragraphe I** de cet article tend à modifier la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale, qui charge la HAS d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription (Lap) respectant un ensemble de règles de bonne pratique.

¹ En Allemagne, 93 % des prescriptions de statines étaient réalisées, en 2009, dans le répertoire des génériques, contre 44 % en France (Annexe 1 au projet de loi de financement).

Dans sa rédaction actuelle, modifiée par la loi du 26 février 2007¹ portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament et par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008², cet alinéa précise déjà certains critères de certification des Lap :

- la HAS doit veiller à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale des molécules (DCI), ce qui permet au médecin de prescrire des molécules ou un principe actif, et non un médicament dont le nom commercial peut varier selon le pays. Cette pratique, outre son intérêt pour la promotion des génériques lorsque la molécule est génériquée, permet aussi de diminuer les risques de surdosage ou d'allergie ;

- les logiciels doivent permettre d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de celle-ci.

Il est proposé d'y ajouter deux critères supplémentaires, et fort utiles, en prévoyant :

- au 1^o, que les logiciels devront intégrer les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la HAS ;

- au 2^o, que les prescriptions devront indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques, ce qui, comme l'a souligné la ministre de la santé, pourra inciter les médecins à prescrire dans le répertoire des génériques.

• Le **paragraphe II** de l'article tend à compléter l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, relatif au contenu des conventions nationales conclues entre l'assurance maladie et les praticiens, par un alinéa nouveau (21^o) disposant que, « *le cas échéant* », ces conventions peuvent prévoir le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'acquisition ou à l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié.

II - La position de la commission

Votre commission se félicite de l'apport de cet article à la définition des logiciels d'aide à la prescription certifiés. Outre la nouvelle impulsion qu'ils pourront donner à la prescription de génériques, pour laquelle subsistent des marges de progrès, il semble en effet particulièrement judicieux d'utiliser les Lap comme moyen de diffusion des recommandations et avis médico-économiques de la HAS.

Il ne lui semble, en revanche, pas indispensable de mentionner expressément, à la fin de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, que les conventions entre l'assurance maladie et les praticiens pourront prévoir d'accorder des aides à l'utilisation et l'acquisition de logiciels certifiés.

¹ Loi n° 2007-248.

² Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

Deux raisons motivent sa réserve :

- en premier lieu, il ne paraît pas souhaitable d'allonger encore l'énumération figurant à cet article, d'autant moins que cette énumération n'est pas limitative ;

- en second lieu, l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale a créé, au sein de la Cnam, un fonds des actions conventionnelles dont une des finalités est de « *participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice de médecins dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie* ».

Ce fonds semble donc avoir naturellement vocation à financer les aides que les partenaires conventionnels trouveront sans doute utile de mettre en place pour favoriser l'utilisation des logiciels certifiés par la HAS.

En conséquence, votre commission a adopté un **amendement** de suppression du paragraphe II de cet article **qu'elle vous demande d'adopter ainsi modifié.**

Article 36 octies

(art. L. 165-10 (nouveau) du code de la sécurité sociale)

**Extension à la délivrance des dispositifs médicaux
de l'encadrement applicable aux médicaments**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à prévoir un dispositif d'encadrement de la délivrance de dispositifs médicaux inspiré de celui applicable aux spécialités pharmaceutiques.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article tend à insérer dans le code de la sécurité sociale un article **L. 165-10 (nouveau)** relatif aux conditions de délivrance des dispositifs médicaux inscrits sur la « liste des produits et prestations remboursables » (LPPR) prévue par l'article L. 165-1 du même code. Cet article nouveau comporterait trois alinéas :

• le **premier alinéa** dispose que la prise en charge des produits et prestations inscrites sur la LPPR peut être subordonnée à des conditions :

- de validité de la prescription ;

- de modalités de délivrance des produits et d'exécution des prestations.

• le **deuxième alinéa** précise que ces conditions sont définies « *dans le souci de la plus grande économie compatible avec la prescription médicale* » et « *peuvent notamment concerner la durée de validité de la prescription et le type de conditionnement délivrés* » : ces dispositions, qui ne

sont pas d'une grande précision, ne sont pas sans évoquer celles de l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale, qui imposent aux médecins d'observer « *la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* », ou celles de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, relatives aux conditions de la substitution par le pharmacien d'une spécialité générique à une spécialité pharmaceutique prescrite, et imposant à ce dernier de délivrer, pour les traitements de plus de trois mois, un « *grand conditionnement* » si celui-ci est disponible.

• le **troisième alinéa** renvoie à un décret en Conseil d'Etat la fixation des modalités d'application de l'article.

II - La position de la commission

La portée de cet article est quelque peu incertaine et l'on peut se demander - c'est du moins ce que donne à penser l'exposé des motifs de l'amendement - s'il ne vise pas à autoriser les pharmaciens d'officine à exercer un « droit de substitution » d'un dispositif médical à un autre ou à choisir le conditionnement le plus économique. Il est en effet indiqué que « *l'objet de cette mesure est donc d'obliger les personnes qui délivrent des dispositifs médicaux, à dispenser systématiquement le conditionnement correspondant à la prescription mais qui est également le plus économique pour l'assurance maladie* ».

On peut certes partager cette préoccupation. Mais elle se heurte à deux difficultés, que le dispositif proposé ne résout pas.

- **La première** est qu'il n'existe pas, dans le domaine des produits et prestations médicaux, de législation analogue à celle permettant la substitution d'un produit générique à une spécialité¹.

En l'absence d'une telle législation - dont il faut rappeler qu'elle correspond à une exception au droit de marque - le pharmacien n'a pas le droit de substituer un produit à un autre, sauf avec l'accord exprès du prescripteur ou en cas d'urgence - ou sauf, naturellement, si la prescription ne comporte aucune indication particulière et porte sur la délivrance « *d'une boîte de compresses* », pour reprendre l'exemple donné par les auteurs de l'amendement.

Dans tous les autres cas, la substitution est interdite et un pharmacien qui avait délivré un pansement d'une marque autre que celle prescrite a pu être condamné « *sur le double chef d'atteinte au droit des marques et de manquement aux obligations du code de la santé publique* »².

¹ Cf. « *De la substitution en général et des dispositifs médicaux en particulier* » par Jean-Christophe Galloux, professeur à l'université Panthéon Assas, *Nouvelles pharmaceutiques* n° 386, avril 2005.

² Article précité.

On peut donc sérieusement douter que le libellé de cet article suffise à écarter ce risque juridique.

- **La seconde** est que la très grande diversité des dispositifs et prestations médicaux rend également difficile de cerner le champ d'application de ces dispositions.

L'ensemble de ces éléments nécessite de porter une particulière attention à la rédaction de cet article qui pourrait concerner diverses professions.

Faute de pouvoir, sans plus ample réflexion, apprécier sa solidité juridique, **votre commission vous demande de supprimer cet article.**

Article 36 nonies

*(art. 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007
de financement de la sécurité sociale pour 2008)*

Date de remise au Parlement du rapport sur les franchises médicales

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à préciser le délai de remise du rapport annuel au Parlement sur l'application des franchises sur certaines prestations et produits de santé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article tend à prévoir « *la présentation tous les ans au Parlement avant le 30 septembre* » d'un rapport sur l'évaluation de l'application des dispositions de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : cet article est celui qui a inséré, dans l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, un paragraphe III relatif aux franchises sur les médicaments et les actes effectués par les auxiliaires médicaux en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à condition que ces produits et prestations ne soient pas fournis lors d'une hospitalisation.

Ces franchises portent aussi sur les transports sanitaires, à l'exception des transports d'urgence.

Le rapport auquel fait référence cet article est mentionné à l'avant-dernier alinéa du III de l'article L. 322-2 précité, et il a effectivement été présenté annuellement au Parlement depuis l'adoption de la LFSS pour 2008.

Cependant, la disposition qui le prévoit n'indique pas la date de sa remise, et celle-ci a pu, à juste titre, paraître un peu tardive aux auteurs des deux amendements qui sont à l'origine de cet article.

II - La position de la commission

Il est certain que la remise d'un rapport au Parlement après la mi-octobre ne lui permet guère d'en tirer profit pour l'étude du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Bien qu'il soit moins certain que cet article permette effectivement un dépôt plus précoce de ce rapport, **votre commission vous demande de l'adopter sans modification.**

Article 37

(art. L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale)

Conditions de la mise sous accord préalable des séjours en soins de suite et de rééducation prescrits par des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique

Objet : Cet article prévoit une procédure de mise sous accord préalable des séjours en soins de suite et de rééducation (SSR) prescrits par des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en modifiant le champ d'application de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, issu d'un amendement sénatorial, qui permet de mettre sous accord préalable la prise en charge de certaines prestations d'hospitalisation.

I - Le dispositif proposé

La Cnam a relevé d'importantes disparités dans les taux de prise en charge en établissements de soins de suite et de rééducation des patients sortant d'un service de MCO.

Si, en moyenne, ce taux est de 2,7 % pour l'ensemble des patients (et de 1,9 % pour ceux âgés de moins de quatre-vingts ans), il peut varier, selon les régions, entre 1,7 % et plus de 3,2 %.

Ces variations reflètent des disparités d'offres de soins : plus de deux cents places en établissement de SRR pour cent mille habitants sur le pourtour méditerranéen, moins de cent cinquante dans le Nord. Pour les prothèses du genou, le taux de séjour en SSR après l'intervention varie ainsi de 34 % à 68 % d'une région à l'autre.

Mais des disparités existent aussi au niveau des établissements chirurgicaux : 52 % d'entre eux orientent une proportion supérieure à la moyenne de leurs patients vers un établissement de SSR.

La HAS a élaboré un référentiel précisant les indications respectives de rééducation en soins de ville ou en établissement après certaines interventions chirurgicales ou orthopédiques, concluant que la rééducation en

établissement n'est nécessaire que pour des populations spécifiques, notamment les personnes âgées.

La Cnam constate que ces recommandations semblent peu suivies.

Elle a donc fait figurer dans les propositions de l'assurance maladie pour les charges et les produits pour l'année 2011 une proposition (n° 15) tendant à « *mettre sous entente préalable les admissions qui paraissent peu adéquates dans les SSR* ».

En accord avec cette proposition, cet article élargit aux prescriptions d'hospitalisations en SSR le champ d'application de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, relatif à la mise sous accord préalable des établissements ayant facturé des prestations d'hospitalisation complète pour des interventions qui auraient pu être réalisées en chirurgie ambulatoire.

• Le **paragraphe I** de cet article modifie en conséquence l'article L. 162-1-17 précité :

- le 1° complète la première phrase du premier alinéa pour étendre « *aux prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite et de rééducation* » la procédure d'accord préalable prévue à cet article.

Cette procédure donne, sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie (la CPAM pour le régime général) et après une procédure contradictoire, la possibilité au directeur général de l'ARS de subordonner à l'accord préalable du médecin de contrôle, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge de certaines catégories de prestations d'hospitalisation dans les établissements ayant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique, quels que soient leur statut et leur mode de financement.

Elle serait donc étendue aux prestations d'hospitalisation en SSR, quel que soit, là encore, le statut de l'établissement de santé accueillant le patient.

La fiche d'évaluation préalable et l'exposé des motifs de l'article 37 indiquent que, compte tenu du nombre de transferts des établissements MCO vers les établissements SRR - environ neuf cent mille par an -, le champ d'application de cette mesure « *sera limité aux indications visées par les recommandations de la HAS déjà publiées et sera ciblé sur les établissements qui effectuent un nombre important de transferts* ».

Les recommandations de la HAS qui serviront à apprécier le bien-fondé de l'hospitalisation sont notamment celles qui ont été prises en mars 2006, en application de l'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale¹.

¹ Aux termes de cet article, le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation de soins de suite ou de réadaptation, « *aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé* ».

Elles concernent une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation peut être prise en charge aussi bien en cabinet de ville qu'en SSR, le choix de l'hospitalisation ne se justifiant qu'en cas d'incompatibilité avec le maintien au domicile pour des raisons médicales (complications, pathologies associées) ou tenant à l'isolement social du patient.

En janvier 2008, ont été publiées des recommandations de la HAS définissant les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après chirurgie des ruptures de coiffe ou orthoplastie d'épaule, ligamentoplastie du ligament croisé antérieur du genou ou orthoplastie totale du genou.

- Le 2° modifie la rédaction de la dernière phrase du même alinéa, qui prévoit que les prestations d'hospitalisation non prises en charge (en cas d'absence d'accord préalable) ne peuvent être facturées au patient. Il précise que ne peut pas facturer ces prestations « *l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé, de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur* ».

Cette précision, et notamment la mention de l'information par l'ARS, prend en compte le fait que, dans le cas des séjours en SSR, l'établissement qui recevra le patient ne sera pas l'établissement prescripteur.

Il est donc indispensable d'avertir l'établissement de SSR qui accueillerait le patient que la prescription de l'établissement de MCO où il a été opéré n'a pas fait l'objet d'un accord préalable.

Mais cette nouvelle rédaction ne permet pas de distinguer très clairement ces deux cas de figure et ne garantit pas non plus absolument que l'établissement de SSR accueillant le patient en rééducation sera bien averti, le cas échéant, du fait que la prescription de l'établissement de MCO n'a pas reçu d'accord préalable.

- Le 3° complète l'énoncé des constats qui peuvent motiver, de la part de l'organisme local d'assurance maladie, une proposition de mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation.

Le texte en vigueur prévoit trois cas :

- celui de l'établissement où l'on constate une proportion élevée « *de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement* » ;

- celui d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels de la HAS ;

- celui d'un nombre de prestations d'hospitalisation significativement supérieur aux moyennes nationales ou régionales pour une activité comparable.

A ces critères pouvant motiver une demande de mise sous accord préalable s'en ajouterait un autre : une proportion élevée de prestations d'hospitalisation qui auraient pu « *donner lieu à des prises en charge sans hospitalisation* », c'est-à-dire les rééducations qui auraient pu être prises en charge en médecine de ville.

On notera que la référence déjà prévue aux hospitalisations non conformes aux référentiels de la HAS aurait pu suffire puisque ceux-ci, dans le cas des soins de rééducation, définissent les indications respectives des rééducations en établissement ou en ville.

- Le 4° prévoit la définition, par décret, d'une procédure contradictoire spécifique préalable aux décisions de mise sous accord préalable. Actuellement, en effet, cette procédure est celle prévue avant l'application de pénalités pour non respect des objectifs quantitatifs fixés dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom).

- Le 5° modifie le second alinéa de l'article L. 162-1-17 qui prévoit, dans sa rédaction en vigueur, que l'accord préalable du service de contrôle médical de l'assurance maladie n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation dont l'urgence est attestée par l'établissement : actuellement, l'établissement mis sous accord préalable, et dont l'attestation est ainsi requise, est celui qui fournit la prestation d'hospitalisation.

Il est proposé de préciser que cette urgence puisse être attestée par le médecin **ou** par l'établissement de santé prescripteur, cette rédaction permettant de viser à la fois les hospitalisations dans un établissement de MCO sous accord préalable et les prescriptions d'hospitalisation en SSR par un établissement de MCO mis sous accord préalable pour ses pratiques en la matière.

• Le **paragraphe II** de l'article prévoit qu'à titre transitoire, en attendant la publication du décret définissant la nouvelle procédure contradictoire préalable à la décision de mise sous accord préalable, la procédure en vigueur continuera de s'appliquer. Conformément aux exigences du respect de la compétence législative, le terme de cette période transitoire est fixé au 1^{er} juillet 2011.

La fiche d'évaluation de l'article 37 indique que l'impact financier de cette nouvelle procédure de mise sous accord préalable est difficile à évaluer mais le montant des économies à en attendre est cependant estimé à « *au moins 10 millions d'euros* » par an, par référence aux économies réalisées grâce à un programme de contrôle par la Cnam des ententes préalables dans le domaine de la chirurgie esthétique. Aucune précision n'est donnée sur la justification de cette référence.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement précisant, au premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, que la mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation en SSR sera effectuée sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'ARS sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie.

Comme l'a indiqué la ministre de la santé, cette précision est destinée à insister sur le caractère « ciblé » du recours à la nouvelle procédure de mise sous accord préalable, qui visera uniquement les établissements « gros prescripteurs », dans le cadre du programme ainsi préétabli, afin de « *ne pas nuire à la fluidité du transfert de l'hôpital vers les structures de soins ou les centres de rééducation* ».

III - La position de la commission

Votre commission considère que les dispositions proposées permettent de mieux respecter les recommandations de la HAS, qui ont « listé » les interventions chirurgicales après lesquelles la rééducation peut être prise en charge uniquement en ville, l'orientation en établissement de SSR devant être réservée aux cas où elle se justifie médicalement, en fonction de l'état de santé du patient, de son degré d'autonomie et de son environnement social.

Cette mesure a suscité quelques craintes - auxquelles entendait répondre l'amendement proposé par le Gouvernement - quant aux conditions concrètes de son application, qui pourraient allonger les délais de prise de décisions sur l'orientation du patient.

Il semble que l'expérience acquise dans le domaine des mises sous accord préalable des établissements de MCO recourant de façon jugée excessive à l'hospitalisation permette d'écarter ces craintes.

En effet, dans les faits, on a constaté que les établissements adaptaient assez rapidement leur pratique en développant les prises en charge en chirurgie ambulatoire, et ne consultaient les services d'assurance maladie que pour obtenir leur accord dans les cas justifiant une hospitalisation complète - la réponse étant donnée dans les vingt-quatre heures par le médecin conseil et étant d'ailleurs positive dans 98 % des cas.

Dans le cas des hospitalisations en SSR, le fonctionnement de la mise sous accord préalable devrait suivre le même schéma : les établissements prescripteurs ne consulteront le médecin conseil que dans les cas où l'hospitalisation en SSR pourra se justifier en fonction des critères définis par la HAS.

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

Article 38

*(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 28 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)*

Prolongation de la procédure dérogatoire de facturation des hôpitaux

Objet : Cet article vise à prolonger du 1^{er} juillet 2011 au 1^{er} janvier 2013 la procédure de facturation globale aux caisses de sécurité sociale par les hôpitaux et les établissements de santé privés à but non lucratif.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹ a adopté le principe d'une tarification à l'activité (T2A) applicable progressivement à partir du 1^{er} janvier 2005 et assortie d'une modification des règles de facturation.

Différentes périodes de transition ont parallèlement été prévues. Ainsi, alors que les établissements privés à but lucratif, qui étaient auparavant sous objectif quantifié national (OQN), devaient transmettre directement des factures individualisées à la caisse primaire d'assurance maladie, une procédure dérogatoire a été organisée pour les autres établissements : établissements publics de santé, à l'exception des hôpitaux locaux et des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées, établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier et établissements de santé privés à but non lucratif qui avaient opté pour la dotation globale de financement.

Ces établissements devaient transmettre à échéances régulières, à l'agence régionale de l'hospitalisation, leurs données d'activité au titre des prestations d'hospitalisation, des actes et consultations externes, des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations en sus. L'ARH calculait la part due par l'assurance maladie en application des tarifs et prix correspondants et la notifiait à la caisse primaire, qui remboursait alors l'établissement.

Cette procédure globale et indirecte ne devait s'appliquer que pour l'année 2005, mais elle a été prorogée à plusieurs reprises.

Face aux difficultés persistantes, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009² a prévu une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie pour des établissements volontaires.

¹ Loi n° 2003-1199 du 28 décembre 2003.

² Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

En raison des retards pris par cette expérimentation, qui ne devrait débuter que dans les prochaines semaines, cet article prévoit de repousser au 1^{er} janvier 2013 le terme de la procédure dérogatoire de facturation pour les hôpitaux et établissements de santé privés à but non lucratif.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Complétant cet article, l'Assemblée nationale a prévu la transmission d'un bilan de l'expérimentation, pour information au Parlement avant le 15 septembre de chaque année.

III - La position de la commission

Les **principes** et modalités de la T2A et de la facturation directe des établissements de santé à l'assurance maladie ont été **posés dès décembre 2003**. Les hôpitaux sont totalement soumis à la tarification à l'activité depuis le 1^{er} janvier 2008.

La mise en place d'une expérimentation de cette facturation directe a été adoptée par le Parlement en décembre 2008 ; elle ne devrait pourtant être lancée que dans les prochaines semaines au mieux, soit deux ans en retard.

La procédure dérogatoire par agrégat avait été justifiée par l'état des systèmes d'information des hôpitaux ; ceux des agences régionales de l'hospitalisation étaient certainement considérés comme meilleurs.

Or, la facturation individuelle est un **outil essentiel de transparence et d'efficience** pour les établissements de santé, car les caisses d'assurance maladie peuvent ainsi assurer un véritable contrôle sur les remboursements qu'elles effectuent. Elle est **le pendant naturel de la tarification à l'activité**.

Le rapport conjoint de l'IGF et de l'Igas, commandité seulement en août 2008 et rendu en décembre de la même année, indiquait d'ailleurs que *« l'assurance maladie doit pouvoir contrôler le bien fondé de ce qu'elle paye ; il n'est pas logique qu'elle soit cantonnée au rôle de payeur aveugle »*. Ce rapport a relevé deux raisons principales au retard pris par la réforme de la facturation : l'insuffisance du pilotage institutionnel et la sous estimation de la complexité technique. Afin de justifier un nouveau report et le lancement d'une expérimentation, il soulignait également que *« les bénéfices attendus sont plus difficiles à quantifier que les risques et coûts potentiels »*.

Un comité de pilotage, constitué pour l'occasion et chargé de définir les orientations stratégiques, a été réuni et a validé, plus d'une année après ce rapport et l'adoption du principe de l'expérimentation, un *« scénario cible »*, comprenant cahiers des charges et protocoles. La liste des établissements de santé volontaires a été constituée et devrait être prochainement publiée.

Au total, si ce report au 1^{er} janvier 2013 est le dernier, ce qu'il faut espérer, il aura fallu sept ans pour appliquer sur le terrain une décision du législateur, qui est par ailleurs déjà en œuvre dans les cliniques depuis 2005.

Pour marquer sa profonde désapprobation, votre commission, consciente malgré tout que les travaux sont maintenant réellement engagés, a adopté **un amendement** fixant au 1^{er} juillet 2012, plutôt qu'au 1^{er} janvier 2013, la fin de la période dérogatoire de la facturation globale.

Un **second amendement** propose une nouvelle rédaction de la mesure tendant à l'établissement d'un bilan de l'expérimentation.

Elle vous demande en conséquence d'adopter cet article ainsi modifié.

*Article additionnel après l'article 38
(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)*

Elargissement du champ de la tarification à l'activité

Objet : Cet article additionnel vise à supprimer la tarification dérogatoire utilisée par les établissements de santé pour facturer à l'assurance maladie des remboursements au titre des personnes qui ne sont couvertes par aucun régime de protection sociale.

Les hôpitaux facturent les assurés qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, notamment les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME), au tarif journalier de prestation (TJP).

Cette disposition était prévue à titre transitoire dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), qui est désormais totalement applicable depuis trois exercices.

Or, il apparaît que les établissements ont beaucoup augmenté le TJP depuis quelques années, sans lien particulier avec les modalités de prise en charge des patients : il ne semble pas justifié que l'établissement facture de manière différente les patients, selon qu'ils sont assurés sociaux ou non.

Qui plus est, l'accueil des publics précaires est couvert depuis deux ans par une dotation spécifique au sein des Migac.

Dans ces conditions, votre commission souhaite renforcer la transparence de la facturation à l'assurance maladie en supprimant cette tarification dérogatoire qui n'a plus lieu d'être. L'application décalée au 1^{er} mars 2011 s'explique par le fait que les changements de tarifs entrent en application le 1^{er} mars de chaque année.

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

Article 39

(art. L. 1142-23 et L. 1221-14 du code de la santé publique)

**Procédure d'indemnisation des victimes d'une infection
par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine**

Objet : Cet article tend à transférer la charge de l'indemnisation des victimes d'une contamination transfusionnelle par le virus de l'hépatite C de l'établissement français du sang (EFS) à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam).

I - Le dispositif proposé

Jusqu'il y a quelques mois, les victimes d'infections par le virus de l'hépatite C attribuées à des transfusions ne pouvaient être indemnisées des dommages subis qu'au terme d'une procédure contentieuse. L'indemnisation était accordée sur le fondement de la responsabilité sans faute des centres de transfusion sanguine qui ont tous été transférés à l'établissement français du sang (EFS) par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

L'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, entrée en vigueur le 1^{er} juin 2010 après la publication des décrets d'application, a confié à l'Oniam l'indemnisation des victimes de contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C et a créé une procédure d'indemnisation amiable. Cet article a substitué l'Oniam à l'EFS dans les contentieux en cours pour l'indemnisation des victimes.

Depuis le 1^{er} juin 2010, l'Oniam gère ainsi, en matière de contamination par le virus de l'hépatite C, 830 contentieux en cours devant les différents ordres et niveaux de juridictions, ainsi que près de 600 demandes de règlement amiable.

Les dépenses exposées par l'office à ce titre sont couvertes de deux manières :

- l'article L. 1142-23 du code de la santé publique prévoit que l'EFS lui verse une dotation couvrant l'ensemble des dépenses ;

- lorsque le dommage subi par la victime résulte d'une faute, les articles L. 1221-14 et L. 3122-4 du même code permettent à l'Oniam d'exercer un recours subrogatoire contre la personne responsable du dommage, ainsi que contre les personnes tenues à un titre quelconque d'en assumer la réparation. Il s'agit le plus souvent de l'EFS, qui a repris l'ensemble des anciens centres de transfusion. Toutefois, sauf manquement de l'établissement de transfusion concerné à des prescriptions législatives ou réglementaires, la possibilité pour

l'Oniam d'exercer ce recours est soumise à la condition que la responsabilité civile dudit établissement soit couverte par un assureur.

Ainsi, l'EFS continue à assurer la charge de l'indemnisation des victimes de contamination transfusionnelle de l'hépatite C à travers les sommes qu'il verse à l'Oniam.

Dans son rapport public pour 2010, la Cour des comptes note que *« du fait de la réduction du délai de traitement des dossiers et d'une hausse probable du nombre de demandes, une forte augmentation du montant des indemnisations est à craindre pendant plusieurs années, avec, selon les simulations réalisées, un pic à 40 millions d'euros par an entre 2011 et 2013, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui ».*

« Au regard de telles projections, le financement des indemnisations n'est pas actuellement assuré. Depuis 2007, l'Etat, qui accordait à l'EFS une subvention annuelle couvrant la plus grande part des indemnisations versées, s'en est désengagé, transférant indûment cette charge à l'assurance maladie. Sa contribution a été remplacée par une première majoration des tarifs de cession des produits sanguins labiles pour un montant de 9,5 millions d'euros en 2008 : quadrupler ce relèvement pour financer l'indemnisation des victimes saperait tout effort de rationalisation de la politique tarifaire et accroîtrait encore la charge de l'assurance maladie ».

Dans ce contexte, une mission d'audit de révision générale des politiques publiques de l'EFS, qui a rendu ses conclusions en juillet 2009, a recommandé de modifier le dispositif en vigueur et de neutraliser ses conséquences pour l'EFS qui n'a pas provisionné les sommes correspondant aux indemnisations prévisibles dans ses comptes.

Le présent article tend donc précisément à transférer de l'EFS à l'Oniam le financement de la prise en charge des dépenses d'indemnisations et de contentieux, les dépenses de l'Oniam devant à leur tour être couvertes par une dotation de l'assurance maladie. Toutefois, les dispositions de cet article vont bien au-delà de ce transfert.

• Le **paragraphe I** tend à modifier l'énumération des charges et des produits de l'Oniam à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique.

Le 1^o vise à ajouter à la liste des expertises dont les frais sont à la charge de l'office, les expertises prévues pour l'application de la procédure d'indemnisation à l'amiable des contaminations par l'hépatite C.

Le 2^o a pour objet d'ajouter à la liste des ressources de l'Oniam le produit des remboursements des frais d'expertise. L'office peut en effet obtenir le remboursement de ces frais dans le cadre d'un recours subrogatoire en cas de faute de l'établissement, comme le prévoit l'article L. 3122-4 du code de la santé publique.

Le 3^o procède à une coordination.

Le 4° ajoute la procédure d'indemnisation des infections par l'hépatite C à la liste de celles dans le cadre desquelles l'office peut exercer des recours subrogatoires, dont le produit compte parmi ses ressources.

Enfin, le 5° tend à **supprimer l'alinéa qui mentionne, parmi les produits de l'Oniam, la dotation de l'EFS destinée à couvrir les dépenses exposées par l'office pour indemniser les personnes contaminées par le virus de l'hépatite C. La dotation de l'EFS à l'Oniam sera remplacée par une augmentation de la dotation de l'assurance maladie à l'office.**

• Le **paragraphe II** a pour objet d'apporter d'importantes modifications à l'article L. 1221-14 du code de la santé publique, créé par l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui a institué la procédure amiable d'indemnisation des victimes d'infections transfusionnelles par le virus de l'hépatite C.

Le 1° tend à compléter le deuxième alinéa de cet article. Dans sa rédaction actuelle, cet alinéa dispose que, dans l'instruction des demandes d'indemnisation, l'office « *recherche les circonstances de la contamination, notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des maladies et à la qualité du système de santé* », qui fait reposer la charge de la preuve sur la partie défenderesse.

Contrairement à ce qui est prévu pour l'instruction des demandes d'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'Oniam n'a pas de pouvoir d'enquête et n'a pas accès aux informations couvertes par le secret professionnel. Il lui est donc particulièrement difficile de prouver qu'une contamination ne résulte pas d'une transfusion ou d'une injection de produits sanguins.

Dans ces conditions, le deuxième alinéa de l'article L. 1221-14 est complété pour prévoir la possibilité pour l'Oniam de procéder à « *toute investigation* », sans que le secret professionnel puisse lui être opposé.

Le 2° tend à insérer à l'article L. 1221-14 des nouveaux alinéas destinés à prévoir **la substitution de l'Oniam à l'EFS dans ses droits et obligations résultant des contrats d'assurance souscrits par les centres de transfusion sanguine repris par l'EFS.**

Aujourd'hui, lorsque l'Oniam a indemnisé une victime sur la base d'une transaction à l'issue d'un contentieux, il ne peut appeler directement en garantie l'assureur qui couvre la responsabilité civile de l'établissement de transfusion sanguine responsable de la contamination. Les dépenses de l'office sont couvertes par l'EFS, auquel il revient d'appeler en garantie l'assureur de l'établissement concerné.

Cette situation est parfaitement logique dès lors que la loi du 1^{er} juillet 1998 a transféré à l'EFS toutes les activités exercées par les établissements de transfusion sanguine.

L'Oniam ne peut cependant exercer l'action subrogatoire contre l'EFS que si celui-ci peut se retourner contre l'assureur de l'établissement de transfusion sanguine qu'il a repris, ce qui suppose que cet établissement soit assuré, que sa couverture d'assurance ne soit pas épuisée et que le délai de validité de cette couverture ne soit pas expiré. Cette condition n'est cependant pas nécessaire quand la contamination résulte de la violation par l'établissement concerné d'une obligation légale ou réglementaire.

Le présent article « *dans un souci de simplification* » selon l'exposé des motifs, tend à substituer l'Oniam à l'EFS dans ses droits et obligations résultant des contrats d'assurance souscrits par les structures reprises par l'EFS en vertu de la loi du 1^{er} juillet 1998 et des autres textes qui ont prévu des reprises complémentaires. L'Oniam devra ainsi agir directement auprès de l'assureur pour obtenir le remboursement des indemnités qu'il versera. **La modification proposée va toutefois bien au-delà d'un simple transfert de gestion de contentieux puisqu'elle revient à faire de l'Oniam, à travers la substitution à l'EFS dans les droits et obligations des contrats d'assurance souscrits par les auteurs des dommages, le nouveau coresponsable de ces dommages.**

Le texte précise que la « clause de direction du procès éventuellement contenue dans les contrats d'assurance applicables » ne pourra pas être opposée à l'office. Cette clause permet à l'assureur de se réserver le droit de diriger, pour le compte de l'assuré, le procès en responsabilité qui l'oppose à la victime. Selon l'article L. 113-17 du code des assurances, l'assuré encourt une déchéance de garantie ou une sanction s'il s'immisce dans la direction de son procès en violation d'une telle clause sans que son intervention soit justifiée par son intérêt propre. L'exclusion de cette clause doit permettre à l'Oniam de rester libre de diriger son procès.

Par ailleurs, actuellement, lorsque l'Oniam transige avec une victime, il ne peut opposer cette transaction aux tiers et donc à l'assureur responsable contre lequel il est alors obligé d'exercer un recours subrogatoire. Le texte proposé tend à rendre toute transaction intervenue entre l'office et la victime ou ses ayants droit en application de la procédure amiable d'indemnisation opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au responsable des dommages. Corrélativement, l'assureur appelé en garantie ou le responsable du dommage pourront contester le principe ou le montant des indemnités devant le juge. Quelle que soit la décision du juge, les indemnités fixées à l'amiable resteront acquises à la victime ou à ses ayants droit.

Le 3^o tend à aménager les conditions d'exercice par l'Oniam d'un recours subrogatoire contre l'établissement responsable du dommage ou son assureur. Actuellement, l'article L. 1221-14 du code de la santé publique renvoie à l'article L. 3122-4 du même code, qui dispose que l'office ne peut engager d'action à ce titre que lorsque le dommage est imputable à une faute. En outre, sauf en cas de violation de règles législatives ou réglementaires, l'office n'exerce pas d'action subrogatoire si l'établissement de transfusion

sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou si le délai de validité de sa couverture d'assurance est expiré.

Le texte proposé remplace les références aux établissements de transfusion par une référence à l'EFS, ce qui est logique dès lors que celui-ci a été substitué à l'ensemble des établissements de transfusion sanguine dans leurs droits et obligations envers les assureurs. Il tend surtout à restreindre la possibilité pour l'Oniam d'exercer une action subrogatoire contre l'EFS aux seuls cas dans lesquels la contamination est causée par une violation ou un manquement mentionnés à l'article L. 1223-5 du code de la santé publique (violation des prescriptions législatives ou réglementaires, absence d'agrément ou violation des termes de toute décision d'agrément ou d'autorisation).

Le 4° tend à imposer aux tiers payeurs autres que l'office d'exercer leurs recours contre les assureurs des structures reprises par l'EFS, lorsque ces recours sont fondés sur la responsabilité du fournisseur de produits sanguins. Cette disposition a pour vocation d'empêcher tout recours des tiers payeurs contre l'EFS lui-même, qui devrait alors appeler l'assureur compétent en garantie.

• Le **paragraphe III** prévoit des dispositions transitoires en ce qui concerne les recours des tiers payeurs engagés contre l'EFS à la date d'entrée en vigueur de la loi. Les instances en cours ont vocation à se poursuivre, mais l'assureur de la structure reprise par l'EFS, à l'origine du dommage, se substituera à l'établissement français du sang tant que celui-ci n'a pas fait l'objet d'une condamnation irrévocable. Si la structure responsable du dommage ne peut être identifiée ou ne dispose pas de couverture d'assurance, la condamnation demeurera à la charge de l'EFS.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Alors que sa commission des affaires sociales n'avait proposé aucune modification à cet article, l'Assemblée nationale l'a profondément modifié à l'initiative du Gouvernement lui-même qui a fait adopter quatre amendements importants :

- le premier amendement tend à préciser, au sein de l'article L. 1221-14 du code de la santé publique, que l'indemnisation assurée par l'Oniam est faite « *au titre de la solidarité nationale* ». Il s'agit d'une précision fondamentale, dès lors que l'EFS indemnisait pour sa part en tant que responsable du dommage, ayant repris l'ensemble des droits et obligations des centres de transfusion sanguine. Il est indispensable de préciser que l'Oniam n'intervient pas en tant que coresponsable du dommage. Il s'agirait d'une transformation profonde de sa nature même, qui pourrait créer un précédent dans le cadre de ses autres activités indemnitaires ;

- le deuxième amendement a supprimé purement et simplement les dispositions de l'article 39 visant à substituer l'office à l'EFS dans ses droits et obligations résultant des contrats d'assurance souscrits par les structures reprises par l'EFS.

Ces dispositions auraient eu pour effet de faire de l'Oniam le nouveau responsable des dommages causés par les infections transfusionnelles par le virus de l'hépatite C alors que sa vocation est précisément d'intervenir au titre de la solidarité nationale ;

- le troisième amendement a modifié les dispositions relatives à l'action subrogatoire de l'office à l'encontre de l'EFS, en précisant que celle-ci peut être exercée même sans faute. **En limitant le recours contre l'EFS aux seuls cas de violation de certaines obligations légales et réglementaires, le texte du projet de loi initial aurait probablement eu pour conséquence de limiter également les recours contre les assureurs des anciens centres de transfusion sanguine, alors même que leur responsabilité peut être aujourd'hui engagée sans faute du fait du défaut de qualité intrinsèque des produits sanguins délivrés ;**

- enfin, le quatrième amendement procède à une réécriture de la fin de l'article, relative au recours des tiers payeurs. Il résulte de la modification proposée que lorsque l'Oniam ou les tiers payeurs fondent leurs recours sur la responsabilité des structures reprises par l'EFS, leur action subrogatoire ne peut être engagée directement que contre les assureurs de ces structures et non contre l'EFS.

Cette solution permet de décharger l'EFS des contentieux sans pour autant lui substituer l'Oniam dans ses droits et obligations résultant des contrats d'assurance souscrits par les structures reprises par l'EFS.

III - La position de la commission

Votre rapporteur général s'interroge sur les conditions dans lesquelles cet article particulièrement important a été élaboré. Alors que le sujet en cause est d'une grande technicité, que ses enjeux humains et financiers sont particulièrement lourds, le Gouvernement a dû proposer lui-même des modifications substantielles à son propre dispositif, dont l'adoption dans sa version initiale aurait conduit à une **limitation de la responsabilité en matière de contamination transfusionnelle de l'hépatite C et à un changement de la nature même de l'Oniam.**

Il estime que les dispositions relatives à la responsabilité doivent à l'avenir être élaborées en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, en veillant à mesurer l'impact exact des mesures prises, ce qui n'a manifestement pas été le cas lors de la préparation de cet article 39.

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

Article 39 bis

(art. L. 1142-21-1 du code de la santé publique)

**Extension aux sages-femmes du régime d'intervention de l'Oniam
en cas de dommages causés par des médecins libéraux
à l'occasion d'un acte lié à la naissance**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à étendre aux sages-femmes le dispositif prévoyant, sous certaines conditions, une intervention de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) en cas de dommages causés par des médecins libéraux à l'occasion d'un acte lié à la naissance.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a été l'occasion d'un débat au Sénat sur la question de la responsabilité civile des médecins libéraux notamment en cas de dommages causés à l'occasion d'un acte lié à la naissance. Depuis plusieurs années, ces professionnels font état d'une augmentation continue de leurs primes d'assurance et du risque de voir disparaître l'exercice libéral de certaines spécialités médicales.

Pour ces motifs, Dominique Leclerc, Alain Milon et plusieurs de leurs collègues avaient présenté un amendement tendant à prévoir, en cas de dommages causés par ces professionnels, une substitution de l'Oniam à l'assureur d'un professionnel de santé sans subrogation dans les droits de la victime lorsque les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance sont dépassés.

La ministre de la santé s'était opposée à cet amendement en indiquant que « (...) pour la première fois, cela ferait intervenir de plein droit les deniers publics en indemnisation d'une faute médicale, alors qu'ils ne servent aujourd'hui que pour l'aléa thérapeutique (...). Depuis sept ans, l'Oniam n'a jamais eu à exercer un recours subrogatoire sur cette base. Dans la plupart des cas, les praticiens sont couverts par leur contrat pour des montants bien plus élevés que 3 millions d'euros puisqu'ils sont de l'ordre de 6 à 8 millions d'euros. Ils se couvrent sur une base volontaire et ce contrat suffit à couvrir les plus gros sinistres. Par conséquent, je ne vois pas pourquoi les finances publiques prendraient en charge les montants qui sont couverts aujourd'hui par le marché de l'assurance ni pourquoi l'Oniam deviendrait un co-assureur de la faute médicale(...) ».

Finalement, le Sénat avait adopté un amendement présenté par votre rapporteur général prévoyant une substitution de l'Oniam à un gynécologue-obstétricien ou à un obstétricien libéral dans le seul cas où le délai de validité de la couverture d'assurance est expiré.

De son côté, la ministre de la santé avait pris l'engagement de relever les planchers d'assurance concernant les gynécologues - obstétriciens et d'étudier la possibilité d'augmenter l'aide de l'assurance maladie à la souscription d'une assurance si cela s'avérait nécessaire.

La commission mixte paritaire avait accepté la rédaction proposée par le Sénat tout en l'étendant à l'ensemble des médecins libéraux.

Cependant, le Gouvernement a fait adopter par les deux assemblées, lors de la lecture des conclusions de la commission mixte paritaire, une nouvelle rédaction du dispositif de l'article L. 1142-21-1 ainsi libellée :

« Lorsqu'un médecin régi, au moment des faits, par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code et exerçant, dans un établissement de santé, une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie réanimation, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime à l'occasion d'un acte lié à la naissance, que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée, et que la victime ne peut obtenir l'exécution intégrale de la décision de justice auprès du professionnel concerné, cette victime peut saisir l'office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L. 1142-22 en vue d'obtenir le règlement de la part d'indemnisation non versée par le professionnel au-delà des indemnités prises en charge par l'assureur dans le cadre des contrats souscrits en application de l'article L. 1142-2. Le professionnel doit alors à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux remboursement de la créance correspondante, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré ou que le juge compétent a constaté l'incompatibilité du règlement de la créance avec la solvabilité du professionnel. »

La ministre de la santé a présenté en ces termes au Sénat le le justification de cette mesure :

« (...) nous entendons régler la question du traitement des condamnations judiciaires des professionnels de santé et celle de son interface avec l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, l'Oniam.

« L'amendement voté par le Sénat en première lecture permettait de régler le cas bien identifié d'un gynécologue-obstétricien qui aurait été condamné à réparer les dommages subis par la victime une fois le délai de validité de sa couverture d'assurance expiré. Le Sénat a prévu l'indemnisation

de la victime par l'Oniam dans ces situations et la commission mixte paritaire a étendu cette disposition à l'ensemble des médecins conventionnés.

« Comme vous l'imaginez, mesdames, messieurs les sénateurs, la concertation s'est poursuivie avec les professionnels et justifie que nous amendions ce dispositif. Tout d'abord, nous devons le réserver aux médecins effectivement concernés, à savoir les professionnels de la naissance que sont les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et les gynécologues-obstétriciens. Rien ne justifie d'aller au-delà.

« Le second objectif de l'amendement est de clarifier et de sécuriser les processus d'indemnisation de la victime lorsqu'une décision de justice prononce une indemnisation supérieure au plafond de garantie prévu par le contrat d'assurance.

« Si la victime ne peut pas obtenir l'exécution intégrale de la décision de justice, elle pourra se tourner vers l'Oniam qui assurera le complément d'indemnisation non versée par le professionnel au-delà du plafond de garantie. Le professionnel sera ensuite redevable à l'Oniam de cette créance, sauf s'il est dans l'incapacité financière de payer, sur la base d'un jugement constatant son insolvabilité.

« Le mécanisme que je vous propose permet de répondre à trois impératifs : la garantie de l'indemnisation complète pour la victime - c'est important -, l'intervention encadrée de l'Oniam et la limitation des risques financiers pour les professionnels concernés.

« En outre, par instruction au conseil d'administration de l'Oniam, seront réglés les cas d'infirmité évolutive pour laquelle le préjudice consolidé à la majorité de l'enfant, soit dix-huit ans après la naissance, fait planer une menace sur les obstétriciens. L'Etat, par la signature de trois ministres, demandera à l'Oniam, dans ces cas ciblés de consolidation, de renoncer au recours subrogatoire contre le professionnel de santé et un décret donnera au conseil d'administration, et non plus au directeur, la compétence d'exercer cette action récursoire. »

Depuis l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, aucune disposition réglementaire n'a, à la connaissance de votre rapporteur général, été prise, en particulier pour relever les planchers d'assurance des professionnels ou augmenter le niveau de l'aide de l'assurance maladie.

Le dispositif adopté par le Parlement n'a quant à lui trouvé aucune application. Il est d'ailleurs possible de s'interroger sur l'applicabilité de la mesure faisant intervenir l'Oniam lorsque *« le juge compétent a constaté l'incompatibilité du règlement de la créance avec la solvabilité du professionnel »*.

En revanche, le Gouvernement a confié une mission sur cette question à Gilles Johanet, conseiller référendaire à la Cour des comptes, qui a rendu ses conclusions en juillet dernier.

L'étude qu'il a établie décline trois scénarios :

- **améliorer le dispositif actuel** : il s'agirait d'envisager une réécriture de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, afin de supprimer la disposition prévoyant l'existence d'un contentieux préalable à la saisine de l'Oniam, de prévoir explicitement la saisine de l'Oniam en cas d'expiration de la couverture d'assurance et d'étendre la protection prévue par cet article aux sages-femmes.

Ce scénario, qui serait complété par d'autres mesures législatives, ne prévoit pas en revanche la suppression de toute action récursoire de l'Oniam, ni le relèvement du plancher d'assurance, cette question pouvant être réglée par le fonctionnement normal du marché ;

- **poursuivre la socialisation** : ce scénario se traduirait par la limitation de la mise en cause des praticiens aux seuls cas de fautes inexcusables ou intentionnelles, tous les autres cas donnant lieu, en tant que de besoin, à prise en charge par l'Oniam. Le rapport précise qu'une telle solution pourrait avoir pour effet d'accroître l'imprévisibilité de la responsabilité civile médicale au lieu de la réduire et d'être en conséquence suivie d'une nouvelle réforme établissant la socialisation intégrale de la responsabilité pour faute ;

- **mutualiser le risque** : il s'agirait de rechercher une triple mutualisation des consommateurs de soins, des professionnels de santé libéraux et des assureurs.

Selon les informations données par la ministre de la santé à la commission des affaires sociales lors de son audition sur le présent projet de loi, le Gouvernement a demandé à Gilles Johanet d'approfondir ce troisième scénario en vue de mettre en place une mutualisation entre assureurs et professionnels d'ici à la fin de l'année 2011.

Le présent article tend, pour sa part, à mettre en œuvre immédiatement l'une des préconisations du rapport en étendant aux sages-femmes le bénéfice de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

II - La position de la commission

Le dispositif mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ayant peut-être vocation à être remplacé par un autre, compte tenu de la mission que le Gouvernement a confié à Gilles Johanet, il peut paraître paradoxal d'en proposer l'extension. Toutefois, cette disposition pourrait présenter une utilité dans l'attente des conclusions définitives de cette mission.

Votre rapporteur général estime que la question de la responsabilité civile médicale doit maintenant donner lieu à une solution pérenne, permettant aux professionnels libéraux d'exercer leur activité dans de bonnes conditions sans remettre en cause les principes de la responsabilité civile. La

mutualisation du risque pourrait à cet égard présenter des avantages importants.

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

Article 40

(art. L. 6122-19 du code de la santé publique)

Expérimentation des maisons de naissance

Objet : Cet article vise à expérimenter de nouveaux modes de prise en charge des soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose d'expérimenter, au sein de maisons de naissance moins médicalisées que les maternités, le suivi des grossesses et des naissances.

- **La durée de l'expérimentation**

Le Gouvernement pourra autoriser des expérimentations entre les 1^{er} septembre 2011 et 2013 ; elles auront une durée maximale de cinq années.

- **Le champ de l'expérimentation**

Il concerne de nouveaux modes de prise en charge de soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés au sein de structures dénommées « maisons de naissance », où des sages-femmes réaliseront l'accouchement des femmes dont elles devront avoir assuré le suivi de grossesse.

- **Le statut dérogatoire des maisons de naissance**

Les maisons de naissance ne seront intégrées ni dans les projets régionaux de santé ni dans les schémas régionaux d'organisation des soins et ne seront pas soumis à l'autorisation des agences régionales de santé.

En outre, elles ne seront ni considérées comme des établissements de santé ni soumises à leurs contraintes spécifiques.

- **Les modalités de financement**

Les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des dépenses liées au fonctionnement des maisons de naissance pourront également être dérogatoires aux règles habituelles, notamment en ce qui concerne l'inscription des actes sur la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Ces dépenses pourront être financées par une dotation Migac destinée au financement des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation.

- **La procédure**

La liste des maisons de naissance autorisées sera arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction notamment de l'intégration du projet dans l'offre de soins régionale en obstétrique.

Le directeur général de l'ARS pourra suspendre le fonctionnement d'une maison de naissance dans les conditions de droit commun de l'exercice d'une activité de soins et en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel.

Le retrait de l'autorisation sera prononcé par les ministres en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité.

- **Le bilan**

Un premier bilan de l'expérimentation sera établi au 31 décembre 2014, puis un bilan définitif dans l'année qui suivra son terme, soit au plus tard en 2019.

- **Le renvoi à des décrets en Conseil d'Etat**

Des décrets en Conseil d'Etat fixeront les conditions d'établissement de la liste des maisons de naissance autorisées, les modalités de prise en charge par l'assurance maladie, ainsi que les conditions spécifiques de fonctionnement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a connu d'intenses débats sur cet article, la commission des affaires sociales votant même un amendement de suppression. En séance publique, le Gouvernement a présenté un amendement tendant à améliorer la sécurité sanitaire de ces maisons de naissance et il a été amené à le rectifier pour tenir compte des positions exprimées.

Le décret en Conseil d'Etat, déjà prévu, devra ainsi préciser que ces maisons doivent être attenantes à une structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle devra obligatoirement passer une convention. En outre, leur activité sera comptabilisée avec celle de ladite structure.

III - La position de la commission

L'expérimentation des maisons de naissance était inscrite dans le plan périnatalité 2005-2007, l'objectif étant de permettre **une prise en charge moins médicalisée de la grossesse et de l'accouchement**, assurée par des

sages-femmes, en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant notamment par une proximité immédiate avec le plateau technique d'une maternité.

Ce type de structures a vu le jour dans les années soixante-dix et existe aujourd'hui dans **plusieurs pays** : Etats-Unis, Allemagne, Suisse, Autriche, Belgique, Suède, Royaume-Uni...

Un dépliant du ministère de la santé et des services sociaux du Québec explique : *« une maison de naissance est une maison qui ressemble à un chez-soi, un lieu à dimension humaine où un maximum de trois cent cinquante femmes donnent naissance chaque année. C'est un endroit chaleureux, qui devient vite familier [...]. S'y rendant fréquemment pendant la grossesse, la femme enceinte connaît chaque sage-femme et rencontre d'autres femmes et couples qui, comme elle, se préparent à la venue de leur bébé. »*

L'expérimentation ici proposée se fixe pour objectif de proposer aux futures mères qui le souhaiteraient, une alternative à l'hospitalisation classique, dans un cadre que la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale a sécurisé. Elle n'est évidemment pas une mesure d'économie.

Votre commission a néanmoins considéré que cette formule restait porteuse de risques trop élevés pour la mère et l'enfant alors même que la France présente des taux importants de mortalité périnatale. Elle s'est par ailleurs préoccupée des problèmes de responsabilité qui pourraient en découler et de la nécessité de définir précisément le champ de compétences des sages-femmes, ce que le texte ne fait pas et ce qui avait été largement débattu lors de l'examen de la loi HPST.

Pour ces motifs, elle vous demande de supprimer cet article.

Article additionnel après l'article 40

Expérimentation de centres autonomes pour la chirurgie ambulatoire

Objet : Cet article additionnel vise à permettre l'expérimentation d'alternatives à l'hospitalisation dans des conditions précises de sécurité.

La technique de la chirurgie de la cataracte a considérablement évolué durant les quinze dernières années, passant d'une chirurgie sous anesthésie générale en hospitalisation complète à une chirurgie réalisable sous anesthésie locale, ce qui a permis d'alléger les contraintes de structure. En conséquence, des praticiens ont développé la chirurgie de la cataracte en cabinet libéral, mais le cadre juridique en est incertain. Des opérations de ce type sont assez largement pratiquées à l'étranger et d'autres actes chirurgicaux ou interventionnels peuvent être concernés par ces innovations technologiques.

Votre commission se propose donc de **fournir un cadre légal à l'expérimentation de ces pratiques sous des conditions de sécurité strictement définies** :

- la HAS devra édicter des prescriptions techniques correspondant à l'activité ;

- l'ARS accordera un agrément sous réserve d'une visite de conformité et au vu d'un dossier détaillé ;

- ces structures nouvelles, communément appelées « centres autonomes », devront conclure une convention avec un établissement de santé, dans le respect d'une convention-type ;

- la liste des actes sera fixée par arrêté ministériel.

Cette expérimentation pourrait débuter le 1^{er} juillet 2011 pour une durée de trois ans.

Cette disposition aurait pour intérêt d'**ouvrir le débat sur la question des alternatives à l'hospitalisation**, tout en conservant un niveau élevé de sécurité et de qualité des soins pour les patients.

Sur le principe, de telles structures peuvent améliorer le confort des personnes en leur évitant les désagréments d'une hospitalisation ; en outre, elles sont sources potentielles d'économies pour le système de santé.

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

Article 41

*(art. 33 de la loi du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)*

Modification de la convergence tarifaire intersectorielle

Objet : Cet article tend à modifier la cible de la convergence tarifaire intersectorielle pour orienter celle-ci vers les tarifs les plus bas et non plus vers ceux du secteur privé.

I - Le dispositif proposé

La convergence tarifaire regroupe deux processus distincts :

- une **convergence intrasectorielle** consistant à rapprocher les tarifs des établissements exerçant dans un même secteur ;

- la **convergence intersectorielle** dont l'objet est le rapprochement des tarifs du secteur public et du secteur privé.

- 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.

- La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a prévu, à l'initiative du sénateur François Autain, que le bilan d'avancement du processus de convergence serait remis chaque année au Parlement jusqu'en 2018.

- Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a reporté de 2012 à 2018 l'achèvement du processus de convergence.

Dans le même temps, le Gouvernement a engagé en 2010 une démarche de convergence ciblée sur un groupe de trente-cinq GHM¹.

Le présent article tend à apporter une nouvelle modification à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 pour **prévoir que le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas et non vers les tarifs des établissements privés.**

De fait, si, en moyenne, les tarifs du secteur privé sont inférieurs à ceux du secteur public², il existe des GHM pour lesquels la situation inverse est vérifiée.

¹ Sur les conditions de mise en œuvre du processus de convergence, voir le tome II, Assurance maladie, du présent rapport.

² Le secteur « public » est composé des établissements publics hospitaliers et de tous les établissements privés non lucratifs antérieurement financés par dotation globale (ex-DG). Cette catégorie comprend tous les établissements privés participant au service public hospitalier (ex-PSPH). Le secteur « privé » est constitué de l'ensemble des autres établissements, financés antérieurement hors dotation globale, essentiellement par un tarif de prestation fixé dans le cadre de l'objectif qualifié national (ex-OQN).

**Liste des 37 GHM pour lesquels les tarifs du secteur ex-OQN (privé) sont supérieurs
aux tarifs du secteur ex-DG (public)**

(en euros)

ghsv11b	ghmv11b	Libellé	Tarif privé	Tarif public	Ecart
324	01M32Z	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	835	771	64
442	02C093	Allogreffes de cornée, niveau 3	8 600	7 631	969
443	02C094	Allogreffes de cornée, niveau 4	14 495	12 436	2 058
449	02C101	Autres interventions intraoculaires pour affections sévères, en ambulatoire	620	589	31
462	02C093	Allogreffes de cornée, niveau 3	7 630	6 663	967
463	02C094	Allogreffes de cornée, niveau 4	13 525	11 468	2 057
823	03M022	Traumatismes et déformations du nez, niveau 2	1 974	1 848	127
824	03M023	Traumatismes et déformations du nez, niveau 3	3 184	2 768	417
827	03M032	Otitis moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	2 653	2 286	367
828	03M033	Otitis moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 18 ans	4 497	3 424	1 072
1223	04322Z	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	688	686	2
1441	05C044	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographique	21 491	20 985	507
1449	05C064	Autres interventions cardiopulmonaires, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires	22 280	16 960	5 319
1460	05C093	Autres interventions cardiopulmonaires, âge inférieur à 2 ans, sans circulation	16 647	15 470	1 177
1717	05K111	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	2 585	2 353	232
1711	05K11T	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, très courte durée	1 806	1 686	119
1804	05M21E	Infarctus aigu du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours	1 341	928	413
1808	05K111	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	6 000	4 991	1 009
1812	05K11T	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, très courte durée	4 191	3 577	614
2913	08C54J	Autres interventions sur le genou, en ambulatoire	747	650	97
3152	08M35Z	Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	766	660	106
3539	09M06T	Ulcères cutanés, très courte durée	654	394	260
3564	09M13Z	Explorations et surveillance des affections des seins	811	644	168
5236	13M09Z	Exploration et surveillance gynécologiques	961	686	275
5833	15Z08Z	Nouveau-nés de 1 000 g à 1 499 g, sortis en vie	5 178	4 058	1 120
5835	15Z09Z	Nouveau-nés de moins de 1 000g, sortis en vie	8 987	7 000	1 987
7133	19M21Z	Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	981	731	250
7264	20Z032	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 2	2 708	2 085	624
7265	20Z033	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 3	3 451	3 287	164
7266	20Z034	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 4	4 757	4 282	475
7589	21M112	Effets toxiques des autres substances chimiques, niveau 2	3 066	21 990	76
7593	21M122	Autres effets toxiques, niveau 2	2 525	1 800	725
7594	21M123	Autres effets toxiques, niveau 3	4 156	2 684	1 473
7595	21M124	Autres effets toxiques, niveau 4	7 648	4 690	2 958
7980	23M112	Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 2	6 307	3 712	2 595
7981	23M113	Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 3	9 252	6 276	2 977
7982	23M114	Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 4	13 125	8 934	4 191

Source : Atih, tarifs mars 2010, sans honoraires

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

La commission des affaires sociales du Sénat soutient depuis l'origine le processus de convergence tarifaire, qui doit permettre de délivrer des soins de qualité au meilleur coût possible. Dès lors que certains tarifs du secteur privé sont supérieurs à ceux du secteur public, il est normal que la convergence soit orientée vers les tarifs les plus bas et non plus vers les tarifs du secteur privé.

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

*Article additionnel après l'article 41
(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)*

Convergence tarifaire ciblée

Objet : Cet article additionnel a pour objet de fixer des étapes précises de convergence tarifaire ciblée en vue d'atteindre l'objectif d'un rapprochement complet en 2018.

Le processus de convergence tarifaire entre les catégories d'établissements de santé a été lancé en 2003 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 mais sa date d'achèvement a été reportée régulièrement depuis lors. Depuis la loi de financement pour 2010, celle-ci est fixée à 2018.

Pour préparer cette échéance et légitimer cet ultime report, le Gouvernement s'était alors engagé à procéder, en 2010, à une convergence « ciblée ». Celle-ci a porté sur trente-cinq groupes homogènes de malades (GHM), dont vingt et un ont été complètement rapprochés. Les économies ainsi réalisées ont été estimées à 150 millions d'euros et il est prévu de renouveler cette opération en 2011, sans d'ailleurs que le Parlement ou les professionnels aient été informés des intentions précises du Gouvernement.

Il semble en conséquence nécessaire de programmer exactement les prochaines étapes de la convergence, afin que les acteurs du secteur puissent **anticiper les évolutions futures**. C'est pourquoi votre commission propose de fixer **un objectif d'au moins 10 % de GHM concernés chaque année par la convergence**, dont la moitié devra être complètement rapprochée.

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

Article 42

(art. L. 162-22 et L. 162-22-2, L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale)

Identification des parts liées à la psychiatrie et aux soins de suite ou de réadaptation

Objet : Cet article vise à distinguer au sein de l'objectif quantifié national applicable au secteur privé (OQN) et de l'objectif de dépenses d'assurance maladie applicable aux secteurs public et privé à but non lucratif (Odam) les montants relatifs d'une part à la psychiatrie, d'autre part, aux soins de suite ou de réadaptation.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat détermine, parmi les soins, deux types d'activités : la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ; la psychiatrie et les soins de suite ou de réadaptation. Or, le Conseil d'Etat a estimé que cette formulation ne permettait pas de faire entrer dans ce champ les activités des unités ou centres de soins de longue durée.

Le **paragraphe I** de cet article ajoute, en conséquence, un 3° à l'article L. 162-22, pour permettre au Gouvernement de définir par décret en Conseil d'Etat les modalités de prise en charge et la tarification de ces activités.

Par ailleurs, l'article L. 162-22-2, qui concerne les établissements de santé privés à but lucratif, définit un objectif quantifié national (OQN), constitué des charges de ces établissements supportées par l'assurance maladie dans le champ de la psychiatrie et des soins de suite ou de réadaptation.

Le **paragraphe II** prévoit que l'OQN distingue les parts afférentes à chacune de ces activités.

L'article L. 174-1-1, qui concerne les établissements publics et ceux du secteur privé à but non lucratif, définit un objectif des dépenses d'assurance maladie (Odam), qui est notamment constitué des activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation.

Le **paragraphe III** y apporte des modifications d'ordre rédactionnel consécutives à la loi HPST et à l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination et précise, de manière homothétique à ce qui est fait pour l'OQN, que l'Odam distingue les parts afférentes, d'une part, à la psychiatrie, d'autre part, aux soins de suite ou de réadaptation.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a apporté que des modifications d'ordre rédactionnel à cet article.

III - La position de la commission

L'identification des montants relatifs à la psychiatrie et aux soins de suite ou de réadaptation ne peut que renforcer la transparence. En outre, elle permet de préparer l'extension de la T2A à ce second secteur.

Il sera peut-être utile, dans un second temps, de scinder l'OQN et l'Odam afin de disposer d'objectifs plus fins et plus homogènes. Il faut cependant relever que ces deux objectifs n'apparaissent pas dans la loi de financement de la sécurité sociale, mais seulement dans les rapports semestriels de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

Qui plus est, on peut regretter, en termes de légistique, que les modifications apportées par cet article accroissent encore la complexité des articles concernés du code de la sécurité sociale, notamment en multipliant les renvois croisés entre articles.

Pour autant, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 42 bis

(article 47 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010)

Evolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et prescrits à l'hôpital

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à codifier et à élargir la procédure de contrôle des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et prescrits à l'hôpital.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 47 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 a organisé une procédure de contrôle et de sanctions en ce qui concerne l'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville mais prescrits dans les établissements publics de santé.

L'agence régionale de santé peut conclure avec un établissement un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins si les dépenses de médicaments occasionnés par les prescriptions de ses médecins

connaissent une progression supérieure à un taux arrêté chaque année par l'Etat.

Le présent article, adopté à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, prévoit de **codifier** ce dispositif (1° et 2°) et d'en **élargir** le champ, en matière :

- de médicaments et prestations (3° et 4°) ;
- d'établissements de santé (5°). Alors qu'il ne concernait que les établissements publics, les cliniques et établissements à but non lucratif y seront intégrés.

En outre, son 6° précise que la progression des dépenses supérieure au taux arrêté annuellement par l'Etat doit être « *non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle* » et que « *ce dépassement résulte notamment du non respect de l'obligation* » des médecins d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins et des conditions de délivrance des médicaments en officine, y compris la substitution éventuelle par un générique.

Enfin, le 7° prévoit que l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses, fixé par contrat entre l'ARS et l'établissement, doit être « *corrélée à son activité et à sa patientèle* ».

II - La position de la commission

Dans un contexte financier contraint, la question des interactions entre les sous-objectifs de l'Ondam est une réelle préoccupation de votre rapporteur général, qui estime essentiel de renforcer la transparence afin d'améliorer l'accès aux soins.

L'article 47 de la précédente loi de financement est un premier pas intéressant en ce sens ; sa codification et son élargissement semblent donc tout à fait pertinents.

Votre commission a néanmoins adopté **trois amendements** :

- le premier est rédactionnel ;
- le deuxième supprime la condition mise par cet article à l'action des ARS et des caisses primaires, selon laquelle le dépassement du taux fixé annuellement par l'Etat doit résulter du non-respect des obligations des médecins et des pharmaciens. Cette condition, dont l'impact est incertain, notamment en ce qui concerne l'action des pharmaciens d'officine, risque de vider de son sens le dispositif, qui reste en tout état de cause contractuel entre l'ARS, la caisse primaire et l'établissement ;
- le troisième demande un rapport au Gouvernement sur la mise en œuvre par les ARS du dispositif de contrôle et de sanction adopté il y a un an.

Elle vous demande en conséquence d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 42 ter

Evaluation de la politique immobilière des établissements de santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à ce que le programme de qualité et d'efficience comporte des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales, prévoit que les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficience relatif à la branche maladie comportent des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé.

II - La position de la commission

Sur le plan légistique, il peut être étonnant que cet article précise en fait le contenu d'un programme défini à un niveau organique.

Pour autant, la politique immobilière des établissements de santé est un enjeu essentiel d'efficience et de qualité de l'offre de soins. Il faut noter que la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale englobe l'ensemble des établissements de santé, et pas seulement les établissements publics.

Sous réserve d'un amendement rédactionnel, votre commission vous demande d'adopter cet article.

Article 42 quater

**Bilan des réorganisations internes
des établissements publics de santé**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à ce que le programme de qualité et d'efficience présente les réorganisations internes des établissements publics de santé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté notamment à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales, prévoit que le programme de qualité et d'efficience de la branche maladie présente un bilan et les perspectives des réorganisations internes tendant à améliorer le fonctionnement des établissements publics de santé.

II - La position de la commission

Là aussi, on peut s'étonner sur le plan légistique que cet article précise en fait le contenu d'un programme défini à un niveau organique. En outre, le champ de la demande apparaît particulièrement vaste.

Pour autant, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 42 quater
**Coût des dépenses prescrites en établissement de santé
et pesant sur l'enveloppe des soins de ville**

Objet : Cet article additionnel vise à renforcer l'information du Parlement sur les dépenses prescrites dans les établissements de santé et qui pèsent sur l'enveloppe des soins de ville.

Hors champ médico-social, la construction de l'Ondam distingue trois grands sous-objectifs théoriquement étanches : les soins de ville, les établissements de santé tarifés à l'activité et les autres établissements.

Or, le cheminement d'un patient dans un parcours de soins implique nécessairement le recours à ces différents acteurs et l'instauration de liens ou d'échanges ville-hôpital qu'il est d'ailleurs souhaitable de développer. Il peut ainsi arriver que des médicaments soient prescrits à l'hôpital et délivrés en ville, voire qu'une prescription soit simplement reconduite par le médecin traitant.

Il en résulte certaines confusions entre les enveloppes de l'Ondam, parfois même volontairement entretenues : des travaux ont ainsi été engagés pour vérifier que certains établissements ne font pas réaliser à leurs patients des examens en ville, alors qu'ils sont compris dans le forfait qui leur sera remboursé par l'assurance maladie au titre de la prise en charge du malade. Il est vraisemblable qu'une part importante de ces transferts pèse sur le sous-objectif soins de ville, pourtant plus respectueux de l'Ondam que ne le sont les hôpitaux.

Dans le but de renforcer la transparence des dépenses et l'information du Parlement lors du vote des sous-objectifs de l'Ondam, votre commission souhaite que le programme de qualité et d'efficience annexé chaque année au PLFSS présente un bilan des actes, prestations et médicaments prescrits dans les établissements de santé et dont le coût pèse sur l'enveloppe de soins de ville.

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

Article 43

(art. L. 341-10 du code de la sécurité sociale)

**Cumul des revenus d'une activité non salariée
avec une pension d'invalidité servie par le régime général**

Objet : *Cet article propose d'aligner les règles de cumul d'une pension d'invalidité et des revenus liés à la reprise d'une activité non salariée sur celles applicables en cas de reprise d'une activité salariée.*

I - Le dispositif proposé

Les règles relatives au cumul d'une pension d'invalidité et des revenus perçus par l'assuré sont différentes selon que ceux-ci proviennent d'une activité salariée ou non salariée.

• **Dans le cas d'une activité professionnelle salariée**, en application de l'article R. 341-15 du code de la sécurité sociale, *« la pension doit être suspendue, en tout ou partie, par la caisse primaire d'assurance maladie lorsqu'il est constaté que le montant cumulé de la pension d'invalidité et des salaires ou gains de l'intéressé excède, pendant deux trimestres consécutifs, le salaire trimestriel moyen de la personne pendant la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité »*.

Ainsi, l'assuré peut retrouver l'équivalent de sa rémunération antérieure grâce à la reprise d'une activité salariée.

• En revanche, **dans le cas d'une activité professionnelle non salariée**, il résulte de l'application combinée des articles L. 341-10, R. 341-16 et D. 341-2 du code de la sécurité sociale que le montant de la pension d'invalidité est réduit, dès lors que le cumul des revenus tirés de la pension d'invalidité et de la reprise d'activité dépasse un plafond fixé réglementairement. En particulier, aux termes de l'article D. 341-2 précité, *« lorsque le total de la pension d'invalidité et du gain provenant d'une activité professionnelle non salariée dépasse le chiffre de 6 283,74 euros par an pour une personne seule et de 8 700,59 euros pour un ménage, la pension est réduite en conséquence »* (après affectation des coefficients de revalorisation au 1^{er} avril 2010).

Autrement dit, **tout dépassement de ce plafond a pour conséquence un écrêtement de la pension d'invalidité** du montant équivalent au dépassement. Il en résulte que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité du régime général qui reprend une activité non salariée ne pourra pas cumuler son nouveau revenu avec sa pension, jusqu'au niveau de son ancien salaire. En effet, l'écrêtement de la pension sera total dès lors que la reprise d'activité fera apparaître un gain équivalent à 51 % d'un Smic net.

Ce mécanisme de plafonnement peut donc constituer **un frein à la reprise d'une activité professionnelle** et constitue, en tout état de cause, une **différence de traitement injustifiable** entre les assurés.

Aussi, le présent article propose d'**abroger l'article L. 341-10 du code de la sécurité sociale** relatif aux règles de cumul d'une pension d'invalidité et des revenus liés à la reprise d'une activité non salariée.

L'Assemblée nationale n'a apporté aucune modification au présent article.

II - La position de la commission

Votre commission approuve cette mesure qui remédie à une inéquité entre les assurés. Celle-ci répond en outre à une demande formulée dès 2004 par le Médiateur de la République et qui figure encore parmi ses propositions de réforme pour l'année 2010, faute d'avoir été mise en œuvre jusqu'à présent.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Section 1 bis

Dispositions relatives au secteur social et médico-social

Article 43 bis

*(art. L. 14-10-5 et L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles,
art. L. 1431-2 et L. 1432-6 du code de la santé publique)*

Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à donner une base légale aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) et à sécuriser leur financement.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Afin de favoriser l'intégration des multiples dispositifs d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs familles, le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la **création des Maia fédérant le réseau des actions de proximité et coordonnant leurs actions autour du malade.**

A la suite d'un appel à candidatures, **dix-sept projets ont été retenus.** Cent quarante autres sont associés à l'expérimentation via un club de volontaires sous la conduite de l'équipe projet nationale (EPN). Les premières expérimentations de ces Maia ont débuté en 2009 et se prolongeront en 2011, avant leur labellisation définitive.

Au 1^{er} juin 2010, 652 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont été prises en gestion de cas dans le cadre de l'expérimentation. L'année 2011 sera celle d'une généralisation progressive du dispositif grâce à la création de trente-cinq Maia supplémentaires qui s'ajouteront aux dix-sept sites fonctionnant déjà.

Le présent article vise à donner une base légale aux Maia et à sécuriser leur financement.

- Le **paragraphe I** modifie l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles relatif aux six sections composant le budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Actuellement, la première section du budget de la CNSA est consacrée au **financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux** et est divisée en deux sous-sections, respectivement consacrées aux établissements accueillant des personnes handicapées et aux établissements accueillant des personnes âgées.

Ces dispositions sont complétées par le présent article, pour prévoir que la première section du budget de la CNSA est également consacrée au financement :

- **des Maia ;**

- **des groupes d'entraide mutuelle (Gem)**, qui sont des espaces d'accueil, d'échange, de rencontres et de convivialité pour des personnes en souffrance psychique.

D'ores et déjà, la CNSA apporte une contribution au financement des Gem par voie de fonds de concours. A l'avenir, le financement des Gem comme des Maia sera assuré au travers de contributions de la CNSA aux budgets des agences régionales de santé.

Le texte proposé précise que les contributions aux budgets des ARS sont arrêtées par décision du directeur de la CNSA dans la limite du montant inscrit au budget de la section.

• Le **paragraphe II** tend à donner une base légale aux Maia auxquelles sera consacré l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles, l'actuel article L. 113-3 devenant l'article L. 113-4.

Le texte proposé pour l'article L. 113-3 dispose que les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée, ou en perte d'autonomie, coordonnant leurs activités au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Les conditions de leur fonctionnement devront répondre à un cahier des charges approuvé par décret, appelé à fixer notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées.

• Le **paragraphe III** tend à compléter les dispositions de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique relatif aux missions des ARS.

Ainsi, alors qu'elles sont déjà chargées d'évaluer et de promouvoir les formations des professionnels de santé, elles devront faire de même pour les personnels qui apportent, au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux, une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que pour les aidants et les accueillants familiaux.

Les dispositions de l'article L. 1431-2 sont également complétées pour prévoir l'attribution par les ARS de financements aux Maia et aux Gem.

• Enfin, le **paragraphe IV** complète l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, relatif aux ressources des ARS pour préciser que les contributions émanant de la CNSA sont destinées à conclure des actions concernant non seulement les établissements et services médico-sociaux, mais aussi les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées.

II - La position de la commission

La commission des affaires sociales approuve la mise en place des Maia, qui permettront de mutualiser les moyens d'accompagnement des malades et de leurs familles.

Elle s'interroge simplement sur l'opportunité d'inscrire dès à présent dans le code de l'action sociale et des familles un dispositif très récent, encore en phase d'expérimentation.

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

Article 43 ter

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

Rapport au Parlement préalable à la correction en fin d'année de l'objectif global de dépenses

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que la correction de l'objectif global de dépenses (OGD) en fin d'année s'effectue sur la base d'un rapport présenté au Parlement.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Selon les termes de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, l'objectif global de dépenses (OGD) du secteur médico-social est fixé chaque année par arrêté ministériel, en fonction de la contribution des régimes d'assurance maladie fixée au sein de l'Ondam et du montant prévisionnel des autres recettes de la CNSA (CSG et contribution solidarité autonomie).

Le même article précise que l'OGD prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

Le présent article prévoit que la correction éventuelle de l'OGD en fin d'année est réalisée sur la base d'un rapport public remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 1^{er} octobre.

II - La position de la commission

Votre commission estime que l'information du Parlement en matière médico-sociale est encore insuffisante et que l'OGD devrait pouvoir donner lieu à un vote, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

La présentation d'un rapport sur les corrections de fin d'année est donc une évolution positive qui mérite d'être soutenue.

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

Article 43 quater

*(art. L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles,
art. 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement
de la sécurité sociale pour 2009)*

Prolongation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à prolonger l'expérimentation de la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a notamment prévu la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur à compter du 1^{er} janvier 2011.

Avant la mise en place généralisée de cette mesure, une expérimentation devait être conduite, donnant lieu à un bilan présenté au Parlement en octobre 2010.

L'expérimentation a débuté en décembre 2009 et concerne 276 Ehpad publics ou privés répartis sur l'ensemble du territoire. Une mission de pilotage et de suivi de l'expérimentation a récemment dressé un premier bilan de cette expérimentation¹, qui montre que la réintégration des médicaments dans le forfait soins présente des risques importants, au premier rang desquels celui

¹ Sur les résultats de l'expérimentation, voir le tome III, Secteur médico-social, du présent rapport.

d'empêcher l'accès aux établissements des personnes ayant besoin de traitements particulièrement coûteux. Dans ces conditions, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'accord du Gouvernement, un amendement prolongeant de deux années l'expérimentation en cours.

- Le **paragraphe I** modifie l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, au sein duquel sont notifiées les dispositions de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 en remplaçant la durée de deux ans prévue pour l'expérimentation par une durée de quatre ans. De même, la remise du rapport d'évaluation des expérimentations, prévue avant le 1^{er} octobre 2010, est repoussée de deux années.

En conséquence, la généralisation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins est renvoyée au 1^{er} janvier 2013, de même que l'abrogation des dispositions qui excluent les médicaments du forfait soins.

- Le **paragraphe II** abroge les dispositions de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, codifiées au sein de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

II - La position de la commission

Compte tenu des difficultés rencontrées et des risques que soulève la réintégration des médicaments dans le forfait soins, votre commission approuve la poursuite de l'expérimentation engagée en 2009. Elle s'étonne cependant que le Gouvernement n'ait pas cru utile de remettre au Parlement le rapport qui devait lui être transmis avant le 1^{er} octobre 2010. Le Gouvernement disposait pourtant des éléments nécessaires grâce aux travaux de la mission Igas-CGES sur la question. Elle souhaite être informée dans de meilleures conditions des résultats à venir de l'expérimentation.

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

Article 43 quinquies
(art. L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles)

Procédure d'évaluation de la perte d'autonomie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à modifier la procédure d'évaluation de la perte d'autonomie pour tenir compte de la nouvelle répartition des compétences opérée par la loi HPST.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles répartit les compétences de tarification des Ehpad et distingue les prestations de soins, les prestations relatives à la dépendance et les prestations d'hébergement.

En ce qui concerne les prestations relatives à la dépendance, l'article L. 314-9 du même code prévoit que les montants des éléments de tarification sont modulés selon l'état de la personne accueillie, au moyen de la grille Aggir (autonomie, gérontologie, groupe Iso-ressources).

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 314-9 dispose que l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un praticien-conseil de la caisse d'assurance maladie. En cas de désaccord entre les deux médecins sur cette validation, une commission départementale de coordination médicale délivre le classement définitif.

Lorsqu'un établissement conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie arrêtée, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale.

Le présent article tend à tirer les conséquences de la loi HPST, qui a profondément réformé la gouvernance du secteur médico-social en confiant de larges compétences aux agences régionales de santé (ARS).

Le texte proposé modifie en conséquence l'article L. 314-9 pour prévoir :

- la transmission de l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents pour contrôle et validation à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et **à un médecin de l'ARS territorialement compétente, désigné par son directeur général ;**

- corrélativement, la commission départementale de coordination médicale sera remplacée par une **commission régionale de coordination médicale**, dont les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement doivent être définies par décret en Conseil d'Etat, et qui sera chargée de déterminer le classement définitif en cas de désaccord.

Par ailleurs, le texte prévoit la mise en place d'une procédure similaire pour l'évaluation des **besoins en soins requis**, qui permettent de moduler le forfait soins des Ehpad afin d'assurer au mieux la prise en charge des résidents.

L'évaluation des besoins en soins requis des résidents sera transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'ARS. En cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le médecin chargé du contrôle, la commission régionale de coordination médicale sera appelée à déterminer le classement définitif.

II - La position de la commission

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

Article 43 sexies
(art. 54 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009
de financement de la sécurité sociale pour 2010)
**Pharmacies à usage intérieur dans les groupements
de coopération sanitaire**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à repousser l'entrée en vigueur de la possibilité pour les groupements de coopération sanitaire médico-sociaux de se doter d'une pharmacie à usage intérieur.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a complété l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles pour permettre aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale d'être chargés, pour le compte de leurs membres, des activités de pharmacie à usage intérieur.

L'entrée en vigueur de cette disposition a été fixée au 1^{er} janvier 2011.

Le présent article tend à repousser à 2013 l'entrée en vigueur de cette possibilité. Au cours du débat, l'auteur de l'amendement a indiqué qu'il s'agissait de tirer les conséquences de la prolongation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins.

II - La position de la commission

Votre commission ne voit aucune raison de retarder l'entrée en vigueur de la possibilité offerte aux groupements de coopération sociale et médico-sociale de gérer, pour le compte de leurs membres, des activités de pharmacie à usage intérieur. La prolongation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins ne constitue en aucun cas un obstacle à la mise en œuvre de cette mesure.

Il est vrai que la réintégration des médicaments dans le forfait soins, si elle est généralisée dans deux ans, incitera peut-être davantage d'établissements à se doter de pharmacies à usage intérieur, ce qui risque de menacer la viabilité des pharmacies d'officine en zones rurales, comme l'a souligné le rapport de la mission chargée de suivre le déroulement de l'expérimentation de la réintégration des médicaments.

Une telle perspective, dont les effets doivent être évalués pendant la période d'expérimentation, ne saurait conduire à empêcher les groupements de coopération de se doter dès à présent d'une PUI, dès lors que cette solution peut être particulièrement adaptée dans le cas d'un groupement.

En conséquence, votre commission vous demande de supprimer cet article.

Article 43 septies

Rapport au Parlement sur les écarts de charges entre les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La question du différentiel de charges sociales et fiscales entre les différentes catégories d'établissements de santé et d'établissements sociaux et médico-sociaux est évoquée de manière récurrente lors de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale successifs.

En 2009, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le Sénat avait adopté un amendement prévoyant, pour la tarification applicable aux établissements de santé, la mise en place d'un coefficient correcteur correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale.

Retenu par la commission mixte paritaire, cet amendement avait néanmoins été supprimé, à l'initiative du Gouvernement, lors de la lecture des conclusions de la commission mixte.

Justifiant le refus par le Gouvernement de ce dispositif, la ministre de la santé avait apporté, lors du débat au Sénat, les précisions suivantes : « *Le mécanisme du coefficient correcteur est potentiellement injuste et inéquitable.*

« Contrairement aux apparences, ce mécanisme va non pas neutraliser, mais accroître les différences de situation entre les divers secteurs de l'hospitalisation. Il se traduira en particulier par une augmentation des écarts de rémunération entre les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés commerciaux. Ce serait d'autant plus contestable que les établissements privés à but non lucratif bénéficient à l'heure actuelle de l'échelle tarifaire du secteur public.

« Je rappelle par ailleurs que les établissements de santé publics sont eux aussi soumis à des contraintes légales ou réglementaires spécifiques, dans le domaine du droit du travail ou en matière d'achat, qui ne donnent pas lieu à compensation.

« Si vous ouvrez la boîte de Pandore des demandes reconventionnelles, il n'y a pas de raison de se limiter au secteur privé non lucratif.

« L'application de ce mécanisme aurait pour conséquence de devoir prendre en compte une multitude de particularismes en matière de politique de rémunération ou de fiscalité locale, et donc de multiplier les échelles tarifaires. Vous voulez que le coefficient correcteur égalise les diverses charges fiscales. Or, ces charges varient beaucoup selon les collectivités et il est dans ces conditions bien difficile d'instituer un coefficient correcteur équitable !

« L'instauration de multiples coefficients correcteurs conduirait à rendre illisibles les modalités de financement. Ce serait contradictoire, d'une part, avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité, qui vise à l'harmonisation des financements, et, d'autre part, avec la démarche de convergence des tarifs entre les différents secteurs. Permettez-moi d'ailleurs de m'étonner que ce soient les mêmes qui plaident pour ce mécanisme et pour la convergence.

« Enfin, la mise en œuvre du coefficient correcteur, et ce n'est pas la moindre des difficultés, se traduirait par des transferts de ressources importants, a minima de 180 millions d'euros. Des expertises complémentaires montrent même que la ponction sur le secteur public au profit des établissements privés à but non lucratif dépasserait sans doute largement cette somme. »

Un an plus tard, la situation n'a pas changé et la même question est posée par le présent article 43 septies. Celui-ci, inséré dans le projet par l'Assemblée nationale contre l'avis du Gouvernement, prévoit que le

Gouvernement remet au Parlement, dans les six mois suivant la promulgation de la loi, un rapport sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par la mise en œuvre de tarifs plafond ou de mécanismes de convergence tarifaire.

II - La position de la commission

Votre commission estime qu'il est souhaitable de disposer de données fiables sur cette question du différentiel de charges sociales et fiscales pouvant exister entre catégories d'établissements. La convergence tarifaire, comme le répète inlassablement la ministre de la santé, ne peut être réalisée qu'en identifiant les obligations particulières assumées par les différentes catégories d'établissements, afin que la convergence se réalise sur la base de tarifs comparables entre eux.

A ce titre, il apparaît normal d'analyser d'éventuelles différences relatives aux obligations sociales et fiscales. Le rapport proposé porte sur les établissements sociaux et médico-sociaux, mais ses résultats pourront aisément être transposés aux établissements de santé.

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

*Article additionnel après l'article 43 septies
(art. L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles)*

Clarification de la nature des interventions des professionnels libéraux au sein des Ehpad

Objet : Cet article additionnel tend à préciser clairement que l'intervention des professionnels libéraux au sein des établissements sociaux et médico-sociaux ne peut être qualifiée d'activité salariée.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles dispose que des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral, destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation, sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement. Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.

Le présent article additionnel tend à compléter cet article pour prévoir que les interventions de ces professionnels ne peuvent être qualifiées d'activité salariée. Certains établissements subissent en effet des requalifications en activité salariée des interventions de professionnels de santé libéraux auprès de leurs usagers, à l'occasion des contrôles réalisés par l'Urssaf.

Le même amendement a été présenté à l'Assemblée nationale puis retiré après engagement du Gouvernement de régler ce problème lors de l'examen du projet de loi par le Sénat.

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

Article 44

(art. L. 323-3-1 (nouveau) et L. 433-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 1226-1-1 (nouveau) et L. 1226-7 du code du travail)

Actions de formation professionnelle continue ou d'accompagnement vers le retour à l'emploi durant un arrêt maladie

Objet : Cet article vise à permettre à un assuré en arrêt maladie de suivre certaines actions de formation professionnelle ou d'accompagnement vers le retour à l'emploi.

I - Le dispositif proposé

L'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009¹ a permis le maintien des indemnités journalières versées à la suite d'un accident professionnel lorsque l'assuré suit des actions de formation professionnelle, d'évaluation ou d'accompagnement auxquelles la caisse primaire est partie prenante.

Cet article transpose ce dispositif aux indemnités journalières versées au titre de la maladie mais restreint sensiblement le champ des actions que l'assuré peut suivre, tant en cas d'accident professionnel que de maladie.

Le 1^o du **paragraphe I** insère un nouvel article L. 323-3-1 dans le code de la sécurité sociale ; il prévoit que, durant la période de versement de ce type d'indemnité journalière, l'assuré peut demander, en accord avec son médecin traitant et le médecin conseil de la caisse, à réaliser un bilan de compétences² ou des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe. La durée de ces actions doit être compatible avec celle prévue pour l'arrêt de travail. La caisse communique l'information à l'employeur, qui prévient le médecin du travail.

Le 2^o tend à harmoniser les deux dispositifs, le nouvel article L. 323-3-1 au titre de la maladie et le quatrième alinéa de l'article L. 433-1 au

¹ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

² 10° de l'article L. 6313-1 du code du travail.

titre de l'accident professionnel, inséré il y a deux ans par la loi de financement de la sécurité sociale précitée.

Cependant, le Gouvernement a choisi « d'écraser » le second, en rendant applicable pour les assurés en arrêt pour cause d'accident de travail le modèle nouvellement adopté pour la maladie. Ce faisant, il introduit deux modifications notables :

- alors que l'article L. 433-1 précisait que « *l'indemnité journalière peut être maintenue* », l'article L. 323-3-1 indique que « *le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle* » au suivi d'actions de formation ;

- surtout, le champ des actions de formation professionnelle que l'assuré peut suivre durant son arrêt de travail est nettement plus large dans l'article L. 433-1 actuel que dans la nouvelle rédaction prévue à l'article L. 323-3-1.

Le premier renvoie à l'ensemble de l'article L. 6313-1 du code du travail : préformation et préparation à la vie professionnelle ; adaptation et développement des compétences ; promotion professionnelle ; prévention ; conversion ; acquisition, entretien ou perfectionnement des connaissances ; bilan de compétences ; actions permettant une validation des acquis de l'expérience ; actions favorisant la création ou la reprise d'entreprise ; actions de lutte contre l'illettrisme et d'apprentissage de la langue française ; etc.

Le second ne vise que le 10° de cet article : la réalisation d'un bilan de compétences.

Le **paragraphe II** modifie le code du travail pour tirer les conséquences en termes de contrat de travail de la possibilité offerte aux assurés de suivre des actions de formation ou d'accompagnement durant leur congé pour maladie ou accident.

Le 1° insère un nouvel article L. 1226-1-1 qui précise que le contrat de travail d'un salarié malade ou victime d'un accident non professionnel demeure suspendu durant ces périodes. Du point de vue rédactionnel, il faut relever que l'expression « *demeure suspendu* » peut surprendre car, si le contrat de travail d'un salarié en arrêt maladie est bien suspendu, cela est inscrit de manière indirecte à l'article suivant du code et découle d'une jurisprudence constante de la Cour de cassation.

Par ailleurs, l'article L. 1226-7 du code du travail prévoit que le contrat de travail est également suspendu durant les actions de formation et d'accompagnement suivies par un assuré en arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle. Dans le même esprit que la modification de l'article L. 433-1 précitée, le 2° apporte une modification rédactionnelle à cet article pour renvoyer à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale qui devient bien, en conséquence, l'article faîtière du dispositif dans son ensemble.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

L'objectif de cet article est de préparer le retour à l'emploi des assurés en arrêt maladie, en leur permettant de suivre des actions de formation tout en continuant de percevoir leurs indemnités journalières.

Votre commission estime très positif d'ouvrir cette possibilité aux assurés, à leur demande et avec l'accord de la caisse primaire qui verse les indemnités. Cette mesure complètera utilement les deux outils qui existe aujourd'hui mais dont les résultats sont limités : la possibilité, soumises à conditions, de maintenir une partie des indemnités journalières lors de la reprise du travail¹ et la concertation entre les médecins conseil, traitant et de travail sur les modalités de reprise du travail ou les démarches de formation envisageables pour les assurés dont l'arrêt dépasse trois mois².

Pour autant, elle n'estime **pas judicieux de restreindre a priori le champ des formations** que le salarié peut suivre, puisque le dispositif est de toute façon soumis à l'accord de la caisse.

Elle vous demande en conséquence d'adopter un amendement en ce sens, puis cet article ainsi modifié.

Article 45

Dotations pour 2011 des régimes obligatoires d'assurance maladie 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, à l'établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires et aux agences régionales de santé

Objet : Cet article fixe le montant pour 2011 de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fiqcs, du Fmespp, de l'Oniam, de l'Eprus et des ARS.

I - Le dispositif proposé

Cet article détermine les contributions des régimes d'assurance maladie obligatoire au fonctionnement d'un certain nombre d'organismes.

Les dépenses correspondantes, de nature très diverse, n'ont pas de rapport avec la couverture du risque de santé, et n'ont par conséquent pas de vocation évidente à être financées sur les ressources de l'assurance maladie ; elles devraient plutôt relever d'un financement budgétaire.

¹ Article L. 323-3 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale.

On peut observer que l'évaluation de ces contributions, qui ne sont pas toujours intégralement consommées, ne semble pas procéder du même souci de maîtrise des dépenses que celle des dépenses qui relèvent plus directement du « cœur de mission » de l'assurance maladie.

• Le **paragraphe I** fixe à **250 millions d'euros** le financement en 2011, par l'assurance-maladie obligatoire, du **fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs)**, en augmentation¹ de 22 millions par rapport à celle prévue par la LFSS pour 2010.

Il plafonne par ailleurs à 296 millions les dépenses totales du Fiqcs en 2011, compte tenu de l'utilisation du « fonds de roulement » disponible, autrement dit des dotations inutilisées du fonds, qui s'élevaient encore, fin 2009, à 75 millions d'euros, mais devraient avoir diminué de 30 millions au cours de l'année 2010.

Créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le Fiqcs a repris la mission de deux fonds préexistants, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqs) et la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR).

Entièrement financé par l'assurance maladie obligatoire, il a vocation à financer des actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville, notamment par l'octroi d'aides aux professionnels et à leurs regroupements, aux centres de santé, au développement de réseaux de santé, aux actions favorisant un « *service pluridisciplinaire et regroupé des personnels de santé* ».

Il contribue également à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP).

La loi HPST a complété la définition, déjà étendue, des missions du Fiqcs en y ajoutant le financement du nouveau contrat d'engagement de service public, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) ambulatoires ainsi que celui des nouveaux « contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins » (Caqs), que les ARS pourront proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux Ehpad, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux et aux réseaux de santé (article L. 1435-4 du code de la santé publique).

Pour 2011, les dotations du Fiqcs seront affectées :

* à hauteur de **66 millions d'euros** (80 millions en 2010) à la **dotation nationale**, pour financer, notamment :

- le dossier médical personnel ;
- l'accompagnement du développement des plans de santé publique ;

¹ Que la fiche d'évaluation de l'article 45 qualifie de « légère ».

- la rémunération des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public ;

* à hauteur de **230 millions d'euros** (260 millions en 2010) à la dotation régionale, au profit :

- de la mise en place, par les ARS, de l'organisation des soins de premier recours à travers le financement des maisons de santé pluridisciplinaires, des centres et pôles de santé, des Cpom ambulatoires et des Caqcs ;

- des réseaux de santé, de l'implantation des maisons médicales de garde et de dispositifs de régulation médicale ;

- des autres actions visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

• Le **paragraphe II** fixe à **347,1 millions d'euros** pour 2011 la dotation au **fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp)**. Ce chiffre est à comparer avec la dotation de 264 millions prévue par la LFSS pour 2010, ramenée à 159 millions par l'article 6 du projet de loi de financement (+ 118 %).

La consommation des crédits du Fmespp connaît un rythme inégal, ce qui, comme on l'a rappelé (cf. *supra* article 6), a justifié la mise en place d'un mécanisme de déchéance des crédits non délégués ou non utilisés du fonds.

A ce jour, les crédits disponibles du Fmespp s'élèvent déjà à 551 millions d'euros.

En 2010, les dépenses prévisionnelles du fonds devaient intégrer **73,63 millions d'euros de crédits non consommés**, et il ne devait pas, à l'issue de l'exercice, y avoir de reports de crédits non consommés en 2011¹.

Le Fmespp participe au financement des dépenses de fonctionnement et d'investissement liées aux opérations de modernisation et de recomposition des établissements de santé publics et privés.

Les dotations demandées au titre de 2011 devraient être affectées :

- aux dépenses dites de « ressources humaines », consacrées aux actions d'amélioration des conditions de travail des personnels et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé, à hauteur de 55,4 millions ;

- pour 241,1 millions, à des dépenses d'investissements, dont près de 220 millions pour le plan Hôpital 2012, 3,17 millions pour la mise en place des UHSA, 8 millions pour le plan Alzheimer et 4,5 millions pour la poursuite du plan « maladies rares » ;

¹ Annexe 8 au PLFSS.

- pour 51,25 millions à d'autres mesures - dont 10,15 millions pour la modernisation des équipements des Samu.

• Le **paragraphe III** fixe à **20 millions d'euros** la dotation pour l'année 2011 de l'assurance maladie à **l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)**.

Cette dotation est très nettement inférieure à celle fixée, de manière rectificative, à **170 millions pour l'année 2010**, par l'article 6 du projet de loi de financement (cf. *supra* le commentaire de cet article).

Elle s'inscrit dans le cadre de l'estimation, pour les trois années 2010 à 2012, des dépenses de l'Eprus auxquelles l'assurance maladie peut être appelée à contribuer dans la limite de la moitié de leur montant.

Elle correspond à la deuxième tranche annuelle de ces dépenses « cofinçables », qui s'élèveront au total à 401,2 millions d'euros, dont 200,6 millions à la charge de l'assurance maladie.

• Le **paragraphe IV** fixe à **45 millions d'euros** la dotation 2011 de l'assurance-maladie obligatoire au financement de **l'Oniam** (contre 70 millions pour 2010).

L'Oniam est un établissement public de l'Etat créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Il est chargé de l'indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques, des victimes d'accidents médicaux résultant de mesures sanitaires d'urgence ou de vaccinations obligatoires, ainsi que des victimes contaminées par le VIH ou le VHC à l'occasion de transfusions sanguines (cf. article 39).

• Enfin, le **paragraphe V** fixe le montant de la contribution pour 2011 des régimes d'assurance maladie obligatoire aux **agences régionales de santé (ARS)**, soit une participation de **151 millions d'euros** au **budget de gestion des ARS** et de **40 millions** au titre de leurs **actions de prévention**.

Pour 2010, votre commission, qui avait proposé au Sénat une nouvelle rédaction de l'article relatif à la contribution de l'assurance maladie au financement des ARS, avait évalué cette contribution, en année pleine, à 110 millions pour les dépenses en personnel - correspondant aux personnels de l'assurance maladie transférés aux ARS - et à 40 millions pour les dépenses de prévention - correspondant aux crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (Fnpeis) transférés aux ARS.

Elle avait accepté de fixer, pour tenir compte des préoccupations du Gouvernement, à **135 millions d'euros** le plafond en année pleine des moyens en personnels des ARS, soit un montant légèrement supérieur à celui que les régimes d'assurance maladie obligatoire (régime général, MSA, RSI) consacraient aux activités reprises par les ARS.

En séance publique, le Sénat avait à son tour accepté, à la demande du Gouvernement, de porter à **173 millions d'euros** le plafond en année pleine des dépenses en personnel des ARS prises en charge en 2010 par l'assurance maladie.

Votre rapporteur général n'a pas obtenu, et il le regrette, les informations détaillées que la ministre de la santé s'était engagée à lui apporter sur l'emploi de ces crédits, ni sur la contribution de l'assurance maladie aux dépenses d'installation des ARS.

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses des ARS, mise en place le 1^{er} avril, se serait élevée en 2010 à un montant de 157,8 millions d'euros tous régimes confondus.

Il ne dispose pas de davantage de détails sur les raisons qui conduisent à fixer, pour 2011, la contribution des régimes d'assurance maladie au fonctionnement des ARS aux montants inscrits au paragraphe V de cet article.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Cette année encore, cet article, comme les dispositions homologues des précédentes lois de financement de la sécurité sociale, illustre une gestion que l'on pourrait presque qualifier de schizophrénique des ressources de l'assurance-maladie.

Alors que les dépenses consacrées à la couverture du risque maladie, c'est-à-dire celles qui relèvent de la mission des régimes obligatoires d'assurance-maladie, sont calculées au plus juste, avec le souci de limiter les dérives susceptibles de menacer la survie même d'un régime de protection sociale qui est au cœur de notre pacte républicain, on constate simultanément un inquiétant saupoudrage des ressources de l'assurance-maladie au profit de dépenses qui ne relèvent pas de son rôle.

Fonds d'intervention destinés à financer la politique d'organisation de l'offre de soins, prise en charge des dépenses liées aux missions régaliennes de l'État en matière de protection de la population contre les risques sanitaires exceptionnels, indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques ou d'accidents médicaux, contribution au fonctionnement d'établissements publics de l'État, mise en œuvre du plan Hôpital 2007 et financement des outils de réforme du pilotage de la politique hospitalière... La liste est longue de ces dépenses qui devraient relever du financement de l'État et qui sont couvertes, en tout ou partie, par les ressources de l'assurance-maladie, ainsi détournées de leur objet.

La Cour des comptes s'en émeut à l'occasion, mais sans effet apparent.

Qui pis est, l'État, ménager de ses deniers, évalue généreusement et gère sans rigueur excessive ses « emprunts » aux finances sociales.

Sans même évoquer la grippe H1N1 et les mécomptes du plan Hôpital 2007, la surestimation et la sous-consommation de ces dotations, l'évaluation aléatoire de leur utilisation, par ailleurs peu transparente, apportent à la dégradation des finances sociales une contribution particulièrement inopportune par les temps que nous vivons.

Pour ces motifs, votre commission a adopté un **amendement** tendant à supprimer la contribution en 2011 de l'assurance maladie à l'Eprus.

La contribution prévue pour 2010 - 170 millions d'euros sur un total de dépenses « cofinancables » de 270 millions d'euros - correspond en effet à un déséquilibre certain entre les contributions de l'Etat et de l'assurance maladie, reproduisant un schéma que l'on avait déjà observé en 2007, première année du « triennat » 2007-2009 (cf. *supra* commentaire de l'article 6).

Afin de réduire ce déséquilibre, il est donc proposé de limiter à 170 millions d'euros, sur les deux années 2010 et 2011, la contribution de l'AMO aux dépenses de produits de l'Eprus.

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

Article additionnel après l'article 45
(art. L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale)
Vote des dotations missions d'intérêt général
et d'aide à la contractualisation par le Parlement

Objet : Cet article additionnel vise à ce que la dotation missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (Migac) soit votée par le Parlement dans le cadre du PLFSS.

Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ont pris une part importante dans le financement des établissements de santé : la dotation 2010 s'élève ainsi à 8,1 milliards d'euros.

Or, elles n'apparaissent pas en tant que telles dans la loi de financement de la sécurité sociale, puisque l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale prévoit que la dotation est fixée par l'Etat.

Afin d'améliorer la transparence et l'information du Parlement et dans la continuité du rapport Briet, cet article additionnel tend à prévoir que ce montant sera fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale,

l'Etat continuant de déterminer les dotations régionales et les critères d'attribution aux établissements.

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

*Article additionnel après l'article 45
(art. L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale)*

Vote de l'objectif de dépenses d'assurance maladie par le Parlement

Objet : Cet article additionnel tend à ce que l'objectif de dépenses d'assurance maladie (Odam) soit voté par le Parlement dans le cadre du PLFSS.

L'objectif de dépenses d'assurance maladie (Odam) concerne le secteur public et les établissements privés à but non lucratif ; il regroupe principalement les activités de psychiatrie et celles de soins de suite ou de réadaptation. Il est fixé chaque année par l'Etat en fonction de l'Ondam.

Pour des raisons de transparence et dans le cadre des conclusions du rapport Briet tendant à renforcer l'information du Parlement, cet article additionnel prévoit que cet objectif soit fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, la répartition régionale continuant d'être réalisée par l'Etat.

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

*Article additionnel après l'article 45
(art. L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale)*

Vote de l'objectif quantifié national par le Parlement

Objet : Cet article additionnel tend à ce que l'objectif quantifié national (OQN) soit voté par le Parlement dans le cadre du PLFSS.

L'objectif quantifié national (OQN) définit, chaque année, le montant annuel des charges des établissements du secteur privé à but lucratif afférentes aux activités de psychiatrie et à celles de soins de suite ou de réadaptation et remboursées par l'assurance maladie.

Pour des raisons de transparence et dans le cadre des conclusions du rapport Briet tendant à renforcer l'information du Parlement, cet article additionnel prévoit que cet objectif ne soit plus fixé par l'Etat, mais en loi de financement de la sécurité sociale.

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

Article 45 bis

(art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale)

Transmission au Parlement du bilan d'activité du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, à l'unanimité, tend à améliorer l'information du Parlement sur l'activité du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination (Fiqcs)

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article adopté à l'initiative des membres du groupe socialiste, radical, citoyens et divers gauche, avec l'avis favorable du Gouvernement et de la commission, modifie le V de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, relatif au Fiqcs, pour prévoir que le comité national de gestion du fonds transmettra chaque année au Parlement, avant le 1^{er} septembre, le bilan de son activité.

II - La position de la commission

On ne peut qu'approuver cet article, qui permettra peut-être de répondre aux nombreuses questions que se posent les parlementaires, et plus généralement les élus, sur l'activité du Fiqcs.

Il serait cependant également opportun de prévoir la communication au Parlement du rapport retraçant l'activité du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp), établi par la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire de ce fonds, et qui « *dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements* ».

Ce rapport est remis aux ministres compétents au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice considéré (article 8 du décret n° 2000-1242 du 21 décembre 2001 relatif au Fmepps).

Le Parlement devrait en être également destinataire ainsi, comme le ministre chargé de la santé, le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et le conseil de l'hospitalisation, que de l'avis sur ce rapport du comité de surveillance du fonds.

Votre commission a donc adopté un **amendement** ayant cet objet.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 45 ter

*(art. 40 de la loi n° 2000-1257 de financement
de la sécurité sociale pour 2001,*

art. L. 1432-6 du code de la santé publique

et art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale)

Fongibilité des crédits des parts régionales du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins - Utilisations diverses de ressources de l'assurance maladie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à renforcer, de diverses manières, la capacité des ARS à décider de l'emploi des parts régionales du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) et du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp). Il prévoit également une contribution du Fmespp aux dépenses des ARS.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Les dispositions assez diverses de cet article ont en commun l'objectif de renforcer le libre emploi, par les ARS, des crédits du Fmespp et du Fiqcs, ce qui ne contribuera pas à faciliter le contrôle du bon emploi de ces financements.

• Le **paragraphe I** de cet article modifie **l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, relatif au Fmespp.**

- Le **1° de ce paragraphe rétablit le III bis** de cet article, abrogé par l'ordonnance du 23 février 2010 de coordination avec la loi HPST¹.

Dans sa rédaction antérieure, ce paragraphe prévoyait le versement par le Fmespp aux établissements de santé des sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords-cadres pour l'amélioration des pratiques hospitalières conclus entre les ministres compétents, l'Uncam et les fédérations nationales représentatives des établissements de santé, en application de l'article L. 6113-12 du code de la santé publique, également abrogé par l'ordonnance précitée.

La nouvelle rédaction proposée par l'article 45 *ter* tend à permettre au fonds de prendre en charge, dans des conditions définies par décret, « *le coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière* ».

L'objet de ces dépenses n'est pas très clairement énoncé, et l'on peut aussi être tenté d'observer que l'amélioration recherchée des pratiques hospitalières n'aura pas pour premier effet, à la différence des anciens

¹ Ordonnance n° 2010-277 du 23 février 2010.

« accords pour l'amélioration des pratiques hospitalières », d'éviter des dépenses.

On peut supposer, à la lecture de l'objet de l'amendement, qu'est visée ici la possibilité qui serait donnée au ARS de « *financer directement, sur la part régionale du Fmespp (financé par l'assurance maladie), les projets de transformation hospitalière dans le cadre des contrats de performance lancés par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap)*¹ ;

- le 2° tend à insérer dans l'article relatif au Fmespp des dispositions nouvelles confiant aux ARS le soin d'attribuer des financements aux fonds consacrés aux dépenses dites « de ressources humaines » (cf. *supra* commentaire de l'article 45), aux dépenses d'investissements immobiliers, inférieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, et au « coût des ressources de conseil » visé au nouveau III *bis*.

Il est précisé que ces financements pourraient être affectés « *aux actions visées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale* », relatif aux missions du Fiqcs qui, comme on le sait, a vocation à soutenir l'organisation des soins de ville.

Il s'agit donc ici de réaliser la « fongibilité » des crédits du Fmespp et du Fiqcs.

• Le **paragraphe II** de l'article complète l'**article L. 1432-6 du code de la santé publique, relatif aux ressources des ARS**, par un alinéa (6°) nouveau ajoutant à l'énumération de ces ressources « *des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dans des conditions définies par décret* ».

La nécessité et la destination de cette nouvelle ressource, qui s'ajouterait à la contribution de l'assurance maladie, ne sont pas explicitées.

• Enfin, le **paragraphe III** a pour objet de compléter le **VI de l'article du code de la sécurité sociale relatif au Fiqcs**, financé par l'assurance maladie, par un alinéa précisant que les aides du fonds déconcentrées aux ARS - qui étaient auparavant déconcentrées aux missions régionales de santé - pourront être affectées aux actions du Fmespp mentionnées au nouveau V *bis* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, c'est-à-dire aux actions « de ressources humaines », aux « investissements des établissements de santé » et au financement des « plans de performance » de l'Anap.

Il est ainsi prévu une « fongibilité symétrique » des crédits du Fmespp et du Fiqcs.

¹ Créée par la loi HPST, l'Anap est, comme le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalière (GMSIH), dont elle a repris les attributions ainsi que celles de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh) et de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah), un Gip. Elle est financée par l'assurance maladie, comme l'étaient le GMSIH, la Mainh et la Meah.

II - La position de la commission

Les dispositions de cet article peuvent susciter une certaine perplexité.

Selon les explications données lors du débat à l'Assemblée nationale par la ministre de la santé, elles devraient beaucoup au souhait du président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale d'assouplir sans tarder les conditions d'utilisation des parts régionales du Fmespp et du Fiqcs en les rendant fongibles.

Cependant, comme l'a rappelé également la ministre, l'Igas et l'IGF ont récemment remis un rapport sur ce sujet, et il semble préférable de prendre le temps d'en étudier les propositions. Le schéma proposé porte en effet les traces d'une certaine improvisation, et toutes ses incidences, notamment en ce qui concerne l'apport de ressources du Fmespp aux ARS et l'intervention directe de celles-ci dans les projets soutenus par l'Anap, n'apparaissent pas clairement.

On observera d'autre part qu'il paraît souhaitable de poursuivre les efforts entrepris pour améliorer la gestion du Fmespp et du Fiqcs avant de risquer de rendre encore plus complexes les conditions d'affectation et d'utilisation de leurs ressources, et plus difficile l'évaluation de leur action.

Ces deux fonds, il convient de le rappeler, se caractérisent encore davantage par leur difficulté à utiliser leurs dotations que par l'insuffisance de leurs ressources.

Au surplus, ces dotations sont définies et réparties annuellement au niveau national comme au niveau régional, et il ne devrait donc pas être trop difficile d'ajuster les dotations régionales en fonction de l'évolution des besoins respectifs dans les domaines de l'offre de soins hospitalière et de l'offre de soins de ville.

Enfin, il convient de rappeler que l'organisation de l'offre de soins et la modernisation du système de santé relèvent de la compétence - et du financement - de l'Etat et non de ceux de l'assurance maladie.

Votre commission estime donc prématuré d'adopter le dispositif proposé par cet article additionnel, d'autant plus que le fait qu'il ait été présenté comme « *un pas vers les Ordam* », c'est à dire vers la définition d'objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie, ne plaide pas, pour votre commission, en sa faveur.

Comme elle l'a maintes fois rappelé, s'il est souhaitable de prendre en compte les spécificités régionales, de corriger les inégalités en matière d'offre de soins et d'accès aux soins, la politique nationale de santé et d'amélioration de l'organisation et de l'efficacité du système de soins **ne saurait pour autant résulter de l'addition de politiques régionales.**

En revanche, il lui paraît souhaitable de parfaire le mécanisme de déchéance des fonds non délégués ou non utilisés du Fmespp, adopté l'an dernier à l'initiative de Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances, pour prévoir que les crédits « déchus » ne soient pas restitués au fonds, mais aux régimes d'assurance maladie obligatoires.

Elle a donc adopté un **amendement** proposant une nouvelle rédaction de cet article ayant cet objet.

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

Article 46

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Objet : Cet article fixe, pour l'année 2011, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 183,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires, dont 159,3 milliards pour le régime général.

I - Le dispositif proposé

Selon le 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement fixe chaque année, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général.

Cet article concerne la branche maladie, maternité, invalidité et décès, dont les objectifs de dépenses sont fixés pour 2011 à :

- 183,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, en progression de 2,9 % par rapport à 2010, en prenant en compte les prévisions rectifiées inscrites à l'article 7 du présent projet de loi ;

- 159,3 milliards d'euros pour le régime général, en progression de 3 % par rapport à la prévision 2010 rectifiée.

Comme le souligne l'annexe 7 du PLFSS, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès et l'Ondam diffèrent dans leur composition et dans leur nature. D'un côté, l'Ondam inclut certaines dépenses de la branche accidents du travail - maladies professionnelles. De l'autre, il ne comprend pas certaines charges qui sont, elles, incluses dans l'objectif par branche, principalement :

- des prestations sociales : part des prestations médico-sociales financée par la CNSA, indemnités journalières de maternité, prestations invalidité décès, prestations extra légales ou encore actions de prévention ;

- des charges techniques spécifiques.

Au total, l'Ondam est un concept de nature plutôt économique, alors que les objectifs par branche sont davantage tributaires de règles comptables. L'Ondam est construit d'emblée à un niveau inter-régimes, tandis que l'objectif par branche est une addition des données de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Cet article a été adopté sans modification à l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission

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

Article 47

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objectifs

Objet : Cet article fixe, pour l'année 2011, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'ensemble des régimes obligatoires de base à 167,1 milliards d'euros ; il fixe également le montant des sous-objectifs.

I - Le dispositif proposé

Conformément au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs, dont le nombre ne peut être inférieur à cinq et qui sont définis à l'initiative du Gouvernement.

En conséquence, cet article fixe à 167,1 milliards d'euros le montant de l'Ondam pour 2011.

- **La construction de l'Ondam**

Comme l'explique l'annexe 7 du PLFSS, la construction de l'Ondam se fait **de manière globale, en tendance** par rapport à l'année écoulée.

Ainsi, le Gouvernement se fixe **un taux d'évolution cible** (2,9 % en 2011), qui s'applique au montant des dépenses estimé pour l'année en cours selon les chiffres connus de réalisation et rectifié pour tenir compte des modifications de périmètre. En raison de l'évolution tendancielle des dépenses de maladie (estimée à 4,4 % pour 2011), des mesures d'économies sont décidées pour respecter le taux d'évolution cible fixé *a priori* : elles s'élèvent en 2011 à 2,4 milliards d'euros.

Cette méthode appelle un certain nombre de **remarques** :

- se fonder sur une évolution tendancielle, par définition jamais réalisée, ne permet pas de vérifier la pertinence des hypothèses ;

- appliquer un taux de progression à partir d'un Ondam en permanence « rebasé » ne renforce pas la transparence et limite la portée des séries statistiques ;

- les modalités de calcul de l'impact financier des mesures d'économies sont peu étayées.

Le rapport de Raoul Briet constate que, en dépit des progrès réalisés, la construction de l'Ondam reste affectée d'un certain nombre de fragilités : caractère insuffisamment transparent, lien trop ténu avec la politique de santé publique.

- **Les sous-objectifs**

Outre l'objectif global, cet article fixe la progression des six sous-objectifs. Le Gouvernement a fait à nouveau le choix, cette année, de prévoir **une évolution identique entre les soins de ville et les établissements de santé** : 2,8 %.

L'objectif du secteur médico-social est ramené à un niveau nettement inférieur (3,8 %) à celui des années précédentes (5,8 % en 2010), principalement en raison d'une modification dans l'approche comptable, puisque seront désormais inscrits les crédits de paiement et les autorisations d'engagement : en phase de montée en puissance des crédits, cette option permet de minorer l'objectif affiché¹.

¹ Se reporter sur ce point au tome III du présent rapport établi par Sylvie Desmarescaux.

Sous-objectifs de l'Ondam pour 2011

	Objectif de dépenses en milliards d'euros	Taux d'évolution par rapport à 2010 « rebasé »
Soins de ville	77,3	2,8 %
Etablissements de santé	72,9	2,8 %
- établissements tarifés à l'activité	53,9	2,8 %
- autres établissements	19,0	2,7 %
Médico-social	15,8	3,8 %
- personnes âgées	7,6	4,4 %
- personnes handicapées	8,2	3,3 %
Autres dépenses	1,1	5,9 %
Ondam total	167,1	2,9 %

Par ailleurs, l'annexe 7 du PLFSS précise que le Gouvernement procédera à une mise en réserve de certaines dotations pour un montant de 530 millions d'euros en 2011, après 405 millions en 2010.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

On l'a vu, la construction de l'Ondam est **un exercice complexe**, qui mériterait de sensibles améliorations au regard des montants en jeu pour les finances publiques. Les difficultés techniques et d'organisation ne peuvent être ni niées ni minorées. Pour autant, la marge de progression est importante.

L'approche macro-économique globale, par évolution tendancielle, pourrait être utilement remplacée par une approche micro-économique, à partir d'agrégats plus fins qui seraient consolidés pour obtenir le montant total.

Dans un premier temps, les efforts engagés pour améliorer les informations fournies dans les annexes du PLFSS doivent être approfondis, notamment pour **présenter au Parlement une nomenclature plus fine de la dépense**.

A l'initiative de votre commission, le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale récemment adopté améliore la présentation pluriannuelle des objectifs, ce qui répond à une proposition du rapport de Raoul Briet.

Il s'agit également de poursuivre les **politiques d'amélioration des systèmes d'information** de l'ensemble des acteurs concernés : professionnels de santé, caisses d'assurance maladie, agences et directions d'administration

centrale, afin d'accélérer et de sécuriser les « remontées » statistiques. Le **suivi infra annuel** de la dépense et la pertinence de la procédure d'alerte en seraient renforcés.

Votre commission a d'ailleurs adopté des amendements à l'article 34 du présent projet en vue de conforter le rôle du comité d'alerte.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 48

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2011

Objet : *Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2011.*

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 **202,2 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 3,7 %** par rapport à 2010.

Pour le seul régime général, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse s'élève à **106,8 milliards d'euros**, soit **une progression de 4,1 %** par rapport à 2010.

Ces chiffres traduisent l'incidence financière de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations issues du « baby-boom ». En 2011, comme en 2010, l'essentiel de la progression des dépenses de la branche vieillesse s'explique par l'augmentation de la population totale des retraités.

II – Les modifications adoptées par l’Assemblée nationale

L’Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement réévaluant l’objectif de dépenses de la branche vieillesse des régimes de base à **202,3 milliards d’euros** pour 2011 afin de tenir compte des nouvelles dispositions adoptées par le Sénat lors de l’examen du projet de loi portant réforme des retraites.

Parmi ces nouvelles mesures, figure notamment le maintien du bénéfice de l’âge d’annulation de la décote à soixante-ans pour les parents de trois enfants des générations les plus proches de l’âge de la retraite ainsi que, de façon permanente, pour les parents d’enfants handicapés.

III - La position de la commission

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

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 49

(art. 53 de la loi du 23 décembre 2000

de financement de la sécurité sociale pour 2001)

Allongement du délai de prescription des actions devant le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Objet : Cet article propose de prolonger le délai de prescription pour les actions intentées par les victimes de l'amiante devant le Fiva.

I - Le dispositif proposé

Analyste précis et complet du régime juridique applicable au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), le président Pierre Sargos a résumé, dans un article récent¹ du recueil Dalloz, les étapes de la détermination du délai de prescription applicable aux demandes des victimes de l'amiante.

En l'absence de disposition explicite dans l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, portant création du Fiva, c'est le conseil d'administration du fonds qui a déterminé le délai de prescription applicable. En se fondant sur le délai commun applicable à la prescription des demandes faites aux établissements publics de l'Etat², il l'a fixé à quatre ans après la consolidation du dommage, c'est-à-dire après le moment où, la situation médicale de la victime étant considérée comme stabilisée, le dommage subi peut être évalué. Cette consolidation était présumée pour les cancers cinq ans après le certificat médical initial ou le constat d'aggravation ; une exception était faite pour les plaques pleurales, les épaissements pleuraux et l'asbestose, considérés comme moins graves, et pour lesquels le point de départ du délai de prescription était le constat médical initial ou le constat d'aggravation.

¹ « Vers un retour aux désordres de la prescription ? A propos du PLFSS 2011 concernant le Fiva », *Recueil Dalloz*, 2010, p. 2374.

² Prévus par la loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968.

Dans des arrêts rendus le 3 juin 2010, la Cour de cassation a aligné, pour l'ensemble des pathologies liées à l'amiante, le point de départ du délai de prescription au moment de la consolidation du dommage. Cette solution est cohérente avec l'évolution de la législation, et plus précisément avec l'article 2226 du code civil issu de la loi du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile, dite « loi Hyst »¹.

Bien qu'unifié autour d'un point de départ favorable aux victimes, le délai de prescription de quatre ans était cependant trop court pour permettre à toutes les victimes de faire utilement valoir leurs droits. Plus de six cents dossiers ont ainsi été rejetés par le Fiva en raison de la forclusion du délai et trois cents dossiers en attente sont susceptibles de connaître le même sort.

Le Gouvernement a donc décidé de prolonger le délai de prescription pour l'établir à dix ans, comme c'est le cas pour les actions en responsabilité de dommages corporels. Toutefois, il n'a pas retenu la consolidation du dommage comme point de départ. Ce choix, contraire aux orientations de la jurisprudence et de la loi Hyst, a été motivé par la recherche de l'équité entre victimes professionnelles et victimes environnementales de l'amiante. En effet, pour les victimes professionnelles, la consolidation du dommage est systématique. Elle se produit au moment où le médecin de caisse fixe le taux d'incapacité de la victime. A l'inverse, pour certaines victimes environnementales, le Gouvernement estime que la consolidation ne serait en fait acquise que lorsque le Fiva lui-même se sera prononcé sur le montant de l'indemnisation due. Dès lors que c'est la demande devant le Fiva qui ferait courir le délai de prescription, les demandes des victimes environnementales pourraient devenir de fait imprescriptibles. Pour éviter cette difficulté, le Gouvernement a donc choisi une voie moyenne entre le premier certificat médical et la consolidation du dommage pour déterminer le point de départ de la prescription. L'article 49 propose donc de faire courir le délai de dix ans à partir du premier certificat médical établissant un lien entre la pathologie et l'amiante. En effet, c'est uniquement si ce lien est établi que les victimes pourront avoir connaissance des droits qui sont les leurs en matière d'indemnisation.

Le 1^o du **paragraphe I** met en place ce nouveau délai pour les victimes et pour leurs ayants-droit.

Le 2^o complète le dispositif ouvrant aux victimes forcloses la possibilité de faire une nouvelle demande dans les trois ans. Pour celles qui n'auraient pas encore fait de demande, l'article prévoit que le premier certificat médical établissant le lien est réputé avoir été fait au plus tôt le 1^{er} janvier 2004, ce qui leur laisse la possibilité d'introduire leur demande jusqu'au 1^{er} janvier 2014.

¹ Loi n° 2008-561.

Par ailleurs, le 3^o précise les conséquences, en matière d'indemnisation des victimes, de la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission approuve l'objectif poursuivi par cet article qui permettra de traiter les dossiers forclos ou en attente. Elle admet que la détermination du point de départ du délai peut être dérogatoire par rapport à la loi Hyest s'agissant d'un contentieux qui n'engage pas la responsabilité de l'employeur mais simplement l'indemnisation par un fond.

Sous réserve de la précision de la nature du recours lors de la séance publique, **elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article additionnel après l'article 49

(art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Harmonisation des conditions d'octroi et de prise en charge de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Objet : Cet article additionnel tend à ce qu'un décret harmonise les conditions d'octroi et de prise en charge de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata).

Votre commission souhaite améliorer la protection sociale des travailleurs de l'amiante en corrigeant les effets inévitables résultant de l'hétérogénéité des règles d'octroi et de mise en œuvre de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) entre les différents régimes d'assurance maladie.

L'article 119 de la loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoyait le renvoi à un décret pour fixer « *les conditions d'octroi de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante ainsi que les règles de fonctionnement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et du conseil de surveillance de ce fonds mentionnés au présent article.* » Ce décret n'est toujours pas paru.

L'hétérogénéité actuelle débouche sur une protection inégalitaire des travailleurs de l'amiante, certains régimes spéciaux (régime des fonctionnaires, régime minier, régime des professions indépendantes...) ne couvrant pas le risque spécifique découlant de l'exposition à l'amiante. En outre, lorsque l'Acaata est prévue, ses modalités d'attribution varient selon le régime considéré. Il convient d'ajouter, qu'à l'intérieur d'un même régime, des salariés exposés à l'amiante peuvent se voir appliquer des règles différentes en fonction de leur statut professionnel ou encore eu égard au statut de leur entreprise (notamment les salariés intérimaires ou employés des entreprises sous-traitantes).

De surcroît chaque régime établit de manière autonome ses règles de prise en charge : certains régimes n'acceptent de servir l'allocation qu'aux assurés qui leur sont rattachés au moment de la demande, d'autres attribuent l'Acaata également à leurs anciens ressortissants. Le régime des fonctionnaires ne prend, quant à lui, en charge que les maladies professionnelles contractées en service.

Votre commission vous propose donc de mettre fin à cette situation que le Médiateur de la République avait dénoncé dès 2005.

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

Article additionnel après l'article 49

(art. L. 162-1-14 et L. 471-1 du code de la sécurité sociale)

Lutte contre la fraude en matière de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Objet : Cet article additionnel tend à renforcer les possibilités de sanctions administratives pour les employeurs ayant recours au travail dissimulé ou aux fausses déclarations en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

L'article L. 471-1 du code de la sécurité sociale prévoit la mise à la charge de l'employeur des frais supportés par la branche AT-MP en cas d'emploi d'un travailleur en situation irrégulière au regard des conditions de régularité de séjour et de travail en France. En revanche, en cas de travail dissimulé, les frais supportés restent pris en charge au titre du risque AT, que le lien de subordination soit de fait et établi a posteriori ou que la régularisation intervienne à l'occasion de l'accident lui-même.

Or si la nécessité de la couverture de la victime n'est pas remise en cause, les frais devraient néanmoins incomber en totalité à l'employeur auteur du délit de travail dissimulé. Comme dans le cas de l'emploi d'un travailleur étranger sans titre de séjour ou de travail, cet indu se cumulerait pleinement

avec la pénalité financière prévue en cas de défaut de déclaration de l'accident.

L'impact attendu par la mesure visée au I est avant tout dissuasif. D'une part, dans une grande majorité des cas de travail dissimulé, l'employeur n'établit pas de déclaration lors de la survenance d'un AT, et dans ce cas, la mise à sa charge des dépenses de soins est déjà prévue par l'article L. 471-1 du code de la sécurité sociale. D'autre part, dans les cas où il y a néanmoins eu transmission par l'employeur d'une déclaration d'accident de travail, la mise en œuvre de la mesure requiert, au préalable, un constat de travail dissimulé.

L'article L. 162-1-14, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, précise le champ d'application et la procédure du dispositif des pénalités administratives susceptibles d'être prononcées par les directeurs d'organisme local d'assurance maladie en cas de fraude. Pour ce qui concerne plus particulièrement les accidents du travail, le dispositif des pénalités financières a été étendu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 aux situations de « *non-respect par les employeurs des obligations relatives 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* ».

En revanche, aucun système de sanction administrative n'est prévu face aux comportements déclaratifs des employeurs visant à minorer frauduleusement les taux d'accidents du travail applicables au sein de leurs entreprises (cas par exemple de l'employeur qui déclare qu'un accident est survenu dans un établissement alors qu'il est intervenu dans un autre).

Le II prévoit donc de manière explicite l'application du dispositif des pénalités administratives de l'article L. 162-1-14 en cas de fausse déclaration d'accident du travail.

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

*Article additionnel après l'article 49
(art. L. 172-1 du code de la sécurité sociale)*

Harmonisation du mode de calcul des pensions d'invalidité

Objet : Cet article additionnel tend à harmoniser les modes de calcul des pensions d'invalidité servies par les différents régimes.

Dans le régime général, pour bénéficier de la couverture du risque invalidité, l'assuré doit en principe avoir été immatriculé au moins douze mois au premier jour de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation médicale de l'état d'invalidité. Lorsque la condition de durée d'affiliation au régime n'est pas remplie, il est tenu compte, pour vérifier la

durée d'immatriculation, de l'activité exercée antérieurement et ayant donné lieu à une affiliation dans d'autres régimes. Le principe d'une coordination entre les différents régimes d'assurance invalidité permet ainsi une couverture continue du risque.

Toutefois, cette coordination invalidité est limitée dans la législation sociale française aux conditions d'ouverture des droits ; elle n'existe pas en matière de calcul du droit à pension. Cette situation peut entraîner dans certains cas, lors du calcul des droits à la pension d'un nouvel assuré dans un régime, la liquidation d'une pension très modeste : le calcul de la pension ne se fera pas nécessairement sur la période maximale, à savoir les dix meilleures années s'agissant du régime général, mais sur les quelques mois/années durant lesquels l'assuré a cotisé à ce régime.

Cette situation peut bénéficier à l'assuré si les revenus qui ont fait l'objet de cotisations dans ce dernier régime sont sensiblement supérieurs aux précédents. A contrario, la situation peut être défavorable à certains assurés qui, lors de leur passage dans un autre régime, ont connu une diminution de revenus conséquente en comparaison de leur activité précédente.

La coordination interrégimes en matière d'assurance invalidité doit donc être étendue au calcul des droits à pension (article L. 172-1 du code de la sécurité sociale).

Compte tenu de la diversité des modes de calcul des régimes, il est proposé d'organiser une coordination entre les principaux régimes qui calculent le montant de leur prestation de manière similaire : le régime général, le RSI et le régime des travailleurs salariés agricoles. Ces régimes calculent le montant de la pension d'invalidité sur la base d'un revenu annuel moyen, modulé par un taux différent selon la catégorie d'incapacité.

Les assurés concernés par la mesure verront ainsi le montant de leur pension d'invalidité majoré par la prise en compte des périodes d'activité exercée au sein du ou des régime(s) précédent(s), ce qui permettra de rétablir une certaine équité.

Un décret en conseil d'Etat sera nécessaire pour décrire les modalités de la coordination pour le calcul de la pension (modification des articles R. 172-16 et suivants du code de la sécurité sociale).

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

Article 50

(art. L. 751-21 et L. 751-49 du code rural et de la pêche maritime)

**Dispositions d'incitations financières en matière de tarification
des accidents du travail dans le secteur agricole**

Objet : Cet article prévoit la possibilité de majoration sans notification préalable de la cotisation due par un établissement du secteur agricole en cas de répétition d'un risque exceptionnel et met en place un système d'incitation financière pour accompagner les actions de prévention.

I - Le dispositif proposé

Cet article étend, tout en l'adaptant, une partie du dispositif prévu par l'article 74 de la loi de finances pour 2010 relatif à la majoration des cotisations des entreprises hors secteur agricole aux établissements du secteur agricole.

Le **paragraphe I** vise à remédier aux cas où une entreprise a pris des dispositions ponctuelles pour éviter d'acquitter une majoration de cotisation, mais pas les mesures durables permettant d'éviter la répétition des situations de risque.

A cette fin, le 1^o propose de compléter l'article L. 751-2 du code rural et de la pêche maritime 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 un établissement, la majoration pourra être imposée directement. Les situations visées seront définies par arrêté soumis à l'avis du conseil d'orientation des conditions de travail et du conseil d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Le 2^o prévoit en outre un plancher minimum de majoration pour rendre celle-ci d'autant plus dissuasive.

Le **paragraphe II** étend au régime agricole la possibilité pour les caisses, en l'occurrence celles de mutualité sociale agricole, d'attribuer directement aux entreprises éligibles aux programmes de prévention nationaux des subventions dans le cadre de contrats simplifiés de prévention. Les entreprises éligibles à ces mesures n'auront qu'une démarche de signature d'un engagement avec la caisse de MSA qui versera l'aide sur facture acquittée.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission approuve ce dispositif qui est de nature à favoriser les actions de prévention dans le régime agricole.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 51

(art. L. 176-1 du code de la sécurité sociale)

Versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

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 même code 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 2011 à 710 millions d'euros, montant égal à celui de 2010 et 2009.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la 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 52

Contribution au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au 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 2011.

Le **paragraphe I** fixe à 880 millions d'euros le montant de la contribution au Fcaata, soit un niveau stable par rapport à 2010 et 2009.

Le **paragraphe II** fixe le montant du versement au Fiva, dont la vocation est d'apporter aux personnes malades une réparation intégrale de leur préjudice, à 340 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 la commission

Votre commission juge convenable le niveau des dotations proposé pour les deux fonds en 2011, 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 53

**Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles**

Objet : Cet article fixe à 13 milliards d'euros en 2011 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP, dont 11,6 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 2011 à 13 milliards d'euros et à 11,6 milliards pour le seul régime général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

L'objectif de dépenses tous régimes confondus s'inscrit en progression de 2,3 % par rapport aux dépenses qui devraient être effectivement réalisées en 2010. Cette hausse mesurée permettra à la branche de renouer avec les excédents. Votre commission souhaite que cet objectif d'évolution des dépenses soit respecté afin que la branche puisse régler ses dettes en 2014, ainsi que permet de l'espérer l'annexe B du PLFSS.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 54

(art. L. 542-2 et L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale et art. L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitation)

Suppression de la rétroactivité des aides au logement

Objet : *Cet article supprime la rétroactivité des aides individuelles au logement.*

I - Le dispositif proposé

Il existe **trois aides individuelles au logement**¹ :

- **l'allocation de logement à caractère familial (ALF)** est une prestation familiale créée en 1948 attribuée aux personnes isolées et aux couples ayant des personnes à charge, ainsi qu'aux jeunes ménages sans personne à charge mariés depuis moins de cinq ans. Elle est intégralement financée par la branche famille *via* le fonds national des prestations familiales (FNPF) ;

- **l'aide personnalisée au logement (APL)** est issue de la loi du 3 janvier 1977 et bénéficie, sous conditions de ressources, aux personnes habitant dans un parc de logements déterminés (logements financés par des prêts aidés ou réglementés par l'Etat, logements HLM et conventionnés). Le financement de l'APL est assuré, *via* le le fonds national d'aide au logement (Fnal), par une contribution de la branche famille et de l'Etat ;

- **l'allocation de logement à caractère social (ALS)** a été créée en 1971 et est attribuée, depuis 1993, à toute personne, sous seule condition de ressources, qui n'entre pas dans les conditions fixées pour bénéficier de l'ALF ou de l'APL. Elle est financée par une cotisation des employeurs et une subvention de l'Etat.

¹ *L'allocation de logement temporaire n'est pas une aide individuelle au logement, mais une aide versée aux associations ou aux centres communaux d'action sociale qui peuvent, après signature d'une convention avec la préfecture, en bénéficier pour héberger, à titre temporaire, des personnes très défavorisées qui, provisoirement, n'ont pas accès à un logement autonome et ne peuvent avoir droit aux aides individuelles au logement.*

Les aides sont versées aux personnes qui s'acquittent d'un loyer ou d'une mensualité, sous réserve que le logement constitue leur résidence principale, c'est-à-dire qu'elles, leur conjoint ou les personnes à sa charge, l'occupent pendant au moins huit mois dans l'année.

Les aides sont liquidées par les Caf et les caisses de mutualité sociale agricole (CMSA). Leur versement s'effectue mensuellement à terme échu. L'APL est versée en tiers payant, mais l'ALF et l'ALS sont, dans la grande majorité des cas, versées directement aux bénéficiaires (le tiers-payant peut cependant être mis en œuvre sur simple demande du bailleur ou du prêteur).

En 2009, **15,6 milliards d'euros** de prestations d'aides individuelles au logement ont été versées à environ **6 338 000 ménages**. Les locataires représentent 91 % des bénéficiaires.

Prestations versées en 2009

en milliards d'euros

	APL	ALS	ALF	TOTAL
Locatif	6,4	4,7	3,5	14,6
Accession	0,3	0,1	0,6	1
TOTAL	6,7	4,8	4,1	15,6

*Source : balances comptables 2009 Cnaf et CCMSA
(montants arrondis à la centaine de millions)*

Bénéficiaires au 31 décembre 2009

(arrondis en milliers)

	APL	ALS	ALF	ENSEMBLE
Total locatif	2 447	2 290	1 018	5 755
Accession	172	74	338	584
TOTAL	2 619	2 364	1 356	6 338

*Source : statistiques de bénéficiaires Cnaf et CCMSA
(répartition entre location hors foyers et foyers estimée pour la CCMSA)*

Les plafonds de ressources étant particulièrement stricts (pour ce qui est de l'aide à la location, ils sont légèrement supérieurs au Smic), les aides individuelles au logement bénéficient dans leur grande majorité aux ménages à revenus modestes. En 2009, hors étudiants, **76 % des locataires bénéficiaires d'une aide individuelle au logement avaient un revenu inférieur au Smic**. 59 % des bénéficiaires sont des « petits ménages », c'est-à-dire des personnes seules ou des couples sans enfant, **18,5 % sont des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et 6,5 % sont étudiants**.

En l'état actuel du droit, lorsqu'il présente sa demande avec retard, l'allocataire d'une aide individuelle au logement bénéficie **d'une rétroactivité de trois mois que le présent article propose de supprimer.**

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

II - La position de la commission

Afin d'établir sa position sur cette question, votre commission a demandé à la Cnaf les données relatives au paiement rétroactif des aides individuelles au logement : durée moyenne de rétroactivité, montant moyen correspondant, types d'allocataires bénéficiant de la mesure, etc.

Or, la configuration du système informatique de la Cnaf ne permet pas d'obtenir ces informations...

Cependant, la Caf de Rennes, à qui votre rapporteur a posé la même question lui a transmis les données concernant ses propres allocataires :

Nombre d'allocataires bénéficiant d'une aide au logement	5 080
Nombre d'allocataires ayant bénéficié d'un versement rétroactif	954
Dont :	
<i>Etudiants</i>	482
<i>Salariés</i>	248
<i>Chômeurs</i>	65
<i>Sans activité</i>	59
<i>Retraites</i>	33
<i>Apprentis</i>	31
<i>Stagiaires</i>	9
<i>Autres</i>	27

Il en ressort deux observations : sans modification de comportement de la part des allocataires, la suppression de la rétroactivité pénaliserait 20 % des bénéficiaires, dont plus de la moitié sont des étudiants et un quart des salariés.

Si ce résultat doit être nuancé du fait du caractère universitaire de la ville de Rennes, il semble néanmoins infirmer l'idée selon laquelle la majorité des demandes tardives émanent des familles qui accèdent difficilement à l'information ou maîtrisent le moins l'établissement des dossiers. Au contraire, l'expérience des caisses montre que ces familles sont souvent aidées par différentes associations qui connaissent parfaitement les règles et les procédures. En outre, pour ce qui est des étudiants, il faut rappeler qu'ils bénéficient d'une information exhaustive sur leurs droits à chaque rentrée

universitaire. Il fait peu de doute que les services des universités et les syndicats étudiants communiqueront activement sur l'évolution de la réglementation.

C'est précisément la raison pour laquelle votre rapporteur émet de **sérieux doutes sur l'ampleur de l'économie attendue de cette mesure**. La fiche d'évaluation préalable de cet article, jointe en annexe au projet de loi, fait état d'un gain de 240 millions d'euros, réparti à parité entre l'Etat et la branche famille. Il est cependant précisé que cette évaluation « *présente des limites* », car « *il est possible qu'une fois la législation connue, les acteurs s'adaptent et déposent immédiatement leur demande d'aide au logement afin de ne pas perdre de droits* ».

Consciente que la mesure aura un impact financier très limité, mais considérant qu'elle ne conduit pas à réduire le montant des aides au logement, **votre commission vous demande d'adopter cet article, sous réserve d'une modification d'ordre strictement rédactionnel.**

Article 55

(art. L. 531-3 et L. 552-1 du code de la sécurité sociale)

Modification de la date d'ouverture du droit à l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant

Objet : Cet article reporte au mois suivant la naissance de l'enfant l'ouverture du droit à l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant.

I - Le dispositif proposé

Créée en 2004, **la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)** est une aide destinée à prendre en charge une partie du coût lié à l'entretien d'un enfant depuis sa naissance jusqu'à son troisième anniversaire. Elle comprend **quatre parties** complémentaires :

- **une prime à la naissance** ou à l'adoption, versée sous condition de ressources ;

- **une allocation de base**, également versée sous condition de ressources ;

- **un complément de libre choix d'activité** accordé à celui des parents qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de travailler à temps partiel pour s'occuper de l'enfant ;

- **un complément de libre choix du mode de garde** visant à compenser le coût de la garde de l'enfant.

Le montant mensuel de l'allocation de base est de **177,95 euros** par famille.

A sa création, l'allocation était versée à compter du début du mois de naissance de l'enfant. Depuis 2007, pour le premier mois, l'allocation est versée au prorata du nombre de jours restant entre le jour de naissance de l'enfant et la fin du mois.

Le présent article propose **de reporter le premier versement de l'allocation au mois suivant** la naissance ou la date d'arrivée au foyer de l'enfant adopté.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Après un vif débat en séance publique, **l'Assemblée nationale a supprimé cet article.**

La rapporteure pour la branche famille, Marie-Françoise Clergeau, a souligné *« la faiblesse de l'impact financier d'une disposition qui va pénaliser les parents des jeunes enfants »* et *« crée une inégalité entre les familles dont l'enfant est né en début de mois, qui perdront quasiment 178 euros, et celles dont l'enfant est né en fin de mois »*.

Le président de la commission des affaires sociales, Pierre Méhaignerie, a pour sa part jugé qu'*« alors même que la politique familiale française est perçue comme une référence dans tous les autres pays, [...], il y a des signaux, même faibles - encore que 170 euros pour une famille si l'enfant naît le premier jour du mois, ce n'est pas négligeable - qu'[on] ne [peut] pas accepter »*.

III - La position de la commission

Votre commission approuve entièrement la position de l'Assemblée nationale.

Comme le montrent les deux tableaux suivants, le revenu moyen des bénéficiaires de l'allocation de base est très modeste, largement inférieur au plafond de ressources.

Couples avec un seul revenu d'activité
(effectifs au 31 décembre 2009, revenu catégoriel de 2007)

En euros

Nombre d'enfants à charge	Plafond de ressources	Nombre de personnes concernées	Revenu moyen des personnes appartenant à cette catégorie
Un enfant	32 813	202 127	12 903
Deux enfants	39 376	184 736	15 345
Trois enfants	47 251	129 926	15 644

Parent isolé assumant seul la charge d'enfant(s) ou ménage avec deux revenus
(effectifs au 31 décembre 2009, revenu catégoriel de 2007)

En euros

Nombre d'enfants à charge	Plafond de ressources	Nombre de personnes concernées	Revenu moyen des personnes appartenant à cette catégorie
Un enfant	43 363	578 237	23 272
Deux enfants	49 926	479 979	27 192
Trois enfants	57 801	161 086	26 367

Il n'est donc pas légitime de priver ces familles d'une source de revenus destinés à les soutenir financièrement au moment de la naissance de l'enfant.

Votre commission vous demande donc de maintenir la suppression de cet article.

Article additionnel après l'article 55
(art. L. 542-9 du code de la sécurité sociale)

Ouverture du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels travaillant en maison d'assistants maternels

Objet : *Cet article additionnel clarifie le droit d'accès des assistants maternels qui travaillent en maison d'assistants maternels au prêt à l'amélioration à l'habitat.*

L'article 79 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a modifié l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale pour autoriser les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole à

accorder des prêts à l'amélioration de l'habitat (PAH) aux assistants maternels.

Lors de la discussion du texte au Sénat, un amendement avait été déposé pour ouvrir le PAH aux assistants maternels travaillant dans une maison d'assistants maternels (Mam). Ayant affirmé qu'il était déjà satisfait par le texte, Nadine Morano, secrétaire d'Etat à la famille et aux solidarités, avait obtenu son retrait.

Entre temps, la loi du 9 juin 2010 créant les maisons d'assistants maternels a introduit une nouvelle numérotation dans le code de l'action sociale et des familles, qui distingue désormais les assistants maternels travaillant à domicile (article L. 421-1) et ceux exerçant en Mam (article L. 424-1).

Or, l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale, dont la rédaction en vigueur est antérieure à la loi du 9 juin 2010, n'évoque que les assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles.

Pour cette raison, certains assistants maternels qui travaillent en Mam éprouvent aujourd'hui des difficultés à accéder au PAH.

Cet article additionnel vise donc à lever toute ambiguïté dans la rédaction du code, en précisant que le PAH est ouvert à tous les assistants maternels, qu'ils travaillent à domicile ou en Mam.

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

Article 55 bis

*(art. L. 331-7, L. 613-9, L. 613-19-1, L. 722-8, L. 722-8-1 et L. 722-8-3
du code de la sécurité sociale)*

**Partage des indemnités journalières de repos
entre la mère et le père adoptifs**

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, vise à assurer, en cas d'adoption, un partage équitable des indemnités journalières de repos entre la mère et le père.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le code de la sécurité sociale prévoit qu'un **congé d'adoption** est accordé à la personne qui s'est vue confier un enfant en vue de son adoption par le service de l'aide sociale à l'enfance.

En l'état actuel du droit, le congé d'adoption et les **indemnités journalières** afférentes sont soumis à des **règles différentes, et parfois inéquitables, en fonction des régimes.**

Ainsi, **le régime général** prévoit pour les femmes assurées, en vertu de l'article L. 331-7 du même code, le versement d'indemnités journalières pendant dix semaines, et vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples. La mère peut alors renoncer partiellement ou en totalité à ce droit, au profit du père.

En revanche, dans **le régime des travailleurs indépendants et celui des praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés**, la mère ne peut renoncer à ses indemnités ni les partager avec le père¹.

De même, un père affilié au régime social des indépendants n'a aucun droit au congé d'adoption, quel que soit le régime d'affiliation de la mère.

Le présent article propose donc d'harmoniser les règles du congé d'adoption et des indemnités journalières correspondantes dans **ces trois régimes de sécurité sociale.**

Il prévoit que la période de dix semaines d'indemnisation peut, quel que soit le régime d'affiliation, « *faire l'objet d'une répartition entre la mère et le père adoptifs* » lorsqu'ils remplissent l'un et l'autre les conditions pour bénéficier de l'indemnité. Dans ce cas, « *la période d'indemnisation est augmentée de onze jours ou de dix-huit jours en cas d'adoptions multiples et ne peut être fractionnée en plus de deux parties, dont la plus courte est au moins égale à onze jours* ».

II - La position de la commission

Votre commission approuve cet effort d'harmonisation qui permettra d'assurer, en ce qui concerne les indemnités journalières, l'égalité de traitement entre la mère et le père dans les cas d'adoption. Suivant cette logique jusqu'à son terme, elle souhaite son extension à l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale et invite donc le Gouvernement à s'y employer.

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

¹ Articles L. 613-19 et L. 722-8-1 du code de la sécurité sociale.

Article 55 ter

(art. L. 521-1 du code de la sécurité sociale)

**Conditions de versement des allocations familiales
en cas d'intervention de l'aide sociale à l'enfance**

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, restreint le montant des allocations familiales que peut percevoir une famille lorsque son enfant est confié au service de l'aide sociale à l'enfance.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

En application de l'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale, *« lorsqu'un enfant est confié au service de l'aide sociale à l'enfance, les allocations familiales continuent d'être évaluées en tenant compte à la fois des enfants présents au foyer et du ou des enfants confiés au service de l'aide sociale à l'enfance ».*

La part des allocations familiales dues à la famille pour cet enfant **est versée au département.**

Toutefois, lorsque l'enfant a fait l'objet d'une mesure de protection prévue par le code civil ou l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945, **le juge peut décider**, d'office ou sur saisine du président du conseil général, **de maintenir le versement des allocations à la famille**, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou pour faciliter le retour de l'enfant dans son foyer.

Le **paragraphe I** du présent article limite cette faculté ouverte au juge à **20 %** du montant des allocations familiales versées à la famille.

Dans un tout autre registre, le **paragraphe II** prévoit, avant le 30 septembre 2011, la remise d'un rapport au Parlement dressant le bilan de la mise en œuvre de la majoration des allocations familiales lorsque l'enfant atteint l'âge de quatorze ans.

II - La position de la commission

Votre commission est très réservée sur cet article.

Il s'agit en réalité **d'une tentative de réponse au problème lancinant de financement du fonds national de financement de la protection de l'enfance**, institué par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

L'article 27 de cette loi prévoit que les ressources du fonds sont constituées par un versement de la Cnaf, dont le montant est arrêté en LFSS, et par un versement de l'Etat, dont le montant est fixé en LFI.

La mise en place du fonds nécessitait cependant un décret d'application, qui n'a été publié que le 17 mai dernier¹, soit plus de trois ans après l'entrée en vigueur de la loi.

Or, ni le projet de loi de financement de la sécurité sociale en ce qui concerne la Cnaf, ni le projet de loi de finances pour ce qui est de l'Etat, ne prévoient de ligne budgétaire destinée à alimenter le fonds en 2011.

Comme l'a clairement exprimé le rapporteur Yves Bur lors de la discussion à l'Assemblée nationale, le présent article vise donc à compenser partiellement, au profit des départements, le non-respect des engagements financiers de l'Etat et de la Cnaf dans le financement du fonds.

Votre commission estime que les familles ne doivent pas être prises à partie dans ce conflit entre les autorités publiques.

En outre, la mesure proposée n'ayant aucun impact sur les comptes de la sécurité sociale, sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale est contestable sur le plan constitutionnel.

Cela étant, **il n'est pas admissible que l'Etat et la Cnaf se désengagent financièrement** d'une politique aussi sensible que la protection de l'enfance. Cette situation doit être régularisée au plus vite et votre commission s'efforcera d'intervenir en ce sens.

Cependant, pour toutes les raisons exposées, elle vous demande de supprimer cet article.

Article 55 quater

Rapport du Gouvernement sur le coût des grossesses pathologiques

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport au Parlement sur le coût pour l'assurance maladie des congés accordés au titre d'une grossesse pathologique.

I - Le dispositif adopté à l'Assemblée nationale

Pour la naissance d'un enfant sans complication médicale, le congé de maternité est de seize semaines : six semaines avant la date présumée de l'accouchement et dix semaines après la naissance.

De plus, en application de l'article L. 1225-21, « *lorsqu'un état pathologique est attesté par un certificat médical résultant de la grossesse ou de l'accouchement, le congé de maternité est augmenté de la durée de cet état pathologique dans la limite de deux semaines avant la date présumée de l'accouchement et de quatre semaines après la date de celui-ci* ».

¹ Décret n° 2010-497 du 17 mai 2010.

En réalité, environ 70 % des mères bénéficient d'un congé pathologique d'une durée moyenne de deux semaines.

Le présent article prévoit donc la remise d'un rapport au Parlement évaluant le coût global de cet état de fait.

II - La position de la commission

Votre commission se demande si l'établissement d'un rapport constitue bien une réponse proportionnelle au regard de l'information recherchée.

D'abord, il est probable qu'une recherche informatique peu complexe dans les fichiers de l'assurance maladie permette d'obtenir la réponse.

Ensuite, à supposer même que tel ne soit pas le cas, il est assez aisé d'obtenir une évaluation suffisamment fine du coût des congés pathologiques à partir des données existantes. On sait en effet que la prolongation de deux semaines du congé de maternité coûterait 200 millions d'euros à l'assurance maladie¹. Si la durée moyenne du congé pathologique est de deux semaines et que 70 % des femmes y recourent, son coût devrait donc être de **l'ordre de 140 millions d'euros**.

Peu convaincue de l'utilité du rapport demandé, et sachant la faible effectivité de ce type de requête, **vosre commission vous demande de supprimer cet article**.

Article 56

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2011

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour 2011.

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

¹Rapport Sénat n° 439 d'Annie David, fait au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de directive portant modification de la directive 92/85/CEE concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (E 4021), 2008-2009).

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).

La revalorisation de la BMAF avait été inférieure de 0,2 % à l'inflation réelle en 2007 et de 1,3 % en 2008. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait donc prévu une revalorisation de la BMAF de 3,5 %, afin que son évolution corrige le retard accumulé et prenne en compte l'inflation, estimée à 2 %.

Au 1^{er} janvier 2009, la revalorisation de la BMAF n'a été que de 3 %, mais l'inflation en 2009 a été limitée à 0,1 %, ce qui explique que la BMAF n'ait pas été revalorisée au 1^{er} janvier 2010. Les hypothèses macro-économiques les plus récentes tablent par ailleurs sur une hausse des prix de 1,5 % en 2010 et 2011. Logiquement, **la BMAF devrait donc être revalorisée de 1,6 % au 1^{er} janvier 2011¹.**

On peut donc s'étonner que le Gouvernement ait annoncé son intention de cantonner cette revalorisation à 1,5 %.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Malgré les comptes déficitaires de la branche famille, votre commission regrette que, cette année encore, 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.

Cette participation, de l'ordre de 30 millions d'euros, 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.

¹ Soit 1,5 % (différence cumulée avant 2009) - 1,4 % (différence sur 2009 et 2010) + 1,5 % (inflation 2011) = 1,6 %.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 57

(art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale, art. 80 de la loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009)

Transfert au fonds de solidarité vieillesse du financement d'une fraction du minimum contributif versé par le régime général, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants

Objet : Cet article propose de transférer au fonds de solidarité vieillesse une partie du financement du minimum contributif.

I - Le dispositif proposé

• Le minimum contributif

Instauré par la loi du 31 mars 1983, le minimum contributif constitue un puissant **mécanisme de solidarité intra-générationnelle**. Il permet de relever les pensions de base des assurés du régime général et des régimes alignés, qui remplissent les conditions pour bénéficier d'une pension à taux plein mais dont les salaires reportés au compte sont faibles. Son financement est aujourd'hui assuré par les régimes eux-mêmes.

La **réforme des retraites de 2003** a introduit deux dispositions concernant le minimum contributif :

- son article 26 a instauré une majoration du minimum contributif - appelée minimum contributif majoré - au titre des seules périodes ayant donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré ;

- son article 4 a fixé, à l'horizon 2008, l'objectif d'un montant minimal de pension de 85 % du Smic net (retraites de base et complémentaires confondues) pour les salariés ayant effectué des carrières complètes au Smic. Afin d'atteindre cet objectif, le Gouvernement a procédé à trois relèvements du minimum contributif majoré de 3 % chacun au 1^{er} janvier des années 2004, 2006 et 2008.

Dans son rapport de septembre 2008, la Cour des comptes a critiqué le **défaut de ciblage du minimum contributif**, soulignant que celui-ci bénéficiait à un public de plus en plus nombreux et hétérogène. Pour y remédier, elle proposait de recentrer le minimum contributif sur les objectifs initiaux de la législation de 1983, à savoir servir un supplément de pension aux travailleurs ayant eu de longues carrières professionnelles faiblement valorisées.

Conformément à cette recommandation, **l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009** a procédé à une **importante réforme du minimum contributif**, laquelle repose sur deux mesures :

- la fixation d'une condition de durée de cotisations pour le bénéfice de la majoration du minimum contributif. Le bénéfice de la majoration est à présent soumis à la condition d'avoir validé, au titre d'une activité, au moins 120 trimestres au cours de sa carrière ;

- surtout, la mise sous condition de ressources du minimum contributif. Celui-ci est désormais attribué aux assurés dont la retraite totale (retraite de base et retraite complémentaire pour l'ensemble des régimes) n'excède pas un montant fixé par décret.

• Les missions du FSV

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 demeuré 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.

Toutefois, **l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010** a élargi 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** jusque là prises en charge par le régime général et les régimes alignés.

Cette mesure vise à 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 financé 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).

• **Le dispositif proposé**

Le **paragraphe I** du présent article s'inscrit dans cette démarche en **confiant au FSV une partie du financement des dépenses engagées par le régime général et les régimes alignés au titre du minimum contributif**. Il complète, en conséquence, l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale qui répertorie les dépenses à la charge du fonds.

Comme l'indique l'exposé des motifs, *« le ciblage du minimum contributif vers les retraités ayant travaillé avec des salaires faibles en fait un élément de solidarité qui justifie de le faire entrer dans le périmètre des missions du FSV »*.

L'attribution de nouvelles charges au FSV est également **la contrepartie des nouvelles recettes** qui lui sont allouées dans le cadre de la réforme des retraites, dont le montant est estimé à **3,5 milliards d'euros en 2011** (cf. commentaires des articles 10 et 14).

Il est précisé que le montant de la participation du fonds sera fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l'année 2011, il ne sera toutefois pas possible d'isoler sur le plan comptable les montants effectivement versés à ce titre. C'est pourquoi, dans l'attente d'une évolution des systèmes d'information comptable des caisses, le **paragraphe II** propose de fixer, directement dans la loi, le montant de la participation du FSV pour cette année, en tenant compte du montant des nouvelles ressources attribuées au fonds.

La répartition proposée est fondée sur les estimations statistiques disponibles pour l'année 2009, selon lesquelles les montants versés s'élèveraient à 5,4 milliards d'euros pour la Cnav, 0,6 milliard pour le régime des salariés agricoles et 0,2 milliard pour le RSI.

En conséquence, en 2011, le texte prévoit que 3 milliards d'euros seront affectés au régime général, 0,4 milliard au régime des salariés agricoles et 0,1 milliard au RSI. Ainsi, l'intégralité des nouvelles recettes du FSV sera affectée au financement du minimum contributif, ce qui permettra de prendre en charge environ 56 % de la dépense des régimes concernés.

A terme, dans la mesure où les systèmes d'information comptable de ces régimes auront évolué pour identifier clairement les dépenses engagées au titre de ce dispositif, la participation du fonds sera exprimée en pourcentage de la dépense réelle, et non plus en valeur.

Par ailleurs, le **paragraphe III** du présent article reporte de six mois l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 relatives à la mise sous condition de ressources du minimum contributif. Ainsi que le souligne l'exposé des motifs, *« cette mesure, si elle renforce l'équité du minimum contributif, repose en effet sur des échanges dématérialisés et la coordination des règles de calcul entre régimes, auxquels il importe de laisser un temps suffisant »*.

Des travaux sont actuellement en cours pour permettre des échanges dématérialisés de données sur le montant des pensions entre l'ensemble des régimes dont a relevé l'assuré.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement de précision rédactionnelle, l'Assemblée nationale a apporté deux modifications au présent article.

• La **première**, adoptée à l'initiative du Gouvernement, est la conséquence de modifications apportées par le Sénat à l'article 6 du projet de loi portant réforme des retraites.

Les paragraphes III et IV dudit article maintiennent le bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants des générations les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que, de façon permanente, pour les parents d'enfants handicapés.

Ces aménagements seront financés par deux nouvelles mesures introduites dans le projet de loi de finances pour 2011 :

- une majoration de 0,2 point du prélèvement social sur le capital ;
- un alignement du taux du prélèvement sur les plus-values de cessions immobilières hors résidence principale (passage de 17 % à 19 %) sur le taux applicable aux plus-values de cessions mobilières.

Le FSV, en tant qu'organisme chargé du financement des mécanismes de solidarité, se voit confier le financement de ces dispositions dérogatoires au droit commun.

Pour ce faire, il est ici inséré un **nouvel article L. 135-3-1** dans le code de la sécurité sociale qui :

- affecte au FSV les deux nouvelles recettes susmentionnées ;
- prévoit que, dès l'année prochaine, le fonds mettra en réserve ces nouvelles ressources afin de couvrir les dépenses qui seront engagées, au titre de ces dérogations, par le régime général et les régimes alignés à partir de 2016.

• Le **deuxième amendement**, présenté par le rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, vise à rétablir une base juridique à la validation au titre de la retraite, au profit des assurés du régime social des indépendants (RSI), de certaines périodes assimilées (périodes d'hospitalisation, de dispense de paiement de la cotisation d'assurance vieillesse pour raison de santé, d'invalidité et de service d'une rente d'accident du travail).

Cette mesure de cohérence sécurise juridiquement le financement, par le FSV, du coût pour le régime général et les régimes alignés des validations gratuites de trimestre au titre de périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et

invalidité, tel que prévu à l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

II - La position de la 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 logique que le FSV participe au financement du minimum contributif puisque sa vocation est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif.

Néanmoins, un transfert intégral - et non partiel comme le prévoit le texte - des charges liées au minimum contributif aurait eu le mérite de clarifier le financement du système de retraite.

Par ailleurs, cette nouvelle charge pour le fonds intervient à un moment où celui-ci connaît une situation lourdement déficitaire, sous les effets conjoints de la crise économique et des mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Aussi, il est indispensable qu'à compter de 2012, le pourcentage de participation du FSV au financement du minimum contributif, soit fixé de façon à assurer une contribution du fonds à hauteur des recettes qui lui sont transférées à l'occasion de la réforme des retraites.

Enfin, l'affectation de deux nouvelles recettes au FSV pour financer le maintien de l'âge d'annulation de la décote à soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants ou d'enfant handicapé ne fait qu'ajouter de la complexité à la « tuyauterie » mise en place à l'article 14 du présent texte. En outre, il est légitime de s'interroger sur les modalités de la mise en réserve de ces nouvelles ressources par le FSV.

- Votre commission fait par ailleurs observer que le report de six mois de l'entrée en vigueur de la mise sous conditions de ressources du minimum contributif conduit à perdre le rendement escompté de cette mesure sur une demi-année. Comme ce rendement est estimé à 70 millions d'euros par an, dont 30 millions pour la Cnav, la moindre économie s'élève à 35 millions pour l'ensemble des régimes de base et à 15 millions pour la Cnav.

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

Article 57 bis
(art. L. 173-2 du code de la sécurité sociale)
Minimum contributif du régime des cultes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre au régime des cultes les règles relatives à la mise sous condition de ressources du minimum contributif.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a profondément réformé le dispositif du minimum contributif en soumettant son bénéfice à un plafond de ressources.

En application de l'article L. 173-2 du code de la sécurité sociale, le minimum contributif est désormais attribué aux assurés dont la retraite totale (retraite de base et retraite complémentaire pour l'ensemble des régimes) n'excède pas un montant fixé par décret.

Or, le régime des cultes, géré par la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (Cavimac), ne fait pas partie des régimes visés par la mesure prévue audit article.

Le présent article a donc pour objet de corriger cette omission en étendant le champ d'application de la mise sous condition de ressources du minimum contributif au régime des cultes.

Cette disposition entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

II - La position de la commission

Votre commission estime qu'il s'agit d'une mesure d'équité entre les assurés sociaux.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 58

Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de fixer les prévisions de dépenses du fonds de solidarité vieillesse pour 2011.

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 27, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles du seul organisme qui fait partie du périmètre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à savoir le FSV.

Les charges prévisionnelles du FSV sont ainsi fixées à **21,9 milliards d'euros** en 2011, en progression de **4,3 milliards** par rapport à 2010.

Compte tenu des moyens supplémentaires qui lui sont octroyés dans le cadre de l'équilibre de la réforme des retraites (cf. commentaires des articles 10 et 14 du présent projet de loi), **le fonds prendra nouvellement en charge**, pour l'année 2011, et ce à hauteur de 3,5 milliards d'euros, **une partie des dépenses engagées par le régime général et les régimes alignés pour le versement du minimum contributif** (cf. commentaire de l'article 57).

L'Assemblée nationale a adopté une simple modification rédactionnelle au présent article.

II - La position de la commission

Conformément à la position de sa Mecss, votre commission estime que les opérations de « tuyauterie », dont est l'objet le FSV, ne sont pas de bonne gestion. Le fonds devrait être en charge de l'ensemble des dispositifs de solidarité non contributifs et disposer des ressources nécessaires pour faire face à ces dépenses.

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

Section 6

Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 59

(art. L. 114-23 et L. 224-5 du code de la sécurité sociale)

Fonds de performance de la sécurité sociale

Objet : Cet article institue un fonds de performance de la sécurité sociale destiné à la modernisation et à l'amélioration de la performance de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Les conventions d'objectifs et de moyens signées entre l'Etat et la sécurité sociale visent à améliorer la gestion des organismes de sécurité sociale.

Les démarches de modernisation demeurent cependant éclatées entre les différents régimes et branches.

Le présent article vise donc à créer 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.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, **cet article avait déjà été présenté par le Gouvernement** sous forme d'un amendement déposé à l'Assemblée nationale, qui l'avait adopté.

A l'initiative de votre commission, peu convaincue de l'intérêt du dispositif, le Sénat l'avait **supprimé** et la commission mixte paritaire s'était ralliée à ce choix.

Les arguments avancés cette année à l'appui de cet article étant exactement les mêmes que l'année dernière, votre commission ne peut que renouveler ses interrogations.

Selon l'étude d'impact, le fonds permettrait, notamment « *en matière de ressources humaines, [de] disposer de diagnostics partagés voire de plans d'actions partagés entre tous les opérateurs* » ou de favoriser la « *convergence des outils et des pratiques de gestion des usagers : accueil téléphonique, gestion des courriers électroniques par exemple* ».

De telles ambitions, en réalité assez modestes, justifient-elles la création d'un fonds *ad hoc* ? La mise en commun des diagnostics et le rapprochement des pratiques requièrent-ils davantage que la volonté de travailler ensemble ? Est-il vraiment opportun, au moment où les caisses de sécurité sociale connaissent un déficit historique, de les priver d'une partie de leurs ressources pour financer des études et des audits ?

Votre commission ne le croit pas et vous demande donc de supprimer cet article.

Article 59 bis

(art. L. 224-5 du code de la sécurité sociale)

Pouvoir de contrôle de l'union des caisses nationales de sécurité sociale

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, confie à l'union nationale des caisses nationales de sécurité sociale le contrôle de la gestion des treize centres régionaux de formation professionnelle.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

En application de l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, l'union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss) « *assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale* ». De plus, « *elle évalue, coordonne et participe à la mise en œuvre de politiques de formation du personnel* ».

Actuellement, outre l'école nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S), **treize centres régionaux de formation professionnelle (CRFP)** contribuent aux actions menées dans ce domaine. Constitués sous la forme d'unions, ils dispensent des formations destinées aux différents métiers exercés dans les branches.

Les conditions de fonctionnement de ces centres sont **loin d'être optimales** : mauvaise répartition sur l'ensemble du territoire, opacité des coûts de formation, constitution singulière d'excédents budgétaires.

Alors que la formation des personnels constitue un levier essentiel des adaptations considérables auxquelles les régimes de sécurité sociale vont être confrontés dans les prochaines années, notamment en termes de mobilité entre les branches, la définition et la gestion de ces actions nécessitent une franche amélioration.

Cet article propose donc **de renforcer le rôle de tête de réseau de l'Uncass dans ce domaine**, conformément aux dispositions de la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'Etat. L'Uncass serait ainsi chargée d'autoriser et d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des centres et de conclure avec chacun d'entre eux un contrat pluriannuel de gestion.

De plus, il est prévu que le directeur de l'Uncass émette **un avis sur la nomination** des directeurs et des agents comptables des centres.

II - La position de la commission

Votre commission considère que le renforcement du pouvoir de contrôle de l'Uncass devrait permettre de régulariser la gestion des centres régionaux de formation professionnelle.

La capacité donnée au directeur de l'Uncass d'émettre un avis sur la nomination des directeurs et des agents comptables de chaque centre constitue un puissant levier de contrôle sur le fonctionnement des centres.

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

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 60

(art. L. 323-6 du code de la sécurité sociale)

Pénalisation de l'exercice d'activités rémunérées pendant les arrêts maladie

Objet : Cet article instaure une pénalité sanctionnant le fait d'exercer une activité rémunérée pendant les arrêts maladie.

I - Le dispositif proposé

Le travailleur qui se trouve dans l'incapacité physique de poursuivre son activité, en raison d'une maladie ou d'un accident professionnel, bénéficie d'indemnités journalières de maladie (IJ) qui constituent un revenu de remplacement.

En 2009, avec près de 6 milliards d'euros pour le régime général, les dépenses d'indemnités journalières représentent 10 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville. Comme le montre le tableau suivant, ces dépenses sont **en forte croissance depuis 2007** :

Evolution des remboursements d'indemnités journalières

Année	2006	2007	2008	2009
Montants (en millions d'euros)				
IJ maladie	5 232	5 384	5 678	5 956
Dont IJ de courte durée	3 040	3 190	3 387	3 511
Dont IJ de longue durée	2 193	2 194	2 290	2 445
Taux d'évolution				
IJ maladie	- 1,9 %	2,9 %	5,4 %	4,9 %
Dont IJ de courte durée	- 0,4 %	4,9 %	6,2 %	3,7 %
Dont IJ de longue durée	- 3,9 %	0,1 %	4,4 %	6,7 %

Source : Cnam, Acoss, DSS

Avec une nouvelle augmentation d'environ 4,5 %, cette tendance devrait se poursuivre en 2010.

Depuis six ans, la lutte contre la fraude aux IJ a fait l'objet de plusieurs dispositions des lois de financement de la sécurité sociale :

- la LFSS pour 2004 a obligé le médecin mandaté par un employeur à transmettre au service du contrôle médical de la **Cpam** son avis concluant à l'absence de justification de l'arrêt de travail et autorisé le service médical, dans ce cadre, à suspendre le versement des indemnités journalières ;

- la LFSS pour 2006 a instauré la mise sous accord préalable des médecins enclins à prescrire de manière laxiste des arrêts de travail ;

- la LFSS pour 2007 a rendu systématique le contrôle de tous les arrêts de travail supérieurs à quarante-cinq jours ;

- enfin, la LFSS pour 2010 a généralisé l'expérimentation, menée depuis 2008, de la contre-visite d'un médecin diligenté par l'employeur et de la suspension systématique du versement des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail injustifié, et soumis le versement des indemnités journalières, en cas d'arrêts de travail successifs, à l'avis du médecin conseil de la **Cpam**.

Ces évolutions législatives successives ont renforcé la lutte contre la fraude. Elles ont ainsi permis de dégager 240 millions d'euros d'économies en 2008.

Le présent article propose d'instaurer un dispositif de dissuasion contre la fraude en prévoyant **une pénalité financière en cas d'exercice d'une activité rémunérée pendant la période d'arrêt de travail**. En l'état actuel du droit en effet, ce type de fraude ne donne lieu qu'à la **suspension des IJ**.

La pénalité serait prononcée par le directeur de la **Cpam** et fixée en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de leur total, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

L'étude d'impact précise que les actions de la Cnam dans la lutte contre ce type de fraude sont récentes et que son ampleur est donc délicate à estimer. Elle formule néanmoins l'hypothèse que cette fraude est au moins aussi courante que la falsification des pièces pour obtenir des IJ, qui a représenté 8,6 millions d'euros en 2008.

Avec un taux de pénalité encourue de 50 %, il est donc raisonnable d'évaluer l'économie attendue à **4,3 millions d'euros par an**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission considère qu'il est légitime de renforcer les sanctions contre les fraudes aux IJ, quelles qu'elles soient. Dans le cas d'espèce, il est parfaitement justifié qu'une personne qui bénéficie d'IJ au titre d'un arrêt de travail mais exerce dans le même temps une activité rémunérée soit sanctionnée au-delà de la simple suspension des IJ, qui apparaît peu dissuasive.

Elle vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 61

(art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale)

Droit des agents de contrôle de la sécurité sociale d'obtenir des informations permettant de lutter contre la fraude profitant à des tiers

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, étend le droit de communication des agents de contrôle de la sécurité sociale aux informations permettant de recouvrer des prestations versées indûment à des tiers.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

En application de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, « le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires aux agents des organismes de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations [...] » servies par les organismes de sécurité sociale.

Ce **droit de communication** est notamment exercé à l'égard d'établissements bancaires, de fournisseurs d'énergie, d'opérateurs de téléphonie ou de fournisseurs d'accès à internet et permet aux organismes de sécurité sociale de disposer de prérogatives comparables à celles dévolues aux services fiscaux.

Cet article vise à **compléter** le dispositif en élargissant le droit de communication aux informations sur des **tiers soupçonnés de bénéficier indûment de prestations versées**. Il s'agit par exemple de pouvoir identifier les mandataires des comptes bancaires de prestataires décédés continuant à percevoir frauduleusement des pensions.

II - La position de la commission

Cette mesure permettra d'**améliorer la mise en recouvrement** de prestations indûment versées à des tiers auxquels les organismes pourront adresser leurs créances après les avoir identifiés.

Constatant que le dispositif proposé participe du renforcement légitime de la lutte contre la fraude sans porter atteinte aux droits fondamentaux des allocataires, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 62

(art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale)

Instauration d'une pénalité contre les tiers refusant de communiquer les informations demandées

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, instaure une pénalité contre les tiers refusant de communiquer les informations demandées par les agents de contrôle de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale institue au profit des agents des organismes de la sécurité sociale **un droit de communication** qui leur permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires pour contrôler l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et le paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale.

Néanmoins, en l'état actuel du droit, **aucune sanction n'est prévue à l'encontre des tiers qui refusent de répondre à la demande des agents.**

Le présent article propose donc que le « *refus de déférer à une demande du présent article [soit] puni d'une amende de 7 500 euros* ».

Il prévoit également que ce délit puisse faire l'objet de la procédure simplifiée prévue par les articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale.

Il convient de rappeler qu'en application de l'article 495 du code pénal, « *le ministère public ne peut recourir à la procédure simplifiée que lorsqu'il résulte de l'enquête de police judiciaire que les faits reprochés au prévenu sont établis et que les renseignements concernant la personnalité de celui-ci, et notamment ses charges et ses ressources, sont suffisants pour permettre la détermination de la peine* ».

II - La position de la commission

Votre commission s'interroge sur l'opportunité de recourir à la procédure simplifiée prévue par le code pénal dans les cas de simple refus par un tiers de déférer à la demande d'information d'un agent de contrôle des organismes de sécurité sociale.

En outre, le recours à la procédure simplifiée suppose qu'une enquête de police judiciaire ait établi les faits reprochés. Cela signifie-t-il que les agents de contrôle vont désormais recourir aux services de police judiciaire pour mener à bien leur mission ?

Considérant toutefois que cet article s'inscrit dans la politique, justifiée, de lutte contre la fraude, votre commission vous demande de l'adopter sans modification.

Article 63

(art. 133-6-8 du code de la sécurité sociale)

Obligation de déclaration de revenus pour les auto-entrepreneurs

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, instaure pour tout auto-entrepreneur une obligation de déclaration de ses revenus aux organismes de recouvrement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Créé par la loi n° 2008-776 du 4 août 2008, **le statut d'auto-entrepreneur** permet au travailleur indépendant dont l'activité ne dégage pas de bénéfices **de ne pas être soumis à l'obligation de déclaration de revenus à l'Urssaf.**

Cette faculté a donné lieu à **plusieurs types d'abus** : certains travailleurs indépendants utilisent le statut d'auto-entrepreneur pour ne pas déclarer leur activité et certains employeurs demandent à leur salarié de s'inscrire au régime de l'auto-entrepreneur pour ne pas avoir à les déclarer.

Afin d'éviter ce type de dérive et de faciliter les contrôles par les Urssaf, cet article institue **une obligation**, pour tout auto-entrepreneur, de déclarer ses revenus aux organismes de recouvrement, même en l'absence de chiffre d'affaires pour la période concernée.

II - La position de la commission

Consciente des multiples possibilités de détournements dont le statut d'auto-entrepreneur fait l'objet, votre commission souhaite qu'il soit rapidement remédié à la situation. C'est à quoi s'emploie cet article même si

l'on peut s'interroger sur le caractère éventuellement réglementaire de la mesure qu'il propose.

Il faut aussi espérer que le fait qu'il soit fait renvoi à un décret d'application ne retardera pas son entrée en vigueur.

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

Article 64

(art. L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale)

Possibilité pour les agents de contrôle de la sécurité sociale de demander le passeport et le titre de séjour des allocataires

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, précise que les agents de contrôle de la sécurité sociale peuvent demander à un allocataire la production de son passeport ou de son titre de séjour.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale dispose que « *les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation, toutes pièces justificatives utiles pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de cette demande lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.* »

La totalité des prestations versées par les organismes de sécurité sociale sont soumises à **la condition de résidence effective et régulière** sur le territoire nationale. Il peut donc être nécessaire, pour les agents de contrôle de la sécurité sociale, de vérifier le respect de cette condition en examinant le **passeport** de l'allocataire, qui peut porter la trace de certains de ses déplacements à l'étranger.

En conséquence, cet article précise que les agents de contrôle sont habilités à demander « *la production de l'original du passeport pour apprécier le respect des conditions de résidence effective [et] la production de l'original du titre de séjour pour apprécier le respect des conditions de régularité de séjour.* »

II - La position de la commission

Si votre commission admet que le contrôle de l'effectivité du séjour, condition de l'ouverture des droits, entre dans le champ de compétences des agents de contrôle de la sécurité sociale, **elle s'interroge sur la légitimité de ces agents à vérifier la régularité du séjour des allocataires.**

On peut en effet se demander si ce contrôle ne relève pas davantage du pouvoir de police et s'il relève des agents de la sécurité sociale d'assumer une fonction aussi sensible.

Considérant néanmoins que la lutte contre la fraude aux prestations sociales est une priorité, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 65

(art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)

Prise en charge des cotisations des professionnels de santé par l'assurance maladie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que l'assurance maladie ne peut prendre en charge la part conventionnelle des cotisations sociales d'un professionnel de santé avant que celui-ci ne se soit acquitté de sa propre participation.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

En application de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les conventions qui lient l'assurance maladie et les médecins définissent notamment « *les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires* ».

En l'état actuel du droit, « *la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai déterminé par décret* ». La participation « *peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent* ».

Or, cette réglementation conduit à ce que les organismes d'assurance maladie continuent de prendre en charge la partie conventionnelle des cotisations sociales d'un professionnel de santé alors même que celui-ci ne s'acquitte pas du paiement de la fraction qui lui incombe.

Cet article propose donc de confirmer que la participation de l'assurance maladie est subordonnée au paiement préalable, par le professionnel de santé, de la part de cotisations qui lui revient.

Cependant, afin de préserver une certaine souplesse, les organismes de recouvrement pourraient octroyer des délais de paiement spécifiques aux professionnels qui rencontreraient des problèmes de trésorerie.

II - La position de la commission

Votre commission juge légitime que la participation de l'assurance maladie soit conditionnée au respect par le professionnel de santé de ses obligations auprès des Urssaf.

Ceci étant, elle s'interroge sur l'utilité réelle de cet article, dont le contenu figure déjà dans le droit positif.

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

Article 66

(art. L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale)

Limitation des sanctions dues par les établissements de santé en cas de manquement aux règles de facturation

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à restreindre les circonstances entraînant des sanctions pour les établissements de santé en cas de manquement aux règles de facturation de la T2A.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale traite des sanctions dont les établissements de santé sont passibles en cas de manquement aux règles de facturation de la T2A.

L'Assemblée nationale a souhaité restreindre le champ de la faute sous deux aspects :

- elle devrait être caractérisée en cas de manquement « *délibéré* » (1°) ;

- elle interviendrait en cas d'erreur de codage « *imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement des règles opposables* » (2°).

Le rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a jugé cet amendement, commun à plusieurs groupes politiques, comme étant « *d'appel* » ; il a d'ailleurs retiré l'un de ses amendements qui allait dans le même sens.

II - La position de la commission

Votre commission soutient depuis de nombreuses années le principe de la tarification à l'activité, ainsi que celui de la facturation individuelle qui tendra à renforcer le contrôle de l'assurance maladie sur les dépenses qu'elle doit rembourser aux hôpitaux.

La sanction prévue à l'article L. 162-22-18 est prise par le directeur général de l'ARS, à la suite de contrôles sur pièces et sur place et après l'avis d'une commission composée à parité de représentants de l'agence, des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical.

La procédure semble donc équilibrée et saine dans son principe. En outre, le ministre du budget a annoncé, en séance publique à l'Assemblée nationale, qu'il avait engagé un dialogue et une concertation avec les fédérations hospitalières. Des groupes de travail vont arbitrer les difficultés d'interprétation et un outil sera mis en place, à la demande des fédérations, pour permettre une évaluation précise de la situation. Il est en effet utile d'assurer une certaine harmonisation des sanctions au niveau national.

Dans ces conditions, outre certaines incertitudes juridiques sur leur formulation, votre commission ne peut qu'estimer excessives les conditions ajoutées à l'Assemblée nationale : la nécessité d'un manquement délibéré et la répétition des erreurs de codage malgré la notification des règles applicables paraissent exagérément restrictives.

C'est pourquoi elle vous demande de supprimer cet article.

*Article additionnel après l'article 66
(art. L. 162-1-14, L. 162-1-14-1, L. 162-1-14-2 et L. 162-1-15
du code de la sécurité sociale)*

**Harmonisation de la jurisprudence des organismes locaux
d'assurance maladie en matière de pénalités financières
et de mise sous accord préalable**

Objet : Cet article additionnel a pour objet, sans alourdir à l'excès les procédures, de créer les conditions d'une harmonisation de la jurisprudence des organismes locaux d'assurance maladie en matière de pénalités ou sanctions financières et de décisions de mise sous accord préalable.

L'assurance maladie a intensifié, depuis quelques années, ses actions de contrôle et de lutte contre la fraude, les fautes et les abus - qui restent heureusement des phénomènes d'ampleur très limitée au regard des 64 millions d'assurés ou d'ayants droit, et des quelque deux millions d'employeurs et 290 000 professionnels de santé en lien avec l'assurance maladie.

Ces actions, encouragées par les pouvoirs publics, s'appuient sur des textes qui ont été développés et complétés dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale successives, depuis les dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui ont prévu que le directeur d'un organisme local d'assurance maladie peut prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un assuré, d'un employeur ou d'un professionnel de santé en cas d'observation des règles du code de la sécurité sociale (article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale) et qui ont créé la procédure de mise sous accord préalable (article L. 162-1-15 du même code).

Cette politique se justifiait à la fois par le souci de réaliser des économies, de sanctionner les fraudeurs, et elle s'inscrit aussi dans une stratégie de dissuasion.

Si les économies réalisées grâce au contrôle ne sont pas négligeables - 132 millions d'euros en 2008 -, le nombre des sanctions notifiées est assez faible (521 en 2008), ce qui confirme le caractère heureusement marginal de la fraude, le montant moyen des pénalités prononcées étant, la même année, de l'ordre de 1 200 euros, et de 605 euros pour les pénalités prononcées à l'encontre de professionnels de santé.

La politique de contrôle et de lutte contre la fraude, hélas nécessaire, est cependant très mal ressentie, en particulier par les professionnels de santé qui ont le sentiment d'être en permanence considérés comme des délinquants en puissance, ou craignant de se voir reconnus coupables, dans le cas des procédures de mise sous accord préalable, de « délits statistiques »¹.

Dans ce contexte, votre rapporteur général a été sensible aux propos que lui ont tenus certains de ses interlocuteurs qui, au-delà de leurs critiques à l'égard des procédures mises en place, ont mis en cause la démarche jugée excessivement répressive de certains responsables d'organismes locaux d'assurance maladie.

Que ces critiques soient ou non fondées - et les délais d'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale rendaient impossible une enquête approfondie sur ce point -, votre commission a recherché le moyen, sans allonger à l'excès les procédures ni empiéter sur les délais de recours, de favoriser une indispensable « unité de jurisprudence » dans l'application des procédures de sanctions administratives et de mise sous accord préalable prévues par le code de la sécurité sociale.

A cette fin, elle propose que les sanctions qu'il revient aux directeurs d'organismes locaux d'assurance maladie de prononcer ne puissent être notifiées, et donc devenir effectives, qu'après avoir été « avalisées » par un

¹ Il est à cet égard positif que des dispositions adoptées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 aient eu pour objet de mieux « cibler » les critères retenus pour apprécier l'opportunité des mises sous accord préalable, en tenant compte du volume de l'activité du médecin et en adaptant les méthodes d'appréciation des « niveaux moyens d'activité » pris comme référence, qui peuvent varier de façon importante à l'intérieur d'une même région.

avis conforme du directeur de l'Uncam, ou du représentant qu'il désignera à cet effet.

Cette procédure concernerait :

- les pénalités financières susceptibles d'être prononcées à l'égard des assurés, des employeurs ou des professionnels de santé en application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale ;

- les sanctions applicables aux professionnels de santé prévus à l'article L. 162-1-14-1 du même code ;

- les sanctions prononcées à la suite du contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou de prestations médicaux remboursables, d'une entreprise de transports sanitaires (article L. 162-1-14-2) ;

- les mises sous accord préalable (article L. 162-1-15).

Tel est l'objet de l'article additionnel que votre commission vous demande d'adopter.

Article 67

(art. 243-3-1 du code de la sécurité sociale)

Extension de la procédure d'opposition à tiers détenteur

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, étend la procédure d'opposition à tiers détenteur à tous les recouvrements des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale 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.

L'article 96 de la loi de financement pour 2010 a introduit dans le même code un nouvel article L. 243-3-1 pour prévoir l'application des dispositions de l'article L. 652-3 au recouvrement des contributions et cotisations sociales faisant l'objet d'un redressement après constatation de l'infraction de **travail dissimulé**.

Le présent article étend la procédure de l'article L. 652-3 à **tous les recouvrements** des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié.

II - La position de la commission

Votre commission s'interroge sur les effets de cette extension totale de la procédure d'opposition à tiers détenteur.

Dans la majorité des cas, les entreprises qui ne s'acquittent pas du paiement de leurs contributions et cotisations sociales sont confrontées à des difficultés financières importantes. L'activation de la procédure d'opposition à tiers détenteur, qui est par ailleurs systématiquement facturée au débiteur par l'établissement bancaire, pourrait dans certains cas faire peser une menace sur la survie de l'entreprise.

Si cet article venait à être appliqué, il faudrait donc que les agents des caisses y recourent avec **la plus grande prudence**.

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

Article 68

(art. L 243-5 du code du travail)

Remise de pénalités et majorations en cas de liquidation judiciaire

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, exclut les cas de travail dissimulé du bénéfice de la remise de pénalités et majorations prévue en cas de liquidation judiciaire.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

En application du code du travail, lorsqu'une entreprise est soumise à une procédure de liquidation judiciaire, son passif financier est amputé de toute majoration, pénalité ou frais de justice.

Pour échapper au rappel de cotisations sociales, certains chefs d'entreprise convaincus d'avoir eu recours au travail dissimulé instrumentalisent cette réglementation, et mettent volontairement leur entreprise en liquidation judiciaire.

Il est alors impossible aux Urssaf de recouvrer les sommes dues.

Cet article propose donc de résoudre ce problème en excluant les cas de travail dissimulé du bénéfice de la remise de pénalités ou majorations.

II - La position de la commission

Votre commission juge que la remise de pénalités et majorations en cas de liquidation judiciaire ne doit pas servir à protéger les chefs d'entreprise malhonnêtes qui recourent au travail dissimulé.

En la matière, la réglementation actuelle n'est pas satisfaisante et votre commission est favorable à son évolution.

Elle vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 69

(art. L. 243-7 du code de la sécurité sociale)

Contrôle des travailleurs indépendants

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, applique le principe de l'interlocuteur social unique au contrôle des cotisations et contributions des travailleurs indépendants.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

En application de l'article L. 133-6-5 du code du travail, le contrôle du respect de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et des contributions des travailleurs indépendants (personnes exerçant des professions artisanales, industrielles et commerciales) est délégué aux Urssaf et aux caisses de sécurité sociale.

L'article L. 243-7 du même code précise la procédure applicable en cas de contrôle : les agents de contrôle assermentés ont qualité pour dresser, en cas d'infraction, des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les Urssaf les transmettent, aux fins de poursuite, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Le présent article a simplement pour objet d'indiquer que le contrôle des travailleurs indépendants ne doit pas conduire à l'intervention de plusieurs administrations de contrôle mais s'effectuer dans le respect du principe de l'interlocuteur social unique applicable depuis le 1^{er} janvier 2008, ce qui est déjà le cas.

II - La position de la commission

Si votre commission s'interroge sur la nature législative de cet article, elle comprend l'intérêt, pour les travailleurs indépendants, de réaffirmer leur attachement au principe de l'interlocuteur social unique.

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

Article 70

(art. L. 243-14 du code de la sécurité sociale)

Déclaration des cotisations des grandes entreprises par voie électronique

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, instaure une pénalité pour les grandes entreprises qui ne respectent pas l'obligation de déclarer leurs cotisations par voie électronique.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

En application de l'article L. 243-14 du code du travail, « *Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise [...] redevables de cotisations, contributions et taxes pour un montant supérieur à 150 000 euros au titre d'une année civile, sont tenus d'effectuer leurs déclarations sociales, au titre des sommes dont ils sont redevables l'année suivante, par voie électronique* ».

En l'état actuel du droit, **aucune sanction n'est prévue en cas de non-respect de cette obligation.**

Cet article propose donc d'instituer une **majoration de 2 %** du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une voie autre qu'électronique.

II - La position de la commission

L'article L. 243-14 prévoit déjà une pénalité pour les grandes entreprises qui ne respectent pas leur obligation de paiement des cotisations, contributions et taxes par voie dématérialisée.

Cet article constitue donc un complément utile et **votre commission vous demande de l'adopter sans modification.**

Article 71

*(art. 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004
simplifiant le minimum vieillesse)*

Minimum vieillesse

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse la condition de résidence sur le territoire national exigée pour le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse a institué une prestation unique et différentielle, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), sur le modèle du revenu minimum d'insertion (RMI).

Le montant de cette prestation est ainsi égal à la différence entre le montant des ressources propres de la personne et le montant du minimum de ressources garanti aux personnes âgées.

Entrée en vigueur en janvier 2007, après la parution du décret n° 2007-57 du 12 janvier 2007 simplifiant le minimum vieillesse, l'Aspa se substitue progressivement aux anciennes allocations du minimum vieillesse¹ pour les nouveaux bénéficiaires. Elle est soumise à une condition de résidence stable et régulière sur le territoire national.

L'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale dispose en effet que *« toute personne justifiant d'une résidence stable et régulière sur le territoire métropolitain ou dans un département mentionné à l'article L. 751-1 et ayant atteint un âge minimum bénéficie d'une allocation de solidarité aux personnes âgées dans les conditions prévues par le présent chapitre »*.

Cependant, les actuels bénéficiaires des anciennes allocations continuent à percevoir ces prestations selon les règles applicables avant leur abrogation.

Or, il apparaît que l'absence de condition de résidence pour le bénéfice de ces anciennes prestations est source d'abus et ne facilite pas les contrôles.

¹ Les anciennes allocations composant le minimum vieillesse sont l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), l'allocation aux vieux travailleurs non salariés, le secours viager, l'allocation aux mères de famille, l'allocation spéciale vieillesse et sa majoration, l'allocation viagère dont peuvent bénéficier les rapatriés, l'allocation de vieillesse agricole, l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-2 du code de la sécurité sociale.

C'est pourquoi, le présent article a pour objet d'étendre aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse, qui constituent encore la grande majorité des prestations versées, la condition de résidence stable et régulière sur le territoire national exigée pour l'Aspa, ainsi que la possibilité de supprimer ces allocations lorsqu'il est constaté que l'une des conditions exigées pour son service n'est pas remplie.

II - La position de la commission

Votre commission considère que cette mesure de cohérence met fin à une inéquité de traitement entre les assurés bénéficiant des anciennes allocations constituant le minimum vieillesse et ceux percevant l'Aspa.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 3 novembre 2010, sous la présidence de Muguette Dini, présidente, la commission procède à l'examen du rapport sur le projet de loi n° 2854 (AN - XIII^e législature) de financement de la sécurité sociale pour 2011, sous réserve de son adoption par l'Assemblée nationale et de sa transmission, de 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.

Examen du rapport

Alain Vasselle, rapporteur général. - Après le projet de loi organique sur la gestion de la dette sociale et la réforme des retraites, nous voici réunis pour le troisième volet de la trilogie de cet automne relative aux finances sociales : l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Malheureusement, nos travaux ne s'arrêteront sans doute pas là car la première partie du projet de loi de finances comporte de nombreuses mesures affectant la sphère sociale, destinées à tirer les conséquences des dernières réformes ; je vous proposerai d'ailleurs que nous nous en saisissions pour avis. Si on y ajoute le projet de loi de programmation des finances publiques que je vous ai présenté la semaine dernière, c'est bien à une pentalogie des finances sociales que nous avons dû nous atteler cette année !

Le PLFSS, je vous le rappelle, est un ensemble de plus de 400 milliards d'euros - 450 milliards d'euros en dépenses pour l'ensemble des régimes, 330 milliards pour le seul régime général - qui concerne les finances des quatre branches de la sécurité sociale : la maladie, la vieillesse, la famille et les accidents du travail-maladies professionnelles (AT MP). Il retrace aussi 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, au premier rang desquels le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Le projet de loi comporte quatre parties. La première est consacrée à l'exercice clos, soit 2009, pour laquelle nous allons voter des tableaux d'équilibre définitifs. La deuxième est relative à l'année en cours, soit 2010, pour laquelle nous allons voter des prévisions rectifiées - et, cette année, assez divergentes de celles adoptées il y a un an, mais pour une fois dans le bon

sens ! Les deux dernières enfin sont relatives à l'année à venir, c'est-à-dire 2011, la troisième partie étant consacrée aux recettes et la quatrième aux dépenses réparties par branche. Cette approche sur trois années, instituée par la loi organique du 2 août 2005, a indéniablement renforcé nos moyens d'appréciation et de contrôle des finances sociales. A cela s'ajoute un cadrage pluriannuel qui est l'une des particularités du projet de loi de financement, et qui figure dans l'annexe B du projet de loi.

Cette année le cadrage, établi parallèlement à celui de la loi de programmation des finances publiques, ouvre des perspectives moins dramatiques que celles de l'année dernière, mais néanmoins préoccupantes : une croissance de 2 % en 2011 et 2,5 % les années suivantes, et pour la masse salariale, qui détermine les trois quarts des ressources de la sécurité sociale, après une hausse de 2 % en 2010, une progression de 2,9 % en 2011 et même 4,5 % par an à partir de 2012, ce qui peut être qualifié de très optimiste.

Guy Fischer. - *En effet !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Dans ce cadre économique relativement favorable, les comptes du régime général restent néanmoins déficitaires jusqu'au terme de la projection en 2014, même si le déficit total se réduit un peu, passant de 21,3 milliards en 2011 à 15,3 milliards en 2014. Cela représente malgré tout un effort non négligeable en termes de maîtrise des dépenses, puisque l'évolution tendancielle des dépenses de la sécurité sociale, notamment pour la vieillesse et la maladie, est élevée. Bien entendu, ces projections sont très volatiles : il suffit de modifier l'une des hypothèses pour que les soldes présentés soient caducs. Par exemple, une hausse de la masse salariale inférieure d'un point aux projections représente au minimum deux milliards de déficits supplémentaires. Quoi qu'il en soit, ce cadrage pluriannuel a le mérite de tracer une trajectoire et de faire apparaître les contraintes et les difficultés de l'exercice.*

J'en viens à la présentation des comptes. L'année 2009 a été marquée par l'explosion du déficit. Du fait de la crise, le régime général a terminé l'année avec un solde négatif de 20,3 milliards d'euros, soit pratiquement le double de ce qui était initialement prévu, à savoir 10,5 milliards.

Guy Fischer. - *La crise a bon dos !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *La branche maladie, en particulier, a vu ses comptes se dégrader : le déficit, qui devait être de 4,6 milliards selon la prévision initiale, s'élève à 11,6 milliards dans les comptes définitifs : tous les efforts entrepris année après année pour parvenir à une réduction du déséquilibre ont été rendus vains en quelques mois ! Cette dégradation a résulté pour l'essentiel de la chute sans précédent des recettes avec, pour la première fois depuis la guerre, une baisse de la masse salariale, de 1,3 % ; à l'inverse, les dépenses se sont maintenues, tout en progressant moins vite que les années précédentes, tant pour la maladie que pour la vieillesse, alors que les précédents épisodes récessifs les avaient fait dériver.*

Guy Fischer. - *C'est l'hyper-austérité !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'année 2010 a permis, contre toute attente, la stabilisation des comptes. Le projet de loi de financement de l'an dernier prévoyait un déficit du régime général de 30,6 milliards d'euros, un ordre de grandeur encore jamais atteint. Fort heureusement, le léger rebond de la croissance et surtout la reprise de la progression de la masse salariale, qui devrait être de 2 % cette année, laissent augurer d'une réduction significative de ce montant, qui pourrait s'élever à 23,1 milliards. La branche maladie resterait la plus déséquilibrée avec un solde négatif de 11,4 milliards, soit la moitié du déficit total. Toutefois, pour la première fois depuis 1997, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) 2010 a été respecté, ce qui traduit la volonté du Gouvernement de tenir les objectifs financiers qu'il nous demande de voter.*

L'année 2011 sera la première étape du redressement durable des comptes. Le déficit du régime général devrait s'élever à 21,3 milliards. Les ressources progressent de 4,2 %, sous l'effet de l'amélioration de l'environnement économique mais aussi de mesures nouvelles. Plusieurs visent à financer la réforme des retraites et la reprise de la dette sociale ; d'autres viennent alimenter les différentes branches afin de sécuriser leurs recettes. En matière de dépenses, le projet de loi initial de cette année comprenait un nombre limité de mesures, mais l'Assemblée nationale a significativement complété cette quatrième partie. Mes collègues rapporteurs vous présenteront des éléments plus détaillés pour chacune de ces branches et je vous livrerai dans un instant mes propres réflexions sur l'assurance maladie.

Auparavant, je voudrais vous faire part de mes principales observations et propositions sur les équilibres de nos finances sociales. Première observation : le PLFSS organise la plus importante reprise de dette sociale jamais effectuée. Avec la crise, les déficits sociaux ont atteint des sommets : plus de 50 milliards en deux ans, pour le régime général et le FSV. Portés par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) dans ses comptes, alors que celle-ci n'a pas pour mission de gérer autre chose que des déficits de trésorerie, ils devaient impérativement être transférés à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Vous connaissez le schéma proposé par le Gouvernement, qui figure à l'article 9 du projet de loi : une reprise de 68 milliards d'euros en 2011 correspondant aux déficits du régime général et du FSV pour 2009 et 2010 et aux déficits des branches maladie et famille pour 2011 ; une reprise des déficits de la branche vieillesse et du FSV de 2011 à 2018, à raison de 10 milliards par an, dans la limite globale de 62 milliards. Cela revient à un quasi-doublement de la dette reprise par la Cades depuis l'origine : 134,6 milliards ont été repris de 1996 à 2009, 130 milliards supplémentaires lui seront transférés dans le cadre de ce projet de loi. Pour le financement, le Gouvernement a retenu le triptyque suivant : l'allongement de quatre années de la durée de la Cades pour permettre la reprise de la « dette de crise », évaluée à 34 milliards d'euros ;

l'accroissement de 3,2 milliards d'euros des recettes affectées à la Cades pour assurer la reprise des déficits structurels, qui s'élèvent eux aussi à 34 milliards d'euros ; la mobilisation de la ressource et des actifs du fonds de réserve des retraites (FRR) pour assurer le refinancement de la dette vieillesse, en attendant le retour à l'équilibre de cette branche en 2018.

Le point le plus contesté de ce dispositif concerne les 3,2 milliards à affecter à la Cades. Le plus simple aurait été d'accroître de 0,26 point la CRDS et, personnellement, je regrette que le Gouvernement n'ait pas choisi cette solution. Dans un premier temps, il a préféré affecter à la Cades un panier de recettes composé de trois taxes liées au secteur des assurances, mais celles-ci ne présentent pas toutes les garanties de pérennité nécessaires. Aussi, devant la résistance de l'Assemblée nationale qui a exigé d'affecter à la Cades de la CRDS ou de la CSG, il a finalement décidé de prélever 0,28 point sur la CSG destinée à la branche famille et d'affecter le panier « assurances » à celle-ci en compensation, mais cette compensation n'est évidemment pas parfaite, comme vous l'indiquera André Lardeux. Je vous proposerai donc un amendement pour garantir à la branche famille les recettes qui lui reviennent et qu'elle devrait perdre avec ce montage à partir de 2013.

Deuxième observation : ce PLFSS repose sur une véritable stratégie de réduction des niches sociales. Plusieurs articles reprennent des mesures que nous avons suggérées, voire votées, au cours des derniers exercices. La principale figure à l'article 12 : c'est l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales ; le Gouvernement, l'an dernier, s'était déclaré hostile à cette mesure, sous prétexte qu'elle ferait disparaître entre 80 000 et 100 000 emplois, mais il s'y est rallié cette année. La recette, évaluée à 2 milliards d'euros, sera affectée au FSV pour assurer une partie du financement du minimum contributif. Les autres mesures sont l'augmentation du forfait social, porté de 4 % à 6 % pour un gain de 350 millions, le renforcement de la taxation des retraites chapeau pour 110 millions, le relèvement des contributions sur les stock-options auxquelles l'Assemblée nationale a associé les attributions gratuites d'actions pour 70 millions, la taxation des gratifications versées par des tierces personnes pour 70 millions, le plafonnement de l'abattement de 3 % pour le calcul de la CSG pour 20 millions. Beaucoup de ces mesures ont fait l'objet d'amendements de nos collègues de l'opposition dans le cadre du projet de loi sur les retraites ; j'imagine donc qu'ils seront pleinement satisfaits.

Annie David. - *Tout cela est insuffisant !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Il faudra cependant continuer à se préoccuper des ressources de notre système de protection sociale, étant donné le dynamisme des dépenses, notamment d'assurance maladie.*

Troisième observation : des réformes structurelles constructives sont engagées pour la vieillesse comme pour la maladie. Je pense d'abord bien sûr à la réforme des retraites, que les évolutions démographiques rendaient indispensable et qui permettra d'infléchir profondément les tendances

inquiétantes que nous constatons il y a encore quelques mois. En 2018, nous ne serons pas à 45 milliards de déficit, comme nous le redoutions en commençant les travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) en janvier dernier, mais à l'équilibre ou presque.

Guy Fischer. - *Nous verrons bien !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Deuxième volet : la maladie. En respectant l'Ondam cette année et en s'imposant de nouvelles règles de gestion plus rigoureuses, le Gouvernement s'engage résolument dans une nouvelle manière de gérer ce secteur et je m'en félicite. Les marges d'efficience sont grandes.*

J'en viens à l'assurance maladie. Les quatorze articles du texte initial sont devenus trente-cinq après le passage à l'Assemblée nationale. Un certain nombre d'entre eux concernent le secteur médico-social et je laisserai à Sylvie Desmarescaux le soin de les présenter. J'évoquerai d'abord l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie. En 2010, l'Ondam devrait s'élever à 162,4 milliards d'euros, en hausse de 3 % par rapport à 2009 conformément à l'objectif fixé l'an dernier : pour la première fois depuis 1997, l'Ondam sera donc respecté. Les évolutions sont pourtant contrastées : les soins de ville augmentent au rythme qui leur avait été assigné mais les dépenses hospitalières progressent davantage que prévu. Dans ce contexte, le respect global de l'Ondam n'est assuré que grâce à la mise en réserve de 405 millions d'euros de dotations, principalement sur les missions d'intérêt général - les Migac - et à un prélèvement de 100 millions sur le secteur médico-social. Pour 2011, le Gouvernement propose de limiter la progression de l'Ondam à 2,9 %. Les sous-objectifs soins de ville et établissements de santé augmenteraient respectivement de 2,8 %, tandis que le secteur médico-social verrait son enveloppe croître de 3,8 %.

Ce choix traduit l'annonce du Président de la République faite lors de la deuxième conférence sur le déficit en mai dernier, et l'engagement de limiter la progression de l'Ondam à 2,8 % pour les années 2012 à 2014 en raison du contexte contraint des finances publiques. Ce sont d'ailleurs les taux retenus par le projet de loi de programmation des finances publiques. Le Gouvernement a réuni au début de l'année un groupe de travail, présidé par Raoul Briet, qui a clairement conclu à la nécessité d'améliorer le pilotage des dépenses de l'assurance maladie. Deux mesures proposées par le texte vont dans ce sens, en renforçant le rôle du comité d'alerte : celui-ci devra rendre, au plus tard le 15 avril de chaque année, un avis sur les perspectives de réalisation effective de l'Ondam de l'année précédente afin d'en déduire les conséquences éventuelles sur l'objectif de l'année en cours ; il devra également contrôler les éléments sur le fondement desquels a été construit l'Ondam de l'année suivante et, s'il estime que l'objectif ne pourra être tenu, il pourra exprimer ses réserves dans un avis à rendre, au plus tard le 15 octobre. On peut espérer qu'il en résultera, d'une part un meilleur suivi de la dépense, grâce à des contrôles infra-annuels débouchant éventuellement

sur une procédure d'alerte, d'autre part une construction plus sincère et fiable de l'objectif pour l'année à venir. Je vous propose d'aller encore plus loin en rendant systématique, et non plus optionnel, l'avis du comité d'alerte à rendre le 15 octobre sur les hypothèses d'élaboration de l'Ondam de l'année à venir ; en ramenant de 0,75 % à 0,5 % de dérapage financier le seuil de déclenchement de la procédure d'alerte ; et en faisant en sorte que les mesures de redressement proposées éventuellement en cours d'année pour assurer le respect de l'Ondam soient d'un montant équivalent à celui du dépassement attendu.

L'Ondam n'est évidemment pas un but en soi : il est la face visible de l'organisation de l'offre de soins en France et de son efficacité, qu'il faut sans relâche renforcer. Nous pourrions nous reposer davantage sur les travaux de la Haute Autorité de santé, à qui nous avons confié une compétence en matière médico-économique : je pense par exemple à la nécessaire mise à jour des critères médicaux d'entrée en ALD, aujourd'hui largement obsolètes. Le développement des agences régionales de santé (ARS), créées par la loi HPST, devrait également nous aider. Dix programmes prioritaires d'actions en matière de gestion du risque ont été définis ; la collaboration entre les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie semble bonne et la création d'un conseil national de pilotage a permis de nouer un dialogue qui n'existait pas toujours auparavant. Je signale cependant que les ARS ont reçu depuis le 1er avril près de deux cents instructions et circulaires... Ne devrait-on pas les laisser se concentrer sur quelques priorités ? Comme le dit le proverbe, qui trop embrasse, mal étreint !

L'hôpital n'a pas été épargné au cours des dernières années : application des trente-cinq heures, passage à la tarification à l'activité, difficultés financières pour certains d'entre eux et hausse préoccupante de leur endettement, comme la Cour des comptes l'a récemment souligné.

En termes d'organisation, je persiste à penser que les marges de progression sont encore importantes. Des investissements sont lancés en matière de systèmes d'information ; on me dit que la mise en œuvre du répertoire partagé des professionnels de santé, que nous réclamons depuis longtemps, est imminente, ce qui nous permettra enfin de mieux identifier les transferts entre l'hôpital et la ville.

Pour autant, je constate que le PLFSS prolonge à nouveau la possibilité de facturation globale des établissements publics à l'assurance maladie, ce qui n'est pas du tout satisfaisant. La facturation individualisée est en effet indissociable de la T2A et indispensable pour que l'assurance maladie puisse contrôler ce qu'elle paie. Il semble qu'une expérimentation à ce sujet doive démarrer dans les prochains mois, espérons qu'elle sera concluante....

Je ne saurais parler de l'hôpital sans évoquer la convergence tarifaire qui doit être achevée en 2018 - je redoute cependant que l'échéance n'en soit à nouveau reportée à 2025, voire 2030... Le PLFSS contient une mesure de bon sens : la convergence doit se faire vers les tarifs les plus bas, et

non pas systématiquement vers ceux des établissements privés. Contrairement à ce que l'on croit souvent, les tarifs du privé sont plus élevés que ceux du public pour trente-sept groupes homogènes de malades (GHM), et même pour 242 d'entre eux si on intègre les honoraires des praticiens. Le Gouvernement a procédé en 2010 à une convergence « ciblée » sur trente-cinq GHM, qui n'a été complète que pour vingt et un d'entre eux. On estime pourtant à 150 millions d'euros les économies qui en ont déjà résulté et l'on en espère autant pour 2011. Je vous proposerai d'accompagner le mouvement en fixant des étapes précises jusqu'à l'échéance de 2018.

Enfin, l'année 2011 sera celle des négociations conventionnelles pour les professionnels libéraux. Les élections ont eu lieu en septembre dernier dans les nouvelles conditions fixées par la loi HPST, c'est-à-dire en trois collèges. Une enquête de représentativité doit être conduite et les négociations proprement dites doivent débiter au premier semestre. Elles aborderont notamment la question du secteur optionnel, dont notre commission soutient l'idée et qui doit permettre de lutter contre les dépassements d'honoraires ; les esprits semblent aujourd'hui prêts mais les conditions d'application de cette mesure doivent encore être précisées. Elles porteront également sur les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) qui rencontrent un franc succès ; devront-ils être intégrés dans la convention, alors qu'ils obéissent à une logique individuelle et de performance ? Il faut s'appuyer davantage sur cette notion de performance.

Muguette Dini, présidente. - *Même si les mesures évoquées par notre rapporteur général ont soulevé quelques protestations, nous serons unanimes à saluer la qualité de son rapport.*

Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles. - *Avec un objectif de dépenses de 13 milliards d'euros pour 2011, la branche AT-MP représente toujours moins de 5 % du budget de la sécurité sociale. Son impact sur l'équilibre général est donc faible. Elle témoigne cependant des vertus d'un régime assurantiel : l'augmentation de 0,1 point de la cotisation due par les entreprises doit permettre dès l'année prochaine de couvrir les charges et même d'espérer dégager un excédent de l'ordre de 100 millions d'euros. Cette augmentation avait été retardée de deux ans pour ne pas faire peser sur les entreprises une charge supplémentaire en période de crise ; ce souci était compréhensible mais la situation ne pouvait durer. Réjouissons-nous que le Gouvernement et les partenaires sociaux se soient mis d'accord pour revenir à un équilibre.*

Cette perspective est d'autant plus importante que la réforme des retraites a mis à la charge de la branche le financement de la prise en compte de la pénibilité du travail. Or, l'ambiguïté de certains des critères retenus pour bénéficier d'un départ anticipé lié à la pénibilité rend difficile l'évaluation exacte de l'impact financier qu'auront sur la branche les mesures votées : on l'estime au moins à 200 millions d'euros par an. Il nous faudra donc prêter une attention particulière à la mise en œuvre des dispositions relatives à la pénibilité, sans doute appelées à évoluer qui plus est.

La discussion de la réforme des retraites a également été l'occasion d'un débat essentiel pour la branche AT-MP. A l'unanimité, nous avons décidé que les victimes de l'amiante éligibles au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) ne seront pas touchées par le report de l'âge de la retraite. Le Gouvernement proposait que le financement de cette mesure soit assuré par la branche AT-MP ; nous ne l'avons pas suivi, car ce transfert n'aurait pas été conforme à la vocation de la branche : le mode de financement spécifique du risque AT-MP implique que les cotisations soient affectées à la protection de la santé des travailleurs, et à rien d'autre.

C'est la même logique qui me conduit à considérer que c'est la branche, et elle seule, qui doit assumer ses dettes. Ce n'est donc pas à la Cades de prendre en charge, comme le propose le projet de loi de financement, la dette d'1,3 milliard constituée en 2009 et 2010, qui sera résorbée rapidement si les excédents de la branche se maintiennent. Alain Vasselle et moi présentons un amendement en ce sens.

Au-delà de ces considérations financières, nous pouvons nous réjouir de voir les accidents du travail continuer à régresser dans notre pays, avec un recul particulièrement important en 2009 de 7,8 %. Ces accidents, moins nombreux, sont aussi moins graves, avec une diminution du nombre de décès mais aussi des incapacités permanentes. Hélas, c'est toujours dans les mêmes secteurs que l'on rencontre le plus de victimes : voici plusieurs années que la manutention manuelle provoque plus du tiers des accidents avec arrêt de travail. Un effort particulier de prévention est donc nécessaire. Plus préoccupant, le nombre de maladies professionnelles continue de croître, en partie grâce à une meilleure reconnaissance des pathologies liées au travail, mais aussi en raison de l'apparition de nouvelles pathologies liées notamment à l'usage des produits chimiques, et plus encore du développement des troubles musculo-squelettiques. Surtout, le nombre de maladies mortelles s'est accru d'un tiers en 2009, effaçant la baisse enregistrée au cours des cinq années précédentes. Si le nombre de décès reste faible, cet accroissement tragique s'explique à mon sens par le drame de l'amiante, responsable de 90 % des cancers d'origine professionnelle. Il est d'autant plus important que le système d'indemnisation des victimes de l'amiante soit efficace : j'y reviendrai.

La mesure la plus importante de ce PLFSS porte à dix ans le délai de prescription des demandes des victimes de l'amiante, actuellement de quatre ans. Cet allongement permettra de traiter les demandes des quelque 650 victimes déjà forcloses ainsi que les 350 dossiers en attente qui risqueraient de connaître le même sort. Après avoir étudié les aspects techniques de cette question, cette solution me paraît être la meilleure. Les autres dispositions sont plus mineures : extension aux entreprises agricoles du régime de majoration de cotisation sans notification préalable que nous avons adopté l'an dernier pour les autres entreprises lorsqu'aucune mesure de prévention n'est prise après un accident ; instauration d'un système de subventions simplifié pour accompagner les mesures de prévention ;

versement traditionnel à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles, soit 710 millions d'euros, montant inchangé depuis trois ans - le prochain rapport sur la sous-déclaration devant être remis en 2011, nous pourrions alors auditionner M. Diricq, le président de la commission qui va l'établir - ; dotations de 800 millions d'euros au Fcaata et de 340 millions au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), ce qui correspond à leurs besoins ; fixation de l'objectif de dépense de la branche pour 2011.

J'en viens aux trois amendements portant articles additionnels que je vous propose d'adopter. Le premier répond à une demande du Médiateur de la République formulée en 2005, pour laquelle une disposition a été votée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, mais qui est restée sans effet : il s'agit d'harmoniser les modalités de prise en charge de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (Acaata), car des inégalités persistantes peuvent aboutir à priver purement et simplement les travailleurs de leur indemnisation, comme notre collègue Jean-Pierre Godefroy l'a rappelé. Le deuxième renforce la lutte contre la fraude en matière de déclaration des accidents du travail par les employeurs. Le troisième est également un amendement d'harmonisation, cette fois pour garantir que les pensions servies pour cause d'invalidité seront calculées sur des bases identiques pour l'ensemble des régimes.

Sous réserve de ces amendements, je vous propose d'adopter les dispositions du PLFSS relative à la branche AT-MP.

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - *Ce projet de loi de financement est, pour le secteur médico-social, un texte d'attente. La réforme de la prise en charge de la dépendance, annoncée dès 2007 par le Président de la République, devrait en effet être conduite en 2011, au terme d'une concertation d'environ six mois qui doit s'ouvrir prochainement, selon les propos tenus devant nous par la secrétaire d'Etat aux aînés.*

Comme le précédent, le PLFSS pour 2011 témoigne d'un engagement soutenu de la part des pouvoirs publics en direction du secteur médico-social, même si cet effort ne peut dissiper des inquiétudes. L'Ondam augmentera de 2,9 % l'an prochain ; au sein de cette enveloppe, les deux Ondam consacrés au médico-social, l'un pour les personnes handicapées, l'autre pour les personnes âgées, s'établissent respectivement à 8,2 milliards et 7,6 milliards d'euros, en progression globale de 3,8 % par rapport à 2010. C'est moins que l'an dernier - 5,8 % - mais cette différence s'explique pour partie par une nouvelle méthode de construction de l'Ondam médico-social. Celui-ci est désormais bâti à partir de l'estimation des seuls crédits nécessaires aux besoins de financement effectifs de l'année et ne prend en compte que les places nouvelles qui s'ouvriront réellement en 2011. Cette évolution, qui constitue un progrès incontestable, doit mettre fin aux sous-consommations récurrentes de crédits constatées au cours des années passées.

La progression soutenue de l'Ondam ne peut cependant masquer certains sujets de préoccupation. Ainsi, le Gouvernement a décidé de réduire de 100 millions pour l'année 2010 le montant de l'Ondam médico-social, en reversant cette somme à l'assurance maladie, ce qui permet d'ailleurs le respect de l'Ondam global pour la première fois depuis 1997. Certes, ces 100 millions correspondent à des crédits non consommés. Cependant, par le passé, ces crédits étaient automatiquement reversés à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui utilisait ses réserves pour financer des plans d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux. Dans ces conditions, la CNSA n'a prévu aucun plan d'aide à l'investissement dans son budget pour 2011, ce qui risque d'être particulièrement dommageable pour les établissements. La décision de restituer 100 millions à l'assurance maladie me semble injustifiée, dès lors qu'aucune enveloppe spécifique n'est prévue en contrepartie dans le cadre de la nouvelle méthode de construction de l'Ondam pour l'aide à l'investissement.

Guy Fischer. - Elle a bien du courage !

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - *J'ajoute que l'article L. 14-10-8 du code de l'action sociale et de la famille prévoit que les crédits non consommés à la clôture de l'exercice donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.*

En outre, la ministre de la santé a indiqué devant notre commission, la semaine dernière, que 530 millions de crédits allaient être mis en réserve au début de l'exercice de 2011 pour n'être éventuellement débloqués que s'il n'existe aucun risque de dépassement de l'Ondam : il s'agit d'une des préconisations du rapport Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie. Au sein de ces 530 millions, 100 millions concerneraient le secteur médico-social, ce qui me paraît difficilement compréhensible car, avec la nouvelle méthode de construction de l'Ondam, il ne devrait plus y avoir de sous-consommation de crédits. En outre, l'Ondam médico-social est une enveloppe fermée et ne peut donc en aucun cas être responsable d'un dérapage de l'Ondam global. Enfin l'Ondam médico-social ne représente que 9,45 % de l'Ondam total, mais supporterait 18,87 % des mises en réserve ! J'espère que le Gouvernement voudra bien reconsidérer sa décision. Pour l'avenir, il me paraîtrait justifié que le Parlement puisse se prononcer sur les décisions de mise en réserve.

Un autre motif d'inquiétude réside dans l'évolution des dépenses au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Compte tenu du dynamisme de ces prestations, le taux de concours de la CNSA ne cesse de diminuer, ce qui accroît la part des dépenses restant à la charge des départements. Le taux de couverture de l'Apa par la CNSA pourrait passer sous la barre des 30 % en 2011.

Plusieurs réformes importantes sont actuellement en cours dans le secteur médico-social, qui résultent soit de la loi HPST, soit des lois de financement de la sécurité sociale successives. La loi HPST a réorganisé la gouvernance du secteur : la nouvelle procédure d'appel à projets prévue pour l'autorisation de nouveaux établissements se met en place après une expérimentation dans trois régions et la publication du décret d'application en juillet dernier. La réforme de la tarification se précise également, même si l'on attend encore le décret nécessaire. Le projet de loi de financement prolonge l'expérimentation de la réintégration des médicaments au sein du forfait soins des établissements ; une étude récente a montré que cette réintégration, susceptible d'améliorer la gestion des médicaments, présente aussi des risques très sérieux, en particulier celui d'interdire l'accès aux Ehpad des personnes ayant besoin de traitements particulièrement coûteux.

Annie Jarraud-Vergnolle. - Exactement !

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - La poursuite de l'expérimentation est donc une décision sage.

Alors que le texte initial ne contenait aucune mesure spécifique au secteur médico-social, l'Assemblée nationale en a introduit plusieurs, pour donner une base légale aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) et prévoir la remise par le Gouvernement d'un rapport sur les écarts de charges financières entre catégories d'établissements et service sociaux et médico-sociaux résultant d'obligations particulières en matière sociale et fiscale : cette question est posée depuis plusieurs années par les représentants des établissements privés non lucratifs et le rapport permettra d'avoir des données objectives sur le sujet. L'Assemblée nationale a aussi décidé de reporter la possibilité pour les groupements de coopération médico-sociaux d'être chargés, pour le compte de leurs membres, des activités de pharmacie à usage intérieur. Cette mesure devait entrer en vigueur le 1^{er} janvier prochain et je ne vois guère de raison de modifier cette situation ; je vous proposerai donc de supprimer ce report.

Je vous présenterai également un amendement destiné à écarter tout risque que les interventions des médecins libéraux au sein des établissements médico-sociaux puissent être requalifiées en contrat de travail salarié par les Urssaf. Le même amendement a été présenté à l'Assemblée nationale, puis retiré sur la base d'un engagement du Gouvernement de régler ce problème lors de l'examen du texte au Sénat.

En attendant la réforme globale de la prise en charge de la dépendance, annoncée pour l'année prochaine, nous pouvons adopter les mesures proposées pour le secteur médico-social, sous réserve des observations qui viennent d'être formulées et des deux amendements que je vous soumettrai.

André Lardeux, rapporteur pour la famille. - Depuis deux ans, la crise économique est systématiquement invoquée pour expliquer le déficit historique de la sécurité sociale. Si pertinente que soit cette analyse, elle ne

vaut que partiellement pour la branche famille, dont le déficit est d'abord dû au transfert vers cette branche de charges jusque-là assumées par l'Etat ou par d'autres branches : majoration en 2000 de l'allocation de rentrée scolaire jusqu'alors prise en charge par l'Etat ; suppression en 2001 de l'affectation à la branche famille des 2 % de prélèvement sur les revenus du patrimoine et de placement ; transfert en 2005 d'une part du financement de l'aide personnalisée au logement jusque-là supportée par l'Etat ; transfert entre 2001 et 2010 de la totalité du financement de la majoration de pension accordée aux parents ayant eu au moins trois enfants. Enfin, la Cnaf verse chaque année à la branche vieillesse 4,4 milliards d'euros au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). Or les bénéficiaires de ce dispositif représentent pour la Cnav une charge équivalente à 1,2 milliard d'euros : la branche famille contribue donc en réalité à hauteur de 3,2 milliards d'euros au financement des pensions de droit commun de l'assurance vieillesse. Au total, ces transferts de charge s'élèvent en 2011 à près de 10 milliards d'euros, dont 8 au profit de la branche vieillesse : le déficit de la branche famille, estimé à 2,6 milliards en 2011, a donc peu de rapport avec la crise économique.

J'attire votre attention sur le fait que les dernières lois de financement de la sécurité sociale prévoyaient pour la branche famille des excédents importants : 3,2 milliards en 2010 et 4,6 milliards en 2011 d'après la loi de financement pour 2008 et 200 millions en 2010 et 600 millions en 2011 d'après celle de 2009. Au motif que cette branche serait structurellement excédentaire et en anticipant sur des réserves à venir, qu'elle ne constitue en fait jamais, de nouvelles charges lui sont régulièrement transférées au point qu'elle en arrive à devenir structurellement déficitaire. Une fois le déficit constaté, il justifie ensuite les efforts demandés à la branche et donc aux familles, qui servent en réalité à financer la solidarité envers les aînés. Le PLFSS pour 2011 franchit un pas supplémentaire en prélevant sur la branche des recettes de CSG pour financer la Cades, en échange de quoi la Cnaf serait alimentée par de nouvelles ressources incertaines. Un rapide calcul permet de se rendre compte que la branche s'en trouverait doublement perdante dès 2014 : sur les quatre ressources censées compenser la perte de CSG, au moins une, si ce n'est deux, aura un produit nul à partir de cette date, et les deux autres, provenant des assurances et du panier fiscal, seront sujettes aux modifications législatives fréquentes dans ce domaine et aux variations du comportement des consommateurs. A supposer que les engagements soient tenus, la perte pour la branche famille serait en 2014 de 2,3 milliards d'euros, ce qui porterait son déficit à 4 milliards cette année là.

Est-il dans l'intérêt général du pays de fragiliser le financement de la politique familiale, c'est-à-dire la préparation de l'avenir, pour renflouer un fonds destiné à rembourser une dette contractée par le passé ?

François Autain. - Certainement pas !

André Lardeux, rapporteur pour la famille. - La seule alternative possible serait l'augmentation de la CRDS ; le Gouvernement n'en veut pas, puisqu'il a fait du refus de la hausse des prélèvements obligatoires un principe.

François Autain. - Dogmatisme !

André Lardeux, rapporteur, rapporteur pour la famille. - Mais la crise économique historique que nous traversons ne doit-elle pas conduire à adapter ce principe à la réalité de nos finances publiques ? Quelle valeur lui accorder quand son application stricte conduit à remettre en cause la pérennité de la politique familiale ? Nous venons, en acceptant la prolongation de quatre ans de la durée de vie de la Cades, de reporter un peu plus sur nos enfants la charge de notre dette sociale : allons-nous maintenant fragiliser l'investissement qui leur est destiné ? Je ne le souhaite pas. C'est pourquoi je vous proposerai de supprimer le transfert de 0,28 point de CSG de la branche famille vers la Cades et je soutiendrai fermement la proposition d'Alain Vasselle d'augmenter la CRDS pour financer la caisse.

J'en viens maintenant aux mesures du PLFSS relatives à la branche famille. Le projet de loi initial en contenait deux. De la suppression de la rétroactivité de trois mois des aides individuelles au logement lorsque le demandeur dépose tardivement son dossier, on espère une économie de 240 millions d'euros, répartie par moitié entre l'Etat et la branche famille, ce qui me semble trop optimiste car une fois la législation connue les bénéficiaires s'adapteront. Quant au report au mois suivant la naissance de l'enfant de l'ouverture du droit à l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), qui est actuellement versée au jour de la naissance, il risquait de pénaliser les familles aux revenus les plus modestes, et l'on n'en attendait qu'une faible économie de 64 millions d'euros ; l'Assemblée nationale est revenue sur cette mesure, ce qui me paraît justifié.

Elle en a introduit trois autres d'inégale importance : le partage équitable entre le père et la mère des indemnités journalières en cas d'adoption, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui puisque le père ne les perçoit qu'avec l'accord de la mère ; le plafonnement à 20 % des allocations familiales que le juge peut décider de maintenir à une famille dont l'enfant a été confié à l'aide sociale à l'enfance - n'ayant aucun impact sur les finances sociales, cette disposition n'a pas sa place dans un PLFSS et je vous proposerai donc de la supprimer - ; une demande de rapport au Gouvernement sur le coût des grossesses pathologiques pour l'assurance maladie - le sujet me paraît bien mince et, conformément à la jurisprudence de la commission, je vous proposerai d'y renoncer.

Quelques mots enfin sur les maisons d'assistantes maternelles (Mam). A la fin du mois d'octobre 2010, soit cinq mois après l'entrée en vigueur de la loi, 80 fonctionnent déjà et 107 sont en cours d'ouverture, soit en tout 187 réparties dans 54 départements. Lors de déplacements que j'ai faits pour préparer mon rapport et au travers des nombreux courriers que je reçois,

comme notre présidente Muguette Dini, j'ai cependant eu connaissance de pratiques singulières, voire contestables légalement, de la part de plusieurs conseils généraux. L'agrément nécessaire à l'exercice en Mam est parfois refusé ou reporté au motif que les décrets d'application de la loi ne seraient pas parus, alors que la création et le fonctionnement des Mam ne requièrent aucun décret d'application. De même, certains conseils généraux attendent une délibération de l'ADF sur le sujet, qui n'aurait pourtant aucune valeur juridique. Le plus souvent, ce sont les exigences de sécurité qui sont invoquées pour ajourner la délivrance de l'agrément. Après avoir auditionné la direction de la sécurité et de la défense civiles, j'ai eu confirmation que les obligations légales sont en réalité très modestes - elles sont présentées en détail dans mon rapport - et que seul le maire a compétence pour vérifier leur respect. Malgré les réticences infondées de certains départements, les Mam connaissent un franc succès que nous pourrions accompagner en ouvrant aux assistantes maternelles travaillant en Mam le droit d'obtenir un prêt à l'amélioration à l'habitat, c'est une mesure que je vous proposerai.

Sous réserve de ces amendements, je vous propose d'adopter les dispositions du PLFSS relatives à la branche famille.

Dominique Leclerc, rapporteur pour la vieillesse. - *La situation financière de la branche vieillesse est, cette année encore, très préoccupante. Elle connaît une détérioration continue de ses comptes depuis six ans, au point d'être devenue en 2008 la plus déficitaire de toutes. Seule satisfaction, si je puis dire : elle est repassée en 2009 derrière la branche maladie dans l'ordre des découverts. Au plus fort de la crise, elle a subi une dégradation moins forte que les autres branches, en raison des transferts en provenance du fonds de solidarité vieillesse (FSV) au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs. Le déficit s'aggrave néanmoins : il s'est accru de 3 milliards d'euros entre 2008 et 2010 pour atteindre 8,6 milliards en 2010, et il aurait dépassé 10,5 milliards en 2011 sans la réforme des retraites.*

Je ne reviendrai pas sur les causes démographiques de ce déséquilibre financier ni sur l'ampleur des besoins à législation inchangée : entre 38 et 40 milliards d'euros dès 2015, entre 72 et 115 milliards à l'horizon 2050. La réforme adoptée il y a quelques jours par le Parlement répond à l'urgence de la situation.

Son plan de financement, qui repose sur le rétablissement de l'équilibre général des régimes de retraite à l'horizon 2018, figure dans le présent projet de loi de financement et dans le projet de loi de finances pour 2011. Tous régimes confondus, les mesures d'âge et de convergence entre les régimes devraient permettre de couvrir d'ici à 2018 un peu plus de la moitié des besoins : 40,9 % pour les premières après prise en compte de l'impact des mesures de solidarité et celles liées à la pénibilité, 9,5 % pour les secondes. L'incidence des mesures d'âge résulterait pour environ les deux tiers d'une réduction des dépenses, et pour le tiers restant d'une croissance du produit des cotisations sociales liée au maintien de salariés en activité au-delà des seuils de soixante et soixante-cinq ans. L'effet des mesures de convergence

corresponderait pour moitié à des hausses de recettes, du fait de l'augmentation des cotisations salariales des fonctionnaires, et pour moitié à des économies sur les dépenses, notamment dues à la fin du départ anticipé des parents de trois enfants. Parmi les autres éléments du bouclage financier je citerai l'engagement de l'Etat employeur de maintenir son effort financier annuel à l'égard du régime des fonctionnaires de l'Etat, la perspective d'un basculement progressif des cotisations d'assurance chômage vers l'assurance vieillesse à compter de 2015, la mobilisation de recettes nouvelles dès 2011 - hausse d'un point de la tranche supérieure de l'impôt sur le revenu, taxation supplémentaire des stock-options et des retraites chapeau, majoration des prélèvements sur les revenus du capital et du patrimoine, annualisation du calcul des allègements généraux de charges patronales, etc. - et le traitement des déficits cumulés de 2011 à 2018.

Lors de l'examen du texte par l'Assemblée nationale, un nouveau bouclage financier a été réalisé afin de garantir le retour à l'équilibre envisagé pour 2018. Il repose sur une mobilisation légèrement supérieure du produit des cotisations Unedic - 600 millions au lieu de 400 millions en 2015, 2,4 milliards au lieu de 1 milliard en 2018 et 3,3 milliards au lieu de 1,4 milliard en 2020 -, un effort accru de l'Etat dont la participation nette devait être de 15,9 milliards par an à compter de 2013, un transfert entre régimes, notamment au profit de la Cnav qui afficherait encore un déficit de 2,3 milliards en 2018. Il faut rappeler que le rééquilibrage financier du système de retraite à cette date s'appréhendera de manière globale : certains régimes seront revenus progressivement à une situation excédentaire tandis que d'autres resteront confrontés au déficit, mais dans des proportions moindres qu'aujourd'hui.

Dans cette perspective, je vous rappelle que l'Assemblée nationale avait souhaité la remise d'un rapport sur d'éventuels transferts de recettes ou de charges entre régimes à l'horizon 2014. Hostile à ce mécanisme susceptible d'ouvrir la voie à un « siphonage » des ressources de certains régimes, en particulier des régimes complémentaires Agirc-Arrco, vous aviez, sur ma proposition, supprimé cette disposition, ce que la CMP a confirmé.

Vous vous rappelez aussi que les mesures de solidarité « retraites » votées au Sénat ont également bouleversé l'équilibre financier du texte. Le Gouvernement a donc présenté de nouvelles recettes à l'Assemblée nationale dans le cadre de l'examen du PLF et du PLFSS pour 2011. Ainsi le maintien à soixante-cinq ans de l'âge d'annulation de la décote pour les parents de trois enfants ou d'enfant handicapé sera-t-il financé par deux nouvelles mesures : une majoration de 0,2 point du prélèvement social sur le capital et un alignement du taux du prélèvement sur les plus-values de cessions immobilières hors résidence principale sur le taux applicable aux plus-values de cessions mobilières.

J'en viens aux effets financiers attendus de la réforme, qui ont fait l'objet d'une simulation par la Cnav. Compte tenu de la progressivité du relèvement des bornes d'âge, les économies escomptées en termes de

prestations pour le régime général vont augmenter au fil du temps entre 2011 et 2020 : elles s'élèveraient à 2,7 milliards en 2014 et à 6,6 milliards en 2020. Quant aux ressources du régime, elles progresseraient grâce aux cotisations supplémentaires engendrées par le maintien en activité des assurés : on table sur 0,5 milliard en 2014 et 1,4 milliard en 2020. Comme l'a expliqué le ministre, la réforme commencera néanmoins à produire ses fruits dès 2011 : le déficit de la Cnav serait ramené de 10,5 milliards à 6,9 milliards.

Quelques mots enfin sur le fonds de solidarité vieillesse et le fonds de réserve pour les retraites. A compter de 2011, la structure de recettes et de dépenses du FSV sera profondément modifiée : 3,5 milliards d'euros de moyens supplémentaires, inscrits en PLF ou en PLFSS, lui seront octroyés l'an prochain. En contrepartie, le fonds prendra en charge une partie des dépenses engagées par le régime général et les régimes alignés au titre du minimum contributif.

Dans le cadre de la réforme des retraites, le Gouvernement a également fait le choix de recourir dès à présent au FRR, opération qui s'articule autour de deux mesures : le transfert à la Cades, à compter de 2011, de l'une de ses principales ressources et la mobilisation partielle de ses actifs. Certes, la date d'entrée en jeu du FRR est anticipée de neuf ans, mais en contribuant au financement du système de retraite entre 2011 et 2024, il conserve sa finalité initiale et cela à double titre : il permettra de refinancer les déficits de la Cnav et du FSV jusqu'en 2018 grâce au transfert de sa ressource à la Cades et à la liquidation progressive de ses actifs ; ce faisant, il allègera la contrainte financière qui pèsera sur la Cnav pendant la période de montée en charge de la réforme des retraites.

Tels sont, mes chers collègues, les quelques éléments financiers que je souhaitais porter à votre connaissance pour la partie « retraites » de ce PLFSS que je vous propose d'adopter.

Gilbert Barbier. - *A l'article 9, l'Assemblée nationale a modifié les recettes respectives de la Cades et du FRR. Qu'en pense le rapporteur général ?*

L'article 10 supprime la niche sociale dont bénéficient les rentes mais les députés ont réintroduit une niche de moindre ampleur en exonérant celles inférieures à 300 euros par mois et en instituant un système dégressif pour celles comprises entre 300 et 500 euros. Trois cents euros, ce n'est pas grand-chose, mais cette somme s'ajoute à la pension qui atteint parfois des milliers d'euros ! Pourquoi ne pas taxer ce revenu supplémentaire ?

L'article 18 rehausse le plafond de ressources pour bénéficier de l'aide à la souscription d'une assurance complémentaire, qui consiste en un crédit d'impôt. Il est sans doute légitime d'aider les familles aux faibles revenus, mais est-ce le cas des ménages qui acquittent des impôts ?

En ce qui concerne l'assurance maladie, je reprendrai la formule d'un célèbre sociologue de la santé : « Trop d'hôpitaux, trop de prescriptions ». Mais ce projet de loi ne tient pas compte de ce constat : les crédits sont systématiquement renouvelés, sans que l'on cherche à rationaliser par exemple la gestion des lits d'hôpitaux. Que pense le rapporteur de l'idée, très contestée, de soumettre à autorisation préalable le passage d'un service actif en SSR ? C'est de bonne guerre, mais cela va compliquer les choses.

Faut-il abaisser dans d'aussi fortes proportions le taux K ?

L'Assemblée nationale a porté de 20 millions à 30 millions le plafond d'exonération pour les médicaments orphelins. Si l'on ne veut pas décourager la recherche sur les maladies rares, ne faut-il pas fixer ce plafond à 40 millions ?

Nous serons plusieurs à vouloir sortir de l'affaire de la responsabilité médicale des gynécologues-obstétriciens. Il ne faut pas épuiser cette spécialité. Je suis par ailleurs défavorable aux maisons de naissance, dont il a été longuement question à l'Assemblée nationale. On aboutirait à des choses aberrantes puisqu'elles devraient être adossées à des services gynécologiques dont l'on n'appellerait les médecins qu'au dernier moment. Mais Mme Bachelot-Narquin tient beaucoup à ce qu'on les expérimente.

Guy Fischer. - *Le PLFSS est marqué par la volonté de réduire les dépenses. Ce budget d'hyper-austérité est conforme aux objectifs du Président de la République. Pour la première fois, celui-ci a annoncé les taux de l'Ondam en conférence de presse : il n'y a plus qu'à s'aligner et à exécuter. Cela s'inscrit dans la préparation du G 20 et du pacte de stabilité européen. A l'instar de la Grande-Bretagne, tous les pays européens en viennent à des solutions jamais vues.*

Le projet exprime la volonté de réduire les déficits publics, comme tout le pentalogue d'ailleurs. Les salariés paient 85 % de la réforme des retraites...

Paul Blanc. - *C'est la base même d'un système par répartition !*

Guy Fischer. - *On est dans le diktat des marchés financiers. Pour la première fois, les dotations de l'Etat aux collectivités locales ont été gelés et les salaires des trois fonctions publiques n'augmenteront ni en 2011, ni dans les années suivantes. Quand la rigueur sévit à tous les étages, le problème fondamental est celui du financement. Or les remèdes qu'on nous propose conduisent inexorablement à une privatisation rampante et la situation faite à l'hôpital public prélude à son démantèlement. Les affections de longue durée ne seront plus prises en charge systématiquement.*

Dominique Leclerc, rapporteur pour la vieillesse. - *Désinformation !*

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - *Où l'avez-vous vu ?*

Guy Fischer. - Finie, aussi la prise en charge systématique des dépenses de transport ou encore l'entrée en ALD pour les patients en hypertension ! Ce projet est absolument inadmissible quand le pouvoir d'achat recule et que les démutualisations se multiplient.

Marc Laménie. - On parle de sécuriser les recettes de l'assurance maladie, mais leur fragilité demeure. Or vous signalez une amélioration. Qu'entendez-vous par là ? Je voudrais également savoir si le système des ARS n'est pas coûteux en fonctionnement.

François Autain. - J'observe qu'on emprunte sans modération, au point que l'on va devenir accro à la dette ! Or celle-ci coûte déjà 7 milliards par an, soit la moitié du déficit actuel. Une réforme drastique est nécessaire, et plus tôt elle arrivera, mieux ce sera.

Le rapporteur général n'a pas parlé du remboursement du petit risque. La ministre vante un taux de remboursement très élevé, mais dès que l'on défalque l'hôpital et les ALD, le taux de remboursement n'est plus que de 55 % et s'en accommoder revient à mettre en péril la solidarité nationale. Le Gouvernement ne l'a pas suffisamment pris en compte, non plus que le rapporteur général. Celui-ci fonde beaucoup d'espoirs sur le secteur optionnel dont on parle depuis six ans : une convention a été signée et l'on ne voit toujours rien apparaître. De toute façon, il ne règlera rien et servira seulement à légaliser les dépassements d'honoraires sans toucher aux tarifs opposables.

On ne parle plus beaucoup de la considérable réforme de 2004. Il serait pourtant intéressant d'en dresser le bilan car je pense qu'elle a été détournée de son objet : il suffit désormais, pour être remboursé, de donner au spécialiste le nom de son médecin traitant. J'avais vu avec intérêt que l'Assemblée avait repris un amendement que j'avais fait voter l'an dernier mais qui avait été retoqué en commission mixte paritaire, et qui obligeait les médecins à rendre publics les liens qu'ils entretiennent avec les laboratoires - c'était une proposition du rapport sur la grippe H1N1, que je reprendrai éventuellement avec M. Milon.

Alain Milon. - Tout à fait d'accord !

Paul Blanc. - Je m'associe aux couronnes tressées aux rapporteurs. André Lardeux a relevé une contradiction entre la volonté de promouvoir une politique familiale et le fait de prendre l'argent pour le mettre ailleurs. Je voudrais également demander à Gérard Dériot quelle est la part des accidents de trajet dans la branche AT-MP. On a souvent tendance, en effet, à y inclure des accidents de la vie courante.

Yves Daudigny. - Les rapports sont excellents, nous pourrions en reprendre la plus grande partie, mais avec des conclusions différentes. Malgré les avancées dont se flatte la ministre, je ne sais pas si le Gouvernement a véritablement la volonté d'améliorer la situation ou s'il n'attend pas que sa détérioration justifie qu'on change de système. Qui peut croire à une

progression de la masse salariale de 4,5 % en 2012 ? Pas même M. Vasselle ! En dépit de l'apparente progression plus favorable de son Ondam, c'est la double ou triple peine pour le secteur médico-social car faute d'étanchéité de la CNSA, on n'a pas la garantie que les 100 millions n'iront pas à l'Apa ou à la PCH mais l'on sait que les départements resteront dans une situation très difficile. Tout cela nous conduit à rejeter le texte.

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - *Si l'on doit supprimer la rétroactivité de trois mois des aides individuelles au logement, il faut qu'il n'y ait aucune ambiguïté sur le fait que l'on prend en compte la date du dépôt du dossier et non celle de la remise de la dernière pièce, il en manque toujours une... J'aimerais également une précision sur les prêts d'amélioration de l'habitat pour les assistantes maternelles travaillant ensemble. Les locaux appartenant souvent aux municipalités, qui va payer ?*

Christiane Demontès. - *Je remercie les rapporteurs pour leurs constats, qui sont sévères, et leurs interrogations, qui appellent des réponses de la ministre. Toute notre protection est touchée, raclée même. On économise jusque sur l'aide au logement et sur la Paje. A force de raboter, on crée de l'injustice. Quand Mme Desmarescaux évoquait la pièce qui manque au dossier, je me disais que certaines familles auraient plus de mal que d'autres à la présenter. Le rapporteur général évoque les ALD. On est en train de toucher aux critères, pour distinguer la prise en charge selon que les ALD seraient bénignes ou sévères...*

Annie David. - *Voilà !*

Christiane Demontès. - *Je suis très inquiète de tout ce qui se passe autour des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Certes, la dépendance mérite un projet spécifique. Je note toutefois que l'on risque de refuser l'admission en Ehpad de personnes âgées qui ont besoin d'un traitement lourd mais pas d'une intervention. J'ai d'ailleurs noté que Mme Desmarescaux partageait mon inquiétude.*

Sans refaire le débat des retraites, je dirai combien je suis dubitative sur les économies escomptées de la nouvelle loi. Quant à l'emploi des seniors, non seulement les indicateurs n'incitent pas à l'optimisme sur le transfert envisagé sur l'assurance vieillesse, mais encore le taux de chômage des seniors continue d'augmenter. Le projet est frappé au coin de l'injustice.

Alain Milon. - *Depuis la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 et la loi organique du 15 avril 2009, le Gouvernement est tenu de présenter une étude d'impact sur l'activité économique. L'a-t-il fait pour le PLFSS ? En écoutant les rapporteurs, je sentais un grand désarroi. Voilà des années que l'on entend le même discours sur les dépenses mais a-t-on des propositions sur le financement ? M. Dassault en a formulé hier, que l'on peut analyser. Le système de financement n'est pas bon.*

Muguette Dini, présidente. - *Une réforme systémique ?*

Annie Jarraud-Vergnolle. - Je me joins aux compliments adressés aux rapporteurs. Comment espérer une gestion prévisionnelle des comptes de la sécurité sociale si, dès qu'une branche est excédentaire, on prend sur ses ressources qu'on remplace par des recettes aléatoires ? C'est ce qu'on fait avec les 100 millions de la Cades. L'évolution de l'Ondam médico-social signifie-t-elle qu'il y a moins de personnes âgées ? Voilà qu'on étale les ouvertures dans mon département qui manque de places : sur un projet de quatre-vingt lits, on m'en donne trente cette année, dix la suivante....

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et des maladies professionnelles. - Ce n'est pas ce que cela veut dire !

Annie Jarraud-Vergnolle. - Il faut pourtant construire pour quatre-vingt places, même si l'on n'a le budget de fonctionnement que pour trente. Les établissements médico-sociaux sont fragilisés : des directeurs d'établissement ne savent pas comment ils boucleront l'année. Veut-on reporter des charges sur les départements ? Aucune entreprise ne tiendrait avec une telle gestion ! Quel est l'avenir de la protection sociale en France ?

Catherine Procaccia. - Il se trouve que je dois prendre chaque jour de l'Aspégic et après l'avoir refusé pendant des années, cela me vaut d'être classée en ALD, pour un médicament qui ne coûte que quelques euros...

François Autain. - Pourquoi l'avoir accepté ?

Catherine Procaccia. - ... Depuis lors, je constate que nombre de médicaments sans lien avec ma pathologie, me sont néanmoins prescrits sur la partie remboursable à 100 % et je sais que des hôpitaux y incluent des examens coûteux sans rapport avec la cause de l'ALD. Regardez la réalité : il y a des ALD bénignes et la sécurité sociale doit éviter les dérives.

Je n'ai pas bien compris le souhait d'André Lardeux : quand il propose de supprimer le plafonnement de 20 % des allocations familiales, veut-il que les familles auxquelles on a retiré un enfant les touchent complètement ou plus du tout ?

Claire-Lise Champion. - Les rapports sont excellents et je partage notamment les inquiétudes exprimées par M. Lardeux sur le financement futur de la politique familiale car le PLFSS la fragilise. Il ne contient en fait que deux mesures, mais elles sont injustes et violentes pour les familles. La suppression de la rétroactivité des aides individuelles au logement affectera d'abord les familles les plus en difficulté - je rejoins ce qu'a dit Mme Desmarescaux. En outre, évaluer les économies attendues à 240 millions me paraît très optimiste. Je regrette que l'on n'aille pas jusqu'au bout du raisonnement en proposant de supprimer cette disposition.

Janine Rozier. - Je complimente à mon tour nos collègues rapporteurs, dont le travail m'a aidé à comprendre certaines choses. Le rapport sur la famille est dénué de connotations politiques.

François Autain. - M. Lardeux ne fait pas de politique...

Janine Rozier. - *J'ai également été attentive aux propos de Mme Desmarescaux. S'agissant de l'AVPF, je signale que quand on a élevé six enfants, ce qui est mon cas, on touche 74,71 euros par mois. Il faut relativiser.*

Annie David. - *M'associant aux propos de Guy Fischer, je regrette que l'on ne tire pas les conclusions des rapports. Selon le rapporteur général, les critères des ALD seraient obsolètes. Or, toutes ne sont pas bénignes et ne se soignent pas avec de l'Aspegic : il ne faut pas généraliser à partir de situations individuelles.*

Après tout ce qui été dit pour justifier les fermetures de maternité où la sécurité n'aurait pas été assurée parce que l'activité y aurait été insuffisante, va-t-on obliger les femmes à affronter de longs trajets pour se rendre dans des maisons de naissance qui manqueraient de personnel qualifié ? Si le taux de mortalité avait baissé, c'est parce que les maternités ont assuré un meilleur environnement médical. Nos collègues députés avaient fait du bon travail en supprimant cet article en commission et je regrette qu'il ait été rétabli en séance publique. Je déplore enfin que le Fiva reçoive la même dotation que l'an dernier parce que cela ne répond pas aux besoins : des veuves attendent une indemnisation et je considère que le PLFSS retient les estimations les plus basses.

André Villiers. - *Au-delà de la rigueur des chiffres, voilà l'occasion de mettre en évidence des réalités parfois dramatiques. Gérard Dériot a rappelé le problème de l'amiante. Le nombre de victimes de maladies professionnelles continue de croître et de nouvelles affections se développent. J'attire l'attention sur la situation des agriculteurs car, l'opacité étant de règle, on a du mal à obtenir des statistiques sur les victimes de l'utilisation de produits phytosanitaires. Comment reconnaître ces maladies professionnelles et sous quels délais de prescription ?*

Catherine Deroche. - *Un toilettage des critères d'entrée en ALD est indispensable. Je partage l'avis du rapporteur général sur la facturation individualisée. Par quels moyens peut-on la mettre en œuvre ?*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Je vous remercie des compliments que vous avez adressés aux rapporteurs. La qualité de la rédaction se mesure aussi à la nature de vos questions. Gilbert Barbier est rentré dans le détail des articles. Il n'y a pas de différence sur la Cades entre l'Assemblée nationale et nous : on en reste à la lettre et à l'esprit de l'article 9. S'agissant de la taxation des rentes, peut-être faudra-t-il trouver une autre rédaction pour éviter les effets pervers. Je suis prêt à regarder cela. Soyez rassuré sur l'article 18, le dispositif ne profitera qu'à ceux qui ne sont pas imposés sur le revenu. Lorsque j'ai interrogé Mme Bachelot sur les restructurations hospitalières, elle ne s'est pas montrée très causante. Elle a mis tout cela sous le coude, mais l'objectif reste de conserver les établissements les plus opérationnels et de reconvertir ceux où la sécurité n'est plus pleinement assurée. Le directeur de la Cnam m'a confié qu'il*

s'agissait moins de rechercher systématiquement des économies que de trouver un équilibre entre économie et efficacité.

L'abaissement du taux K n'a pas suscité une levée de boucliers parce qu'il a semblé entrer dans l'équilibre général. Quant à l'article 20, l'Assemblée nationale a porté le seuil de 20 millions à 30 millions, vous proposez 40 millions. Quatorze médicaments orphelins ont un chiffre d'affaires supérieur à 20 millions. Ce seuil n'est pas choquant car il en va au total de 881 millions. Il n'est pas choquant, dans ces conditions, qu'ils contribuent à la solidarité. Si le ciblage n'était pas pertinent, il faudra l'évoquer en séance publique. La situation des gynécologues-obstétriciens avait suscité un débat animé l'an dernier ; le texte final n'était pas parfaitement satisfaisant ; François Baroin invoque une économie d'un milliard, la balle est dans le camp des assureurs. Il faudrait arriver à mettre en place un fonds de garantie, mais nous n'avons pas eu la possibilité de trouver la bonne rédaction. Le ministre nous dit qu'il n'y aura pas de problème et que s'il y en avait un, le Gouvernement saurait y répondre. J'ai l'intention de déposer un amendement pour qu'il prenne des engagements. Plusieurs d'entre vous veulent prendre des initiatives : qu'ils prennent garde à l'article 40...

Les autres orateurs ont surtout formulé des remarques d'ordre général. M. Fischer, qui a dénoncé plusieurs dispositions du texte a, comme d'autres orateurs, évoqué les ALD. Le Gouvernement ne travaille pas au doigt mouillé ; la Haute Autorité de santé avait formulé des propositions. L'idée est de distinguer risque bénin et pathologie lourde : par exemple, l'hypertension artérielle est un risque. On prendra en compte des critères médicaux. On en finira ainsi avec la remise automatique d'un bon de transports, la prise en charge demeurant pour les pathologies lourdes.

Le plafond de ressources pour l'aide aux complémentaires a été revu et l'aide elle-même aussi. J'ai interpellé le Gouvernement sur l'impact des autres mesures, je pense aux contrats responsables. Le ministre considère qu'avec une économie d'un milliard, une forte augmentation des complémentaires ne serait pas justifiée.

M. Laménie s'est inquiété des recettes. Les dépenses sont plus dynamiques que le Pib et les recettes traînent un ou deux points derrière. On a déjà réalisé beaucoup d'efforts depuis 2004. Les progrès ont été sensibles sur les soins de ville mais des marges de manœuvre demeurent à l'hôpital, et nous ne pourrions expliquer à nos concitoyens qu'il faut augmenter les recettes tant que l'utilisation des moyens ne sera pas optimale. Cela ne signifie pas qu'il n'y aura jamais augmentation du prélèvement. Enfin, l'étape franchie cette année n'est pas pleinement satisfaisante. Avec quel panier compense-t-on les allègements de charges ? Certaines recettes sont partagées entre lois de finances et de financement, de sorte que le ministre peut ajuster les comptes. Nous n'avons pas la certitude du dynamisme et de la pérennité des recettes, d'où notre volonté d'aller vers une sécurisation. Je resterai vigilant.

L'enveloppe des ARS est fermée. Le directeur de la Cnam nous l'a commentée lors de son audition.

M. Autain a dénoncé le recours à l'emprunt. Non, on n'a pas laissé filer la dette, même si on en transfère à la Cades.

François Autain. - *Et ça va durer...*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Le Gouvernement fait tout pour honorer sa dette envers la sécurité sociale, on l'a vu avec Eric Woerth et on le voit avec François Baroin. On progresse vers la maîtrise des dépenses. Vous dites que le recours aux mutuelles masque la baisse des remboursements ; je constate pour ma part que malgré un léger tassement, les taux de remboursements restent élevés. Je suis d'accord pour que l'on évalue la réforme de l'assurance maladie afin d'éviter les dérives sur les parcours de soins. Mme Dini peut en témoigner, je suis intervenu en conférence des présidents sur l'activité de contrôle. Des questions orales ciblées sont-elles du contrôle ? Il faut vérifier sur place et sur pièces, puis établir un rapport et en débattre.*

Alain Gournac. - *Exactement !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Je ne désespère pas de convaincre la conférence des présidents... Le chantier du secteur optionnel reste ouvert...*

François Autain. - *Béant !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Lors des auditions, j'ai constaté une volonté effective d'avancer. On nous dit que les complémentaires traînent les pieds, mais elles se disent prêtes à avancer. Ne désespérons pas pour 2011. L'amendement en est resté au stade de la commission à l'Assemblée nationale mais je ne prendrai pas d'initiative sur ce sujet.*

M. Daudigny a dénoncé la dégradation du système de protection sociale. Affirmer qu'elle est volontaire relève du procès d'intention. Je partage un peu son analyse sur la progression de 4,5 % de la masse salariale : il faudra ramener le Gouvernement à un peu de réalisme.

Les études d'impact, M. Milon, sont aujourd'hui systématiques sur chaque article du projet. Au vu des propositions dont M. Dassault s'est fait l'écho, j'estime qu'un groupe de travail conjoint avec la commission des finances serait utile pour travailler à la question, essentielle, de nouvelles sources de financement propres à soutenir et l'effort de l'Etat et celui de la sécurité sociale. Cela serait l'occasion de faire le point entre ce qui va à la sécurité sociale et ce qui va au budget de l'Etat. Je partage vos inquiétudes : le chantier reste à lancer. Les réflexions engagées sur la TVA sociale et le coefficient d'activité n'ont pas fait bouger les lignes. Reste que dans les media, c'est là un sujet récurrent.

J'aurais souhaité que nous avancions plus vite sur la question de la facturation individuelle, je le dirai à Mme Bachelot en séance. On nous amuse, comme pour la convergence, avec des études, dont on nous assure qu'elles seront abouties fin 2012... Je n'y crois pas.

Pour sécuriser les maisons de naissance, outre que je vous proposerai un amendement, il est prévu qu'elles soient liées par convention avec les établissements de santé.

Paul Blanc. - *Il ne fallait pas supprimer les maternités !*

André Lardeux, rapporteur pour la famille. - *Mme Jarraud-Vergnole s'inquiète des transferts entre branches. Je lui fais observer qu'il y a, en la matière, une vraie continuité de l'Etat...*

Annie Jarraud-Vergnolle. - *Les choses empirent...*

André Lardeux, rapporteur pour la famille. - *Mmes Desmarescaux, Demontès et Campion s'inquiètent de la suppression de la rétroactivité de l'allocation logement. Je leur rappelle qu'il n'existe aucune rétroactivité pour les minima sociaux. Pour l'allocation logement, la rétroactivité s'entend à la date du dépôt de la demande. Nous avons interrogé les Caf pour savoir qui serait concerné. Nous disposons de la réponse de celle de Rennes, qui nous donne une indication : sur 20 % des allocataires concernés, la moitié sont des étudiants. Les familles défavorisées seraient moins touchées car mieux prises en charge par des associations qui les aident. Cela étant, j'estime que la mesure aura peu d'effet sur les comptes car le public modifiera son comportement.*

Il n'y a pas de prêts aux maisons d'assistants maternels, Mme Desmarescaux, si les locaux appartiennent à des collectivités territoriales qui les mettent à disposition.

Je l'ai dit, Mme Procaccia, j'estime que l'amendement sur le plafonnement des allocations familiales que le juge peut maintenir à une famille dont l'enfant est placé, adopté à l'Assemblée nationale, n'a pas sa place dans un projet de loi de financement. C'est une question qui touche au financement des départements, pas de la sécurité sociale. Ceci dit, je ne nie pas la difficulté. Dans le dispositif actuel, le juge n'a qu'une alternative : tout ou rien. Or, nous savons que les familles concernées sont très fragiles. Il y faudra des précautions, mais si le juge avait le moyen de préserver des ressources essentielles...

Avec l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), Mme Rozier, c'est bien la branche famille qui finance la caisse des retraites, et non l'inverse. La modestie des allocations montre combien la charge portée sur la branche famille est excessive.

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - *M. Paul Blanc m'interroge sur la part des accidents de trajet dans les accidents de travail : elle est de 11 % des*

dépenses. L'augmentation a été, entre 2008 et 2009, de 6,8 % : c'est beaucoup. Heureusement, les accidents mortels sont en recul.

Le Fiva, Mme David, bénéficiera l'an prochain de 25 millions supplémentaires : la dotation passe de 315 à 340 millions. Cela est suffisant. Le fond de roulement était à 221 millions en 2010, contre 297 millions en 2009. Il n'y a pas de retards de paiement : ce qu'il s'agit d'éviter, ce sont les retards dans la prise de décision.

Annie David. - J'affirme qu'il y a des retards de paiements. Je puis vous citer le cas d'une femme qui attend depuis six mois.

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - Nous examinerons la chose de près.

Le problème que vous évoquez, M. Villiers, est beaucoup plus complexe pour les agriculteurs. C'est au niveau de la caisse, indépendante, que les AT-MP sont déterminés. Il faut donc engager la discussion au sein de la MSA. Une étude de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) est en cours pour analyse. Tant que la MSA ne dispose pas de ses résultats, il est difficile de procéder comme pour les autres caisses.

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - La question de la double peine, à propos du versement de 100 millions, a été largement débattue à l'Assemblée nationale. Je partage l'avis d'Alain Vasselle : ces sommes pourraient tout aussi bien financer l'Apa ou la PCH.

Je partage, médicalement parlant, le constat de Mme Demontès : laisser supposer que l'on touche au forfait soins risquerait de susciter des sélections dans l'accueil des personnes âgées.

Oui, Mme Jarraud-Vergnolle, l'Ondam diminue, mais il est tout autrement bâti, à partir des seuls crédits nécessaires : on prend le compte exact des places nouvelles. La campagne budgétaire a été compliquée par la mise en place des ARS. La CNSA a débloqué 90 millions pour les places nouvelles : 30 millions en septembre, et 60 millions en octobre. Tout cela témoigne d'une prise de conscience.

Annie Jarraud-Vergnolle. - C'est le passif à trois ou quatre ans que j'évoquais.

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - Les choses sont quelquefois difficiles à comprendre. Le financement des constructions est assuré soit par l'Ehpad, soit par les maisons du handicap. La partie financée par l'Etat doit être inscrite en dépense en totalité. Auparavant, pour une maison de quatre-vingts lits, les Drass ne disposaient pas de la totalité des crédits. On procédait par tranche, en prenant l'engagement de débloquer les crédits à trois ans pour la nouvelle tranche.

Annie Jarraud-Vergnolle. - La difficulté tient au nouveau mode de calcul. Il ne suffit pas de mettre en réserve des places : il faut la garantie qu'elles seront financées au moment où elles deviendront effectives. Que reste-t-il, sinon, du principe de fonctionnalité ?

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - Ce sera obligatoire, puisqu'il faudra indiquer d'emblée un montant.

Sylvie Desmarescaux, rapporteur. - Il y a des crédits de paiement, mais aussi des autorisations d'engagement : les choses sont claires.

Dominique Leclerc, rapporteur pour la vieillesse. - Mme Demontès m'a interpellé sur le transfert de cotisations chômage vers les cotisations vieillesse. Il n'est, fort heureusement, prévu qu'à compter de 2015. J'ai été le seul à dénoncer, au nom de notre commission, dès la fin 2001, les paramètres, à mon avis fantaisistes, qui avaient présidé à l'élaboration du premier rapport du conseil d'orientation des retraites (Cor). J'ai réitéré sur l'avant-projet du septième rapport, et dénoncé les conséquences politiques que pouvaient avoir les scénarios retenus. J'ai donc été étonné, hier, de voir quelqu'un qui a approuvé des deux mains tous ces rapports, dénoncer aujourd'hui la crédibilité des scénarios, au moment où s'engage la négociation avec l'Agirc-Arrco...

Examen des amendements

Article additionnel avant l'article 9

Alain Vasselle, rapporteur général. - L'amendement n° 1 revient à la charge sur la question, déjà débattue l'an dernier, de l'augmentation de la CRDS pour alimenter la Cades : André Lardeux en a dénoncé les conséquences dans son rapport.

L'amendement n° 1 est adopté.

Article 9

Alain Vasselle, rapporteur général. - Il n'y a pas lieu de transférer le déficit de la branche AT-MP, pour 1,2 milliard, à la Cades, ainsi que l'a rappelé Gérard Dériot. Cela va à l'encontre de l'esprit d'une branche financée par cotisations. Tel est le sens de l'amendement n° 2.

L'amendement n° 2 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 3 est adopté.

André Lardeux, rapporteur pour la famille. - L'amendement n° 4 est le pendant du premier présenté par Alain Vasselle, pour la CSG. Il vise à protéger les recettes de la branche famille.

L'amendement n° 4 est adopté.

Alain Vasselle, rapporteur général. - L'amendement n° 5 renvoie, pour la gestion du FRR, la fixation des règles prudentielles à un arrêté interministériel au lieu d'un décret en Conseil d'Etat, proposition approuvée par le conseil de surveillance du fonds. Il supprime l'obligation pour les commissaires aux comptes d'émettre un rapport sur les comptes intermédiaires, superflue : les comptes du fonds sont certifiés chaque année.

L'amendement n° 5 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 6 est adopté.

Article 12

Alain Vasselle, rapporteur général. - L'amendement n° 7 engage une nouvelle étape sur les allègements de cotisation, dont nous obtenons cette année l'annualisation. Il vise à geler le seuil de sortie du dispositif à 1,6 Smic calculé sur le Smic en vigueur au 1^{er} janvier 2010. On peut en attendre une recette supplémentaire de 100 millions en 2011, et qui ira croissant au fil des ans, pour atteindre, avec la baisse progressive du seuil, 9,2 milliards à terme. Le budget de l'Etat ne peut lui aussi qu'en tirer bénéfice puisque cela allègera sa compensation...

Gilbert Barbier. - Ne serait-il pas plus prudent, pour éviter tout effet d'aubaine, de faire référence à un salaire annualisé plutôt qu'à un salaire mensuel pour ce qui concerne le Smic de référence ?

Alain Vasselle, rapporteur général. - Je vous propose de geler le salaire de référence pour le calcul des allègements. Si on prend une référence annualisée, il faudra recalculer tous les ans la compensation.

Gilbert Barbier. - Mais les entreprises peuvent contourner le dispositif en servant par exemple des primes de fin d'année...

Alain Vasselle, rapporteur général. - L'annualisation s'appliquera. Par précaution je vais néanmoins faire vérifier la rédaction de l'amendement mais nous poursuivons le même objectif.

L'amendement n° 7 est adopté.

Article 12 bis

Alain Vasselle, rapporteur général. - L'amendement n° 8 tire les conséquences de l'augmentation de la CRDS et de la compensation des allègements de charges. Le Gouvernement, en supprimant le panier de recettes de la sécurité sociale, rend vaine toute tentative de tracer clairement la compensation. Je propose donc de réécrire l'article en prévoyant que l'excédent sera attribué à la branche famille pour compenser l'insuffisance des recettes assises sur les contrats d'assurance, le reliquat de l'excédent étant ensuite destiné à la branche assurance maladie. Il y aura débat avec le Gouvernement : ce sera l'occasion de mettre en relief les effets pervers du dispositif en l'Etat.

L'amendement n° 8 est adopté.

Article 13 quater

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 9 supprime l'article 13 quater : inutile de prévoir un nouveau rapport alors que l'annexe 5 du projet fournit toutes les indications nécessaires.*

L'amendement n° 5 est adopté.

Article 14

Les amendements de conséquence n^{os} 10, 11 et 12 sont adoptés.

Article 16

L'amendement rédactionnel n° 13 est adopté.

Article 17

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'article 17 permet de réintégrer les loyers des salariés et non-salariés agricoles dans les revenus soumis à cotisations sociale, sous réserve de renoncement à la « rente du sol ». L'amendement n° 14 réserve l'application de la mesure aux salariés, qui ne peuvent en aucun cas cumuler déduction des loyers et rente du sol.*

L'amendement n° 14 est adopté.

Article 20

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 15 concerne les médicaments orphelins. Il améliore la rédaction de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, pour éviter la notion, incertaine, de « chiffre d'affaires remboursable ». Il vise surtout à respecter la compétence du législateur en matière de fixation de l'assiette des impositions de toute nature et à revenir au seuil de 20 millions prévu dans le texte initial. Ce montant paraît équilibré compte tenu du chiffre d'affaires des laboratoires, qui a atteint son rythme de croisière, et ne met pas en cause l'effort sur les autres médicaments, qui bénéficient encore d'une exemption de taxation.*

Gilbert Barbier. - *Il n'existe que cinq ou six médicaments orphelins qui produisent un chiffre d'affaires important, et ce parce qu'on leur a trouvé d'autres applications. Il est normal que les laboratoires concernés soient taxés. Mais pour les autres, que l'on veut encourager à mener la recherche sur les maladies orphelines, le seuil de 20 millions est très faible. On risque de décourager certains laboratoires de se pencher sur le problème.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Nous aurons un débat en séance. La remarque de M. Barbier vaut qu'on la prenne en compte : si le Gouvernement estime que le dispositif n'est pas de nature à freiner la recherche...*

Raymonde Le Texier. - *Nous réservons en général notre vote, mais au cas particulier, certains des amendements du rapporteur général nous conviennent : ils sont parfois similaires à ceux que nous envisageons de déposer. Je regrette que nous ne les découvrons qu'aujourd'hui, à cause des*

conditions de travail qui nous sont faites. Nous devrions pouvoir nous concerter en amont de cette réunion.

Muguette Dini, présidente. - *Je rappelle que les textes financiers demeurent examinés en commission selon l'ancienne procédure. Vos amendements seront appelés en séance et examinés préalablement en commission.*

François Autain. - *Si l'on parvient à les déposer avant ce vendredi 11 heures, délai-limite qui nous est imposé. Le rapporteur général n'a pas les mêmes contraintes...*

Muguette Dini, présidente. - *Nous n'avons reçu le texte voté par l'Assemblée nationale qu'hier soir, après son vote solennel. La plupart des amendements ont été mis au point cette nuit seulement. Je rappelle que le texte sera examiné en séance lundi, à partir de 14 heures 30. Il n'était pas possible de reporter au même lundi matin la date limite des amendements extérieurs, d'autant qu'il leur faut le visa du service de la séance après celui de la commission des finances avant qu'ils ne nous soient transmis. D'où la date limite du vendredi à 11 heures. Il vous reste deux jours.*

François Autain. - *Et trois nuits... Remercions.*

Muguette Dini, présidente. - *Le rapporteur général n'a eu qu'une nuit...*

Gilbert Barbier. - *N'est-il pas possible de fixer l'heure limite à 16 heures à tout le moins ?*

Muguette Dini, présidente. - *Cela ne nous a pas été accordé, c'était pourtant mon intention. Nous aurons un court moment, avant la séance de lundi, pour examiner les motions. Puis la durée des suspensions de séance pour l'examen des amendements.*

Annie David. - *Le texte n'a été voté qu'hier après-midi à l'Assemblée nationale. Je vous demande d'insister, en conférence des présidents, pour allonger les temps d'examen. Nous ne pouvons pas être partout à la fois et nos conditions de travail sont insupportables.*

Alain Gournac. - *On a perdu beaucoup de temps avec les retraites...*

Annie David. - *Vous savez comme moi que le calendrier prévisionnel était beaucoup trop court. La démocratie ne s'exprime pas dans la rue, mais au Parlement, dites-vous ? Laissez-lui donc alors le temps de travailler !*

Alain Gournac. - *La conférence des présidents ne pouvait pas prévoir que nous aurions, sur les retraites, un débat si ralenti...*

Jean-Pierre Godefroy. - *Ce n'est pas convenable de faire à nouveau travailler les mêmes sénateurs qui ont déjà assuré l'examen du projet de loi sur les retraites le week-end du 12 novembre, ce qui pourrait bien arriver.*

Muguette Dini, présidente. - Je rappelle que l'examen du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale est encadré par des délais constitutionnels. L'ordre du jour a déjà prévu que nous travaillerions jusqu'au dimanche 14 novembre au soir. Cela dit, j'estime comme vous, que la charge est trop lourde...

L'amendement n° 15 est adopté.

Article additionnel après l'article 20

Alain Vasselle, rapporteur général. - Les avis de la HAS doivent pouvoir porter sur l'évolution des prix des médicaments.

L'amendement n° 16 est adopté.

Article 21

L'amendement rédactionnel n° 17 est adopté.

Article 30 bis

L'amendement rédactionnel n° 18 est adopté.

Article additionnel après l'article 32

Alain Vasselle, rapporteur général. - Afin de faciliter les échanges entre les commissaires aux comptes et la Cour des comptes dans le cadre des missions de certification qu'elle exerce, l'amendement n° 19 permet l'extension, à la mission de certification des comptes des organismes de sécurité sociale, de la levée du secret professionnel des commissaires aux comptes à l'égard de la Cour, et inversement. Les modalités de ce transfert d'information seront précisées par décret en Conseil d'Etat.

L'amendement n° 19 est adopté.

Article 34

Alain Vasselle, rapporteur général. - L'amendement n° 20 vise à garantir que les mesures de redressement proposées pour assurer le respect de l'Ondam auront un impact financier égal au risque de dépassement évalué par le comité d'alerte.

L'amendement n° 20 est adopté.

Alain Vasselle, rapporteur général. - Le Président de la République et le Gouvernement ont approuvé les conclusions du rapport Briet qui recommande l'abaissement progressif du seuil d'alerte à 0,5 %. L'amendement n° 21 vise à inscrire cet engagement dans la loi et à le rendre applicable dès 2011.

L'amendement n° 21 est adopté.

Alain Vasselle, rapporteur général. - L'amendement n° 21 vise à rendre systématique l'avis du comité d'alerte sur les hypothèses de construction de l'Ondam pour l'année à venir, avant que le Parlement n'adopte le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'amendement n° 22 est adopté.

Article additionnel après l'article 34

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 23 vise à ramener de six à cinq mois le délai d'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation tarifaire, tout en le faisant courir à compter de la conclusion des accords. Cela me semble plus rationnel que ce que souhaitait le député Door.*

L'amendement n° 23 est adopté.

Article additionnel après l'article 35

L'amendement de cohérence n° 24 est adopté.

Article 36 bis

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 25 est de cohérence avec les dispositions votées dans la loi HPST. Il supprime la dégressivité de l'indemnité versée aux professionnels de santé qui se refusent à exercer dans les zones sous-dotées. Je ne suis pas très favorable à cette suppression... mais je suis rapporteur général.*

L'amendement n° 25 est adopté.

Article 36 quinquies

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Cet article concerne les regroupements de pharmacies d'officine : il introduit une disposition non point alternative, mais de complément : l'amendement n° 26 est rédactionnel.*

Gilbert Barbier. - *Le fond du texte n'est donc pas modifié ?*

L'amendement n° 26 est adopté.

Article 36 sexies

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 27 supprime, comme je l'avais fait l'an dernier, l'inscription nouvelle des « quasi génériques » au répertoire des génériques : il y aurait là un risque pour les patients.*

Catherine Procaccia. - *De quels médicaments s'agit-il ?*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Ils leur sont simplement assimilés, pour des raisons historiques.*

L'amendement n° 27 est adopté.

Article 36 septies

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 28 supprime les alinéas qui autorisent le fonds des actions non conventionnelles à participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation des médecins : le financement est possible sans cette précision. Rien n'empêche de surcroît, dans la négociation conventionnelle, de prévoir de tels financements.*

L'amendement n° 28 est adopté.

Article 36 octies

Alain Vasselle, rapporteur général. - *La très grande diversité des dispositifs médicaux incite à porter une attention particulière à la rédaction de cet article. L'amendement n° 29 en propose la suppression pour laisser à la réflexion le temps de se poursuivre.*

L'amendement n° 29 est adopté.

Article 38

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 30 vise à accélérer la facturation individuelle par les hôpitaux.*

L'amendement n° 30 est adopté.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 31 est de la même veine : il demande la remise d'un rapport sur l'expérimentation de la facture individuelle.*

L'amendement n° 31 est adopté.

Article additionnel après l'article 38

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 32 concerne l'aide médicale d'Etat (AME). J'entends interpellier Mme Bachelot sur la diversité des tarifs retenus en y mettant un peu d'ordre, pour éviter que l'assurance maladie ne supporte des coûts hors tarification.*

L'amendement n° 32 est adopté.

Article 40

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 33 vise à sécuriser l'environnement sanitaire des maisons de naissance : la HAS devra établir un cahier des charges préalable à l'expérimentation et donnera un avis conforme à la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner.*

Gilbert Barbier. - *Je suis opposé à cet article, dont je proposerai la suppression.*

Raymonde Le Texier. - *Il est dangereux d'avancer sur les maisons de naissance alors que la mortalité infantile remonte. Ce n'est pas parce que la ministre de la santé se laisse convaincre par les modes « bobo » que l'on doit la suivre.*

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - *D'autant que les femmes ont leurs enfants de plus en plus tardivement : il y a plus de risques.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Je prends acte du vote de l'Assemblée nationale, qui a finalement maintenu cette expérimentation, tout en étant sensible à vos préoccupations : c'est bien pourquoi je vous propose d'améliorer la sécurité de ces structures. Ce n'est pas en le repoussant que l'e*

problème sera réglé. Mieux vaut, à mon sens, l'adopter ici et voter contre l'article 40 en séance.

Gilbert Barbier. - *A moins que le rapporteur général ne présente immédiatement un amendement de suppression de l'article 40, comme cela est son droit le plus strict...*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Si je ne l'ai pas fait, c'est qu'il me paraît important que le sujet soit abordé en séance.*

Raymonde Le Texier. - *Le débat aura lieu de toute façon, puisque vous y présentez un amendement. Mais si nous l'adoptons en commission, cela revient à accepter implicitement le bien-fondé de l'article 40 dans son principe.*

André Lardeux, rapporteur pour la famille. - *Je dépose un amendement de suppression.*

Gilbert Barbier. - *Egalement.*

Raymonde Le Texier. - *Les membres du groupe socialiste également. Les amendements de suppression sont adoptés.*

Article additionnel après l'article 40

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 36 vise à permettre le développement expérimental de nouveaux modes de prise en charge, en « centres autonomes » pour la chirurgie ambulatoire, notamment la cataracte.*

Annie Jarraud-Vergnolle. - *Qu'est-ce donc qu'un « centre autonome » ?*

Alain Gournac. - *Hors hôpital.*

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - *On va faire donc de la médecine partout en dehors de structures médicales ! Nous avons évité cela l'an dernier. Je n'ai pas changé de position. Je voterai contre l'amendement.*

Gilbert Barbier. - *Mon raisonnement est le même.*

Jacky Le Menn. - *Sont-ce, comme pour les quasi-généralistes, des lieux dont on sort « quasi guéri » ?...*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Des mesures de sécurité sont prévues. Il ne s'agit que d'une expérimentation, à l'initiative de l'Uncam, pour une période qui ne pourra être supérieure à trois ans ; un décret, enfin, fixera les modalités d'agrément, après visite de conformité. Il me semble que ce sont là d'importantes garanties, propres à éviter tout risque aux patients. A chacun de décider, en son âme et conscience.*

Dominique Leclerc, rapporteur pour la vieillesse. - On nous demande beaucoup de nous prononcer sur des questions qui relèvent de la sphère médicale : « centres autonomes », « maison de naissance », « quasi-génériques »...

François Autain. - De fait, ces dispositions auraient mieux leur place dans une loi sur la santé publique que dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. C'est dire qu'elles ne sont envisagées que sous l'angle financier. Pourquoi ne pas placer au sein de l'hôpital, dans un environnement sûr, ces nouveaux modes de prise en charge ?

Gilbert Barbier. - Des ophtalmologues veulent opérer dans leurs locaux, dans des conditions de sécurité fixées sur le papier mais pas dépourvues de risques. La difficulté est que l'on ouvre une brèche, avec un petit « notamment », où d'autres pratiques pourraient bien s'engouffrer. Je songe à la chirurgie esthétique, à des actes pouvant même requérir une anesthésie générale... On impose aux établissements hospitaliers des règles strictes de sécurité et ici, on ouvre une exception. C'est dangereux. Ce n'est en tout Etat de cause pas à l'Uncam de décider. Et si la HAS donne son feu vert, que devient la réglementation dans le cadre hospitalier ?...

Guy Fischer. - Tout le monde sait bien de quoi on parle. Je connais à Lyon des vingtaines de centres d'ophtalmologie et de cabinets dentaires.... qui ne sont rien d'autre que des usines à faire de l'argent.

Gisèle Printz. - Je pense aux avortements. L'hôpital a de plus en plus de mal à proposer des créneaux pour les femmes qui souhaitent une IVG... Devra-t-on en revenir à des pratiques que l'on croyait d'une autre époque ?

Jacky Le Menn. - On exige de l'hôpital qu'il respecte des normes strictes et voilà qu'on les abandonne ici. C'est un vrai paradoxe. Il sera difficile d'imposer, dans les établissements, des normes strictes, qui représentent une part importante de leurs dépenses.

Alain Vasselle, rapporteur général. - Je comprends vos arguments mais pourquoi s'arc-bouter contre les expérimentations en santé ? J'ai la faiblesse de penser que la HAS est un organisme sérieux, qui assure la certification des établissements et agit avec grand soin dans la délivrance des accords. J'ajoute que ce type d'expérience existe à l'étranger. Je dois bien constater qu'une majorité des parlementaires que nous sommes n'est pas prête à prendre de risque mais l'intérêt de cet amendement est d'ouvrir un débat sur ce sujet qui, à défaut, n'aura pas lieu. Il eût pourtant été fructueux d'entendre vos remarques pertinentes. Rien ne vous interdit de sous-amender cet amendement, en confiant l'initiative à certains établissements de santé. Voyez la psychiatrie : on a su y sécuriser des actes aujourd'hui pratiqués dans des appartements thérapeutiques... Je tiens que l'idée de l'expérimentation mérite un débat, y compris pour alerter le Gouvernement sur la question de la sécurité.

Gilbert Barbier. - Rien n'interdit au rapporteur de présenter cet amendement à titre personnel, pour la séance publique.

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - Je suis intervenue à de multiples reprises sur la question des dialyses. Je considère qu'il est effectivement important de discuter ici sur l'amendement pour montrer l'intérêt que la commission y porte.

Alain Gournac. - Je soutiens le rapporteur général. Je souhaite que la discussion ait lieu en séance. Je voterai l'amendement.

Muguette Dini, présidente. - Je sais que le rapporteur général précisera en séance que cette disposition a suscité un large débat en commission.

L'amendement n° 36 est adopté.

Article additionnel après l'article 41

Alain Vasselle, rapporteur général. - J'ai été battu en CMP, l'an dernier, lorsque j'ai voulu ramener de 2018 à 2014 l'horizon de la convergence. Je propose ici d'introduire la notion de progressivité dans la convergence. Deux modalités sont envisageables et je vous propose de choisir celle qui vous semble la meilleure : soit la convergence d'au moins 10 % de GHM supplémentaires chaque année, c'est l'amendement n° 37 ; soit une progressivité plus lente au départ et plus rapide à la fin, comme le prévoit l'amendement n° 38. Peut-être pourrions-nous voter le premier et garder le second comme solution de repli.

L'amendement n° 37 est adopté.

L'amendement n° 38 tombe.

Article 42 bis

Alain Vasselle, rapporteur général. - L'amendement n° 39 demande un rapport du Gouvernement sur l'application, par les ARS, de la sanction prévue à l'article L. 162 30-2 du code de la sécurité sociale.

L'amendement n° 39 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 40 est adopté.

Alain Vasselle, rapporteur général. - L'amendement n° 41 supprime une condition préjudiciable à l'efficacité du contrôle de la délivrance de médicaments.

L'amendement n° 41 est adopté.

Article 42 ter

L'amendement rédactionnel n° 42 est adopté.

L'article 42 ter est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article additionnel après l'article 42 quater

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 43 vise à identifier clairement, au sein des sous-objectifs de l'Ondam, les dépenses prescrites par les établissements de santé qui pèsent en réalité sur les dépenses de soins de ville.*

L'amendement n° 43 est adopté.

Article 43 sexies

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'Assemblée nationale a reporté à 2013 la possibilité pour les groupements de coopération médico-sociaux d'exercer pour le compte de leurs membres les activités de pharmacie à usage intérieur. L'amendement n° 44 supprime cette disposition singulière.*

L'amendement n° 44 est adopté.

Article additionnel après l'article 43 septies

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - *L'amendement n° 45 précise que les interventions des professionnels libéraux dans les établissements médico-sociaux ne peuvent être qualifiées d'activité salariée : le Gouvernement s'était engagé à trouver une solution au Sénat. Nous aimerions l'entendre.*

L'amendement n° 45 est adopté.

Article 44

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 46 vise à revenir à la rédaction actuelle du champ des actions de formation professionnelle que les assurés peuvent suivre durant leur arrêt de travail : le texte qui nous est soumis est trop restrictif.*

L'amendement n° 46 est adopté.

Article 45

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 47 supprime la contribution pour 2011 de l'assurance maladie à l'Eprus, afin de conserver l'équilibre avec le financement apporté par l'Etat, à 170 millions de dotation.*

L'amendement n° 47 est adopté.

Articles additionnels après l'article 45

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 48 vise à mieux identifier l'enveloppe des Migac.*

L'amendement n° 48 est adopté.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'Odam regroupe les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation des établissements publics et privés à but non lucratif : pour plus de transparence, le rapport Briet recommande qu'il soit fixé, non par l'Etat, mais par le projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'amendement n° 49 en prend acte.*

L'amendement n° 49 est adopté.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Même traitement pour l'objectif quantifié national avec mon amendement n° 50.*

L'amendement n° 50 est adopté.

Article 45 bis

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 51 vise à assurer l'information du Parlement sur le Fmespp.*

L'amendement n° 51 est adopté.

Article 45 ter

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 52 vise à modifier le mécanisme de déchéance des fonds non délégués en prévoyant que les crédits déchus ne seront pas restitués au fonds, mais à ses financeurs, les régimes d'assurance obligatoire, pour être utilisés conformément à leur objet.*

L'amendement n° 52 est adopté.

Articles additionnels après l'article 49

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - *L'amendement n° 53 prévoit un décret déterminant les conditions harmonisées de prise en charge de l'Acaata par les différents régimes.*

L'amendement n° 53 est adopté.

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - *L'amendement n° 54 vise à lutter contre la fraude dans les déclarations des employeurs en matière d'accidents du travail.*

L'amendement n° 54 est adopté.

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - *L'amendement n° 55 harmonise le calcul des pensions d'invalidité entre les différents régimes.*

L'amendement n° 55 est adopté.

Article additionnel après l'article 55

André Lardeux, rapporteur pour la famille. - *L'amendement n° 56 confirme le droit pour les assistants maternels travaillant en Mam, d'accéder au prêt à l'amélioration de l'habitat.*

L'amendement n° 56 est adopté.

Article 55 ter

André Lardeux, rapporteur pour la famille. - *L'amendement n° 57 supprime cet article, qui, traitant d'un conflit entre l'Etat et les départements que l'on cherche à régler sur le dos des familles, n'a pas sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.*

L'amendement n° 57 est adopté.

Article 55 quater

André Lardeux, rapporteur pour la famille. - *L'amendement n° 58 supprime le rapport demandé par l'Assemblée nationale : l'information sur les congés pour grossesse pathologique est déjà disponible.*

L'amendement n° 58 est adopté.

Article 59

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Opérer une ponction sur les ressources de la sécurité sociale pour alimenter un fonds d'études sur les ressources humaines ne me paraît pas justifié. L'amendement n° 59 propose la suppression de cet article introduit à l'Assemblée nationale.*

L'amendement n° 59 est adopté.

Article 66

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Je ne suis pas favorable à la disposition introduite à l'Assemblée nationale visant à restreindre les circonstances entraînant la sanction des établissements ne respectant pas la T2A. D'où l'amendement de suppression n° 60.*

L'amendement n° 60 est adopté.

Article additionnel après l'article 66

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'amendement n° 61 organise l'unification de la jurisprudence dans l'application des procédures de pénalités prévues aux articles L. 162-1-14 à L. 162-5 du code de la sécurité sociale.*

L'amendement n° 61 est adopté.

L'ensemble du projet de loi de financement est adopté, tel que modifié par les amendements précédemment retenus.