

N° 107

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

Enregistré à la Présidence du Sénat le 7 novembre 2012

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2013, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par MM. Yves DAUDIGNY, Ronan KERDRAON, Mmes Isabelle PASQUET,
Christiane DEMONTÈS et M. Jean-Pierre GODEFROY,
Sénateurs.

Tome VII :
Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, *présidente* ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, *vice-présidents* ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, Catherine Deroche, M. Marc Laménie, Mme Chantal Jouanno, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, MM. Jean-Noël Cardoux, Luc Carvounas, Mme Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mme Michelle Meunier, M. Alain Néri, Mme Isabelle Pasquet, M. Louis Pinton, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 287, 301, 302 et T.A. 29

Sénat : 103 et 104 (2012-2013)

**Répartition de l'examen des articles
entre les rapporteurs du PLFSS**

1^{re}, 2^e et 3^e parties :

Equilibres généraux

- articles 1 à 36..... M. Yves Daudigny, rapporteur général

4^e partie :

Assurance maladie

- articles 37 à 51 et 56 à 59..... M. Yves Daudigny, rapporteur général

Médico-social

- articles 52 à 55 bis M. Ronan Kerdraon

Assurance vieillesse

- articles 60 à 64 et 73 à 74..... Mme Christiane Demontès

AT-MP

- articles 65 à 70..... M. Jean-Pierre Godefroy

Famille

- articles 71 à 72..... Mme Isabelle Pasquet

Gestion du risque

- articles 75 à 76..... M. Yves Daudigny, rapporteur général

SOMMAIRE

Pages

EXAMEN DES ARTICLES.....	11
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011	11
• <i>Article 1^{er}</i> Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2011.....	11
• <i>Article 2</i> Approbation du rapport figurant en annexe A, retraçant la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2011.....	19
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2012.....	24
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes et équilibre financier de la sécurité sociale.....	24
• <i>Article 3 (art. L. 245-16 du code de la sécurité sociale ; art. L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation ; art. L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles ; art. 1600-0 S [nouveau] du code général des impôts ; art. 22 de la loi n° 2010-1657 de finances pour 2011 ; art. 1^{er} de la loi n° 2012-658 de finances rectificative pour 2012)</i> Clarification des impositions et taxes affectées à l'Etat et à la sécurité sociale	24
• <i>Article 4</i> Prélèvements au profit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.....	29
• <i>Article 5</i> Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2012	32
• <i>Article 6</i> Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées affectées au fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse	35
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses	37
• <i>Article 7 (art. 81 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012)</i> Ajustement des montants du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés pour 2012	37
• <i>Article 8 (art. L. 815-29 et L. 821-5 du code de la sécurité sociale ; art. 32 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2009)</i> Rationalisation des modalités de prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus au titre de certaines prestations	39
• <i>Article 9</i> Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche.....	41
• <i>Article 10</i> Rectification de l'objectif de dépenses d'assurance maladie pour 2012.....	43

TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2012	46
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes et équilibre financier de la sécurité sociale	46
• <i>Article 11 (art. L. 131-6, L. 133-6-8, L. 612-3, L. 612-4, L. 612-5, L. 612-13, L. 722-4, L. 756-3, L. 756-4 et L. 756-5 du code de la sécurité sociale)</i> Alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs non salariés non agricoles	46
• <i>Article 12 (art. L. 651-1, L. 651-2-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale)</i> Modernisation et simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances et clarification de l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution	51
• <i>Article 13 (art. 231 du code général des impôts ; art. L. 131-8 du code de la sécurité sociale)</i> Elargissement de l'assiette et renforcement de la progressivité de la taxe sur les salaires	56
• <i>Article 14 (supprimé) (art. L. 136-2, L. 136-5, L. 137-18 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)</i> Réforme des prélèvements sociaux applicables aux « carried interests »	58
• <i>Article 15 (art. L. 133-7, L. 241-10 du code de la sécurité sociale ; art. L. 741-27 du code rural et de la pêche maritime)</i> Suppression du mécanisme de l'assiette forfaitaire pour l'emploi d'un salarié à domicile	63
• <i>Article 15 bis (art. L. 241-11 du code de la sécurité sociale)</i> Exonération de cotisation totale au titre d'une partie des personnes employées par les associations intermédiaires	68
• <i>Article 15 ter (art. 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008)</i> Prorogation du dispositif expérimental d'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité réduite à des fins d'insertion	69
• <i>Article 16 (art. L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 136-8 du code de la sécurité sociale)</i> Contribution supplémentaire sur les pensions de retraite et d'invalidité au profit de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	71
• <i>Article 17 (art. L. 381-32, L. 382-31 [nouveau] et L. 412-8 du code de la sécurité sociale ; art. L. 2123-25-2, L. 2123-26, L. 2123-27, L. 2123-29, L. 2321-2, L. 2573-8, L. 3123-20-2, L. 3123-21, L. 3123-22, L. 3321-1, L. 3512-1, L. 4135-20-2, L. 4135-21, L. 4135-22, L. 4135-25 et L. 4321-1 du code général des collectivités locales)</i> Elargissement de la couverture sociale des élus locaux	77
• <i>Article 18 (art. 28 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ; art. L. 134-14 [nouveau] et L. 715-1 du code de la sécurité sociale)</i> Alignement des taux de cotisations au régime général d'assurance maladie des salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et clarification du financement du régime spécial de retraite des chemins de fer secondaires	81
• <i>Article 19 (art. 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières)</i> Relèvement des taux de la contribution tarifaire d'acheminement	85
• <i>Article 20 (art. L. 136-2 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale)</i> Régime social de l'indemnité spécifique versée à l'occasion de la rupture conventionnelle du contrat de travail	88
• <i>Article 21 (art. L. 862-2, L. 862-3, L. 862-4, L. 862-5, L. 862-6 et L. 862-7 du code de la sécurité sociale)</i> Remboursement par le fonds CMU des dépenses des organismes gestionnaires de la CMU-c	91
• <i>Article 22 (art. 575 et 575 A du code général des impôts)</i> Mesures relatives à la fiscalité des tabacs	95

• Article 23 (art. 520 A du code général des impôts ; art. L. 241-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime) Hausse de la fiscalité sur les bières	102
• Article 23 bis (art. 520 D du code général des impôts) Introduction d'une contribution sur les boissons énergisantes	111
• Article additionnel après l'article 23 bis (art. 1609 viciés du code général des impôts) Introduction d'une taxation additionnelle sur l'huile de palme, de palmiste ou de coprah affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	113
• Article 24 (art. 1600-0 N et 1635 bis AE du code général des impôts ; art. L. 138-4, L. 138-12, L. 138-13, L. 245-5-1 A, L. 245-5-5 et L. 256-6 du code de la sécurité sociale) Sécurisation et simplification des prélèvements spécifiques portant sur des produits de santé	114
• Article 24 bis (art. L. 161-37-1 et L. 161-45 du code de la sécurité sociale) Suppression de la taxe due à la HAS pour la réalisation d'études médico-économiques	116
• Article 24 ter (art. L. 245-2 et L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale) Extension de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux	117
• Article 25 (art. L. 138-10 du code de la sécurité sociale) Fixation du taux K de la clause de sauvegarde à 0,4 % pour 2013	119
• Article 26 Approbation du montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale	120
Section 2 - Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	122
• Article 27 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	122
• Article 28 Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	126
• Article 29 Approbation du tableau d'équilibre du régime général	128
• Article 30 Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	129
• Article 31 Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de solidarité vieillesse et au fonds de réserve pour les retraites	130
• Article 32 Approbation du rapport fixant un cadrage pluriannuel (annexe B)	133
Section 3 - Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité	137
• Article 33 (art. L. 723-11, L. 726-2, L. 731-2, L. 731-3, L. 731-10, L. 731-13, L. 731-38, L. 731-45, L. 741-1, L. 762-11, L. 762-12, L. 762-21, L. 762-24 et L. 762-33 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 134-6, L. 134-9, L. 134-11-1 et L. 241-6 du code la sécurité sociale) Réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la mutualité sociale agricole	137
• Article 34 (art. L. 225-1-1 et L. 255-2 du code de la sécurité sociale) Trésorerie du régime des mines et rationalisation des comptes d'encaissement des Urssaf	143
• Article 35 (art. L. 114-5 et L. 114-8 du code de la sécurité sociale) Certification des comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	145
• Article 35 bis (art. L. 136-5 et L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale) Versement des cotisations dues sur les indemnités de congés payés par les caisses de congés payés	147
• Article 35 ter (art. L. 731-13-1 et L. 741-1-2 [nouveaux] du code rural et de la pêche maritime) Coordination entre le code la sécurité sociale et le code rural et de la pêche maritime	148

• <i>Article 36</i> Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	149
--	-----

QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2013 155

Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie 155

• <i>Article 37</i> (art. 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 ; art. L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale) Permanence des soins : élargissement du nombre de médecins susceptibles d'y participer et prolongation d'une expérimentation	155
• <i>Article 38</i> Expérimentation d'appels d'offres pour le transport des patients sur un territoire	157
• <i>Article 39</i> (art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale) Valorisation des nouvelles organisations professionnelles en santé	159
• <i>Article 40</i> (art. L. 1435-4-2 [nouveau] et art. L. 1435-5-1 à L. 1435-5-5 [nouveaux] du code de la santé publique ; art. L. 162-5-14-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Praticien territorial de médecine générale	161
• <i>Article 40 bis</i> (art. L. 632-6 et L. 634-2 [nouveau] du code de l'éducation ; art. L. 1434-7 du code de la santé publique ; art. L. 136-5 du code de la sécurité sociale) Contrat d'engagement de service public	163
• <i>Article 41</i> Expérimentation d'un parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie	165
• <i>Article 42</i> (art. 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012) Abrogation du « secteur optionnel »	169
• <i>Article 42 bis</i> (art. L. 6154-2 et L. 6154-3 du code de la santé publique) Exercice libéral à l'hôpital	171
• <i>Article 43</i> (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale) Suppression de la participation de l'assurée pour les actes liés à l'interruption volontaire de grossesse	173
• <i>Article 43 bis</i> (art. L. 161-8 du code de la sécurité sociale) Maintien des droits pour les demandeurs d'emploi qui reprennent une activité insuffisante	175
• <i>Article 43 ter</i> (art. L. 162-13-3 du code de sécurité sociale) Facturation séparée lors de la transmission d'échantillons biologiques entre laboratoires de biologie médicale	176
• <i>Article 43 quater</i> (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale) Gratuité de la contraception remboursable pour les mineures	177
• <i>Article 43 quinquies</i> Rapport au Parlement sur l'amélioration de l'accès à la contraception adaptée	178
• <i>Article 43 sexies</i> Expérimentation du tiers payant pour les étudiants	178
• <i>Article 44</i> (art. L. 5122-6, L. 5422-5, L. 5213-3 du code de la santé publique ; art. L. 165-8-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé	180
• <i>Article additionnel après l'article 44</i> (art. L. 165-9-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Substitution des dispositifs médicaux génériques mais prescrits avec une marque	182
• <i>Article 44 bis</i> (art. L. 162-16-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Prix de vente de certains allergènes	183
• <i>Article additionnel avant l'article 45</i> (art. 41 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé ; art. L. 161-38 du code de la sécurité sociale) Anticipation de la prescription en dénomination commune internationale	184

• Article additionnel avant l'article 45 (art. L. 5121-1 et L. 5125-23 du code de la sécurité sociale) Possibilité encadrée de substituer les médicaments biologiques par un médicament biosimilaire	184
• Article 45 (art. L. 5121-12-1 du code de la santé publique ; art. L. 162-17-2-1 et L. 162-17-2-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Elargissement de la recommandation temporaire d'utilisation	185
• Article 46 (art. 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé ; art. L. 6143-7 et L. 6161-2 du code de la santé publique) Encadrement de la visite médicale à l'hôpital	190
• Article 47 (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ; art. 1 ^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) Abrogation de la convergence tarifaire	191
• Article additionnel après l'article 47 (art. L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale) Composition de la commission de contrôle de la T2A	194
• Article additionnel après l'article 47 (art. L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale) Composition des équipes de contrôle de la T2A	194
• Article 47 bis (art. L. 114-4-1, L. 162-22-9, L. 162-22-9-1 [nouveau] et L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale) Minoration des tarifs hospitaliers pour mise en réserve de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie	195
• Article 48 (art. L. 213-3 du code monétaire et financier) Emission de titres de créances négociables par certains centres hospitaliers régionaux	197
• Article 48 bis Rapport sur les partenariats public-privé	199
• Article 49 (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Reports de la facturation individuelle des établissements de santé et du passage des hôpitaux locaux à la T2A, prolongation des tarifs journaliers de prestations (TJP)	200
• Article additionnel après l'article 49 (art. L. 6114-3 du code de la santé publique) Suppression des sanctions spécifiques liées aux indicateurs de performance dans les établissements de santé	205
• Article 50 (supprimé) (art. L. 5126-5-2 [nouveau] du code de la santé publique) Possibilité de sous-traitance pour les pharmacies à usage intérieur	205
• Article 51 (art. L. 381-30, L. 381-30-1 et L. 380-30-5 du code de la sécurité sociale) Prise en charge et financement des soins destinés aux personnes détenues	207
• Article 52 (art. L. 312-1 et L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale) Pérennisation des lits d'accueil médicalisés	209
• Article 53 (art. L. 162-25 du code de la sécurité sociale) Réduction à un an du délai de facturation pour les établissements pour personnes handicapées	211
• Article 54 (art. L. 314-8 et L. 543-1 du code de l'action sociale et des familles ; art. 80 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011) Fin de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	213
• Article 54 bis (art. L. 224-5 du code de la sécurité sociale) Possibilité pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de recourir à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale	216
• Article 55 (art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Plan d'aide à l'investissement 2013 dans le secteur médico-social	217
• Article 55 bis Aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile	220

• Article additionnel après l'article 55 bis Rapport sur les services polyvalents d'aide et de soins à domicile	221
• Article additionnel après l'article 55 bis Expérimentation d'une modulation du forfait global relatif aux soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience	222
• Article 56 (art. L. 731-13, L. 731-35-1 [nouveau], L. 731-35-2 [nouveau], L. 732-4, L. 732-4-1 [nouveau], L. 732-6, L. 732-7, L. 732-15, L. 762-4, L. 762-13-1 [nouveau], L. 762-18, et L. 762-18-1 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime) Création d'indemnités journalières maladie pour les exploitants agricoles	223
• Article 57 A (art. L. 1142--22, L. 1142-24-3 et L. 121-1-14 du code de la santé publique ; art. 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009) Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux des victimes d'une hépatite transfusionnelle	225
• Article 57 Dotations 2013 de l'assurance maladie à divers fonds et organismes	227
• Article additionnel après l'article 57 (art. L. 1435-9 du code de la santé publique) Fixation de la dotation de l'assurance maladie au fonds d'intervention régional en loi de financement	239
• Article additionnel après l'article 57 (art. L. 1435-8 du code de la santé publique) Possibilité pour le fonds d'intervention régional de financer des actions en faveur de la démocratie sanitaire	240
• Article additionnel après l'article 57 Rapport sur les agences régionales de santé	241
• Article additionnel après l'article 57 (art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale) Transmission au Parlement du rapport d'activité du Fiqcs	241
• Article additionnel après l'article 57 (art. L. 1434-6 du code de la santé publique) Simplification dans les modalités de financement des actions de prévention	242
• Article 57 bis Rapport sur le dossier médical personnel	242
• Article 58 Objectifs de dépenses en 2013 de la branche maladie	244
• Article 59 Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2013	245
Section 2 - Assurance vieillesse	249
• Article 60 (art. L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime) Attribution de points gratuits de retraite proportionnelle aux non-salariés agricoles contraints d'interrompre leur activité en raison de maladie ou d'infirmité graves	249
• Article 61 (art. L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale) Modalités d'extinction du régime de cessation anticipée d'activité des médecins	251
• Article 62 (art. L. 645-5 du code de la sécurité sociale) Valeur de service spécifique du point de retraite pour les pensions de réversion du régime des prestations complémentaires de vieillesse des professions médicales	254
• Article 63 (art. L. 5552-31, L. 5552-34, L. 5552-36, L. 5552-37 et L. 5552-44 du code des transports) Redéfinition des modalités de partage des pensions de réversion entre ayants droit du régime des marins	256
• Article 63 bis (art. 13 et 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte) Modalités de revalorisation des pensions à Mayotte	260
• Article 63 ter Remboursement des rachats d'années d'études ou d'activité incomplètes	262
• Article 63 quater Justificatif d'existence des bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant hors de France	264
• Article 64 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2013	265

Section 3 - Accidents du travail - maladies professionnelles	268
• <i>Article 65 (art. L. 241-10, L. 413-4, L. 413-7, L. 434-2, L. 443-1 et L. 821-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 232-23 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime)</i> Prestation complémentaire de recours à tierce personne	268
• <i>Article 66 (art. L. 452-2, L. 452-3-1 [nouveau] et L. 452-4 du code de la sécurité sociale)</i> Récupération des indemnités versées en cas de faute inexcusable de l'employeur	271
• <i>Article 67 (art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 ; art. L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale)</i> Possibilité pour l'ensemble des polypensionnés bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) ou d'une allocation équivalente de faire valoir leurs droits à retraite à l'âge de soixante ans	275
• <i>Article additionnel après l'article 67 (art. L. 215-4 du code de la sécurité sociale)</i> Droits des membres des comités techniques de la branche AT-MP	276
• <i>Article 68</i> Versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	277
• <i>Article 69</i> Contribution au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	278
• <i>Article additionnel après l'article 69 (art. 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)</i> Reconnaissance du lien causal entre la maladie liée à l'amiante et le décès d'une victime indemnisée par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	279
• <i>Article additionnel après l'article 69</i> Assurance décès des titulaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	279
• <i>Article 69 bis</i> Rapport du Gouvernement sur une voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante	280
• <i>Article 70</i> Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2013	281
Section 4 - Famille	282
• <i>Article 71</i> Expérimentation du versement en tiers payant du complément de mode de garde pour les familles modestes	282
• <i>Article 71 bis (art. L. 542-7-1 [nouveau], L. 755-21 et L. 831-7-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)</i> Rétablissement du droit aux allocations de logement familiale et sociale à l'occasion de la recevabilité d'une demande de traitement d'une situation de surendettement	287
• <i>Article 71 ter (art. L. 1225-35, L. 1225-36, L. 1142-3 et L. 1262-4 du code du travail ; art. L. 4138-2 et L. 4138-4 du code de la défense ; art. L. 5553-3 du code des transports ; art. L. 331-8, L. 613-19-2, L. 722-8-3, L. 168-7, L. 532-2, L. 544-9, et L. 223-1 du code de la sécurité sociale ; art. 22 bis et 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ; art. 38 bis et 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ; art. 32-2 et 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; art. 6 de la loi n° 2005-159 du 23 février 2005 relative au contrat de volontariat de solidarité internationale)</i> Transformation du congé de paternité en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant	288
• <i>Article 72</i> Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2013	292

Section 5 - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	294
• <i>Article 73</i> Participation du fonds de solidarité vieillesse au financement du minimum contributif	294
• <i>Article 74</i> Fixation des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	295
Section 6 - Gestion du risque et gestion interne des régimes obligatoires	297
• <i>Article 75 (art. L. 242-1-2, L. 243-7-5 [nouveau], L. 243-7-6 [nouveau], L. 243-7-7 [nouveau] du code de la sécurité sociale ; art. L. 725-3-2, L. 725-22-1 [nouveau], L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime)</i> Elargissement et majoration des redressements de cotisations sociales en cas de fraude	297
• <i>Article additionnel avant l'article 75 (art. L. 315-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 4311-1 du code de la santé publique)</i> Infirmiers-conseils dans les services du contrôle médical de l'assurance maladie	300
• <i>Article 75 bis (art. L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale)</i> Personnes habilitées à échanger des informations en matière de lutte contre la fraude à la sécurité sociale	300
• <i>Article 75 ter (art. L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale)</i> Suppression de l'habilitation ministérielle pour participer aux échanges d'informations en matière de lutte contre la fraude à la sécurité sociale	301
• <i>Article 76 (art. L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale)</i> Conditions d'annulation des exonérations de cotisations sociales des donneurs d'ordre en cas de travail dissimulé	302
TRAVAUX DE LA COMMISSION	305

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2011

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2011, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions figurant obligatoirement 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 (extrait du A du I)

« A - 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'objectif national des dépenses d'assurance maladie (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 pour 2011

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, la Cour des comptes est chargée d'exprimer un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre établis par le ministère chargé de la sécurité sociale. Sur la base des vérifications effectuées et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués, la Cour a, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale publié en septembre 2012, estimé que **« les tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 fournissent une image cohérente des résultats des régimes obligatoires de base, du régime général et du FSV de l'exercice 2011, sous réserve des quatre observations suivantes :**

« 1. Les tableaux d'équilibre procurent une information réduite sur la formation des résultats de l'exercice 2011 et n'assurent pas leur comparabilité avec ceux de l'exercice précédent, en raison d'indications trop sommaires sur la composition des produits et des charges.

« 2. Les tableaux d'équilibre intègrent des transferts non éliminés entre des entités de leur périmètre (au titre de la prestation au jeune enfant financée par la branche famille, montant non chiffré), ou à l'élimination imparfaitement assurée en raison de l'absence de réciprocité des produits et des charges comptabilisées par certaines entités et une minoration de produits et de charges (à hauteur de 457 M€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, du fait d'une contraction effectuée par le régime des mines). En outre, la traçabilité des modifications apportées par le ministère chargé de la sécurité sociale aux données transmises par les régimes de sécurité sociale est imparfaitement assurée.

« 3. Les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges au-delà de ceux nécessaires à l'élimination des opérations réciproques entre les entités comprises dans leur périmètre. En l'état, les règles appliquées pour procéder à ces contractions font l'objet d'une description succincte dans l'une des annexes au projet de loi de financement et les incidences de ces contractions sur la variation des produits et des charges par rapport à celle découlant des montants comptabilisés par les entités précitées ne sont pas précisées.

« 4. Pour 2011, les opinions exprimées par la Cour des comptes d'une part et les commissaires aux comptes, d'autre part, continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre, du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne. »

Le présent article prévoit ainsi successivement :

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 19,1 milliards d’euros pour l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, contre 25,5 milliards en 2010 soit une amélioration du solde de 6,4 milliards d’euros d’une année sur l’autre.

- Toutes les branches restent déficitaires en 2011 en dépit de l’amélioration de leurs soldes respectifs.

La branche maladie enregistre un solde négatif de 8,5 milliards d’euros, contre 11,4 milliards en 2010 et 10,4 milliards en 2009.

Le déficit de la branche vieillesse atteint 7,9 milliards d’euros contre 10,8 milliards un an plus tôt et 8,9 milliards en 2009.

Après quatre ans de forte de dégradation, le solde de la branche famille s’est stabilisé en 2011, en déficit de 2,6 milliards d’euros contre 2,7 milliards en 2010 mais loin des 300 millions d’euros de déficit constatés en 2010 et de l’excédent de 200 millions de 2007.

La branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) connaît quant à elle un déficit de 100 millions d’euros en forte réduction au regard des 700 millions d’euros de déficit constatés en 2010 et des 600 millions d’euros enregistrés en 2009.

- Le solde d’exécution pour 2011 présenté par le présent projet de loi de financement se révèle plus favorable que les prévisions réalisées dans le cadre des lois de financement pour 2011 et 2012.

Cette évolution positive est liée à l’amélioration du solde de la branche maladie, dont le déficit s’est réduit de 1 milliard d’euros par rapport aux données adoptées en LFSS 2010, ainsi qu’à la réduction de 200 millions d’euros du déficit de la branche vieillesse.

Le tableau ci-dessous permet de résumer ces évolutions :

**Evolution du tableau d’équilibre 2011
de l’ensemble des régimes obligatoires**

	LFSS pour 2011	LFSS pour 2012	PLFSS pour 2013
Maladie	- 11,3	- 9,5	- 8,5
Vieillesse	- 8,5	- 8,1	- 7,9
Famille	- 2,7	- 2,6	- 2,6
AT-MP	+ 0,1	- 0,1	- 0,1
Total	- 22,4	- 20,1	- 19,1

Cette dégradation moins importante que prévu du solde d'exécution est essentiellement liée à deux facteurs.

Il s'agit en premier lieu d'une progression de la masse salariale supérieure à celle estimée dans la loi de financement pour 2011. Avec une progression de 3,6 % contre une estimation de 2,9 %, l'évolution de la masse salariale a représenté un impact positif de 1,5 milliard d'euros pour les comptes de la sécurité sociale en 2011.

Il s'agit ensuite de l'adoption de mesures de recettes nouvelles dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2011 - augmentation du droit de consommation sur les tabacs, hausse du taux des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, augmentation du taux de la taxe sur les contrats d'assurance maladie.

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

Tant les données du tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale que leur évolution sont comparables à celles présentées précédemment, le régime général représentant près des trois quarts de l'ensemble des régimes obligatoires.

Ce régime affiche en 2011 un déficit global de 17,4 milliards d'euros, en diminution de 6,5 milliards par rapport au déficit historique de l'exercice précédent (23,9 milliards d'euros en 2010).

La moitié de ce déficit provient de la **branche maladie**, à hauteur de **8,6 milliards**, dont les pertes cessent toutefois de se creuser pour la première fois en trois ans. La réduction du déficit traduit une augmentation des produits nets (+ 6,2 milliards d'euros, soit + 4,4 %) supérieure de près du double à celle des charges nettes (+ 3,2 milliards d'euros, soit + 2,1 %), du fait de la croissance des cotisations sociales, de la CSG et des impôts et taxes affectés.

En 2011, la **branche vieillesse** a enregistré un déficit en sensible réduction par rapport à 2010 (- 8,9 milliards d'euros). Le résultat, conforme à la prévision associée à la loi de financement pour 2012 traduit une augmentation des produits nets (+ 7 milliards d'euros, soit + 7,5 %) supérieure à celle des charges nettes (+ 4,1 milliards d'euros, soit + 4 %), en raison de l'évolution des produits nets de cotisations sociales et des impôts et taxes affectés. A titre principal, l'augmentation des produits relatifs aux transferts entre organismes reflète l'instauration d'une prise en charge par le FSV du minimum contributif et l'effet en année pleine de la mise en place au 1^{er} juillet 2010 d'une prise en charge par le FSV des cotisations d'assurance vieillesse des salariés au titre des périodes de maladie, maternité, paternité, invalidité et accidents du travail et maladies professionnelles.

Quoique inférieures aux prévisions, les charges de prestations légales ont augmenté plus fortement qu'en 2010 (+ 4,7 % contre + 4,2 %), sous l'effet d'une revalorisation des pensions plus forte (+ 2,1 % au 1^{er} avril 2011, contre + 0,9 % au 1^{er} avril 2010).

En 2011, la **branche famille** a dégagé un déficit de 2,6 milliards d'euros, soit un niveau équivalent à celui prévu par la loi de financement pour 2012 et comparable à celui de l'exercice 2010. L'augmentation des charges nettes reflète en particulier la compensation intégrale par la branche auprès du FSV de la prise en charge par ce dernier des majorations pour enfants en faveur des régimes de base d'assurance vieillesse (au lieu de 85 % en 2010), ce qui a engendré une charge supplémentaire de 800 millions d'euros.

Les produits nets ont augmenté de 2 milliards d'euros (+ 4,1 %) du fait de l'évolution des cotisations sociales et de la CSG sur les revenus d'activité ainsi que de 500 millions d'euros liés à l'attribution de trois nouvelles taxes en compensation du transfert de 0,28 point de CSG de la branche famille à la Cades.

Il convient de rappeler qu'une partie de ces ressources n'a pas un caractère pérenne : la part du prélèvement au fil de l'eau des prélèvements sociaux sur les compartiments « euros » des contrats d'assurance vie « multisupports » affectée à la branche famille va diminuer continûment jusqu'à disparaître en 2020 et la taxe sur les réserves de capitalisation des assureurs a un caractère non récurrent limité aux exercices 2011 et 2012.

En 2011, la **branche des accidents du travail-maladies professionnelles** a enregistré un déficit de 221 millions d'euros (contre 726 millions d'euros en 2010), alors qu'un léger excédent était anticipé dans les prévisions associées à la LFSS 2012.

Ce déficit, qui résulte essentiellement de produits de cotisations inférieurs à ceux anticipés (à hauteur de 270 millions d'euros) est dû à l'incidence des écrêtements de taux de cotisations, de déformations sectorielles de l'activité au détriment des entreprises dont les taux de cotisation sont les plus élevés et de l'augmentation des réductions de produits de cotisations liées aux dénouements en faveur des employeurs de litiges portant sur l'application de la législation AT-MP.

Le tableau ci-dessous permet de retracer les différentes évolutions évoquées *supra* :

**Evolution du tableau d'équilibre 2011
du régime général**

	LFSS pour 2011	LFSS pour 2012	PLFSS pour 2013
Maladie	- 11,5	- 9,5	- 8,6
Vieillesse	- 6,8	- 6	- 6
Famille	-2,7	- 2,6	- 2,6
AT-MP	+ 0,1	- 0	- 0,2
Total	- 20,9	- 18,8	- 17,4

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

Ce tableau ne concerne qu'un seul organisme, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui a enregistré un déficit de 3,4 milliards d'euros en 2011 contre 4,1 milliards en 2010.

Ce déficit, qui représente 19,6 % de charges nettes du fonds (23,3 % en 2010) est imputable selon la Cour des comptes à l'insuffisance des ressources qui lui sont affectées au regard des charges dont il assure le financement.

Entre 2010 et 2011, la relative stabilité des charges, l'affectation de nouvelles recettes et un surcroît exceptionnel de produit de C3S ont toutefois permis au fonds d'améliorer son solde de 620 millions d'euros.

Le FSV a bénéficié en 2011 de ressources nouvelles telles que :

- l'affectation d'impôts et de taxes nouvelles pour un montant global de 4,7 milliards d'euros (notamment la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) additionnelle et des fractions de la taxe sur les salaires et du forfait social) ;

- l'augmentation de la part de la C3S qui lui est affectée ;

- des transferts des régimes de sécurité sociale, sous l'effet principalement du passage à une compensation intégrale par la branche famille du financement des majorations pour enfants.

Ces ressources nouvelles ont permis de compenser la mise à la charge du fonds d'une contribution forfaitaire destinée à financer une partie du minimum contributif servi par les régimes d'assurance vieillesse (3,5 milliards d'euros, dont 3 milliards d'euros pour la branche vieillesse du régime général) et l'effet en année pleine de l'instauration au 1^{er} juillet 2010 d'une prise en charge par le FSV des cotisations d'assurance vieillesse des salariés au titre des périodes de maladie, maternité, paternité, invalidité et accidents du travail et maladies professionnelles (700 millions d'euros).

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

Pour la seconde année consécutive, l'Ondam, fixé à 167,1 milliards d'euros par la loi de financement pour 2011 et 2012, a été respecté tant en niveau - les dépenses se sont élevées à 166,6 milliards d'euros - qu'en taux d'évolution (+ 2,9 %).

L'écart entre objectif voté et dépenses réalisées a toutefois bénéficié d'un effet de base très favorable en 2011, la base des dépenses sur laquelle repose le calcul de l'objectif ayant été surestimée en septembre 2010.

Une rapide analyse par poste permet de constater que cette sous-exécution se décompose entre :

- des dépenses de soins de ville, qui ont atteint 76,7 milliards d'euros en 2011 (+ 2,5 %), inférieures de 600 millions d'euros à l'objectif voté ;

- des dépenses relatives aux établissements de santé qui se sont établies à 72,6 milliards en 2011 (+ 2,4 %) et font apparaître, par rapport à l'objectif, une moindre consommation de l'ordre de 200 millions d'euros ;

- des dotations au secteur médico-social représentant 7,6 milliards d'euros (+ 5,8 %) conformes à l'objectif voté ;

- les autres prises en charge, qui ont représenté en 2011 près de 1,2 milliard d'euros, avec un dépassement de l'ordre de 50 millions par rapport au sous-objectif voté en LFSS lié principalement à un niveau de dépenses de soins des ressortissants français à l'étranger plus élevé que prévu.

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

Conformément aux dispositions de la loi du 9 novembre 2010, le fonds de réserve pour les retraites a été mis en extinction et les recettes qui lui sont affectées pour l'année 2011 sont donc nulles.

Le fonds a désormais pour mission :

- de verser chaque année 2,1 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) afin de participer au financement des déficits au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes chargés d'assurer les prestations du régime de base de l'assurance vieillesse (loi de financement de la sécurité sociale pour 2011) ;

- de gérer à l'horizon 2020, et pour le compte de la Cnav, 40 % de la soulte versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) au régime général en contrepartie de son adossement (loi de financement de la sécurité sociale pour 2005).

Au 31 décembre 2011, la valeur de marché des actifs du fonds était de 35,1 milliards d'euros contre 37 milliards un an auparavant, compte tenu du premier versement de 2,1 milliards effectué auprès de la Cades.

En 2011, le FRR a dégagé un résultat financier de 369 milliards d'euros (après 662 milliards en 2010), la performance globale du FRR s'étant établi, en moyenne annuelle, à 0,37 %.

6°) L'approbation des recettes mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse

Innovation de la loi de 2010 portant réforme des retraites, la seconde section du fonds de solidarité vieillesse est dédiée à la mise en réserve de recettes destinées à financer le maintien à soixante-cinq ans du départ en retraite pour les parents de trois enfants ou, sous conditions, pour les parents d'enfant handicapé.

Elle a été dotée de 400 millions d'euros au titre de l'exercice 2011 soit 50 millions de plus que les crédits inscrits à l'article 5 de la loi de financement pour 2012.

7°) 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 Cades en 2011, soit 11,7 milliards d'euros, montant supérieur à celui fixé par les lois de financement pour 2011 et 2012 (11,4 milliards d'euros).

Ce montant correspond à la différence entre les recettes enregistrées en 2011 (CSG, CRDS, prélèvement social sur les revenus du capital, versement annuel par le FRR), soit 15,5 milliards d'euros, et la charge d'intérêt de la dette portée par la Cades.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur prend acte de cet article de constatation des comptes de l'exercice 2011.

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

Article 2

Approbation du rapport figurant en annexe A, retraçant la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2011

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement décrivant la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2011 ainsi que les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés en 2011, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions figurant obligatoirement 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
(extrait du A du I)**

« A - 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.

Depuis l'an dernier, l'annexe A comporte deux parties distinctes décrivant d'une part la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2011 et, d'autre part, les modalités de couverture des déficits constatés sur l'exercice 2011.

1°) La situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2011

Le tableau qui figure à l'annexe A, complété par les développements et commentaires de l'annexe 9 du PLFSS recouvre les données financières des régimes obligatoires de base, du fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Cades et du fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Sur cet ensemble, **le passif net** ou « dette » de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres, **représentait 100,6 milliards d'euros au 31 décembre 2011, soit l'équivalent de cinq points de PIB.**

Ce passif net a augmenté de 13,4 milliards par rapport à celui constaté au 31 décembre 2010 (87,1 milliards d'euros) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2011 (soit 22,7 milliards d'euros), minorés de l'amortissement de la dette portée par la Cades (11,7 milliards), dont une partie (2,1 milliards) correspond à la mobilisation des réserves du fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (58,8 milliards d'euros, dont environ 60 % par le FRR et 23 % par la Cades dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2011), du besoin en fonds de roulement lié aux actifs et passifs circulants (21,7 milliards d'euros) ainsi que des immobilisations et provisions, **l'endettement financier** s'élevait à 170,1 milliards d'euros au 31 décembre 2011 (contre 146,8 milliards au 31 décembre 2010).

En application de l'article 2 de la loi organique du 13 novembre 2010, la Cour des comptes a émis pour le deuxième exercice consécutif un avis sur « *la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos* » dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2013.

Avis de la Cour des comptes sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2011

A l'issue de ses vérifications, la Cour relève en premier lieu que le projet d'annexe 9 procure des informations détaillées et pertinentes sur les modalités d'établissement du tableau patrimonial, la consistance des postes de l'actif et du passif qui y sont retracés et les facteurs à l'origine de leur évolution par rapport au 31 décembre 2010.

Elle estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 fournit une image cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2011, sous réserve des quatre observations suivantes :

1. Tout en relevant des progrès dans la présentation du tableau patrimonial, la Cour remarque qu'à la différence des autres, les rubriques de l'actif et du passif circulant sont présentées en agrégeant les données relatives à l'ensemble des entités (ou catégories d'entités) du périmètre de ce document.

2. Si des progrès sont intervenus dans la justification des opérations réciproques entre les entités du périmètre du tableau patrimonial, des pratiques comptables hétérogènes continuent à affecter, dans une mesure plus limitée qu'au 31 décembre 2010, la réciprocité des opérations éliminées dans le cadre de l'élaboration de ce dernier.

3. S'agissant du RSI, le tableau patrimonial, conformément à son objet, a vocation à intégrer exclusivement des éléments d'actif et de passif relatifs à ses régimes de base d'assurance vieillesse et maladie. Les montants retenus dans le cadre du tableau patrimonial sont issus d'informations insuffisamment justifiées.

4. Pour 2011, les opinions exprimées par la Cour des comptes d'une part, et les commissaires aux comptes, d'autre part, continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial, du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne.

2°) La couverture des déficits constatés sur l'exercice 2011

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2011, 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.

La seconde partie de l'annexe A a pour objet de décrire les modalités de couverture de l'ensemble de ces déficits.

Trois catégories de déficits sont traitées : les déficits du régime général, ceux des autres régimes de base et ceux des organismes concourant au financement des régimes.

- **Le régime général**

L'annexe rappelle que les comptes du régime général ont été déficitaires de 17,4 milliards d'euros en 2011, les soldes négatifs enregistrés par chacune des branches s'élevant respectivement, à 8,6 milliards pour la maladie, 6 milliards pour la vieillesse, 2,6 milliards pour la famille et 200 millions pour la branche AT-MP.

Contrairement à l'année 2010 au cours de laquelle les déficits du régime général ont été financés par des ressources non permanentes de l'Acoss, les déficits de l'année 2011 des branches maladie, famille, vieillesse et du FSV ont été transférés à la Cades par la loi de financement pour 2011.

Dans une perspective de court terme, la Cour des comptes rappelle que rien n'est aujourd'hui prévu concernant les déficits 2012 des branches maladie et famille du régime général, alors que ceux-ci devraient atteindre 9,4 milliards d'euros.

Pour éviter que ce déficit ne pèse durablement sur l'Acoss, la Cour insiste sur « *la nécessité de transférer chaque année à la Cades la totalité du déficit enregistré l'année précédente par le régime général, y compris les déficits des branches maladie et famille et le FSV.* »

Pour ne pas reporter encore davantage le coût de ces déficits sur les générations futures, elle rappelle en outre « *la nécessité d'affecter concomitamment à la Cades les ressources supplémentaires pour financer cette dette accrue, sans accroître la durée d'amortissement, estimée aujourd'hui à 2024-2025. Cet apport de ressources qui devrait se faire par le biais d'une augmentation de la CRDS équivaldrait à une majoration de l'ordre de 0,06 point du taux de la CRDS dès 2013.* »

- Les régimes de base autres que le régime général

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent, par construction, **des résultats équilibrés** ou très proches de l'équilibre :

- les régimes intégrés financièrement au régime général : régimes agricoles hors branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des cultes, des marins, etc. ;

- les régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat : SNCF, RATP, régime des mines et des marins ;

- les régimes d'employeurs équilibrés par ceux-ci, comme celui de la fonction publique d'Etat ;

- le régime social des indépendants (RSI) dont les déficits sont couverts par une affectation à due concurrence du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

Deux régimes toutefois ne bénéficient pas de ces divers mécanismes d'équilibrage et ont enregistré en 2011 des résultats déficitaires :

- la branche retraite du régime des exploitants agricoles dont le déficit s'est élevé à 1,2 milliard d'euros, après 1,3 milliard en 2010. En 2011, elle a été financée par appel au secteur bancaire, dans le respect du plafond fixé par la loi de financement pour 2011, soit 4,5 milliards d'euros ;

- la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) devenue déficitaire en 2010, a enregistré en 2011 un déficit de 400 millions d'euros. Compte tenu des réserves antérieures de la caisse, ce déficit a pu être autofinancé. L'article 4 du présent projet de loi prévoit toutefois de reconstituer le fonds de roulement de la CNRACL par transfert à cette caisse d'une partie des excédents du fonds de financement de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (fonds Atiacl), pour 450 millions d'euros, et du fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA), pour 240 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur prend acte de cet article de constatation des comptes de l'exercice 2011.

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2012

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3

*(art. L. 245-16 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation ;
art. L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles ;
art. 1600-0 S [nouveau] du code général des impôts ;
art. 22 de la loi n° 2010-1657 de finances pour 2011 ;
art. 1^{er} de la loi n° 2012-658 de finances rectificative pour 2012)*

Clarification des impositions et taxes affectées à l'Etat et à la sécurité sociale

Objet : Cet article vise à clarifier les impositions et taxes affectées à la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article constitue le pendant de l'article 38 du projet de loi de finances pour 2013. Les deux articles visent à clarifier l'affectation des recettes entre l'Etat et la sécurité sociale.

Selon l'étude d'impact, l'article 38 du projet de loi de finances procède à l'affectation de recettes, établies jusqu'à présent au profit de l'Etat, à la sécurité sociale et au fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire.

Il s'agit :

- de la fraction de 3,89 % du produit des droits de consommation sur les tabacs, qui constituait une des recettes du panier de compensation de l'exonération de charges sociales au titre des heures supplémentaires avant la réforme de la loi de finances rectificative du 16 août 2012 ;

- de la fraction de 1,48 % du produit des droits de consommation sur les tabacs qui bénéficiait au fonds national d'aide au logement (Fnal) :

- de 50 % du produit de la taxe sur les boissons à sucre ajouté, l'autre partie étant déjà affectée à l'assurance maladie ;

- la totalité du produit de la taxe sur les boissons contenant des édulcorants.

Le présent article propose, lui, de réaffecter le produit de recettes, perçues au profit de la sécurité sociale, à deux fonds associés à l'Etat.

En termes financiers, le fonds national d'aide au logement (Fnal) se voit transférer l'équivalent de 0,45 point de prélèvement social sur le capital attribué jusqu'à présent à la branche maladie. Le fonds national des solidarités actives (FNSA) reçoit l'équivalent de 0,35 point de prélèvement social sur le capital perçu jusqu'à présent par la branche vieillesse. Sur un plan juridique, le prélèvement social sur le capital étant une ressource exclusive des administrations de sécurité sociale, le transfert du produit se fait par la majoration de la taxe additionnelle, attribuée aujourd'hui au FNSA, et dont l'intitulé serait changé en « prélèvement de solidarité ».

En conséquence, le **paragraphe I** du présent article diminue le taux actuel du prélèvement social sur le capital. Il répartit cette baisse entre les bénéficiaires actuels du produit du prélèvement en fonction des nouvelles ressources dont ils bénéficient par ailleurs. Le **paragraphe VII** procède de la même manière pour modifier des affectations décidées dans le cadre de la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

Le **paragraphe II** crée deux nouveaux prélèvements à l'article 1600-0 S du code de la sécurité sociale intitulés respectivement prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine et prélèvement de solidarité sur les produits de placements. Le texte du Gouvernement prévoit un taux de 2 % affecté, pour une fraction de 1,45 point, au fonds national des solidarités actives (FNSA) et, pour une fraction de 0,45 point, au fonds national d'aide au logement (Fnal).

Le **paragraphe III** (Fnal) et le **paragraphe IV** (FNSA) substituent ces nouvelles ressources à certaines de celles dont le Fnal et le FNSA bénéficiaient, et qui sont affectées, en application de l'article 38 du projet de loi de finances, aux régimes de la sécurité sociale.

Le **paragraphe VI** détermine l'entrée en vigueur du dispositif aux revenus du patrimoine perçus depuis le 1^{er} janvier 2012 et aux produits de placement réalisés à compter du 1^{er} janvier 2013.

Le **paragraphe V** est une mesure de coordination.

Au total, en application de l'article 38 du projet de loi de finances et du présent article, l'Etat achève le transfert intégral des droits sur les tabacs à la sécurité sociale. Le fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire devient l'attributaire exclusif des contributions sur les boissons sucrées ou contenant des édulcorants.

En contrepartie, une nouvelle répartition des prélèvements sur les revenus du patrimoine et des produits de placement est mise en place, avec, d'une part, une contribution de solidarité affectée au Fnal et au FNSA, d'autre part, une contribution sociale au taux de 4,6 % perçue par les régimes sociaux.

L'étude d'impact souligne la neutralité du bilan global de la réforme pour l'équilibre des comptes de l'Etat et de la sécurité sociale, hors FSV. La seconde section du FSV se voit prélever 0,2 point de prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, pour 275 millions d'euros. Avec le FSV, l'Etat se trouve « gagnant » de 77 millions d'euros et l'ensemble « sécurité sociale et FSV » perdant de 77 millions d'euros (nonobstant les recettes nouvelles affectées au FSV dans d'autres articles du PLFSS).

**Transferts financiers de l'article 38 du projet de loi de finances
et de l'article 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (hors FSV)**

(en millions d'euros)

	Etat	FNAL	FNSA	Total sphère Etat	CNAV	CNAM	Fonds CMU	Total RG et fonds CMU
Taxe boissons à sucre ajouté	-153			-153		-153	306	153
Taxe boissons à édulcorant	-61			-61			61	61
TVA nette	-189			-189		189		189
Droits tabac		-619		-619		619		619
Bilan PLF 2013	-403	-619	0	-1022	0	655	367	1022
Prélèvement solidarité (FNAL)		619		619	0			0
Prélèvement solidarité (FNSA)			480	480				0
Prélèvement social capital RG					-480	-619		-1099
Prélèvement social capital Mise en réserve FSV					275			275
Bilan PLFSS 2013	0	619	480	1099	-205	-619	0	-824
Bilan global	-403	0	480	77	-205	36	367	198

Source : étude d'impact

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements de notre collègue député Gérard Bapt et du Gouvernement entraînant de nouveaux transferts de recettes.

D'autres amendements sont intervenus à l'article 23 pour moduler de manière différente l'affectation des droits sur les bières. Le schéma d'ensemble est le suivant : l'ensemble des droits sur les boissons alcoolisées ou non est désormais attribué aux régimes agricoles ; l'Etat ne dispose plus des droits sur les tabacs, le Fnal et la FNSA bénéficient d'un prélèvement désormais dénommé prélèvement de solidarité.

L'équilibre d'ensemble de ces amendements est neutre, si l'on excepte la perte de rendement de 10 millions d'euros du produit des droits sur les bières au titre des aménagements effectués en faveur des petites brasseries.

Les amendements à l'article 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale votés par l'Assemblée nationale ont eu pour conséquence de :

- majorer le taux global du prélèvement de solidarité et affecter 0,1 point au FNSEA (137 millions d'euros) ;

- réduire à due concurrence le taux du prélèvement social sur le capital, supprimer l'affectation de 0,15 point de ce prélèvement à l'assurance maladie (206 millions d'euros) et rétrocéder 0,05 point à la branche famille (69 millions d'euros).

Les amendements à l'article 23 votés par l'Assemblée nationale ont eu pour conséquence d'affecter :

- à l'assurance maladie, la fraction de 1,25 point de droit de consommation sur les tabacs du fonds de solidarité (137 millions d'euros) équivalente au prélèvement de solidarité créé par l'affectation de 0,1 point du prélèvement social sur le capital initialement affecté à l'assurance maladie ;

- à l'assurance maladie, une fraction de 0,59 point de droit de consommation sur les tabacs (69 millions d'euros) en contrepartie de l'affectation à la branche famille de 0,05 point du prélèvement social sur le capital initialement affecté à l'assurance maladie ;

- à la branche maladie des exploitants agricoles, la taxe sur les boissons à sucre ajoutée et la taxe sur les boissons à édulcorant que l'article 38 du projet de loi de finances avait affecté au fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire (367 millions d'euros) ;

- la totalité du rendement supplémentaire lié à la hausse du droit de consommation sur les bières à la branche vieillesse des exploitants agricoles, alors que l'assurance maladie devait initialement bénéficier de 330 millions d'euros.

En contrepartie de ces deux opérations :

- les clés d'affectation des droits de consommation sur les alcools sont révisées à hauteur de 330 millions d'euros en faveur de la branche maladie des exploitants agricoles au détriment de sa branche vieillesse ;

- la fraction de droit de consommation sur les tabacs affectée à la branche maladie des exploitants agricoles est minorée de 5,98 points (697 millions d'euros) en faveur de l'assurance maladie (330 millions d'euros) et du fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire (367 millions d'euros).

Au total, l'assurance maladie bénéficie de 536 millions d'euros de droits de consommation sur les tabacs supplémentaires.

La synthèse des opérations de transfert telles qu'elles résultent des articles 3 et 23 votés par l'Assemblée nationale figure au tableau ci-dessous.

Synthèse des opérations de transfert telles qu'elles résultent des articles 3 et 23 votés par l'Assemblée nationale

	Etat	FNAL (yc fraction TEPA)	FNSA	Fonds de solidarité	Etat et ses opérateurs	Régime général			Régime exploitants agricoles		FCMUc	Sécurité sociale et FCMUc	Bilan global
						Maladie	Vieillesse	Famille	Maladie	Vieillesse			
Taxe boissons à sucre ajouté	-153	0	0	0	-153	-153	0	0	306	0	0	153	0
Taxe boissons à édulcorant	-61	0	0	0	-61	0	0	0	61	0	0	61	0
Droits sur les bières et boissons non alcoolisées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	470	0	470	470
Droits de consommation sur les alcools	0	0	0	0	0	0	0	0	330	-330	0	0	0
TVA nette (hors compensation TEPA et SAP)	-189	0	0	0	-189	189	0	0	0	0	0	189	0
Droit de consommation sur les tabacs	0	-619	0	-137	-756	1 155	0	-69	-697	0	367	756	0
Prélèvement solidarité (FNAL, FNSA, Fonds de solidarité)	0	619	480	137	1 236	0	0	0	0	0	0	0	1 236
Prélèvement social capital	0	0	0	0	0	-825	-205	69	0	0	0	-961	-961
Bilan global	-403	0	480	0	77	366	-205	0	0	140	367	668	745
<i>rappel EI initiales (art.3 et art. 23 du PLFSS)</i>	<i>-403</i>	<i>0</i>	<i>480</i>	<i>0</i>	<i>77</i>	<i>366</i>	<i>-205</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>150</i>	<i>367</i>	<i>678</i>	<i>755</i>

Source : direction de la sécurité sociale

III - La position de votre rapporteur

Les mouvements intervenus au cours de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale, et qui ont conduit à bouleverser, de nouveau, les clés d'affectation des droits entre les différents organismes de sécurité sociale montrent toutes les limites du présent article.

En effet, les recettes fiscales correspondantes constituent moins des recettes affectées que des recettes d'équilibre, dont le niveau varie en fonction des besoins financiers des régimes.

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

Article 4

Prélèvements au profit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

Objet : Cet article prévoit le transfert d'une partie des réserves du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (Atiacl) et du fonds de compensation de la cessation anticipée progressive d'activité (FCCPA) à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

I - Le dispositif proposé

- Les difficultés financières de la CNRACL

Le solde de la CNRACL est déficitaire depuis l'exercice 2010. Malgré un léger redressement en 2011, les projections pluriannuelles font état d'une nouvelle dégradation du résultat net à compter de 2012. En l'absence de mesures nouvelles, **le déficit s'élèverait ainsi à 786 millions d'euros en 2012 puis à 1,3 milliard d'euros en 2013 avant d'atteindre plus de 2,6 milliards d'euros à l'horizon 2016.** En conséquence, les réserves de la caisse, qui étaient excédentaires de 1,3 milliard d'euros fin 2011 après affectation du résultat, atteindraient 508 millions d'euros en 2012. Elles deviendraient négatives à partir de 2013 (- 797 millions d'euros).

Cette dégradation s'explique principalement par le dynamisme des charges assumées par la caisse au titre tant des prestations sociales que des transferts de compensation démographique et de décentralisation.

En effet, à compter de l'année 2012, les charges de la CNRACL devraient connaître une accélération marquée (+ 4,6 % en 2012 et + 5,9 % en 2013, après + 1,8 % en 2011), sous l'effet en particulier d'une progression importante des prestations sociales, soutenue par des revalorisations un peu plus fortes que les années précédentes. La compensation démographique inter-régimes demeurerait à un niveau élevé (1,4 milliard d'euros) bien qu'elle

ait tendance à se réduire. De même, le transfert de décentralisation, qui vise à neutraliser les effets financiers du transfert de personnels de l'État vers la fonction publique territoriale, pèse sur les comptes de la caisse, les versements de cotisations dont elle s'acquitte demeurant à ce stade supérieurs aux remboursements des pensions par l'État.

Dans ce contexte de déficit structurel, la CNRACL est confrontée à une dégradation de son solde de trésorerie. Le plafond de recours à des ressources non permanentes a dû être relevé au titre de l'exercice actuel par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Il est passé de 400 millions d'euros en 2011 à 1,45 milliard d'euros en 2012. Pour faire face aux pics de trésorerie, la caisse a bénéficié notamment d'une convention de mise à disposition temporaire et rémunérée des réserves du fonds de l'Atiacl et de prêts auprès de la Banque postale et de la Caisse des dépôts et consignations. La caisse devra rembourser ces prêts à la fin de l'année 2012 pour un montant total de 1,15 milliard d'euros.

- Les prélèvements sur les fonds de l'Atiacl et le FCCPA

Le présent article vise à soulager les besoins de trésorerie de la CNRACL par un double prélèvement opéré à son profit sur les réserves du fonds relatif à l'Atiacl et du FCCPA. Le montant total transféré à la caisse s'élèverait à **690 millions d'euros**, dont 450 millions d'euros en provenance du fonds Atiacl et 240 millions en provenance du FCCPA.

L'Atiacl est une prestation servie à un fonctionnaire territorial ou hospitalier qui présente des infirmités permanentes consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle mais qui ne font pas obstacle à la poursuite de ses fonctions. Le financement de l'allocation est assuré principalement par une cotisation de 0,5 % à la charge des employeurs, assise sur le montant des rémunérations soumises à retenue pour pension.

Du fait des résultats excédentaires enregistrés par le fonds depuis l'exercice 2007, ses réserves ont fortement augmenté ces dernières années, passant de 70,3 millions d'euros en 2007 à 380,1 millions d'euros en 2011. Les prévisions contenues dans le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2012 annoncent une poursuite de cette augmentation, les excédents cumulés devant atteindre le niveau de **465 millions d'euros en 2012** et plus de 532 millions d'euros en 2013.

Le FCCPA assure quant à lui le remboursement aux collectivités territoriales employeurs des deux tiers de la prestation versée par ces dernières aux agents territoriaux qui bénéficient du régime de cessation progressive d'activité institué en 1982. Bien que ce dispositif ait été supprimé à compter du 1^{er} janvier 2011, le fonds continue à rembourser partiellement aux collectivités les surcoûts financiers qui sont à leur charge jusqu'à l'expiration des droits du dernier bénéficiaire.

Le rapport annuel d'activité du FCCPA pour 2011 souligne que ses fonds propres sont en augmentation régulière depuis 2008. Les excédents cumulés du fonds s'élevaient ainsi à **267,6 millions d'euros fin 2011**.

A l'issue des prélèvements opérés à hauteur de 450 millions d'euros sur le fonds de l'Atiacl et de 240 millions d'euros sur le FCCPA, **leurs réserves demeureront excédentaires fin 2012 à hauteur de 15 millions d'euros pour le premier et d'environ 28 millions d'euros pour le second.**

Cette mesure d'application directe **interviendra au titre de l'année 2012.** Elle permettra de soulager les besoins de trésorerie de la CNRACL et d'améliorer sa situation financière. Pour l'exercice 2012, son **déficit serait réduit à 96 millions d'euros au lieu de 786 millions d'euros.** Parallèlement, les réserves du régime seront remises à niveau pour s'élever à environ 1,2 milliard d'euros.

La dernière phrase du présent article précise que les règles de recouvrement, de contentieux et de garanties relatives à ces prélèvements sont celles qui s'appliquent à la taxe sur les salaires. Cette précision d'ordre formel permet de se conformer aux règles constitutionnelles. La jurisprudence du Conseil constitutionnel prévoit en effet qu'une opération de prélèvement sur des personnes morales revêt le caractère d'une imposition de toute nature dont il revient au législateur, en vertu de la Constitution, de fixer l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement. Même si, en pratique, le transfert prendra la forme d'un simple virement entre deux comptes, il est renvoyé aux règles s'appliquant à la taxe sur les salaires dans un souci de simplification du droit.

Parallèlement, l'article 36 du présent projet de loi maintient le plafond d'emprunt de la CNRACL à 1,4 milliard d'euros en 2013.

Au-delà de ces prélèvements à caractère exceptionnel, le Gouvernement prévoit des mesures de financement dans une perspective de plus long terme. Il sera procédé par voie réglementaire à une **hausse du taux des cotisations employeur de 1,35 point en 2013 puis de nouveau de 1,35 point en 2014.** Ce taux sera ainsi porté à 30,1 % en 2013, ce qui engendrera un **surcroît de recettes de 630 millions d'euros** cette année-là. En outre, un transfert de 0,1 point de cotisation de l'Atiacl vers la CNRACL sera opéré en 2013. Il permettra un accroissement des recettes d'environ 50 millions d'euros en année pleine.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur reconnaît l'utilité de cet article qui permettra de reconstituer le fonds de roulement de la CNRACL sans obérer les capacités financières du fonds de l'Atiacl et du FCCPA.

Il vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 5

**Rectification des prévisions de recettes
et des tableaux d'équilibre pour 2012**

Objet : *Cet article a pour objet de rectifier pour 2012, 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 à 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 2012 s'établit à **15,2 milliards d'euros**, au lieu de 15,6 milliards dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2012, **soit une moindre dégradation de 400 millions d'euros**.

Cette évolution est essentiellement imputable à l'effet sur les recettes, issu de la loi de finances rectificative du 16 août 2012, et à la maîtrise du déficit du régime général qui en est résulté.

Par rapport à la prévision, les branches maladie et vieillesse connaissent un moindre déficit, tandis que les branches famille et AT-MP ne réalisent pas leur objectif de déficit.

La branche maladie voit, en 2012, son déficit diminuer de 400 millions d'euros par rapport à l'objectif de la loi de financement initiale ; pour la branche vieillesse, la baisse est de 600 millions.

En revanche, la branche famille serait en déficit accru de 500 millions d'euros (2,5 milliards d'euros au lieu des 2 milliards d'euros prévus). La branche AT-MP, qui devait être en excédent (+ 0,1 milliard d'euros), serait en déficit de 0,1 milliard d'euros.

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 **13,3 milliards d'euros** en 2012, au lieu de 13,8 milliards d'euros dans les prévisions initiales, soit **une moindre dégradation de 500 millions d'euros**. En juillet 2012, la commission des comptes de la sécurité sociale anticipait un déficit de 15,5 milliards d'euros. L'amélioration en recettes liée à la loi de finances rectificative du 16 août 2012 pourrait ainsi s'établir à plus de 2 milliards d'euros.

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

Soldes par branche du régime général en 2012

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2012	Projet de loi de financement pour 2013
Maladie	- 5,9	- 5,5
Vieillesse	- 5,9	- 5,2
Famille	- 2,0	- 2,5
AT-MP	0,0	- 0,1
Total régime général	- 13,8	- 13,3

Par rapport à la prévision, les branches maladie et vieillesse connaissent un moindre déficit, tandis que les branches famille et AT-MP ne réalisent pas leur objectif de déficit.

Les branches maladie et vieillesse qui devaient afficher un solde négatif voient leur déficit prévisionnel s'amoinrir : la maladie de 400 millions d'euros et la vieillesse de 700 millions d'euros. La famille connaît une dégradation de son déficit de 500 millions d'euros. La branche AT-MP devrait être en déficit de 100 millions d'euros.

Au total en 2012, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits serait donc de 96 %**, en amélioration sensible par rapport à 2011 où il était de 94,6 % et par rapport à 2010 où il était de 92,3 %.

**Taux de couverture des charges par les produits
pour les branches du régime général en 2012**

(en milliards d'euros)

	Produits nets	Charges nettes	Taux de couverture
Maladie	155,0	160,5	96,6 %
Vieillesse	105,2	110,4	95,3 %
Famille	53,9	56,4	95,6 %
AT-MP	11,8	11,9	99,2 %
Total régime général	316,4	329,7	96,0 %

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

Comme les années précédentes, un seul organisme concourt au financement des régimes de sécurité sociale en 2012, le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Le déficit estimé du FSV en 2012 est en ligne avec la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale (4,1 milliards d'euros).

Le déficit du fonds représente plus de 22 % de ses dépenses.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur prend acte de la révision des prévisions initiales prévue par cet article.

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

Article 6

Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées affectées au fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2012, 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 et le montant des recettes mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à 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 **rectifié à 12,1 milliards d'euros**, contre 11,1 milliards d'euros prévus dans la loi de financement initiale.

Le produit attendu des recettes de la Cades devrait en effet atteindre 16,1 milliards d'euros, dont 6,6 milliards de CRDS, 5,8 milliards de CSG, 2,1 milliards de versement du fonds de réserve pour les retraites et 1,6 milliard de prélèvement social sur les revenus du capital. Comme la charge d'intérêt nette devrait s'élever à 4 milliards, la Cades sera en mesure d'amortir 12,1 milliards d'euros cette année.

Outre la bonne tenue de ses recettes, la Cades bénéficie d'excellentes conditions de refinancement. Le taux de refinancement annuel moyen de la Cades a atteint un minimum historique de 2,84 % fin 2011. Ces conditions exceptionnelles de refinancement ont été maintenues dans le courant 2012. Il convient de se rappeler que le taux de refinancement était de 3,89 % en 2008, 3,38 % en 2009 et de 3,56 % en 2010.

Le montant de la dette sociale qu'il reste à amortir à la fin de l'année 2012 peut être évalué à **137,3 milliards d'euros**. Ce montant ne tient pas compte des reprises de dette inéluctables au titre de 2012. 9,3 milliards d'euros constitués des déficits 2012 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, diminués de 3,1 milliards d'euros au titre de la régularisation de la reprise de dette opérée en 2011, seront repris en 2013. Le déficit 2012 des branches maladie et famille du régime général ne sera pas repris en 2013.

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

Ce montant est fixé, comme en loi de financement initiale à **zéro**.

En effet, en application de la loi de financement pour 2011, les ressources antérieurement affectées au FRR, à savoir 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital et le produit des redevances dues pour les fréquences utilisées par les téléphones mobiles de troisième génération (UMTS), ont été transférées soit à la Cades, pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la Cnav et du FSV, soit directement au FSV.

- **le montant des recettes mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse (FSV)**

Ce montant est maintenu par rapport à la loi de financement initiale. Il reste **fixé à 0,4 milliard d'euros**.

Il correspond au produit de 0,2 point du prélèvement social sur les revenus du capital (252 millions d'euros) ainsi que de 0,5 point de forfait social (148 millions d'euros). La loi de financement pour 2011 a prévu la mise en réserve de cette somme, au sein d'une section comptable spécifique du FSV, afin de permettre le financement du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants les plus proches de la retraite ainsi que pour les parents d'enfant handicapé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur prend acte de la révision des prévisions initiales prévue par cet article.

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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

(art. 81 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011
de financement de la sécurité sociale pour 2012)

Ajustement des montants du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés pour 2012

Objet : Cet article ajuste les montants de deux fonds (Fiqcs et Fmespp) pour 2012 afin de tenir compte, d'une part, de la mise en réserve de dotations, d'autre part, de la déchéance de crédits.

I - Le dispositif proposé

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

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le Fiqcs avait pour objet d'accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé, en rassemblant dans un même dispositif le fonds d'aide à la qualité des soins de ville et la dotation nationale de développement des réseaux.

L'année 2012 est **une année de transition** pour le fonds puisque, conformément à l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, sa part régionale, qui en représentait près de 80 %, a été intégrée, à compter du 1^{er} mars, au nouveau fonds d'intervention régional (Fir).

Le **paragraphe I** de cet article ajuste la dotation du Fiqcs pour l'année 2012, la faisant passer de 250 à 220 millions d'euros. En début d'exercice, 30 millions d'euros avaient en effet été mis en réserve dans le cadre du dispositif visant à assurer le respect de l'Ondam. Compte tenu des prévisions d'exécution, le Gouvernement propose de ne pas « dégeler » ces crédits et, en conséquence, de les annuler. Le fonds devrait encore disposer d'un fonds de roulement de l'ordre de 30 millions d'euros malgré cette annulation de crédits.

La dotation du Fiqcs pour 2013 est inscrite à l'article 57 du présent projet de loi de financement.

• **Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp)**

Le Fmespp a été créé, sous le nom de fonds de modernisation des établissements de santé, par la loi de financement pour 2001¹. Il finance des actions visant à améliorer la performance hospitalière, les conditions de travail des personnels, à faciliter l'accompagnement social de la modernisation, ainsi que des opérations d'investissement. Ses ressources sont fixées, chaque année, en loi de financement et proviennent des régimes obligatoires d'assurance maladie. Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

En raison de la sous-consommation récurrente des crédits du fonds, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a instauré une **double procédure de déchéance** des crédits non consommés :

- les ARS peuvent **engager** les crédits qui leur sont délégués pendant **un an** après leur notification ;

- les établissements bénéficiaires doivent demander le **paiement** de la subvention dans un délai de **trois ans** à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis.

En 2010, première année d'application de cette procédure, un montant de 105 millions d'euros a été prescrit. Depuis la loi de financement pour 2011², les sommes prescrites sont déduites de la dotation au Fmespp de l'année en cours.

En 2011, elles se sont élevées à 57,981 millions.

Pour 2012, les sommes prescrites sont évaluées à 46,94 millions et viennent donc diminuer la dotation initialement prévue à hauteur de 285,87 millions pour la ramener à 238,93 millions.

Selon l'annexe 8 du PLFSS, le report à nouveau s'élève à 308 millions d'euros à la fin de 2011, soit un niveau élevé mais plus en cohérence que les années passées avec les besoins du fonds.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de votre rapporteur

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

¹ Article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

² Article 88 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

Article 8

*(art. L. 815-29 et L. 821-5 du code de la sécurité sociale ;
art. 32 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009
de financement de la sécurité sociale pour 2009)*

**Rationalisation des modalités de prise en charge par l'Etat des pertes
sur créances d'indus au titre de certaines prestations**

Objet : Cet article a pour objet de simplifier les modalités de prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus au titre de l'allocation aux adultes handicapés, de l'allocation de parent isolé et de l'allocation supplémentaire d'invalidité.

I - Le dispositif proposé

• La prise en charge des pertes sur créances d'indus

L'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation de parent isolé (API) et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) sont des prestations financées par l'Etat, mais gérées par les organismes de sécurité sociale, en l'occurrence la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).

A la suite des recommandations de la Cour des comptes sur les modes de comptabilisation des prestations servies pour le compte de tiers¹, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a mis fin à la pratique selon laquelle les pertes sur créances d'indus² au titre de l'AAH, de l'API et de l'ASI étaient à la charge exclusive de la sécurité sociale, pratique dérogatoire par rapport aux autres prestations financées par l'Etat et gérées par la sécurité sociale.

Toutefois, afin d'inciter les organismes de sécurité sociale à améliorer leur performance en matière de prévention et de recouvrement des indus, l'article 32 de la loi précitée a introduit, pour ces trois prestations, **un mécanisme de plafonnement de la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus**. Désormais, au-delà d'une fraction des prestations versées dans l'année, fixée par décret et représentative des indus « non recouvrables », la charge incombe aux organismes de sécurité sociale (dans le cas présent, la Cnaf).

Pour l'exercice 2011, le montant pris en charge par l'Etat a ainsi été fixé à 0,23 % des prestations versées s'agissant des indus au titre de l'AAH ; à 10,34 % s'agissant des indus au titre de l'API ; à 0,17 % s'agissant des indus au titre de l'ASI. Comme le précise l'étude d'impact annexée au projet de loi, ces fractions ont été calculées de façon à ce que le montant dû par l'Etat corresponde, dans chacun des cas, à la moitié des pertes enregistrées par les

¹ Rapport de la Cour des comptes sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale de 2008.

² Ces pertes correspondent à des prestations indûment versées à des ménages (notamment en cas de changement de situation de l'allocataire non immédiatement signalé) et pour lesquelles les possibilités de recouvrement sont épuisées.

organismes gestionnaires. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus au titre des trois prestations s'est ainsi établie à 18,3 millions d'euros pour l'année 2011, pour un volume total de prestations de 7,4 milliards d'euros.

- La nécessaire révision du dispositif

En pratique, **le mécanisme choisi s'avère complexe et peu pertinent**. En effet, l'obligation de déterminer le montant pris en charge par l'Etat par rapport au volume des prestations servies, alors même que la recherche d'un équilibre financier entre administrations est appréhendée à partir du montant des pertes elles-mêmes, présente deux inconvénients :

- cela rend le dispositif peu lisible, la répartition de la charge des indus entre l'Etat et la sécurité sociale n'apparaissant pas directement ;

- la variation d'une année sur l'autre, des montants de pertes d'un côté et des montants de prestations de l'autre, conduit à ajuster chaque année la fraction des prestations de façon à maintenir un partage équilibré des pertes entre l'Etat et la sécurité sociale.

Par ailleurs, le dispositif ne permet plus de traiter de manière satisfaisante le cas de l'API, cette prestation ayant été supprimée en 2011 à la suite de la mise en place du RSA, des pertes continuant toutefois à être enregistrées au titre d'indus formés antérieurement.

- La mesure proposée

Aussi, le présent article entend rationaliser les modalités de prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus au titre de l'AAH, de l'ASI et de l'API en mettant **directement à la charge de l'Etat, à compter de l'exercice 2012, une fraction des pertes sur créances d'indus représentative des indus considérés comme non recouvrables**, plutôt qu'une fraction du montant des prestations versées ayant vocation à correspondre à ce même quantum.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a simplement procédé à une modification rédactionnelle.

III - La position de votre rapporteur

Approuvant totalement cette mesure de simplification du mode de calcul de la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus au titre de l'AAH, de l'API et de l'ASI, **votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification**.

Article 9

Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche

Objet : *Cet article a pour objet de rectifier pour 2012, 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 à la loi organique du 2 août 2005 (article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale) : « *Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale [...] rectifie les objectifs de dépenses par branche de ces régimes* ».

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 2012

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux ¹	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	186,2	184,9	- 1,3	- 0,6 %
Vieillesse	210,4	210,0	- 0,4	- 0,2 %
Famille	56,5	56,9	+ 0,4	+ 0,7 %
AT-MP	13,3	13,3	-	-
Toutes branches	455,8	454,7	- 1,1	- 0,2 %

¹ Selon l'article 32 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Au total, la rectification des dépenses porte, à la baisse, sur 1,1 milliard d'euros, soit une diminution de 0,2 % des dépenses prévues pour les régimes obligatoires de base en 2012.

Comme en 2011, la rectification la plus importante provient de la branche maladie, dont l'objectif est révisé de 1,3 milliard d'euros, soit une baisse de 0,6 %. Cette rectification met en valeur l'importance de disposer d'hypothèses solides et fiables, alors même que de nombreux honoraires ou tarifs de prestations de soins dépendent du taux prévisionnel d'évolution de l'Ondam, qui constitue la majeure partie de l'objectif global.

Malgré le gel à 1 % de la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), la croissance des prestations servies par la branche famille est plus marquée que prévu (+ 2,8 % contre + 1,9 %), en raison de la revalorisation de 25 % de l'allocation de rentrée scolaire.

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 2011

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux ¹	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	161,6	160,5	- 1,1	- 0,7 %
Vieillesse	110,6	110,4	- 0,2	- 0,2 %
Famille	56,0	56,4	+ 0,4	+ 0,7 %
AT-MP	11,9	11,9	-	-
Toutes branches	330,5	329,7	- 0,8	- 0,2 %

¹ Selon l'article 33 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Au total, la rectification des dépenses porte, à la baisse, sur 0,8 milliard d'euros, soit une diminution de 0,2 % des dépenses prévues pour le régime général en 2012.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de votre rapporteur

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

Article 10

Rectification de l'objectif de dépenses d'assurance maladie pour 2012

Objet : *Cet article rectifie pour 2012 l'Ondam et ses sous-objectifs, à un niveau globalement inférieur de 350 millions d'euros à l'objectif fixé initialement.*

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 (article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale) : « *Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale [...] rectifie 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* ».

Le pilotage infra-annuel de l'Ondam a été renforcé sur la base des recommandations formulées par le groupe de travail présidé en 2010 par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie. Ainsi, le **comité d'alerte** sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie rend un avis lorsqu'il considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'Ondam ; il rend également des avis à trois moments distincts de l'année :

- au plus tard le 15 avril, il analyse les anticipations de réalisation de l'Ondam de l'année précédente et les conséquences sur le respect de l'Ondam en cours ;

- au plus tard le 1^{er} juin (et en tant que de besoin), il évalue le respect de l'Ondam pour l'exercice en cours ;

- au plus tard le 15 octobre, il contrôle les hypothèses de construction de l'Ondam envisagé pour l'année à venir.

En outre, conformément à une recommandation du même rapport Briet, la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014¹ dispose qu'une partie des dotations relevant de l'Ondam, dont le montant ne peut être inférieur à 0,3 % de l'objectif voté, est **mise en réserve** au début de chaque exercice. 530 millions d'euros l'ont été au titre de 2011 et 545 millions de 2012.

En **2011**, l'Ondam a été nettement **sous-exécuté**, ce qui crée un **effet base positif pour 2012** : prévu initialement à 167,1 milliards d'euros, il s'est finalement élevé à 166,3 milliards soit un niveau plus faible d'environ 780 millions.

¹ Loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010.

Pour 2012, la commission des comptes de la sécurité sociale prévoit un montant de la dépense d'assurance maladie dans le champ de l'Ondam **inférieur de 350 millions d'euros à l'objectif voté**, et ce, malgré le rattachement à cet exercice des rémunérations sur objectifs des médecins opéré à la demande de la Cour des comptes et alors que ces dépenses seront effectivement constatées en 2013.

**Objectifs de dépenses d'assurance maladie
de l'ensemble des régimes obligatoires de base**

(en milliards d'euros)

	2011	2012	
	Réalisations ramenées au champ de 2012	Objectif voté article 84 du PLFSS pour 2012	Objectif rectifié article 10 du PLFSS pour 2013
Dépenses de soins de ville	76,7	78,9	78,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	72,7	55,3	55,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé		19,3	19,2
Contribution aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,6	8,0	8,0
Contribution aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,2	8,4	8,4
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,2
Ondam total	166,4	171,2	170,8

Les dépenses de **soins de ville** devraient s'élever en 2012 à 78,5 milliards d'euros, en hausse de 2,4 % par rapport à la réalisation 2011 et à un niveau inférieur de 350 millions d'euros à l'objectif voté.

Selon les extrapolations des données du début de l'année, les dépenses des **établissements de santé** devraient s'élever, sans mesures correctrices, à 75 milliards, ce qui constituerait un risque de dépassement d'environ 400 millions d'euros par rapport à l'objectif voté. Toutefois, du fait de l'annulation d'une partie des dotations mises en réserve en début d'année, l'objectif rectifié par le présent article est arrêté à 74,6 milliards d'euros.

L'Ondam **médico-social**, qui regroupe les deux sous-objectifs relatifs aux contributions de l'assurance maladie aux établissements pour personnes âgées et handicapées, constitue une enveloppe fermée, qui ne peut être dépassée, mais sur laquelle a été opérée une mise en réserve de 100 millions d'euros pour 2012.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de votre rapporteur

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

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2012

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et équilibre financier de la sécurité sociale

Article 11

*(art. L. 131-6, L. 133-6-8, L. 612-3, L. 612-4, L. 612-5, L. 612-13,
L. 722-4, L. 756-3, L. 756-4 et L. 756-5 du code de la sécurité sociale)*

Alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs non salariés non agricoles

Objet : Cet article vise à dé plafonner les cotisations maladie au régime des travailleurs non salariés non agricoles, à réduire la cotisation minimale maladie-maternité, à intégrer dans l'assiette des cotisations des gérants majoritaires la déduction forfaitaire pour frais professionnels, à assujettir à cotisations les dividendes des travailleurs indépendants au-delà d'un certain seuil et à assurer un niveau de contribution équivalent entre les auto-entrepreneurs et les autres travailleurs indépendants.

I - Le dispositif proposé

- Les déséquilibres du RSI

Le régime des travailleurs non salariés non agricoles regroupe en 2012 de l'ordre de 2,6 millions d'euros de cotisants, dont 800 000 auto-entrepreneurs.

Le produit des cotisations est d'environ 13 milliards d'euros, ce qui représente de l'ordre de 85 % des prestations. L'écart entre prestations et cotisations est principalement couvert par l'affectation d'une large part de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S). Celle-ci

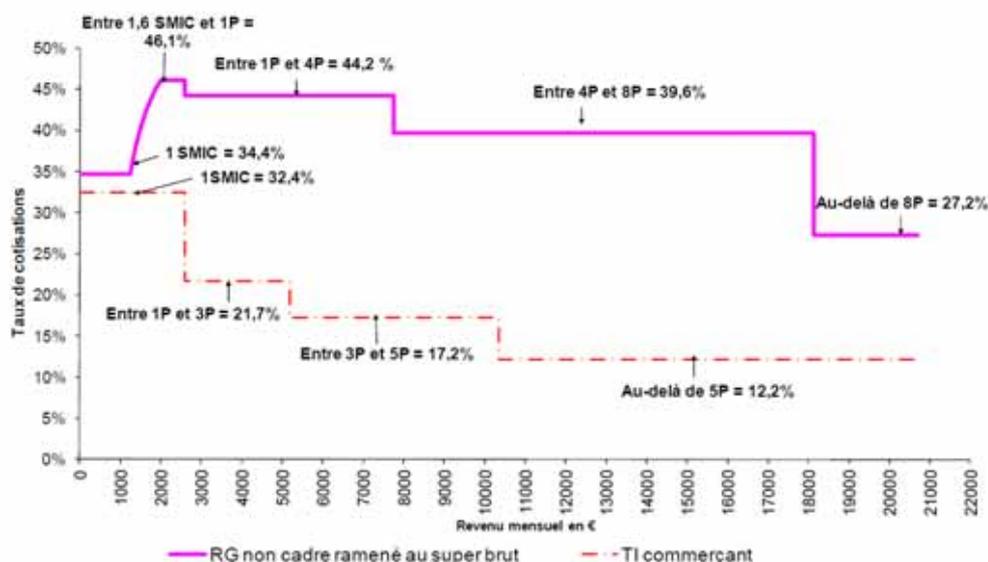
couvre les déficits de la protection maladie et vieillesse de base du RSI. Cette affectation de recettes d'équilibre a représenté 2,4 milliards d'euros en 2011, après 3,7 milliards d'euros en 2010.

Les déficits de la protection maladie et vieillesse de base du RSI ont, *in fine*, un impact sur l'équilibre du FSV. En effet, celui-ci se voit attribuer un reliquat de la C3S, après prélèvement d'une part de son produit au régime maladie des salariés agricoles (part proportionnelle), et après avoir couvert les déficits précités (part variable, en valeur, selon le niveau du déficit).

Le régime social des indépendants présente des déséquilibres en recettes qui explique une partie des déficits. Ainsi, alors que, sur le champ de la maladie, les droits à prestation en nature sont identiques entre le régime général et celui des indépendants, l'écart de taux de cotisation pour le financement des soins est de l'ordre de quatre points par rapport au régime général. Les cotisations maladie sont, en outre, plafonnées à la part des revenus inférieurs à cinq plafonds de la sécurité sociale (181 860 €). Les travailleurs indépendants bénéficient d'autres règles favorables pour ceux exerçant sous forme de société, en termes de déduction forfaitaire des frais professionnels de l'assiette des cotisations, ou en termes de non-assujettissement de certains dividendes présentant le caractère de rémunérations d'activité « masquées ». Enfin, le régime social favorable des auto-entrepreneurs engendre de moindres recettes par rapport au droit commun des indépendants en raison d'un taux de cotisation plus favorable.

A cette faiblesse des recettes correspond une forte dégressivité des cotisations, avec des effets de seuil. Cette dégressivité est due notamment à l'existence de la cotisation minimale, avec un fort impact sur les plus bas revenus, et au plafonnement des cotisations maladie.

Taux de cotisation en fonction du revenu : comparaison régime général et travailleurs indépendants



Source : étude d'impact du présent article

Le présent article entend donc réduire les déséquilibres du régime, avec un impact attendu sur l'ensemble des comptes publics de 1,1 milliard d'euros en 2013.

- Un déplafonnement des cotisations maladie et maternité

Le **D** du **paragraphe I** modifie l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale. Il **supprime la mention de tout plafond** pour les cotisations d'assurance maladie et maternité au RSI. Le taux des cotisations demeurera fixé par décret, comme c'est aujourd'hui le cas. Il serait toujours de 6,5 % en 2013. La possibilité d'une réduction de cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année est maintenue.

Le **G** du **I** modifie de la même manière l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale pour déplafonner la cotisation maladie sociale additionnelle de solidarité des praticiens et auxiliaires médicaux. Le **C** du **I** prévoit la fixation du taux par décret, et non plus par arrêté interministériel.

En revanche, le **F** du **I** maintient un plafond de cotisation pour les cotisations finançant les indemnités journalières.

- Une réduction sur la cotisation maladie et maternité

Le **E** du **I** du présent article change les modalités de calcul de la cotisation minimale due à l'assurance maladie et maternité du RSI. L'article L. 612-5 du code de la sécurité sociale, qu'il rétablit, fixe, en effet, le principe d'une réduction de cotisation, en-deçà d'un certain plafond de revenu d'activité.

Lorsque le revenu d'activité sera négatif ou nul, la réduction de cotisation sera maximale. Fixée par décret, elle serait de 307 euros, soit 30 % de la cotisation minimale, selon l'étude d'impact. Pour les revenus d'activité positifs, la réduction décroîtra linéairement jusqu'à s'annuler à un niveau de revenu égal à 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale (14 549 euros). A ce niveau, la cotisation minimale sera à son montant normal de 945 euros. La cotisation minimale exigible évoluera donc, selon le revenu d'activité, entre 638 euros (945 euros - 307 euros) et 945 euros.

- Un élargissement de l'assiette

Le **A** du **I** élargit l'assiette des cotisations sociales des indépendants exerçant sous forme de société en modifiant l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

Le **1°** supprime la déduction de l'assiette au titre des frais professionnels¹. Il en est de même pour les intérêts d'emprunt versés pour acquérir des parts d'une société.

Le **2°** assujettit les dividendes de l'ensemble des travailleurs indépendants exerçant leur activité en société à cotisations sociales lorsque ces dividendes sont supérieurs à 10 % du capital social. Il s'agit d'éviter que des salaires soient versés, sans justification, sous forme de dividendes et échappent ainsi à toute cotisation.

¹ Ces frais professionnels restent déductibles au titre de l'impôt sur le revenu.

- Un niveau équivalent de cotisation entre les auto-entrepreneurs et les autres indépendants

Le **B** du **I** complète l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale et prévoit un taux de cotisation des auto-entrepreneurs équivalent à celui des autres travailleurs indépendants. L'augmentation des taux de cotisation qui en découlera sera fixée par décret. Les auto-entrepreneurs resteront toutefois toujours exonérés des cotisations minimales dues par les indépendants. Le principe fondateur du régime des auto-entrepreneurs « zéro chiffre d'affaires = zéro cotisations » est donc maintenu.

- Les dispositions transitoires

Les **H**, **I**, **J** du **I** procèdent à diverses mesures de coordination.

Le **paragraphe II** du présent article prévoit des dispositions transitoires concernant l'élargissement de l'assiette des cotisations sociales (dividendes et déduction des frais professionnels).

- Une réforme de grande ampleur

La réforme proposée par le Gouvernement est de grande ampleur, au-delà du seul rendement budgétaire attendu du présent article.

Le tableau ci-dessous évalue à 500 000 indépendants le nombre de redevables concernés par le dé plafonnement de la cotisation maladie. De même, 660 000 gérants majoritaires seraient concernés par la suppression de la déduction des frais professionnels de l'assiette. Pour ceux-ci, l'assiette devrait être augmentée de 11 %.

Sur le plan du rendement, ces deux mesures assurent une contribution déterminante : en 2013, 410 millions d'euros pour le dé plafonnement de la cotisation maladie et 575 millions d'euros pour la suppression de la déduction des frais professionnels de l'assiette des cotisations.

Les différentes composantes de la réforme du régime des indépendants

(en millions d'euros)

	Administration bénéficiaire	Nombre d'indépendants concernés	Impact 2013	Impact 2014	Impact 2015	Impact 2016
Déplafonnement de la cotisation maladie	FSV	500 000 personnes	+ 410	+ 345	+ 280	+ 345
Abattement sur la cotisation minimale maladie		160 000 personnes	- 90	- 80	- 70	- 80
Suppression de la déduction des frais professionnels de l'assiette	RSI, FSV, tous attributaires CSG et CRDS	660 000 personnes	+ 575	+ 460	+ 355	+ 460
Assujettissement des dividendes au-delà d'un certain seuil	RSI, FSV	50 000 personnes	+ 75	+ 65	+ 55	+ 65
Relèvement des cotisations des auto-entrepreneurs	Etat	400 000 personnes	+ 130	+ 130	+ 130	+ 130
Total		Non cumulable	+ 1 100	+ 920	+ 750	+ 920

Source : étude d'impact du présent article

Le Gouvernement souligne qu'il y aura un certain nombre de gagnants à la réforme, en particulier grâce à la réduction sur la cotisation minimale maladie.

Le tableau ci-dessous montre les gagnants et perdants potentiels de la réforme. 33 000 redevables, au-delà d'un revenu annuel de 181 860 euros, assurent, grâce au déplafonnement des cotisations en particulier, un rendement de 355,4 millions d'euros.

Répartition des « gagnants » et « perdants » de la réforme du RSI en fonction du revenu annuel

(gain/perte en euros ; impact budgétaire en millions d'euros)

	Gagnants			Perdants		
	Effectif	Gain moyen	Impact budgétaire	Effectif	Gain moyen	Impact budgétaire
Moins de 4 788€	310 000	227 €	70,4 M€			
Entre 4 788 € et 7 000 €	42 000	108 €	4,5 M€	17 000	59 €	1,0 M€
Entre 7 000 € et 10 000 €	73 000	66 €	4,8 M€	56 000	201 €	11,3 M€
Entre 10 000 € et 40 000 €	61 000	23 €	1,4 M€	54 000	393 €	21,2 M€
Entre 14 549 € et 36 372 €				207 000	791 €	163,7 M€
Entre 36 372 € et 181 860 €				460 000	786 €	361,6 M€
Plus de 181 860 €				33 000	10 769 €	355,4 M€

Source : étude d'impact du présent article, calculs de votre commission

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels de notre collègue député Gérard Bapt avec l'avis favorable du Gouvernement.

Elle a aussi adopté un amendement du Gouvernement, introduisant un **I bis** au **I** du présent article prévoyant, conformément à ce qu'indiquait l'étude d'impact, que la réduction sur la cotisation minimale maladie-maternité ne soit pas compensée par l'Etat.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur est sensible aux considérations d'équité qui tendent à aligner les règles de cotisation des indépendants sur celles en vigueur depuis de nombreuses années dans le régime général salarié. Le plafonnement des cotisations maladie-maternité apparaissait, en effet, comme **une survivance** si l'on garde en mémoire le fait que, hors affectation de recettes d'équilibre (C3S), le RSI est en réalité dans une situation de grave déficit.

Les marges ainsi dégagées pour améliorer le financement des prestations du RSI ont pour effet induit une affectation supplémentaire de C3S au FSV et une réduction de son déficit. C'est en large partie grâce au présent article qu'est résorbée une proportion significative du déficit du FSV.

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

Article 12

(art. L. 651-1, L. 651-2-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale)

Modernisation et simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances et clarification de l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution

Objet : Cet article vise à adapter la définition du chiffre d'affaires retenu pour l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) dans le secteur des assurances.

I - Le dispositif proposé

• Définition de la C3S

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est depuis son origine, en 1970, un prélèvement exclusivement affecté aux organismes de sécurité sociale. Elle est calculée sur le chiffre d'affaires des entreprises lorsque celui-ci est supérieur à 760 000 euros annuels. Le commerce, l'industrie manufacturière et le secteur financier (banques et assurances) représentent, en montant, 70 % du rendement de la contribution. Son taux est resté inchangé à 0,13 %, mais une contribution additionnelle a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie, au taux de 0,03 %. Au total, le taux de la C3S s'établit donc à 0,16 %.

Le rendement de la contribution est fortement corrélé à l'activité économique. Son évolution a été négative en 2010, avec un dynamisme retrouvé de l'assiette en 2011 et 2012. En 2013, la croissance de rendement attendue est de 1,9 %.

Le produit de la C3S est réparti entre trois affectataires :

- la branche maladie du régime des exploitants agricoles bénéficie d'une quote-part de 30,89 % ;
- le régime social des indépendants (RSI) reçoit le produit de la taxe à concurrence de son déficit comptable constaté au titre des prestations de base ;
- le fonds de solidarité vieillesse bénéficie de l'excédent de la contribution non affectée au RSI.

Le produit de la C3S et sa répartition 2011-2013

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013
C3S	4 328 M€	4 537 M€	4 624 M€
RSI	2 435 M€	2 885 M€	3 172 M€
Branche maladie du régime des exploitants agricoles	1 325 M€	1 402 M€	1 428 M€
Fonds de solidarité vieillesse	569 M€	250 M€	23 M€
C3S additionnelle	1 046 M€	1 043 M€	1 063 M€
Fonds de solidarité vieillesse	1 046 M€	1 043 M€	1 063 M€
Total	5 374 M€	5 580 M€	5 687 M€

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

• L'opportunité d'une réforme de l'assiette pour le secteur financier

Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le précédent gouvernement avait présenté une réforme de l'assiette de la C3S pour les entreprises du secteur bancaire. Dans le cadre d'opération de contrôle du recouvrement étaient en effet apparues de fortes disparités dans le calcul du chiffre d'affaires, réalisé par les entreprises elles-mêmes, pour le versement de la C3S. La rédaction des dispositions relatives à la C3S donnait alors trop de latitude à ce secteur pour la définition de l'assiette. La réforme, approuvée par votre commission, avait consisté à se référer à la définition du chiffre d'affaires tel qu'il est donné par le code général des impôts pour le calcul de la cotisation sur la valeur ajoutée (CVAE).

Lors des débats au Parlement, députés et sénateurs avaient souhaité que soit engagée une même réforme pour le secteur des assurances.

Le présent article procède donc à une réforme de l'assiette de la C3S pour le secteur des assurances. Lors du réexamen des déclarations de C3S d'un échantillon de sociétés d'assurance, ne sont toutefois pas apparues de mêmes disparités d'assiette que dans le secteur bancaire.

Le **droit existant** détermine des assiettes distinctes pour les assurances et les mutuelles ou institutions de prévoyance. La différence entre assurances et mutuelles réside essentiellement, à l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, dans la référence faite, d'une part, à la comptabilité des entreprises d'assurance, d'autre part, à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

• Le dispositif proposé

Le **A** du **paragraphe I** du présent article modifie l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale. Cet article détermine les redevables de la C3S. La modification, introduite par le présent article, distingue les banques des sociétés d'assurances et définit les redevables du secteur des assurances de manière globale (assurance, capitalisation réassurance, mutuelles, institutions de prévoyance), indépendamment de leur forme juridique.

Le **B** du **I** affecte au FSV les produits de trésorerie sur la C3S réalisés par le RSI, qui perçoit la totalité du produit de la contribution pour la réaffecter partiellement aux deux autres bénéficiaires (branche maladie du régime des exploitants agricoles et fonds de solidarité vieillesse) en cours d'exercice.

Le **C** du **I** redéfinit l'assiette de la C3S pour le secteur des assurances. L'assiette est définie de manière commune pour les assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance. La définition du chiffre d'affaires de référence est celle donnée par le code général des impôts pour le calcul de la cotisation sur la valeur ajoutée.

**La définition du chiffre d'affaires donné par le 1 du VI
de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts**

« Le chiffre d'affaires comprend :

- les primes ou cotisations ;*
 - les autres produits techniques ;*
 - les commissions reçues des réassureurs ;*
 - les produits non techniques, à l'exception de l'utilisation ou de reprises des provisions ;*
- et les produits des placements, à l'exception des reprises de provisions pour dépréciation, des plus-values de cession et de 95 % des dividendes afférents aux placements dans des entreprises liées ou avec lien de participation, des plus-values de cession d'immeubles d'exploitation et des quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun. »*

Cependant, la réalité des métiers de l'assurance conduit à prendre en compte au titre du chiffre d'affaires, pour ce qui concerne les opérations sur devises, leur seul **résultat positif net** (les gains dont sont déduites les pertes).

En outre, comme c'est déjà le cas dans le droit actuel, sont exclus du calcul du chiffre d'affaires l'ensemble des cotisations et primes provenant des contrats complémentaire-santé « responsables et solidaires ».

Le **paragraphe II** du présent article prévoit une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2013 pour ce qui concerne le calcul du chiffre d'affaires de la C3S. L'affectation des produits de trésorerie au FSV vaut à compter de l'exercice 2012.

Le rendement de la mesure est estimé à 55 millions d'euros à compter de 2013, dont 7 millions d'euros au titre des mutuelles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à ajuster le chiffre d'affaires à la réalité du métier des assurances. Les résultats de certains postes financiers sont, en effet, étroitement liés à la couverture des engagements pris vis-à-vis des assurés.

La modification opérée porte sur deux points. La première consiste à exclure de l'assiette les reprises sur réserve de capitalisation¹. La seconde retient pour la catégorie des ajustements sur opérations à capital variable (Acav) le **résultat positif net** (les plus-values nettes des moins-values, et non le résultat brut (les seules plus-values, sans prise en compte des moins-values). Les Acav constituent le support des contrats d'assurance vie investis en unités de compte (obligations, mais aussi actions)².

A l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a, de surcroît, adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur approuve une disposition susceptible de clarifier l'assiette de la C3S pour les entreprises du secteur des assurances, d'apporter un rendement supplémentaire aux organismes de sécurité sociale et d'affecter les gains de trésorerie réalisés sur le produit de la contribution au FSV.

Il reste conscient des difficultés à appréhender l'assiette fiscale de la C3S en fonction des réalités économiques du secteur des assurances. Certains postes du compte de résultat sont constitués, de surcroît, de plus-values ou moins-values latentes, qui n'engendrent pas, en tant que tel, de flux financiers. On peut ainsi citer les produits ou pertes de change, ou les ajustements sur les opérations à capital variable (Acav).

Dans ce dernier cas, l'assiette retenue pour la C3S peut avoir un impact significatif pour les entreprises ayant une activité dans le secteur de l'assurance vie. Le tableau ci-dessous montre la difficulté d'appréhender la « bonne assiette » pour les Acav. Ces ajustements varient en plus ou en moins, en fonction de l'évolution des cours du marché « actions ».

¹ La réserve de capitalisation est destinée à parer à la dépréciation des valeurs comprises dans l'actif de l'entreprise et à la diminution de leur revenu.

² Dans les contrats en euros, l'assurance garantit un rendement. Dans les contrats en unités de compte, l'assureur s'engage sur le nombre d'unités de compte, dont la valeur unitaire varie en fonction des conditions de marché, d'où la nécessité d'avoir en continu dans les comptes de résultat des entreprises d'assurance des ajustements sur des opérations à capital variable.

L'évolution du CAC 40 et les ajustements Acav

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CAC 40 Indice fin d'année	4 715,2	5 541,8	5 614,1	3 218,0	3 936,3	3 804,8	3 159,8
Evolution		17,5%	1,3%	- 42,7%	22,3%	- 3,3%	- 17,0%
Ajustement Acav positif	-	23 457	18 050	8 326	34 047	21 617	12 017
Ajustement Acav négatif	-	- 7 131	- 15 212	- 62 474	- 9 019	- 11 371	- 27 905
Ajustement Acav net	-	16 326	2 838	- 54 148	25 028	10 246	- 15 888
Evolution cumulée depuis le 1/1/2006	-	+ 16 326	+ 19 164	- 34 984	- 9 956	+ 290	- 15 598

Source : entreprises du secteur de l'assurance

Si l'on examine la période de référence 2005-2011 (ce choix est purement conventionnel, et la prise en compte de 2012 ferait apparaître des résultats différents), on constate que le cumul des ajustements est négatif à hauteur de 15,9 milliards d'euros. Dans la première rédaction de l'article, l'assiette de la C3S (sur ce poste précis) aurait été constituée des **seuls ajustements positifs**, soit 117,5 milliards d'euros. La modification introduite par le Gouvernement permet de **déduire les ajustements négatifs**¹, d'où un résultat positif net pris en compte au titre de l'assiette de la C3S sur la période qui aurait été, rétrospectivement, si la nouvelle assiette s'était appliquée, de 54,5 milliards d'euros.

La différence entre le cumul des ajustements (- 15,6 milliards d'euros) et l'addition annuelle des ajustements positifs nets (+ 54,6 milliards d'euros) tient au fait que, pour certains exercices, les ajustements négatifs ont été très supérieurs aux ajustements positifs.

Ce point précis illustre les difficultés à définir le chiffre d'affaires des sociétés d'assurances à retenir pour la C3S. Votre rapporteur croit cependant qu'il est difficile d'aller plus loin que le **point d'équilibre** trouvé par le Gouvernement, sauf à retirer de l'assiette de la C3S certains postes comme les Acav, constitués de plus-values ou de moins-values latentes, au détriment du rendement de la mesure.

Il convient de surcroît d'être attentif, sur ce point, à la **comptabilité de l'assiette de la C3S aux règles communautaires**. Cette contribution doit, en effet, être différenciée clairement d'une taxe sur la valeur ajoutée. La C3S ne doit pas être assimilée à une nouvelle TVA, ce qui ne serait pas compatible avec la sixième directive TVA du 17 mai 1977.

Un arrêté de la Cour de justice des communautés européennes du 27 novembre 1985 a jugé que **la C3S n'était pas contraire à la directive précitée, dès lors qu'elle porte sur le chiffre d'affaires global annuel, et non pas opération par opération**.

Pour ces raisons, votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ L'assiette est cependant constituée du résultat positif net, et non du résultat net qui pourrait, lui, être négatif.

Article 13

*(art. 231 du code général des impôts ;
art. L. 131-8 du code de la sécurité sociale)*

**Elargissement de l'assiette et renforcement de la progressivité
de la taxe sur les salaires**

Objet : Cet article vise à supprimer une niche sociale dans l'assiette de la taxe sur les salaires et à en renforcer la progressivité par la création d'une nouvelle tranche pour les revenus supérieurs à 150 000 euros par an.

I - Le dispositif proposé

• Le droit existant

La taxe sur les salaires est due par les employeurs établis en France non soumis à la TVA ou qui ne l'ont pas été sur 90 % au moins de leur chiffre d'affaires. La taxe s'applique à deux grandes catégories de contribuables : les employeurs intervenant dans le champ social (hôpitaux, établissements médico-sociaux, associations et organismes à but non lucratif) et les entreprises du secteur financier, banques et assurances.

L'assiette des rémunérations prise en compte au titre de la taxe sur les salaires est identique à celle des cotisations sociales. Elle ne prend pas en compte les rémunérations accessoires (intéressement, participation, prévoyance etc.).

Le barème de la taxe sur les salaires est **un barème progressif établi par tranche de rémunération individuelle annuelle**. Les taux n'ont pas été modifiés depuis trente ans. Les tranches de revenu du barème évoluent, elles, dans la même proportion que la limite supérieure de l'impôt sur le revenu de l'année précédente.

**Taux de taxe sur les salaires applicable
par tranche de rémunération individuelle annuelle**

En dessous de 7 604 €	4,25 %
Entre 7 604 € et 15 185 €	8,50 %
Au-dessus de 15 185 €	13,60 %

Source : article 231 du code général des impôts

Le périmètre étroit de l'assiette et l'absence de révision des taux du barème expliquent un faible dynamisme de la taxe sur les salaires dont l'intégralité du produit est affectée aux organismes de sécurité sociale. Le produit attendu de la taxe en 2012 est de 11,9 milliards d'euros.

En 2012, la branche vieillesse du régime général bénéficiait de 59,03 % du produit de la taxe sur les salaires, la branche famille de 24,27 % et le FSV de 16,70 %.

Rendement de la taxe sur les salaires

(en millions d'euros)

2011	2012 (prévision)	2013 (prévision)
11 665	11 902	12 080

Source : annexe « voies et moyens » au projet de loi de finances pour 2013

- Une double mesure : un élargissement de l'assiette, une meilleure progressivité du barème

Le présent article poursuit un double objectif : élargir l'assiette de la taxe sur les salaires à l'ensemble des éléments constituant aujourd'hui la rémunération des salariés et créer une nouvelle tranche à un taux marginal supérieur conforme à l'importance des revenus perçus.

Le 1^o du **paragraphe I** du présent article définit les rémunérations constituant l'assiette de la taxe sur les salaires comme celle de la CSG, à l'exception des cotisations sociales. Les rémunérations concernées sont celles définies à l'article L 136-2 du code de la sécurité sociale. Le champ est donc plus large que celui des cotisations sociales et englobe notamment les revenus tirés de la participation et de l'intéressement.

Le 2^o crée une nouvelle tranche marginale supérieure pour les rémunérations individuelles annuelles supérieures à 150 000 euros. Pour la fraction de rémunération supérieure à 150 000 euros, le taux applicable de taxe sur les salaires serait de 20 %.

Nouveau barème : taux applicable par tranche de rémunération individuelle annuelle

En dessous de 7 604 €	4,25 %
Entre 7 604 € et 15 185 €	8,50 %
Entre 15 185 € et 150 000 €	13,60 %
Au-dessus de 150 000 €	20,00 %

Source : projet de loi de financement de la protection sociale

Le **paragraphe II** du présent article vise à affecter le surcroît de taxe sur les salaires à la branche famille. Dans cette perspective, les quotes-parts d'affectation du produit de la taxe sont modifiées. La branche vieillesse du régime général bénéficierait de 56,8 % du produit, la branche famille de 27,1 % et le FSV de 16,1 %.

Le **paragraphe III** prévoit une application du nouveau dispositif aux rémunérations versées en 2013.

Le rendement attendu de la mesure est estimé à 470 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur est très favorable à un article visant à supprimer une niche sociale, conformément aux positions qu'il a notamment défendues dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. L'introduction d'une tranche supplémentaire pour les rémunérations supérieures à 150 000 euros permet de prendre en compte les nouvelles inégalités de revenu apparues au cours des trente dernières années dans notre pays.

Le dispositif n'est pas susceptible d'affecter les employeurs intervenant dans le champ social. Hormis des cas ponctuels, les rémunérations de leurs salariés ne dépassent pas les 150 000 euros annuels. L'intéressement et la participation ne constituent pas une modalité de rémunération courante dans ce secteur.

La mesure est concentrée sur le secteur financier, il est vrai déjà impacté par le relèvement du forfait social dans la loi de finances rectificative du 16 août 2012, et par la réforme de la C3S, votée en 2011 pour les banques et proposée à l'article 12 pour les sociétés d'assurances.

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

Article 14 (supprimé)

(art. L. 136-2, L. 136-5, L. 137-18 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)

Réforme des prélèvements sociaux applicables aux « *carried interests* »

Objet : Cet article propose de soumettre au forfait social les revenus issus des « carried interests » des gestionnaires de fonds investis dans le capital risque.

I - Le dispositif proposé

• Le régime actuel

Le capital risque vise l'apport de fonds propres, par des investisseurs spécialisés, à des sociétés non cotées, avant que celles-ci ne soient en mesure de s'autofinancer. Au sein des activités de capital investissement, le capital risque vise donc les premières phases de la vie des entreprises. Cette phase est la plus risquée pour des investisseurs. Elle est aussi potentiellement la plus rémunératrice. Selon l'association française d'investissement en capital (Afic), le capital risque a représenté de l'ordre de 600 millions d'euros en 2011, pour

371 entreprises. Cette activité occupe une part limitée dans le total du capital investissement (9,7 milliards d'euros d'investissements en 2011), et plus encore dans le total des investissements dans les PME. Elle vise des entreprises certes peu nombreuses, mais à haut potentiel.

Les fonds communs de placement à risques comme les sociétés de capital risque constituent un instrument de collecte de l'épargne et un vecteur d'investissement. Ils doivent être investis à plus de 50 % dans des entreprises non cotées. Les fonds communs de placement dans l'innovation, investis en titres de sociétés innovantes non cotées en bourse à hauteur de 60 % minimum, et les fonds d'investissement de proximité, investis dans des PME régionales pour au moins 60 %, constituent des modalités particulières de fonds communs de placement à risques.

Les gestionnaires des fonds communs de placement à risques bénéficient, en plus de leur salaire, d'un mode de rémunération supplémentaire, inspiré de places financières étrangères : les parts et actions à rendement subordonné ou « *carried interests* ». Ce mode de rémunération tient compte de la performance de leurs investissements. Il suppose que le gestionnaire investisse dans le fonds, pour un certain montant, aux côtés des autres investisseurs.

Les « *carried interests* » portent, en général, sur 20 % de la plus-value réalisée par le fonds à sa liquidation (s'il est en plus-value), à condition que le rendement offert aux investisseurs ait dépassé un certain seuil, communément de 8 % (le « *hurdle rate* »). L'exemple cité par l'étude d'impact montre l'importance des gains susceptibles d'être engendrés par ce mode de rémunération, supérieurs à ceux dont peuvent bénéficier les investisseurs extérieurs à l'équipe de gestion.

Le fonctionnement et la rémunération du « *carried interest* » selon l'étude d'impact

*Soit un FCPR (fonds commun de placement à risques) dans lequel dix souscripteurs extérieurs apportent 10 millions d'euros. Cinq souscripteurs sont salariés de la société de gestion qui gère le FCPR, porteurs de « *carried interests* ». La souscription de chacun de ces cinq salariés s'élève à 1 % du capital investi, soit 100 000 euros, les cinq autres souscripteurs se répartissant à parts égales les 9,5 millions d'euros restants, soit 1,9 million d'euros d'apport pour chaque souscripteur.*

Le FCPR est créé en N (apports effectués dès N). Il effectue une répartition d'actif de 800 000 euros par souscripteur « extérieur » en n+3 et une deuxième répartition d'actif pour les mêmes souscripteurs de 1,5 million d'euros en n+7. Par ailleurs, lors de la liquidation à n+10, un montant de 3 millions d'euros est attribué à tous les porteurs dont 20 % réservés pour les gestionnaires.

La somme nette perçue par souscripteur « extérieur » est donc de : $[0,8 + 1,5 + (3 \times 80 \%)] - 1,9 = 2,8$ millions d'euros (soit un rendement de 150 %)

La somme nette perçue par chaque salarié de l'équipe gestionnaire est quant à elle de : $(3 \times 20 \%) - 0,1 = 0,5$ million d'euros (soit un rendement de 500 %).

Les prélèvements fiscaux et sociaux sur les « *carried interests* » sont ceux applicables aux plus-values sur actions ou parts de société. Les « *carried interests* » sont donc assimilés à une opération en capital, et non à un salaire.

Ainsi, dans l'état actuel du droit, les « *carried interests* » bénéficient du prélèvement libératoire à l'impôt sur le revenu. Ils ne sont pas soumis à cotisations sociales patronales ou salariales, mais à la CSG, à la CRDS et aux prélèvements additionnels applicables aux revenus du patrimoine, soit, en 2012, un taux de 15,5 %.

Pour bénéficier de ce régime fiscal et social avantageux, les gestionnaires de fonds commun de placement à risques doivent respecter certaines conditions. Elles ont été précisées en loi de finances rectificative pour 2009, à l'initiative de notre collègue Jean Arthuis.

Les gestionnaires doivent percevoir un salaire au titre de leur contrat de travail avec leur société de gestion. Ils sont tenus de conserver leurs parts au moins cinq ans. Surtout, ils doivent acquérir au moins 1 % du total des souscriptions du fonds. Ce pourcentage est ramené à titre dérogatoire à 0,25 % dans certains cas, en particulier pour les fonds d'investissement de proximité ou les fonds communs de placement dans l'innovation, ou à 0,5 % sur avis d'un comité du capital investissement placé auprès du ministre chargé de l'économie.

Si ces conditions ne sont pas respectées, le gestionnaire est alors assujéti à un prélèvement forfaitaire de 30 %. En pratique, ce taux ne s'applique que très rarement. Le rendement du prélèvement forfaitaire de 30 % s'est établi en 2011 à 917 000 euros tandis que celui du prélèvement au taux de 15,5 % a eu un produit estimé à 400 millions d'euros.

- Le dispositif inscrit dans le projet de loi adopté par le Gouvernement

Le Gouvernement a proposé, dans le texte du projet de loi déposé à l'Assemblée nationale, de soumettre les « *carried interests* » à la CSG et la CRDS applicables aux revenus d'activité (8 %) en ce qui concerne les gestionnaires, et non plus à 15,5 % en tant que revenus du patrimoine, et, pour les employeurs, de les assujéttir au forfait social de 20 %. Au total, le dispositif fait passer les prélèvements sociaux de 15,5 % à 28 %, majoritairement à la charge des employeurs.

Le rendement du dispositif est estimé à 80 millions d'euros en 2013 et à 112 millions d'euros par an à compter de 2014. L'étude d'impact émet cependant des réserves sur le chiffreage compte tenu de la faiblesse des données disponibles sur les « *carried interests* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de suppression du présent article. L'amendement a été présenté comme un amendement de conséquence et de cohérence avec les votes intervenus sur le projet de loi finances, à l'article 6, concernant la taxation des plus-values sur valeurs mobilières.

III - La position de votre rapporteur

La création du forfait social correspond à un constat.

L'octroi d'avantages pécuniaires et sociaux nouveaux (intéressement, participation, etc.), tout comme les modes de rémunération spécifiques à certaines catégories de salariés (distribution d'actions gratuites, stock-options, etc.), au-delà du seul salaire, ne peuvent aboutir à exempter les employeurs de tout effort vis-à-vis du financement de la protection sociale. Le forfait social consacre dans le même temps la difficulté objective d'assujettir complètement ces revenus aux cotisations sociales.

Dans le cas des « *carried interests* », il n'est pas douteux que les gains concernés correspondent à des opérations en capital, au même titre, par exemple, que les attributions gratuites d'actions ou les stock-options.

La différence éventuelle par rapport à d'autres modes de rémunération en capital tient au fait que les gestionnaires acceptent une véritable prise de risque. Ils investissent, en effet, leur épargne personnelle. C'est aussi le cas pour les stock-options, mais les cadres dirigeants d'entreprise bénéficient dans le cadre du dispositif d'une valeur d'achat minorée par rapport à la valeur de marché.

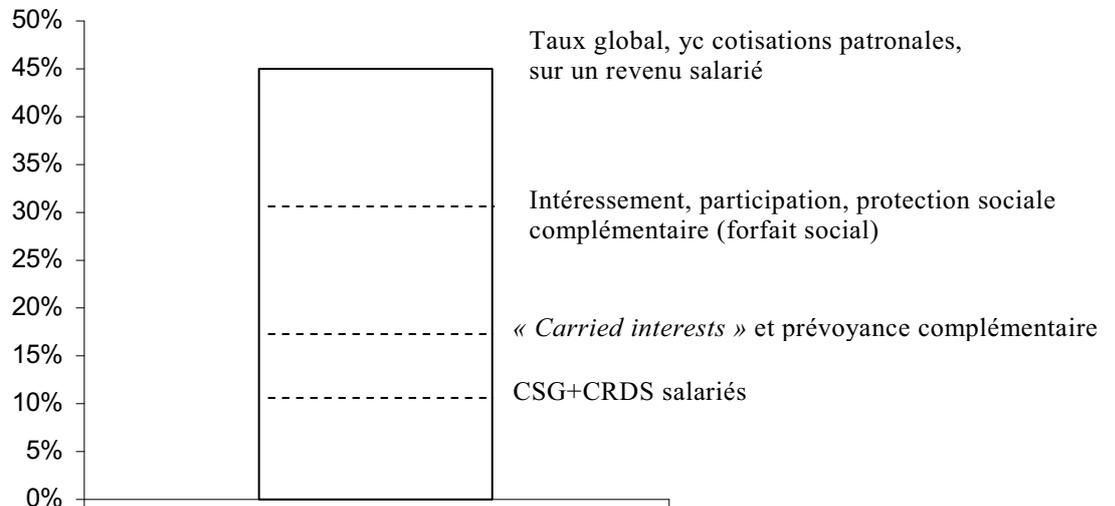
Le risque pris par les gestionnaires doit être apprécié à sa juste mesure. Rien n'indique que le gestionnaire atteindra la performance que les investisseurs attendent du fonds. Dans cette situation, le gestionnaire ne retrouve « que » ses parts, sans « *carried interests* ». Pour obtenir le versement de « *carried interests* », le délai peut aussi être particulièrement long. A l'extrême, le fonds peut être liquidé en moins-value.

Malgré la prise de risque des gestionnaires, il n'est cependant pas douteux que le « *carried interest* » constitue un gain indissociable de leur activité de salarié. C'est en leur qualité de gestionnaire que ces salariés peuvent obtenir un tel mode de rémunération. Les gains qu'ils attendent sont hors de proportion par rapport à ceux dont peuvent bénéficier les investisseurs extérieurs à la gestion du fonds. Le rendement au titre des « *carried interests* » est très nettement supérieur (500 % dans le cas de l'exemple cité par l'étude d'impact) à celui des investisseurs externes (150 % dans le cas de l'exemple cité par l'étude d'impact).

Aussi n'y a-t-il pas de lien entre le mode de taxation des « *carried interests* » à l'impôt sur le revenu et celui retenu au titre des prélèvements sociaux, même si une vision globale de la charge fiscale est nécessaire pour éviter la délocalisation d'équipes de gestion.

Le régime social des « *carried interests* » est recensé à l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale au titre des mesures d'exonérations de cotisations. Cette niche sociale n'a pas, selon la présentation qui en est faite dans l'annexe, d'objectif particulier.

Comparaison des taxations des salaires et des autres composantes de rémunération



Les différentiels de régime entre les « *carried interests* » et, par exemple, les éléments taxés au forfait social (intéressement, participation) sont difficilement justifiables auprès de nos concitoyens. Il paraît hautement souhaitable que ce ne soient pas uniquement les gestionnaires, c'est-à-dire les salariés, qui supportent les prélèvements sociaux applicables aux « *carried interests* ». Les employeurs doivent prendre leur part du financement de la protection sociale sur des assiettes aujourd'hui exonérées. C'est précisément l'objet du forfait social. La probabilité que les employeurs effectuent des arbitrages défavorables aux rémunérations des salariés (certains risques sont parfois évoqués dans le domaine de l'épargne salariale), ou délaissent le capital risque, est limitée. Le forfait social s'applique, en l'espèce, à une plus-value. Il ne s'impute pas sur la masse salariale mais sur les revenus financiers de la société de gestion.

Pour toutes ces raisons, il paraît souhaitable de rétablir l'article 14 du présent projet de loi de financement et de mettre fin à une niche sociale sans justification. Le taux du forfait social peut difficilement être fixé, dans ce cas précis, en deçà de 20 %. Il y a certes une prise de risque du gestionnaire. Toutefois, il ne serait pas juste socialement d'aligner le taux du forfait des « *carried interests* » sur le taux de 8 % de la prévoyance complémentaire. La taxation globale des « *carried interests* » resterait d'ailleurs inchangée, à 16 %, contre 15,5 % aujourd'hui.

Aussi votre commission a-t-elle adopté, à l'initiative de votre rapporteur, un amendement visant à rétablir cet article.

Votre rapporteur vous demande donc de rétablir cet article.

Article 15

*(art. L. 133-7, L. 241-10 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 741-27 du code rural et de la pêche maritime)*

**Suppression du mécanisme de l'assiette forfaitaire
pour l'emploi d'un salarié à domicile**

Objet : Cet article supprime la possibilité, pour le particulier employeur, de cotiser sur une assiette forfaitaire pour l'emploi d'un salarié.

I - Le dispositif proposé

• Le dispositif de l'assiette forfaitaire

Ainsi que le précise l'étude d'impact annexée au projet de loi, le mécanisme de l'assiette forfaitaire des cotisations des particuliers employeurs a été mis en place par un arrêté du 23 décembre 1968, dans le but de les inciter au respect des obligations déclaratives.

Son inscription dans la loi (article L. 133-7 du code de la sécurité sociale) n'a toutefois eu lieu qu'en 2003¹, dans un contexte d'encouragement du secteur des services à la personne, sans qu'il soit alors fondamentalement modifié.

En application de ce dispositif, **les particuliers employeurs ont la possibilité de choisir l'assiette sur laquelle sont appliquées les cotisations dues pour l'emploi de leur salarié** : ils peuvent ainsi acquitter les cotisations sociales sur l'intégralité du salaire versé au salarié (assiette réelle) ou sur une assiette forfaitaire égale au montant du salaire minimum de croissance (Smic) multiplié par le nombre d'heures de travail effectuées.

La loi conditionne le choix de l'assiette forfaitaire à un commun accord entre l'employeur et le salarié. En l'absence d'accord ou à défaut de choix mentionné par l'employeur, c'est l'assiette réelle qui s'applique.

• L'évolution de la législation

Dans un premier temps, la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale a instauré une incitation économique à cotiser sur le salaire réel. A compter du 1^{er} janvier 2006, **le bénéfice d'un abattement de quinze points sur les cotisations patronales a ainsi été ouvert pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle**. La possibilité d'opter pour une assiette forfaitaire a, quant à elle, été maintenue.

Le mécanisme d'abattement sur l'assiette réelle, qui faisait l'objet d'une compensation de l'Etat à la sécurité sociale, a eu pour effet d'inciter les particuliers employeurs à choisir ce mode de calcul. En 2010, deux employeurs sur trois avaient opté pour l'assiette réelle.

¹ Ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003.

Dans un second temps, **cet abattement a été supprimé** par la loi de finances pour 2011, dans un double souci de suppression d'une niche sociale et d'économie budgétaire. Depuis le début des années 2000, le secteur des services à la personne a effectivement bénéficié d'aides sociales et fiscales en forte croissance, dont le coût pour les finances publiques atteignait 6 milliards d'euros en 2010 ; d'avantages fiscaux dont le montant s'élevait à 3,8 milliards cette même année ; d'exonérations de cotisations sociales pour 2,1 milliards. Dans un contexte budgétaire particulièrement contraint, il est apparu nécessaire de cibler les avantages accordés sur les publics qui en avaient le plus besoin et de mettre fin à cette niche.

La suppression de l'abattement a, mécaniquement, fait repartir à la hausse le nombre de contrats reposant sur le choix de l'assiette forfaitaire. Celle-ci bénéficie aujourd'hui à 225 000 employeurs.

- Un dispositif critiquable

Pour le Gouvernement, **le maintien du dispositif de l'assiette forfaitaire n'est pas justifiable** pour deux raisons principales :

- la première est d'ordre budgétaire. Avec ce mode de calcul, les cotisations sociales sont en effet moins élevées que si elles étaient calculées sur la rémunération réellement perçue par le salarié.

Cette **perte de recettes pour les finances publiques** est difficilement défendable dans le contexte actuel et ce, d'autant plus que le secteur des services à la personne a fait l'objet, ces dernières années, d'importants efforts de la part des pouvoirs publics. Il semble plus pertinent de recentrer les aides, qu'il s'agisse d'exonérations de cotisations ou d'exemption, sur des dispositifs plus prioritaires ;

- la seconde raison est d'ordre social. Même si la loi prévoit que le choix de l'assiette forfaitaire doit recueillir l'accord du salarié, en pratique, la capacité de celui-ci à peser réellement sur la décision dépend de son pouvoir de négociation, qui est très variable d'une situation à l'autre.

Plus grave, le choix de l'assiette forfaitaire porte préjudice aux droits à prestations du salarié. En effet, en acquittant moins de cotisations, celui-ci voit *in fine* le montant de sa retraite, de ses indemnités journalières versées en cas de maladie ou d'accident du travail, ainsi que ses allocations chômage en cas de perte d'emploi diminuer. Or le salarié n'a pas forcément conscience de ces conséquences au moment de son embauche par le particulier employeur.

Le tableau ci-dessous illustre, s'agissant de l'assurance retraite (base et complémentaire), la perte mensuelle de revenu liée au mécanisme de l'assiette forfaitaire.

Salaire de référence	Pension nette mensuelle en 2022 si déclaration au réel (euros 2012)		Pension nette mensuelle en 2022 si déclaration pendant 10 ans au forfait (euros 2012)		Perte nette mensuelle de pension en 2022 si déclaration au forfait (euros 2012)
	Base	Complémentaire	Base	Complémentaire	
1 Smic	698	311	698	311	0
1,1 Smic	838	373	733	343	135
1,5 Smic	1 047	467	846	391	277
2 Smic	1 396	622	1 088	471	459

Source : Etude d'impact annexée au projet de loi

- La mesure proposée

Pour l'ensemble de ces raisons, **le présent article propose de supprimer le mécanisme de l'assiette forfaitaire**. Désormais, les particuliers employeurs devront cotiser sur l'intégralité du salaire versé à leur salarié.

Le **paragraphe I** supprime, à l'article L. 133-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions relatives au droit d'option entre l'assiette réelle et l'assiette forfaitaire, et procède à un aménagement rédactionnel de l'ensemble de l'article.

Cette mesure ne modifie pas le dispositif d'exonérations de cotisations sociales et d'aides fiscales spécifiques ouvert au bénéfice des particuliers employeurs dits « fragiles » (personnes de plus de soixante-dix ans, personnes dépendantes, invalides, handicapées ou ayant un enfant handicapé, ainsi que les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie), lorsqu'ils recourent à une aide à domicile (article L. 241-10 du code de la sécurité sociale). Pour ces employeurs, seule la possibilité de cumuler le dispositif d'assiette forfaitaire avec les aides spécifiques dont ils bénéficient est supprimée.

En outre, cette mesure ne remet pas en cause les incitations fiscales existantes pour le recours aux services à la personne : réduction d'impôt pour les inactifs et crédit d'impôt pour les actifs lors de l'emploi d'un salarié à domicile¹ ; TVA à taux réduit pour les prestations de services à la personne.

Le **gain attendu** est estimé, à partir de 2013, à 340 millions d'euros pour le régime général et 135 millions pour les autres organismes sociaux (assurance chômage et retraite complémentaire), soit **475 millions au total**.

Le **paragraphe II** précise que le nouveau régime s'appliquera aux cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées à compter du **1^{er} janvier 2013**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **quatre amendements** modifiant le présent article.

Le **premier**, présenté par le Gouvernement, corrige une erreur matérielle afin que **la suppression de l'assiette forfaitaire** et les dispositions concernant le recouvrement qui figurent à l'article L. 133-7 du code de la sécurité sociale **s'appliquent aux employés de maison embauchés au service d'un exploitant agricole**. Ces salariés étant actuellement concernés par le dispositif de l'assiette forfaitaire, il est logique qu'ils soient visés par sa suppression.

Le **deuxième** amendement, présenté par le groupe socialiste, républicain et citoyen, propose de **maintenir un allègement du coût du travail** pour les particuliers employeurs **au titre des cotisations patronales** qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés à domicile, de façon à compenser pour partie la suppression du mécanisme de l'assiette forfaitaire.

Cet allègement prend la forme d'**une déduction forfaitaire sur chaque heure de travail effectuée** par le salarié à domicile, dont le montant et les modalités d'indexation seront fixés par décret.

¹ Depuis 1991, les contribuables recourant, à titre privé dans leur résidence principale ou secondaire en France, aux services d'employés déclarés bénéficient d'un avantage fiscal, sous la forme d'un crédit d'impôt pour les contribuables exerçant une activité professionnelle ou les demandeurs d'emplois depuis plus de trois mois et, dans les autres cas, d'une réduction d'impôt. Les services éligibles à cet avantage peuvent être rendus soit par un salarié dont le contribuable est l'employeur direct, soit par une association, une entreprise ou un organisme déclaré rendant exclusivement des services à la personne, soit par un organisme habilité ou conventionné à but non lucratif ayant pour objet l'aide à domicile. L'avantage est égal à 50 % du montant des dépenses effectivement supportées. Les dépenses retenues sont plafonnées à 12 000 euros, majorés de 1 500 euros par enfant à charge et par membre du foyer fiscal âgé de plus de soixante cinq ans, sans pouvoir excéder au total 15 000 euros. Le plafond est porté à 20 000 euros pour les personnes invalides (ou ayant à leur charge une personne invalide). Le coût de cette dépense fiscale pour le budget de l'Etat est évalué à près de 3,7 milliards d'euros en 2013.

L'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale et l'article L. 741-27 du code rural et de la pêche maritime sont modifiés en conséquence.

Lors du débat en séance publique, il a été indiqué par le ministre du budget que le montant de la déduction applicable aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2013 serait de **0,75 euro par heure travaillée**.

Par ailleurs, celui-ci a annoncé que cette mesure, dont le coût est estimé à 210 millions d'euros, serait compensée par « *une fraction supplémentaire de TVA nette et par un ensemble de mesures fiscales prises en loi de finances pour 2013* ».

Les **troisième** et **quatrième** amendements, identiques, proposent la remise, un an après la publication du présent texte, d'**un rapport sur l'impact de la suppression de l'assiette forfaitaire sur l'emploi** auprès des particuliers employeurs. La Fédération des particuliers employeurs (Fepem) s'était en effet émue de l'incidence de cette mesure sur l'emploi des salariés à domicile, évoquant le chiffre de 85 000 destructions d'emplois.

III - La position de votre rapporteur

Pour votre rapporteur, la suppression de l'assiette forfaitaire s'attache à corriger une double injustice :

- d'une part, le salarié déclaré au forfait par son employeur est lésé car, en acquittant moins de cotisations, il perd en même temps des droits à prestations ;

- d'autre part, l'employeur qui déclare le salaire réel est paradoxalement désavantagé par rapport à celui qui déclare sur la base du forfait ; non seulement le premier ne bénéficie plus d'abattement de cotisations patronales, mais le second fait subir une perte de recettes aux organismes sociaux.

Dès lors, le maintien de cette option exorbitante du droit commun ne se justifie plus.

Votre rapporteur est cependant pleinement conscient des éventuels effets négatifs que pourrait avoir cette mesure sur le comportement des particuliers employeurs, qui auront le choix entre déclarer au réel, mettre fin au contrat ou même ne pas déclarer, c'est-à-dire recourir au travail au noir. *In fine*, c'est l'emploi des salariés à domicile qui pourrait en pâtir.

Aussi approuve-t-il **la proposition équilibrée de l'Assemblée nationale**, qui consiste à maintenir la suppression de l'assiette forfaitaire et donc à améliorer les droits des salariés, tout en permettant aux particuliers employeurs de bénéficier d'un allègement du coût du travail au titre des cotisations patronales qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés.

Il insiste toutefois sur la nécessité d'une compensation intégrale de cette nouvelle réduction de cotisations aux organismes de sécurité sociale. Selon les informations qui lui ont été transmises par les services du ministère, la perte de recettes résultante sera compensée par une fraction supplémentaire de TVA nette dans le cadre de l'article 38 du projet de loi de finances pour 2013, lequel vise à clarifier et à rationaliser les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, dans un objectif de plus grande lisibilité.

Pour ces raisons, il vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 15 bis

(art. L. 241-11 du code de la sécurité sociale)

Exonération de cotisation totale au titre d'une partie des personnes employées par les associations intermédiaires

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à supprimer le versement d'une cotisation forfaitaire d'AT-MP pour une partie des personnes employées par les associations intermédiaires.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, issu d'un amendement de Laurent Grandguillaume adopté par l'Assemblée nationale, supprime la cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 241-11 du code de la sécurité sociale due par les associations intermédiaires au titre des personnes qu'elles emploient moins de 750 heures par an.

Il génère une perte de ressource de l'ordre de 2 millions d'euros pour la branche AT-MP qui devra être compensée par une ressource fiscale.

II - La position de votre rapporteur

Les associations intermédiaires, régie par les articles L. 5132-7 et suivant du code du travail, embauchent des personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières en vue de favoriser leur insertion professionnelle. A cette fin, elles mettent leurs salariés, à titre onéreux, à la disposition de personnes physiques ou morales.

Votre rapporteur reconnaît l'intérêt de cette mesure d'exonération partielle de cotisations AT-MP pour les associations. Il note cependant que la branche AT-MP était la seule pour laquelle il n'existait plus d'exonération de cotisation, celle-ci étant intrinsèquement liée à la protection des salariés.

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

Article 15 ter

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

**Prorogation du dispositif expérimental d'affiliation au régime général
des personnes exerçant une activité réduite à des fins d'insertion**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, proroge de deux ans le dispositif dérogatoire et expérimental d'affiliation au régime général de la sécurité sociale pour les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

- Le dispositif dérogatoire et expérimental d'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité réduite à des fins d'insertion

L'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré, à **titre expérimental, un droit à l'affiliation au régime général de la sécurité sociale pour les personnes exerçant une activité 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.

Cette affiliation intervient dans le cadre de l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale qui pose le principe de l'assujettissement au régime général pour toutes les personnes exerçant une activité salariée et rémunérée.

En procédant ainsi, l'article crée 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 voudraient que les personnes concernées relèvent du régime social des indépendants.

L'objectif de ce dispositif est, en effet, de **favoriser l'intégration sociale et professionnelle de personnes, souvent en difficulté, qui exercent des activités procurant de faibles revenus**. Les activités visées sont, par exemple, un petit commerce local, la préparation de plats à domicile et vendus dans le voisinage, des travaux de couture, etc. Ces occupations ne sont généralement pas déclarées, aussi bien du fait de la lourdeur et de la complexité des formalités administratives nécessaires qu'en raison de la faiblesse des revenus qu'elles procurent.

L'idée est donc de permettre la déclaration de ces activités et, par ce biais, faire en sorte que les personnes concernées puissent accéder, à l'avenir, au statut de travailleur indépendant, en s'insérant alors dans le système de protection sociale classique.

Plusieurs mesures réglementaires ont défini les modalités d'application du dispositif :

- sont reconnues comme activités économiques réduites à fin d'insertion l'importation, la fabrication et la vente de produits alimentaires ou artisanaux, les petites activités de voisinage et la vente d'objets de récupération ;

- le bénéfice de l'affiliation est ouvert aux personnes dont les revenus tirés de leur activité économique réduite ne dépassent pas le salaire de base annuel retenu pour le calcul des prestations familiales (soit 4 740 euros pour l'année 2011) ;

- la durée maximale d'affiliation est fixée à cinq ans ;

- les personnes éligibles sont redevables d'une cotisation forfaitaire de 5 % de leurs revenus déclarés pour la couverture des assurances sociales et une cotisation de 8 % au titre de la CSG et de la CRDS ;

- enfin, elles reçoivent l'aide d'une association agréée pour la déclaration de leur activité et qui assure leur accompagnement en matière administrative et financière.

• Les prorogations successives du dispositif

La version initiale de l'article 20 de la loi de financement pour 2008 prévoyait que l'entrée dans le dispositif prenait fin au 31 décembre 2010.

L'article 23 de la loi de financement pour 2011 a ensuite porté cette date au 31 décembre 2012.

Le présent article propose, une nouvelle fois, de prolonger de deux ans la date d'entrée dans le dispositif, soit jusqu'au 31 décembre 2014.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur approuve la prorogation de ce dispositif qui représente une première étape dans un parcours d'insertion économique vertueux comportant, notamment, la déclaration des activités, l'affiliation à un régime de sécurité sociale et l'accompagnement par une association agréée.

C'est pourquoi il vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 16

*(art. L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;
art. L. 136-8 du code de la sécurité sociale)*

Contribution additionnelle sur les pensions de retraite et d'invalidité au profit de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Objet : Cet article crée une contribution additionnelle de solidarité assise sur les pensions de retraite et d'invalidité ainsi que sur les préretraites, affectée en 2013 au fonds de solidarité vieillesse puis mise en réserve à partir de 2014 au sein d'une nouvelle section du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet d'étendre la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) aux pensions de retraite, d'invalidité et aux préretraites.

• Créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées¹ en même temps que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la CSA est composée de deux types de ressources :

- une **contribution de 0,3 %** assise sur les revenus des travailleurs salariés due par les employeurs publics et privés **correspondant à la « journée de solidarité »** ; son assiette est identique à celle des cotisations patronales d'assurance maladie ; sont exclus du paiement de la contribution les travailleurs indépendants, agricoles ou non agricoles, ainsi que les personnes bénéficiant de revenus de remplacement ;

- une **contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 %** qui s'applique aux revenus du patrimoine et aux produits de placement.

Le produit de la CSA, qui devrait s'élever à 2,4 milliards d'euros en 2012, est entièrement affecté à la CNSA et réparti entre différentes sections du budget de la caisse.

Définie à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, la structure du budget de la CNSA est en effet composée de six sections :

- la **section I** est dédiée en premier lieu au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées (sous-section 1) et âgées (sous-section 2)² ; elle participe également à celui des groupes d'entraide mutuelle et des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (les Maia) ;

¹ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

² L'ensemble de ces financements forme l'objectif global de dépenses (OGD), affecté aux dépenses de soins des établissements, dont le niveau correspond à la somme de l'Ondam médico-social et des ressources propres de la caisse affectées à cette section du budget.

- la **section II** retrace la contribution de la CNSA au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ;

- la **section III**, celle de la CNSA au financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;

- la **section IV** concerne les financements dédiés à la promotion d'actions innovantes, à la formation des aidants et accueillants familiaux et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et handicapées ;

- la **section V** regroupe l'ensemble des autres dépenses en faveur de l'autonomie ; depuis 2011 en particulier, elle retrace le plan d'aide à l'investissement dont le financement est assuré à partir d'une fraction du produit de la CSA prélevée sur la section I ;

- enfin, la **section VI** porte sur les frais de gestion de la caisse.

En 2012, le **produit de la CSA** a été réparti de la façon suivante au sein du budget de la CNSA :

- la **moitié a alimenté la section I : 13 %**, soit 311 millions d'euros, ont été dédiés aux établissements et services accueillant des personnes handicapées ; **39 %**, soit 932 millions d'euros, l'ont été aux établissements et services accueillant des personnes âgées ;

- **20 %** du produit de la CSA, c'est-à-dire 478 millions d'euros, **ont été alloués spécifiquement au financement de l'Apa** à travers la section II ;

- **26 %**, soit 622 millions d'euros, **l'ont été au financement de la prestation de compensation du handicap (PCH)** ;

- enfin, **2 %** sont venus participer au financement du **plan d'aide à l'investissement** retracé au sein de la section V, ce qui représente près de 50 millions d'euros.

Evolution du rendement de la CSA depuis 2006

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)
CSA sur les revenus d'activité	1 777	1 844	1 887	1 887	1 918	1 973	2 020	2 063
CSA sur les revenus du patrimoine	161	202	215	151	138	145	152	156
CSA sur les revenus de placement	148	174	194	169	183	216	229	230
Total	2 085	2 220	2 296	2 206	2 239	2 334	2 401	2 448

Source : CNSA

• Le présent article étend la CSA aux pensions de retraite et d'invalidité ainsi qu'aux préretraites.

Le 1° du **paragraphe I** modifie l'article L. 14-10-4 relatif aux produits de la CNSA en lui ajoutant un 1° *bis*. Tout comme la contribution

perçue sur les revenus salariaux, le taux de la « Casa » s'élèverait à 0,3 %. En revanche, contrairement à la CSA, elle serait recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions applicables pour la CSG et non pour les cotisations d'assurance maladie.

Seraient exclus du paiement de la « Casa » **les retraités non assujettis à la taxe d'habitation** c'est-à-dire, pour une personne seule en France métropolitaine, percevant un revenu fiscal de référence inférieur à 10 024 euros par an¹.

Les bénéficiaires de **l'allocation de solidarité aux personnes âgées** seraient également exonérés du paiement de la « Casa ».

Enfin, **les pensions versées aux invalides de guerre et aux anciens combattants** ainsi que les **pensions temporaires d'orphelin** lorsqu'elles remplacent l'allocation aux adultes handicapés à laquelle aurait eu droit le parent décédé ne seraient pas non plus incluses dans l'assiette de la « Casa ».

Le 2° du **paragraphe I** crée une septième section au sein du budget de la CNSA destinée à recueillir l'ensemble du produit de la « Casa ». Son objet est expliqué de la façon suivante : *« les ressources de cette section sont destinées au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie »*.

Dans l'attente d'une définition plus précise des contours de la réforme prévue pour 2014, le Gouvernement estime que cette mesure constitue un premier pas vers la mobilisation de ressources nouvelles pour assurer le financement de la perte d'autonomie.

La section VI du budget de la CNSA consacrée aux frais de gestion de la caisse est alimentée par un prélèvement effectué sur les autres sections du budget. Le c) du 2° du **paragraphe I** du présent article exclut explicitement la nouvelle section de toute participation au financement des frais de gestion.

Le **paragraphe II** du présent article prévoit des dispositions transitoires pour l'année 2013. Le taux de la contribution ne s'élèverait cette année-là qu'à **0,15 %** et son produit serait entièrement affecté au **fonds de solidarité vieillesse (FSV)**.

Cette disposition trouve une justification technique dans le fait que le FSV est un organisme qui concourt au financement des régimes de base de sécurité sociale, contrairement à la CNSA.

Elle devrait venir combler en partie le déficit du FSV évalué pour l'année 2012 à 4,1 milliards d'euros par l'annexe 8 au projet de loi de financement.

• Selon l'étude d'impact annexée à ce texte, le rendement de la « Casa » devrait s'élever à **350 millions d'euros en 2013** puis **700 millions d'euros à partir de 2014**.

¹ Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, le seuil passe à 11 861 euros pour les habitants de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion et à 12 402 euros pour ceux de la Guyane.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **trois amendements** au présent article.

Le premier vise à décaler du 1^{er} janvier 2013 au **1^{er} avril 2013** l'entrée en vigueur de la « Casa ».

Le deuxième a pour objet de **réduire l'assiette de la contribution aux seuls retraités assujettis au taux de CSG à 6,6 %**. Par rapport au projet de loi initial, seraient donc également exonérés du paiement de la « Casa » les retraités qui, tout en étant assujettis à la taxe d'habitation, bénéficient du taux réduit de CSG de 3,8 %, c'est-à-dire ceux dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente n'atteint pas le seuil de 61 euros applicable pour la mise en recouvrement de celle-ci. Cela reviendrait en pratique à exonérer du paiement de la « Casa » 44 % des retraités.

Le dernier amendement tend à refonder le dispositif transitoire prévu par le présent article. Le taux de la contribution serait porté à **0,3 % dès 2013**.

Son produit ne serait plus directement affecté au FSV mais entièrement à la CNSA : 95 % iraient à la section II du budget (financement de l'Apa) et 5 % à la section IV (actions innovantes). En revanche, afin que la mesure reste neutre pour le FSV, une part de la CSG affectée à la CNSA serait prélevée à due concurrence sur chacune des deux sections pour être réorientée vers le FSV. L'effet de la modification introduite par l'amendement est donc purement facial puisque la CNSA ne bénéficierait d'aucune augmentation de ses ressources par ce biais en 2013. Cette disposition permet cependant de respecter, en ce qui concerne la « Casa », le principe de sanctuarisation de la CSA au sein du budget de la CNSA qui s'applique depuis la création de cette contribution.

L'effet des modifications de taux, d'assiette et de date d'entrée en vigueur introduites par les trois amendements devrait conduire à porter le rendement de la contribution à **450 millions d'euros en 2013** puis **600 millions d'euros à partir de 2014**.

III - La position de votre rapporteur

Outre son application aux revenus du capital, la CSA est actuellement acquittée par les employeurs en contrepartie de la journée de solidarité, travaillée et non rémunérée, effectuée par les seuls salariés.

Posée depuis plusieurs années, la question de l'élargissement de son assiette **figure parmi les propositions régulièrement avancées** pour assurer le financement d'une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ainsi, le rapport du groupe de travail n° 4, remis en juin 2011 au moment du débat national sur la dépendance, évoquait cette piste, estimant qu'elle pourrait procurer des recettes de 950 millions d'euros¹.

¹ Rapport du groupe de travail n° 4 : « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », juin 2011.

Ce débat a récemment été ouvert au Sénat, avec l'examen, le 25 octobre dernier, de **la proposition de loi dont Gérard Roche était le rapporteur ainsi que le premier signataire**, avec l'ensemble des membres du groupe centriste et quelques représentants du groupe Union pour un mouvement populaire (UMP).

Adopté par 178 voix contre 166, ce texte prévoit, comme l'article 16 dans sa version initiale, l'extension de la CSA de 0,3 % aux pensions de retraite supérieures au seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation.

Il s'en distingue toutefois :

- en **prévoyant également l'extension de la CSA de 0,3 % aux revenus d'activité non salariés** (agricoles et non agricoles) ;

- en **affectant l'intégralité des ressources ainsi dégagées**, dont le montant a été estimé à une fourchette allant de 884 à 910 millions d'euros, à la section II du budget de la CNSA, c'est-à-dire **au financement de l'Apa** ; l'augmentation du taux de couverture de l'Apa par la CNSA devrait conduire peu ou prou à un partage 50/50 du financement de la prestation entre l'Etat et les départements.

Comme précédemment indiqué, l'article 16 prévoit quant à lui l'affectation du produit de la « Casa » à une section nouvelle du budget de la CNSA à compter de 2014. Pour l'année 2013, il prévoit, à titre dérogatoire, l'affectation de 95 % à la section II et de 5 % à la section IV, mais retire à due concurrence de chacune de ces sections une partie du produit de la CSG pour la transférer au FSV.

Au cours de sa réunion du 17 octobre, la commission des affaires sociales a procédé à une discussion générale sur la proposition de loi de Gérard Roche. Toutefois, elle n'en a pas examiné les articles. C'est ainsi le texte initial de la proposition de loi qui a été examiné en séance publique et qui, après avoir été amendé, a été adopté par le Sénat.

Une semaine plus tard, lors de la discussion du texte en séance, le Gouvernement s'est opposé à la proposition de loi Roche pour deux motifs :

- premièrement, il a estimé que **ce texte préemptait le débat à venir sur la prise en charge de la perte d'autonomie** alors que l'institution de la « Casa », par l'article 16 du PLFSS pour 2013, permettait de mettre en place une provision en vue de cette réforme, sans anticiper sur les choix qui seraient effectués à cette occasion ; il a également rappelé que pour 2013, **un fonds d'urgence de 170 millions d'euros** serait mis en place afin d'alléger les charges liées aux prestations de solidarité pour les départements les plus en difficulté ;

- deuxièmement, **le Gouvernement a jugé inopportune la création d'une contribution supplémentaire sur les revenus non salariés**, alors que l'article 11 du PLFSS pour 2013 prévoit déjà une augmentation des cotisations sociales des travailleurs indépendants pour un montant de 1 milliard d'euros ; toutefois, Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et

de l'autonomie, relevant l'accord de principe du président du RSI, a souligné avoir « *pris bonne note de sa b n volence* » et semblé ne pas exclure pour l'avenir un alignement des non-salariés sur les salariés en cette matière.

Privilégiant la solution retenue par l'article 16 du PLFSS, **les arguments du Gouvernement ont inspiré la grande majorité des votes négatifs émis contre la proposition de loi Roche**, c'est-à-dire ceux des membres du groupe socialiste et d'une partie des membres du groupe du Rassemblement démocratique et social européen (RDSE). **Le vote du groupe communiste, républicain et citoyen (CRC) traduit cependant une opposition à toute contribution nouvelle sur les pensions de retraite**, que ce soit sous la forme proposée par Gérard Roche ou par le Gouvernement.

Votre rapporteur constate qu'**un large consensus existe au sein de la commission des affaires sociales et du Sénat pour élargir l'actuelle assiette de la CSA** et étendre la contribution assise sur les revenus salariés aux pensions de retraite, à l'exception des plus modestes d'entre elles.

Des divergences persistent toutefois sur les modalités et le calendrier d'affectation des ressources nouvelles, ainsi que sur une éventuelle extension aux revenus non salariés.

Dans ces conditions, la commission n'a pas adopté d'amendement sur cet article que **votre rapporteur vous demande d'adopter sans modification.**

Article 17

(art. L. 381-32, L. 382-31 [nouveau] et L. 412-8 du code de la sécurité sociale ; art. L. 2123-25-2, L. 2123-26, L. 2123-27, L. 2123-29, L. 2321-2, L. 2573-8, L. 3123-20-2, L. 3123-21, L. 3123-22, L. 3321-1, L. 3512-1, L. 4135-20-2, L. 4135-21, L. 4135-22, L. 4135-25 et L. 4321-1 du code général des collectivités locales)

Elargissement de la couverture sociale des élus locaux

Objet : Cet article vise à affilier les élus locaux au régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques et à assujettir aux cotisations sociales les indemnités de fonction au-delà d'un certain montant.

I - Le dispositif proposé

- Le droit actuel : des cotisations sociales sur les indemnités de fonction pour certains élus locaux, et dans certaines situations

Le droit commun de la sécurité sociale applicable aux élus locaux consiste à ne pas assimiler le mandat d'élu local à une activité salariée, l'élu ne se trouvant pas dans une situation de subordination par rapport à un employeur. L'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que sont affiliés obligatoirement au régime général de la sécurité sociale les salariés, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat, ne trouve donc pas à s'appliquer.

Par exception à ce principe, l'article L. 381-32 du code de la sécurité sociale rattache au régime général de la sécurité sociale certains élus locaux percevant une indemnité de fonction à **condition qu'ils aient cessé leur activité professionnelle salariée et qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de protection sociale à titre obligatoire**¹ (cas des bénéficiaires de pensions de retraite ou des indépendants bénéficiant du RSI, par exemple). Le régime se veut donc **subsidaire par rapport aux régimes dont bénéficieraient déjà les élus en dehors de leur mandat.**

Les élus locaux concernés sont :

- les maires, quelque soit le nombre d'habitants de la commune, et les adjoints au maire des communes de plus de 20 000 habitants ;
- les maires, adjoints aux maires et conseillers des arrondissements des villes de Paris, Lyon et Marseille ;
- les présidents des établissements publics de coopération intercommunale et les vice-présidents pour les établissements couvrant plus de 20 000 habitants ;

¹ Ceci inclut aussi les fonctionnaires placés en position de détachement pour mandat électif qui conservent le bénéfice de leurs régimes ou les élus locaux députés ou sénateurs qui se trouvent de fait affiliés au régime autonome des parlementaires.

- les présidents des syndicats mixtes constitués de collectivités territoriales et d'établissements publics de coopération intercommunale ainsi que les vice-présidents de ces syndicats lorsqu'ils recouvrent 20 000 habitants au moins ;

- les présidents des conseils généraux ou régionaux ainsi que les vice-présidents ayant reçu délégation de l'exécutif ;

- le président du conseil exécutif de Corse, le président de l'assemblée de Corse et les vice-présidents ayant une délégation de l'exécutif.

L'article L. 381-32 du code de la sécurité sociale conduit à la couverture des risques vieillesse, au versement des prestations en espèces de l'assurance maladie, maternité et invalidité et au bénéfice des prestations en nature de ces mêmes régimes. Les cotisations sociales sont, pour ces régimes, celles de droit commun.

S'agissant des accidents du travail, le code général des collectivités territoriales précise que les collectivités sont responsables des dommages résultant des accidents subis par les élus concernés dans l'exercice de leurs fonctions. Des indemnités journalières peuvent être versées par les collectivités locales au titre de la maladie - pour les élus non couverts par l'article L. 381-32 du code de la sécurité sociale - ou des accidents du travail, pour tous les élus.

Enfin, l'ensemble des élus percevant une indemnité de fonction sont affiliés au régime de retraite complémentaire de l'Ircantec. Pour ceux ne bénéficiant pas de l'article L. 381-32 du code de la sécurité sociale, l'ouverture à des régimes facultatifs par rente (Fonpel ou Carel) est possible.

• Un changement de paradigme : l'affiliation systématique des élus locaux au régime général de la sécurité sociale

Le présent article change de paradigme en ce qui concerne le régime de sécurité sociale applicable aux élus locaux. **Le principe de l'affiliation systématique des élus est retenu, quelle que soit la couverture des risques dont ils bénéficient déjà par ailleurs.**

Les cotisations seront prélevées sur les indemnités de fonction dont le montant est supérieur à un seuil défini par décret, en référence à une fraction du plafond de la sécurité sociale. Ce seuil serait de la moitié du plafond de sécurité sociale (18 192 euros par an ou 1 516 euros par mois en 2012).

Ainsi, indépendamment de leur affiliation au régime général à d'autres titres, qui peuvent leur ouvrir des droits par ailleurs, les élus locaux percevant des indemnités de fonction supérieures à 18 182 euros par an, seront affiliés au titre de leur mandat. Les indemnités de représentation ou de déplacement ne sont pas prises en compte.

Au regard de la CSG et de la CRDS, il convient de rappeler que l'ensemble des indemnités de fonction sont assujetties.

Le 1° du **paragraphe I** du présent article supprime l'article L. 381-32 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire le régime existant d'affiliation de certains élus locaux.

Le 2° du **I** du présent article crée une nouvelle section dans le code de la sécurité sociale, consacrée aux titulaires de mandats locaux. Au sein de cette section, l'article unique L. 382-31 prévoit que les élus des collectivités territoriales mentionnées à l'article 72 de la Constitution, ainsi que les délégués de ces collectivités membres d'un établissement public de coopération intercommunale, sont affiliés au régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques : maladie, maternité et invalidité, vieillesse, famille et accidents du travail-maladies professionnelles.

Le 3° est de conséquence. Il inclut les titulaires de mandats locaux dans la liste des bénéficiaires des dispositions relatives aux accidents du travail-maladies professionnelles.

Le **paragraphe II** du présent article tire les conséquences du nouveau régime dans le code général des collectivités territoriales. Les membres des conseils municipaux, généraux et régionaux seront affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 382-31 précité.

Le **paragraphe III** prévoit l'entrée en vigueur du nouveau dispositif à compter du 1^{er} janvier 2013.

Le seuil retenu exclut du dispositif les maires des communes de moins de 1 000 habitants, tous les adjoints au maire de communes de moins de 50 000 habitants (seuls 700 sur les 160 000 adjoints seraient concernés). Les conseillers généraux des départements de moins de 250 000 habitants et les conseillers régionaux des régions de moins d'un million d'habitants seraient également exonérés de toute cotisation.

La charge liée à l'affiliation des élus percevant des indemnités de fonction au-delà du seuil de cotisation représenterait de l'ordre de 140 millions d'euros par an, supportés à 20 % par les élus et à 80 % par les collectivités. Celles-ci ne prendraient plus en charge les remboursements qu'elles effectuent aujourd'hui au titre des accidents du travail survenus dans le cadre d'exercice de la fonction de l'élu (7 millions d'euros d'économies) et les indemnités journalières au titre de la maladie (13 millions d'euros d'économies).

Concrètement, les élus locaux régis par l'ancien article L. 381-32 du code de la sécurité sociale supporteraient toujours le même niveau de cotisation (7,5 %). Les élus locaux entrant dans le régime se verront imputés sur leur indemnité de fonction les 7,5 % de cotisations nouvelles. Les collectivités locales paieront une part patronale de 29,8 %.

En termes de droits nouveaux, l'impact sera le plus évident en matière de retraite, puisque **les cotisations ouvrent des droits au titre du régime général**. Ceci permettra de compléter les droits à pension acquis par ailleurs, si les élus locaux ont une activité à temps partiel, cotisent en dessous du plafond de sécurité sociale ou sont affiliés à un autre régime que le régime général.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté sur cet article quatre amendements rédactionnels à l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur est conscient de l'impératif de solidarité nationale et du devoir d'exemplarité des élus. C'est à ce titre que se justifie le plus l'assujettissement de leurs indemnités de fonction aux cotisations sociales, étant rappelé qu'elles sont déjà soumises à CSG et CRDS.

Il convient toutefois de prévoir le cas où des élus locaux auraient des indemnités de fonction inférieures à 1 516 euros par mois, mais ne seraient pas couverts par ailleurs par un régime obligatoire de sécurité sociale. A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **un amendement** afin de leur permettre de cotiser et de s'ouvrir des droits à prestations sociales, à une couverture maladie et à pensions.

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

Article 18

(art. 28 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011

de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

art. L. 134-14 [nouveau] et L. 715-1 du code de la sécurité sociale)

Alignement des taux de cotisations au régime général d'assurance maladie des salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et clarification du financement du régime spécial de retraite des chemins de fer secondaires

Objet : Cet article vise, d'une part, à appliquer aux salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris affiliés au régime général d'assurance maladie le même régime de cotisations que les fonctionnaires, d'autre part, à clarifier le financement du régime spécial de retraite des chemins de fer secondaires.

I - Le dispositif proposé

- L'intégration du régime spécial de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris au régime général de la sécurité sociale

Le personnel de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) relève d'un **régime spécial** de sécurité sociale. Ce régime est la conséquence de leur statut particulier. Les salariés de la CCIP sont des agents consulaires ; ce ne sont pas des fonctionnaires mais des agents de droit public titulaires.

Ce personnel a été progressivement intégré au régime général.

L'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a tout d'abord prévu l'affiliation des salariés et anciens salariés de la CCIP au régime général pour les **risques vieillesse et invalidité** à compter du 1^{er} janvier 2006. Cette mesure avait été justifiée, à l'époque, par la situation de déficit structurel de ce régime spécial et la volonté d'alignement de la CCIP sur les autres chambres de commerce et d'industrie¹.

En pratique, seul le risque vieillesse a été transféré au régime général, la gestion du risque invalidité étant difficile à dissocier de celle du risque maladie non transféré.

Dans la continuité de cette réforme, l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a ensuite prévu le transfert, du régime spécial vers le régime général, des **risques maladie et maternité** pour les salariés et anciens salariés de la CCIP, à compter du 1^{er} janvier 2013 ainsi qu'à cette même date, leur affiliation au régime général pour le risque invalidité.

¹ La CCIP est la seule chambre à avoir maintenu un régime spécial.

Cette intégration doit coïncider avec la date de création de la Chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France¹, à laquelle seront rattachées outre la CCIP, les chambres de commerce et d'industrie territoriales de l'Essonne et de Seine-et-Marne ainsi que les chambres de commerce et d'industrie départementales des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne, du Val-d'Oise et des Yvelines.

Il est prévu que **le régime général prenne en charge uniquement les prestations en nature servies au titre des risques maladie, maternité, invalidité et décès**. Les personnels de la CCIP ne sont pas concernés par les prestations en espèces (indemnités journalières) du régime général. En effet, ils bénéficient d'une prise en charge de ces prestations par la CCIP ; les statuts du personnel prévoient ainsi le maintien du salaire même en cas d'arrêt de travail pour maladie non professionnelle. Les autres chambres de commerce, elles, ne prennent pas en charge les prestations en espèces, qui sont donc versées par le régime général.

• L'application, aux salariés de la CCIP intégrés au régime général, des mesures relatives aux fonctionnaires

Le présent article comporte **trois mesures** qui tiennent compte du statut particulier des salariés de la CCIP. Celles-ci modifient l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

- *Une affiliation limitée aux prestations en nature*

Le *a)* du **paragraphe I** apporte la précision omise dans la loi de financement pour 2012, selon **laquelle l'affiliation des salariés de la CCIP au régime général ne vaut que pour les prestations en nature**.

Les prestations en espèces prévues aux articles L. 321-1 et L. 331-3 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les indemnités versées respectivement en cas d'arrêt maladie et d'arrêt maternité, sont prises en charge par la CCIP.

- *Le maintien de l'exemption de la cotisation salariale d'assurance maladie*

Le *b)* du **I** prévoit le maintien de l'application aux personnels de la CCIP des dispositions de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale.

En application de cet article, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, **les salariés de la CCIP ne sont pas redevables de la cotisation salariale d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès du régime général**.

Cette cotisation salariale est, en effet, destinée à financer les prestations en espèces du régime général, dont ne bénéficient pas les salariés de la CCIP. Il est donc logique que, comme les fonctionnaires, ils soient dispensés de cette cotisation.

¹ Créée par la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services.

Or, dans le cadre de l'intégration du régime spécial de la CCIP au régime général, **le maintien de l'exemption de cotisation salariale d'assurance maladie pour ses personnels nécessite une disposition législative**. A défaut, ceux-ci se verraient assujettis au taux de cotisation applicable aux assurés du régime général, soit 0,75 %.

- L'alignement du taux de cotisation dû par la CCIP sur celui acquitté par l'Etat

Par analogie avec les règles appliquées pour les fonctionnaires relevant du régime général pour les seules prestations en nature, **le paragraphe II** du présent article prévoit que **le taux de cotisation dû par la CCIP pour ses salariés affiliés au régime général soit identique à celui acquitté par l'Etat** pour les fonctionnaires affiliés au régime général.

Actuellement de 5,1 %, ce taux de la cotisation sera porté à 9,7 % au terme d'une période transitoire de montée en charge qui s'achèvera au 31 décembre 2018. Un projet de décret simple, en cours d'élaboration, fixe le calendrier de ce relèvement, selon une progressivité annuelle de 0,7 point.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **un amendement** présenté par le Gouvernement portant sur **le régime spécial de retraite des agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways**, qui est en voie d'extinction.

L'amendement modifie tout d'abord le titre du chapitre IV du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale (« Relations interrégimes » à la place de « Compensation »).

Il rétablit ensuite, après l'article L. 134-13, une section 6 intitulée « Relations entre le régime général et les régimes spéciaux »¹, composée d'un article unique, **l'article L. 134-14**.

Celui-ci prévoit que **les charges et les produits du régime spécial de retraite des agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways, mentionnés à l'article L. 715-1, sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)** qui en assure l'équilibre financier. Cette mesure s'appliquera à compter de l'exercice 2013. En contrepartie, la Cnav recevra les réserves du régime spécial.

Le régime spécial de retraite des agents des chemins de fer secondaires, créé en 1922, n'accueille plus de nouveaux assurés depuis 1954, date à laquelle les agents nouvellement recrutés ont été basculés vers la Cnav

¹ La section 6 était constituée d'un seul article (article L. 134-14), qui a été abrogé par l'article 75 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005.

pour la couverture retraite de base et vers la Carcept¹ pour la couverture complémentaire. Il compte aujourd'hui moins de 8 000 assurés.

Depuis 1992, la Cnav en assure la gestion dans le cadre d'un fonds spécial qui, conformément aux dispositions des articles L. 715-2 et D. 715-1 du code de la sécurité sociale, doit être équilibré en recettes et en dépenses. Lorsque les recettes ne permettent pas de couvrir la totalité des dépenses, l'équilibre du fonds est assuré par le versement d'une contribution de l'Etat dont le montant est fixé en loi de finances.

Comme le note **la Cour des comptes** dans son rapport sur la certification des comptes du régime général portant sur l'exercice 2011, ce fonds dégage des déficits depuis 2005. Cependant, la Cnav s'est abstenue à ce jour de constater une quelconque créance sur l'Etat. Au 31 décembre 2011, cette créance s'élevait pourtant à 84 millions d'euros.

Pour la Cour, le défaut d'inscription dans les comptes de la Cnav de la créance qu'elle détient sur l'Etat au titre du financement des déficits du fonds spécial des chemins de fer secondaires affecte la sincérité et la fidélité des comptes de la caisse.

En prévoyant que les charges et les produits du régime spécial sont retracés dans les comptes de la Cnav, **le présent amendement répond à l'observation de la Cour.**

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur reconnaît l'utilité de cet article qui, d'une part, précise les modalités d'intégration du régime spécial de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris au régime général, d'autre part, rationalise les relations financières entre le régime spécial des chemins de fer secondaires et la Cnav.

En conséquence, il vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ La Carcept est la caisse de retraite complémentaire des salariés du secteur des transports et de la logistique.

Article 19

(art. 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières)

Relèvement des taux de la contribution tarifaire d'acheminement

Objet : Cet article prévoit le relèvement de la fourchette des taux de la contribution tarifaire d'acheminement (CTA) applicable aux prestations de distribution de gaz pour répondre au besoin de financement du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG).

I - Le dispositif proposé

• La contribution tarifaire d'acheminement

La CTA constitue une imposition de toute nature instituée par l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. Elle participe au financement de deux catégories de dépenses de la branche vieillesse de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) :

- d'une part, les **droits spécifiques passés** : il s'agit des droits des agents travaillant dans les activités dites « régulées » (c'est-à-dire les activités d'acheminement de l'énergie), constitués avant l'adossement, le 31 décembre 2004, du régime spécial au régime général. La part des charges prise en charge par la CTA a été fixée à 60,43 % du total des droits spécifiques passés ;

- d'autre part, la **soulte due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav) en contrepartie de l'adossement du régime** à hauteur de la même quote-part que pour les droits spécifiques, soit 60,43 %. Dans le cadre de l'adossement en effet, les régimes de retraite de droit commun versent à la Cnieg des financements égaux à la somme des pensions de vieillesse qu'ils auraient versées, selon leurs propres règles, aux agents des industries électriques et gazières (IEG) si ces derniers relevaient de leurs régimes. En contrepartie, les régimes de droit commun perçoivent des cotisations dont la somme correspond à celle des cotisations qui leur auraient été versées si les agents des IEG relevaient de leurs régimes. La neutralité de l'adossement est assurée par le versement d'une soulte au régime général.

En 2011, le rendement de la CTA a été de **1,138 milliard d'euros**, dont 73 % ont financé les droits spécifiques et 27 % ont été reversés à la Cnav au titre de la soulte.

La CTA est assise sur la part fixe hors taxe des tarifs d'utilisation des réseaux de transport et de distribution d'électricité et sur une quote-part hors taxe des tarifs d'utilisation des réseaux de transport et de distribution de gaz naturel. Elle revêt **quatre taux différents** selon qu'il s'agit de la distribution ou du transport de l'électricité ou du gaz naturel. Ces taux sont fixés par arrêté interministériel des ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité

sociale, après avis de la commission de régulation de l'énergie, **dans la limite de fourchettes définies par la loi du 9 août 2004**. Ces taux sont compris :

- entre 1 % et 10 % s'agissant de l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel ;

- entre 10 % et 20 % s'agissant de l'utilisation des réseaux de distribution de gaz naturel ;

- entre 5 % et 15 % s'agissant de l'utilisation des réseaux de transport et de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale à 50 kilovolts ;

- et entre 15 % et 30 % s'agissant de l'utilisation des autres réseaux de distribution d'électricité.

- Les difficultés financières du régime de retraite des IEG

Le **paragraphe V** de l'article 18 de la loi du 9 août 2004 prévoit que les taux de la CTA sont fixés « *en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années* ». En décembre 2005, les taux ont ainsi été établis à des niveaux permettant d'équilibrer sur cinq ans l'évolution des droits passés relatifs aux activités régulées. Cette mesure a permis à la Cnieg de dégager un excédent jusqu'en 2007 puis ponctuellement en 2010. Il a été décidé en 2010 de maintenir inchangés les niveaux de ces taux en raison d'un surcroît de financement intervenu de manière exceptionnelle dans le cadre de la clause de revoyure de l'adossment avec l'Agirc et l'Arcco.

Cependant, depuis l'exercice 2011, la branche vieillesse de la Cnieg se trouve de nouveau en situation de déficit, **le produit de la CTA ne permettant pas d'assurer l'intégralité du financement des charges qui lui incombent**.

Selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2012, sous l'hypothèse d'un maintien des taux à leurs niveaux actuels, le déficit de la branche vieillesse de la Cnieg atteindrait 100 millions d'euros en 2012 puis **150 millions d'euros en 2013**, ce qui conduirait à **l'épuisement de ses réserves fin 2013**.

- Le relèvement de la fourchette de taux s'appliquant à la distribution de gaz naturel

Pour répondre au besoin de financement du régime spécial de retraite des IEG, le Gouvernement prévoit d'augmenter les taux de la CTA.

A cette fin, seul le relèvement du taux applicable à la distribution du gaz naturel requiert une intervention législative. Le présent article prévoit de modifier le paragraphe V de l'article 18 de la loi du 9 août 2004 pour **élargir la fourchette qui encadre la fixation de la CTA applicable aux tarifs de distribution du gaz naturel**. La borne plancher passerait de 10 % à 15 % et la borne plafond de **20 % à 25 %**.

S'agissant des hausses des trois autres taux applicables respectivement à la distribution d'électricité, au transport d'électricité et au transport de gaz, elles s'opéreront à l'intérieur des fourchettes actuellement définies par la loi.

Au total, selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, les nouveaux taux définis par arrêté pour les cinq prochaines années passeront de :

- 8,2 % à 9,51 % pour les prestations de transport d'électricité ;
- 21,0 % à 23,65 % pour les prestations de distribution d'électricité ;
- 5,3 % à 5,77 % pour les prestations de transport de gaz naturel ;
- 17,7 % à 21 % pour les prestations de distribution de gaz naturel.

Ces hausses de taux engendreraient pour la Cnieg un surcroît de recettes de **160,5 millions d'euros en 2013** et de 165 millions d'euros en 2016. La hausse du taux applicable aux tarifs de distribution de gaz naturel rapporterait à elle seule **45 millions d'euros en 2013** et 48 millions d'euros en 2016.

Les relèvements de la CTA engendrent très peu de changements pour le consommateur final d'énergie. Selon les exemples fournis dans l'étude d'impact, le surcoût sera de 20 centimes par mois pour un foyer de cinq personnes habitant un logement de 120 mètres carrés exclusivement équipé au gaz, et de 27 centimes par mois pour ce même foyer si son logement est équipé à l'électricité.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur accueille favorablement cette mesure qui permet de maintenir l'équilibre financier du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières et la neutralité financière de son adossement aux régimes de droit commun sans peser de manière excessive sur les consommateurs.

Il vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 20

(art. L. 136-2 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale)

Régime social de l'indemnité spécifique versée à l'occasion de la rupture conventionnelle du contrat de travail

Objet : Cet article vise à assujettir au forfait social la part des indemnités de rupture inférieure au plafond d'exonération des cotisations sociales (deux plafonds de la sécurité sociale).

I - Le dispositif proposé

- Des indemnités de rupture conventionnelle aujourd'hui assimilées aux indemnités de licenciement

Le rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales a souligné à l'été 2011 que le régime français d'exonération aux prélèvements fiscaux et sociaux - selon les montants - des indemnités de licenciement, de mise à la retraite, versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi ou de rupture conventionnelle n'avait pas d'équivalent à l'étranger. Selon l'étude d'impact du présent article, l'Allemagne, les Etats-Unis ou la Suède assujettissent ces indemnités au régime fiscal et social de droit commun. Le Royaume-Uni les exonère dans le cadre d'un plafond plus bas qu'en France. L'Italie les soumet au taux de la première tranche de l'impôt sur le revenu.

La loi du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail a créé une modalité de rupture du contrat de travail dont peuvent convenir d'un commun accord l'employeur et le salarié. Il n'y a pas, comme dans le cas d'un licenciement, de décision unilatérale de l'employeur, mais un accord qui doit être homologué par les Direccte (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi), ou, pour les salariés protégés, par l'inspection du travail. Le salarié bénéficie de l'indemnisation au titre du chômage dans les conditions de droit commun.

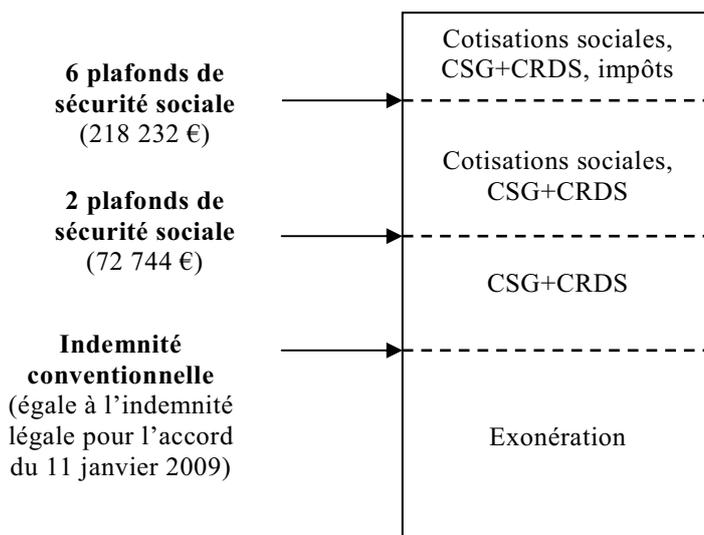
En 2010, on relevait 253 000 ruptures conventionnelles, pour 30 500 ruptures pour mise à la retraite et 305 000 licenciements.

Le régime social des indemnités de rupture conventionnelle est identique à celui des indemnités de licenciement à deux exceptions près.

Les indemnités versées à un salarié pouvant liquider une pension de retraite à un régime obligatoire de base sont soumises à cotisations sociales, CSG et impôts au premier euro. Pour les salariés couverts par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2009 (secteur privé à l'exception des professions libérales, des associations et des employeurs agricoles), le montant de l'indemnité conventionnelle est fixé au niveau de l'indemnité légale. Toute indemnité supérieure à l'indemnité légale est donc soumise à CSG.

On rappelle enfin que, s'agissant des indemnités de rupture conventionnelle comme des indemnités de licenciement, les indemnités supérieures à dix plafonds annuels de la sécurité sociale (363 720 euros) sont assujetties aux cotisations sociales, CSG et impôts au premier euro.

Régime des indemnités de rupture conventionnelle



Source : étude d'impact du présent article

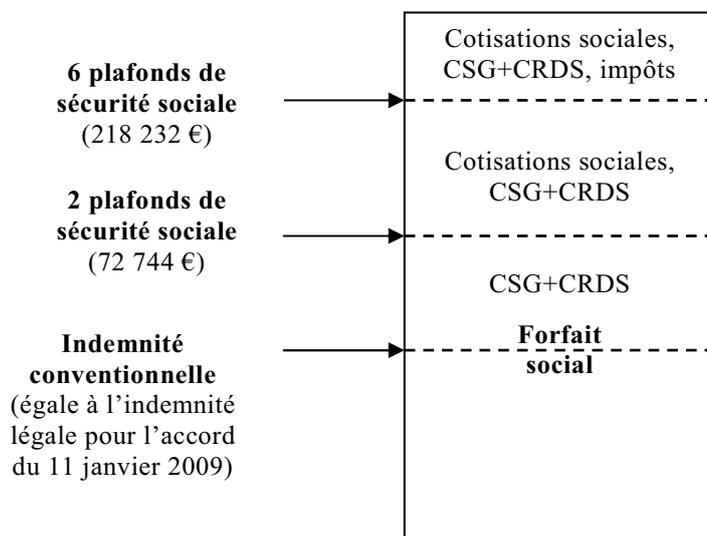
- Les modifications proposées par le Gouvernement : un assujettissement au forfait social

Le 1^o du **paragraphe I** du présent article supprime de la liste des exemptions au forfait social les indemnités de rupture conventionnelle (article L. 137-15 du code de la sécurité sociale). Les indemnités de licenciement, de mise à la retraite, ainsi que de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi resteraient exonérées.

Le Gouvernement considère que les indemnités de rupture conventionnelle ne peuvent faire l'objet du même régime que celles résultant d'une décision unilatérale de l'employeur.

En conséquence, le 2^o du **I** intègre les indemnités de rupture conventionnelle dans l'assiette du forfait social (20 %) pour celles non assujetties aux cotisations sociales (sont assujettis en totalité les salariés pouvant liquider leur pension et les indemnités supérieures à dix plafonds annuels de la sécurité sociale). L'assiette du forfait social serait la part de l'indemnité non soumise à cotisations sociales, en dessous de deux plafonds annuels de la sécurité sociale de telle sorte que les employeurs assument une contribution, quelle que soit sa forme, sur l'ensemble des montants des indemnités de rupture conventionnelle.

Nouveau régime proposé pour les indemnités de rupture conventionnelle



Source : étude d'impact du présent article

Le **paragraphe II** du présent article précise que l'assujettissement des indemnités de rupture est indépendant de leur assujettissement à l'impôt sur le revenu.

Le rendement de la mesure est estimé à 330 millions d'euros sur la base de 250 000 ruptures conventionnelles prévues au titre de 2013, avec un montant moyen d'indemnité de 7 430 euros en 2010.

L'ensemble du produit issu de la mesure serait affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. La clé de répartition du produit du forfait social à 20 % est donc ainsi modifiée :

	Situation actuelle	2013
Assurance maladie	5 %	6,1 %
Assurance vieillesse	6 %	5,6 %
FSV	9 %	8,3 %
Total	20 %	20 %

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel sur cet article.

III - La position de votre rapporteur

Le régime dérogatoire appliqué aux indemnités de rupture conventionnelle fait partie des niches sociales examinées par le comité d'évaluation des dépenses fiscales qui lui a attribué la note de 0 sur une échelle allant de 0 à 3, 0 caractérisant les niches fiscales et sociales à la fois inefficaces et inefficaces.

La mesure proposée par le Gouvernement va donc dans le sens d'une réduction du montant des niches sociales que la commission réclame de ses vœux de manière constante.

Votre rapporteur vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 21

*(art. L. 862-2, L. 862-3, L. 862-4, L. 862-5, L. 862-6 et L. 862-7
du code de la sécurité sociale)*

Remboursement par le fonds CMU des dépenses des organismes gestionnaires de la CMU-c

Objet : Cet article permet un remboursement des dépenses de CMU-c engagées par les organismes gestionnaires, notamment la Cnam, plus proches des réalisations effectives.

I - Le dispositif proposé

• **Le financement actuel de la CMU-c**

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a créé deux mécanismes de solidarité :

- la **couverture maladie universelle (CMU)** permet l'affiliation au **régime de base** de toute personne résidant en France¹ de façon stable et régulière lorsqu'elle n'a droit à aucun titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Seul le régime général assure la gestion de ce dispositif, qui n'est **pas lié aux ressources** du bénéficiaire mais à sa condition de non-affiliation à un régime. D'ailleurs, l'assuré dont le niveau de ressources est supérieur à 9 164 euros par an pour 2011 verse une cotisation égale à 8 % de son revenu fiscal de référence. La loi de 1999 a attribué de nouvelles ressources fiscales à la Cnam pour financer la CMU.

Le nombre de bénéficiaires de la CMU s'élève à **2,15 millions** à la fin de 2011 dont 85 % en métropole et 15 % dans les départements d'outre-mer. Les allocataires du revenu de solidarité active (**RSA**) représentent **75 %** des assurés CMU ;

¹ Hors collectivités d'outre-mer.

- la **couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)** fournit une assurance complémentaire gratuite pour les personnes disposant de ressources inférieures à 7 771 euros par an, soit **648 euros par mois**. A la fin 2011, le **nombre de bénéficiaires s'élève à 4,4 millions**, dont 87 % en métropole et 13 % dans les départements d'outre-mer. En métropole, les bénéficiaires de la CMU-c représentent 5,9 % de la population et 30 % dans les DOM. Presque le quart des effectifs métropolitains sont concentrés dans cinq départements : Nord, Bouches-du-Rhône, Seine-Saint-Denis, Pas-de-Calais et Paris.

Le dispositif de la CMU-c est relativement connu et on estime que seuls 16 % des bénéficiaires potentiels n'ont pas fait valoir leurs droits.

La CMU-c peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire de base, ce qui est le cas à 84,3 % fin 2011, ou par un organisme complémentaire (OC, 15,7 % des situations).

Les régimes de base et les organismes complémentaires ont dépensé **1,7 milliard d'euros en 2010** pour la CMU-c, c'est-à-dire la part complémentaire des prestations des bénéficiaires, dont 1,5 milliard pour le seul régime général (Cnam).

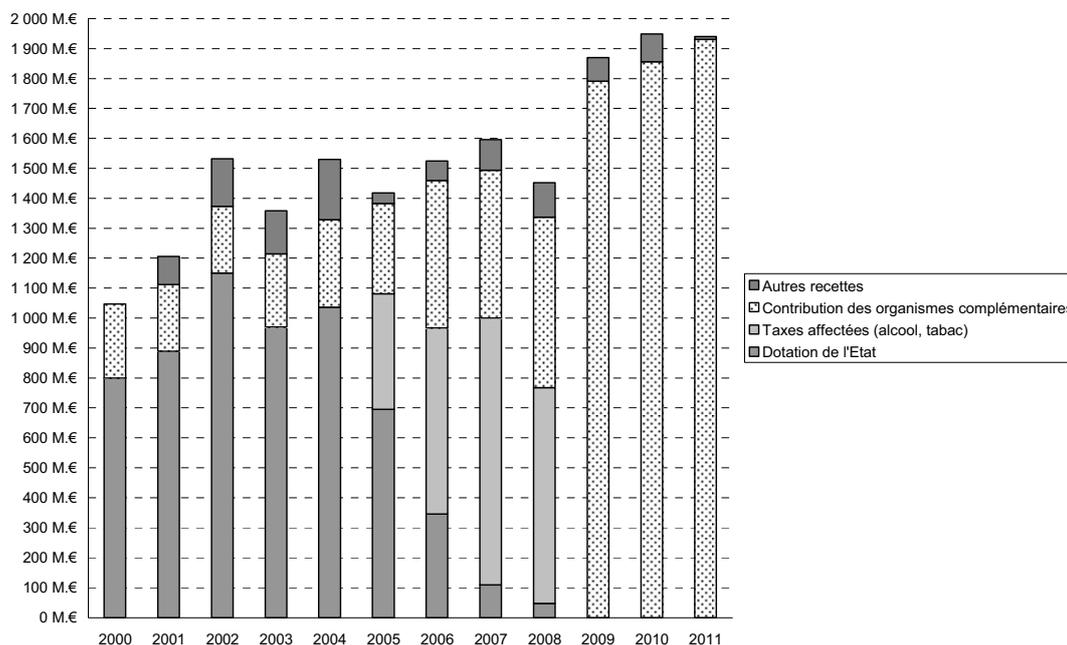
Le « fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », établissement public communément appelé « fonds CMU » alors que l'appellation fonds CMU-c serait plus logique, verse aux organismes gestionnaires **un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire de la CMU-c** qu'ils gèrent : ce forfait s'élevait à 340 euros de 2006 à 2008 et a été revalorisé à **370 euros** depuis 2009.

Or, ce forfait ne couvre pas l'ensemble des dépenses des organismes gestionnaires qui, en outre, varient sensiblement en fonction de la situation de santé de leurs bénéficiaires : le coût moyen par bénéficiaire s'élevait ainsi à **429,75 euros** en 2010 pour la Cnam et à **372,4 euros pour les complémentaires**. Depuis 2005, la Cnam est constamment déficitaire dans la gestion des allocataires de la CMU-c et finance donc une partie des dépenses par ses ressources générales ; pour les organismes complémentaires, l'écart entre les recettes perçues du fonds CMU-c et leurs dépenses afférentes est moindre, même si la moyenne peut masquer des situations diverses selon les OC.

D'abord financé principalement par une dotation de l'Etat, le fonds a ensuite perçu une fraction des taxes sur l'alcool et sur le tabac, puis exclusivement, à compter de 2009, une contribution des organismes complémentaires. Cette « *taxe de solidarité* » atteint 6,27 % du montant de la cotisation des adhérents¹. **La CMU-c repose donc sur un mécanisme de solidarité entre les cotisants à un contrat de complémentaire santé et ceux qui disposent de ressources inférieures à 648 euros par mois.**

¹ Article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Ressources du fonds CMU



Source : fonds CMU

• **Le maintien d'un forfait de remboursement, qui sera dorénavant limité aux dépenses réelles et qui sera majoré pour la Cnam**

Les dépenses des contrats CMU-c sont remboursées par le fonds aux organismes gestionnaires sous la forme d'un forfait par bénéficiaire : dès lors, si les dépenses réelles dépassent ce forfait, les organismes supportent la différence ; *a contrario*, lorsque la dépense est inférieure au forfait, les gestionnaires conservent cet excédent.

Selon les estimations du fonds CMU pour 2011, les dépenses moyennes de la Cnam excèdent d'environ 75,3 euros le montant des remboursements, ce qui entraîne un déficit de gestion de près de 257 millions d'euros pour la seule année 2011. Pour les organismes complémentaires, le déficit est estimé à 8,7 millions. Les autres régimes de base qui gèrent le dispositif sont dans des situations contrastées : la mutualité sociale agricole est déficitaire (0,78 million) et le régime social des indépendants excédentaire.

La réforme proposée (1° du **paragraphe I**) préserve le principe d'un forfait annuel, qui sera fixé par décret puis revalorisé chaque année selon l'inflation prévisionnelle. L'étude d'impact du projet de loi mentionne **le relèvement du forfait de 370 à 400 euros pour 2013**.

Contrairement à la situation actuelle, le remboursement des sommes dues sera **limité aux dépenses réellement effectuées** par les organismes gestionnaires.

En outre, **le remboursement à destination de la Cnam sera majoré**, dans des conditions fixées par décret, d'un versement permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses qu'elle engage.

A titre exceptionnel en 2013, cette majoration tiendra compte des sommes engagées par la Cnam pour les exercices 2012 et 2013 dans la limite du résultat comptable du fonds (**paragraphe II**).

Dans le même temps, la réforme (**2° du paragraphe I**) supprime la possibilité d'affecter, par arrêté, tout ou partie du report à nouveau du fonds CMU au profit de la Cnam. Cette possibilité avait été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009¹ pour prendre en compte la situation particulièrement déficitaire de la Cnam au regard de la gestion des allocataires de la CMU-c. Ce dispositif n'est plus nécessaire, du fait de la majoration du remboursement envers la Cnam prévu précédemment.

Le fonds CMU devra transmettre au Gouvernement, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires.

Par ailleurs, les **4° et 6° du paragraphe I** clarifient la répartition des compétences en ce qui concerne le **contrôle du recouvrement** de la taxe due par les organismes complémentaires pour financer le fonds CMU : celui-ci définira les orientations (4°) de ce contrôle au vu des vérifications (6°) qu'il aura opérées et en liaison avec les organismes chargées du recouvrement des cotisations sociales. Le droit actuel prévoit que ces organismes peuvent déléguer le contrôle au fonds CMU.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de votre rapporteur

Le remboursement des dépenses liées à la couverture maladie universelle complémentaire est basé sur un forfait qui présente deux biais : il est aujourd'hui insuffisant pour couvrir les frais de la plupart des organismes gestionnaires ; il peut être supérieur aux charges réellement engagées.

La réforme proposée corrige ces défauts, en revalorisant le montant du forfait et en limitant le remboursement aux dépenses réelles.

On peut cependant regretter le « découpage » de cette réforme puisque son pendant financier, à savoir l'augmentation des ressources du fonds, est prévu, non pas dans le présent projet de loi de financement, mais dans le projet de loi de finances pour 2013. Selon son article 38, le fonds bénéficiera en effet, à compter du 1^{er} janvier 2013 :

- de la part de l'Etat au sein de la taxe sur les boissons sucrées, pour un montant estimé de 153 millions ;

- de la part de la Cnam au sein de la taxe sur les boissons sucrées, pour un même montant estimé ;

¹ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

- de la taxe sur les boissons avec édulcorants affectée aujourd'hui à l'Etat (61 millions).

L'exposé des motifs du projet de loi de financement évoque au total « *un effort de près de 360 millions d'euros* », mais ce calcul inclut étonnamment le transfert par la Cnam au fonds CMU des recettes qu'elle perçoit de la taxe sur les boissons sucrées (153 millions attendus en 2013) ; or, dans le même temps, la Cnam sera la première bénéficiaire de l'amélioration des remboursements opérés par le fonds... Il est donc très malaisé de savoir si, en définitive, les équilibres du régime général d'assurance maladie en seront améliorés.

L'« effort » de l'Etat se limite en fait à 214 millions d'euros au profit du fonds CMU, mais l'exposé des motifs de l'article 38 du projet de loi de finances souligne qu'en réalité, « *ces réaffectations seront sans effet sur l'équilibre financier de l'Etat* » du fait de mesures prises par ailleurs.

En ce qui concerne l'article lui-même, le forfait versé à la Cnam sera majoré si ses dépenses y sont supérieures. **Réserver ce dispositif à la Cnam** et ne pas l'ouvrir aux organismes gestionnaires qui seraient dans la même situation pourraient constituer **une rupture d'égalité**. En outre, la majoration du forfait n'est pas conditionnée, dans la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale, à **l'existence d'un excédent pour le fonds CMU**, contrairement au droit existant.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, à l'unanimité, **un amendement** visant à modifier l'alinéa 5 de l'article pour prendre en compte ces deux sujets.

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

Article 22

(art. 575 et 575 A du code général des impôts)

Mesures relatives à la fiscalité des tabacs

Objet : Cet article vise à modifier la fiscalité des tabacs dans un objet d'optimisation des recettes et de lutte contre le tabagisme.

I - Le dispositif proposé

- Les droits sur les tabacs, une fiscalité complexe et illisible

Les droits sur les tabacs offrent aujourd'hui l'exemple d'une fiscalité inutilement complexe et opaque. Celle-ci ne peut être comprise qu'à la lumière de son impact sur les différents acteurs du marché. Les enjeux économiques ont été dans l'histoire tout aussi prégnants que les objectifs de santé publique pour déterminer la structure et le mode de calcul des droits de consommation sur les tabacs.

Les droits sur les tabacs s'appliquent à six groupes de produits.

Les groupes de produits de la fiscalité du tabac

Cigarettes
Cigares et cigarillos
Tabac à rouler
Autres tabacs à fumer
Tabacs à fumer
Tabacs à mâcher

Les droits de consommation sur les cigarettes constituent l'élément central de la fiscalité sur le tabac. Ils sont calculés de manière différente de ceux applicables aux autres produits du tabac, auxquels est simplement applicable un taux proportionnel, avec un minimum de perception.

Le calcul des droits de consommation sur les cigarettes suppose plusieurs étapes.

Tout d'abord, est établi chaque année un prix de référence de la cigarette. Ce prix correspond au prix moyen pondéré de vente¹ au détail de l'année n-1. Il est établi au plus tard le 31 janvier de l'année n sur la base de la valeur totale toutes taxes comprises des produits mis à la consommation, divisée par la quantité totale mise à la consommation.

Dans la perspective de la taxation, le prix de référence est établi pour mille cigarettes et arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure par rapport au prix moyen pondéré.

Exprimé pour un paquet de cigarettes, le prix de référence est en 2012 de 5,70 euros pour vingt cigarettes.

Pour cette classe de prix, les droits sur les tabacs sont calculés de manière proportionnelle. On applique un pourcentage - 64,25 % en 2012 - au prix de référence. Les droits de consommation sur un paquet de vingt cigarettes à 5,70 euros s'établissent ainsi à 3,66 euros. Il convient d'ajouter à ces droits la TVA, calculée « en dedans », avec un taux de 16,388 %², soit une TVA de 0,90 euro pour un paquet de vingt cigarettes de la classe de référence. Au total, la charge fiscale sur la classe de prix de référence est de 80,52 %, soit de 4,59 euros pour un paquet de vingt cigarettes.

¹ Jusqu'à la loi de finances rectificative pour 2010, le prix de référence était celui de la cigarette de la classe de prix la plus demandée (la Marlboro). Ce prix changeait en cours d'année, au fil des augmentations de prix. Le montant de la part spécifique changeait donc à chaque augmentation de prix.

² $1/(1+19,6\%)$.

Taxation en 2012 des cigarettes par rapport au prix de référence (5,70 €)*

Structure de prix	Taux	Paquet 20 cigarettes à 5,35 €	Paquet 20 cigarettes à 5,50 €	Paquet 20 cigarettes à 5,70 €	Paquet 20 cigarettes à 6,20 €
Prix de vente au détail		5,35 €	5,50 €	5,70 €	6,20 €
Remise brute allouée au débitant	8,54 % du prix de vente au détail	0,45 €	0,46 €	0,48 €	0,52 €
Droit de consommation	64,25 %			3,66 €	
<i>dont part proportionnelle au prix de vente</i>	54,57 %	Minimum de perception + 10 % 4,02 €	Minimum de perception 3,66 €		3,38 €
<i>dont part spécifique en euros pour 1 000 cigarettes</i>	27,58 €				0,55 €
TVA	16,388 % du prix de vente au détail	0,87 €	0,90 €	0,93 €	1,01 €
Charge fiscale totale		4,89 €	4,56 €	4,59 €	4,94 €
<i>soit par rapport au prix de vente au détail</i>		91,4 %	82,90 %	80,52 %	79,67 %
Marge yc remise débitant en centimes		1 centime	48 centimes	63 centimes	74 centimes

* Les prix hors prix de référence diffèrent volontairement de la réalité du marché, avec un paquet de Marlboro à 6,60 euros et un paquet de Gauloises à 6,10 euros. Cela signifie que le prix de référence est plutôt « en arrière » du marché. Il y a en effet un décalage d'une année entre les prix de marché et le prix de référence.

Source : tarif des douanes

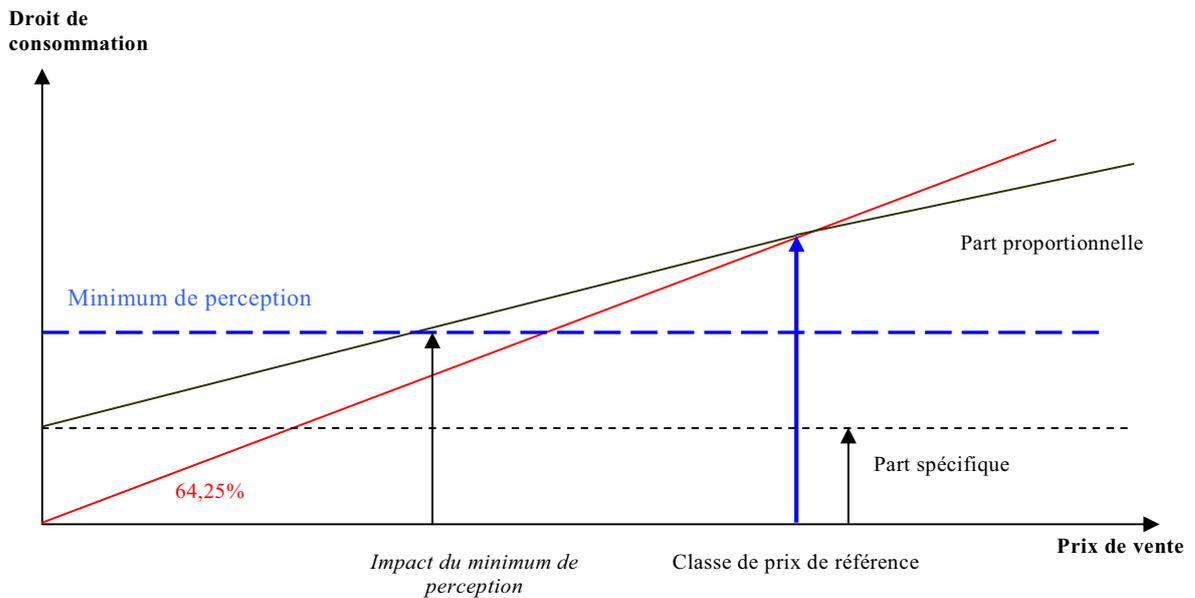
Le calcul des droits sur les cigarettes appartenant à d'autres classes de prix est plus complexe. La taxation a, en effet, un caractère mixte. Elle se décompose entre **une part spécifique et une part proportionnelle** (soit une formule : **a + b % x prix**).

Le mode de détermination de la part spécifique est la suivante. Cette part correspond à l'application d'un pourcentage (12 %) sur la charge fiscale de la classe de prix de référence (*cf.* tableau ci-dessus : 4,59 euros sur un paquet de vingt cigarettes), soit 0,55 euro pour un paquet de vingt cigarettes. Cette part est fixe, en valeur, pour le calcul des droits de consommation sur les cigarettes dont le prix n'est pas aligné sur le prix de référence.

La part proportionnelle est exprimée en pourcentage. Ce pourcentage est calculé à partir de la classe de prix de référence. Pour cette classe, la part proportionnelle est égale à la différence entre le droit de consommation et la part spécifique. Pour un paquet de vingt cigarettes au prix de référence de 5,70 euros, la part proportionnelle est donc de 3,66 euros (droit de consommation) - 0,55 euro (part spécifique), soit 3,11 euros. Exprimé en pourcentage, ceci correspond à 54,57 % du prix de référence. La part proportionnelle est donc obtenue pour toutes les classes de prix par l'application à ce prix d'un pourcentage de 54,57 %.

L'application d'une telle formule mixte - part spécifique et part proportionnelle - a pour effet de rendre la fiscalité sur les tabacs dégressive en fonction du prix. Le montant de l'accise est proportionnel au prix de vente, mais le taux de taxation est inversement proportionnel au prix de vente. Plus le taux spécifique est élevé, plus cette caractéristique se vérifie.

Evolution des droits de consommation sur les cigarettes en fonction du prix



Source : direction générale des douanes et des contributions indirectes

Enfin, le code général des impôts prévoit un **minimum de perception**. Pour les cigarettes dont les droits de consommation seraient inférieurs, c'est ce minimum qui est appliqué. En 2012, le minimum de perception est de 183 euros pour mille cigarettes, soit 3,66 euros pour un paquet de vingt cigarettes. Le minimum de perception est donc aligné en 2012 sur la charge fiscale de la classe de prix de référence (paquet à 5,70 euros les vingt cigarettes). Les cigarettes dont le prix est fixé en deçà de 94 % du prix de référence (en dessous de 5,36 euros pour un paquet de cigarettes en 2012) supportent un minimum de perception majoré de 10 %.

Le minimum de perception, ainsi que les prix auxquels il s'applique, peut être relevé en cours d'année par arrêté du ministre du budget en fonction de la hausse des prix constatée par rapport au prix de référence.

• L'effet des droits de consommation sur la structure de marché

La fixation relative des parts spécifiques et des parts proportionnelles a un impact fort sur la structure de marché et sur les recettes à attendre des droits sur les tabacs.

Les produits les moins chers de « l'arbre de prix » du marché de la cigarette sont aujourd'hui proches de la classe de prix de référence, du fait de la définition de celui-ci comme le prix moyen pondéré de l'année précédente et de la fixation du minimum de perception au même niveau que la classe de prix de référence. Ils sont donc peu sensibles à une variation de la part spécifique.

En revanche, le relèvement de la part spécifique renforce l'avantage donné aux produits les plus chers, dits « *premium* ». Dès lors que leur taxation relative baisse à mesure que la part spécifique augmente, leur avantage comparatif occasionne potentiellement une diminution du produit de la fiscalité.

- Les changements proposés

Le **paragraphe I** du présent article réécrit intégralement l'article 575 du code général des impôts sur les droits de consommation du tabac.

Le premier objectif est de simplifier le mécanisme fiscal. Ainsi, le montant de la part spécifique serait obtenu par l'application d'un taux spécifique au prix de référence. En retenant le taux spécifique de 12,5 % proposé par le **II** du présent article et en l'appliquant au prix de référence, on obtient directement le montant de la part spécifique (sans passer par le calcul de la charge fiscale de référence). Appliquée à 2012, la part spécifique serait donc de 5,70 euros¹ x 12,5 %, soit 71 centimes.

Le taux proportionnel serait, lui, calculé par différence entre le taux normal et le taux spécifique, soit $64,25 \% - 12,5 \% = 51,75 \%$ (taux normal = taux spécifique + taux proportionnel).

Le deuxième objectif est de prévoir le même mode de calcul des droits sur les tabacs pour toutes les catégories de produits, en l'alignant sur celui des droits sur les cigarettes. Les droits sur chaque catégorie de produit seront donc établis sur la base d'une part spécifique et d'un taux proportionnel.

Le **paragraphe II** du présent article établit le barème du taux normal et du taux spécifique applicable à compter du 1^{er} janvier 2013.

¹ Le taux de 12,5 % a été en réalité calculé en fonction de la hausse du prix escompté du prix moyen pondéré au titre de 2012, puisque le présent article n'entrera en application qu'au 1^{er} janvier 2013. Le montant de la part spécifique sera donc inférieur.

Le barème des droits sur les tabacs au 1^{er} janvier 2013

Groupe de produits	Taux normal	Taux spécifique*	Taux proportionnel
Cigarettes	64,25 %	12,50 %	51,75 %
Cigares et cigarillos	28,00 %	5,00 %	23,00 %
Tabac à rouler	60,00 %	30,00 %	30,00 %
Autres tabacs à fumer	55,00 %	10,00 %	45,00 %
Tabacs à fumer	50,00 %	0,00 %	50,00 %
Tabacs à mâcher	35,00 %	0,00 %	35,00 %

* A appliquer au prix de référence pour obtenir le montant de la part spécifique.

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale

Le **paragraphe III** prévoit l'application du nouveau mode de calcul des droits sur les tabacs à compter du 1^{er} janvier 2013.

Le **paragraphe IV** programme un relèvement des droits au 1^{er} juillet 2013 pour les cigarettes et le tabac à rouler selon le tableau suivant.

Le relèvement des droits sur les cigarettes et le tabac à rouler au 1^{er} juillet 2013

Groupe de produits	Taux normal	Taux spécifique ¹	Taux proportionnel
Cigarettes	64,7 %	15 %	49,7 %
Tabac à rouler	62,0 %	30,0 %	32,0 %

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Le dispositif proposé par le Gouvernement vise à obtenir des effets sur le marché du tabac à rouler et sur celui de la cigarette.

La réforme devrait avoir un impact significatif sur le marché du tabac à rouler, auquel est appliqué aujourd'hui un droit exclusivement proportionnel. Ceci conduit à des prix très homogènes entre les différents fabricants. Cette homogénéité rend l'action des pouvoirs publics plus difficile lorsque ceux-ci souhaitent obtenir des fabricants qu'ils relèvent leurs prix à la hausse.

¹ A appliquer au prix de référence pour obtenir le montant de la part spécifique.

La fixation à un niveau élevé du taux spécifique devrait avoir pour effet de rendre attractive l'apparition d'une gamme « *premium* », plus chère, sur le marché du tabac à rouler. L'ouverture de « l'arbre de prix » qui s'ensuivrait facilitera l'objectif d'augmentation de la hausse des prix. Elle aurait, de surcroît, un impact favorable sur les recettes.

Les effets à attendre sur le marché de la cigarette doivent prendre en compte deux effets complémentaires.

D'une part, le taux spécifique connaîtra une augmentation notable en 2013. Aujourd'hui de l'ordre de 9,68 % du prix de référence (correspondant au taux de 12 % appliqué à la charge fiscale totale), le taux spécifique passera à 12,5 % au 1^{er} janvier 2013, puis à 15 % au 1^{er} juillet 2013. Le taux spécifique progressera donc de plus de 50 %. Ceci est donc plutôt favorable aux cigarettes « *premium* ». Cela l'est moins pour les finances des organismes de sécurité sociale, toutes choses égales par ailleurs. Sur la base d'un prix d'un paquet de vingt cigarettes à 6,1 euros, le poids de la fiscalité sera de 80,64 % au 1^{er} janvier 2013, mais au 1^{er} juillet 2013 de 81,09 %. Pour un paquet de vingt cigarettes à 6,6 euros, la charge fiscale sera de 79,69 % au 1^{er} janvier 2013 et de 79,95 % au 1^{er} juillet 2013.

D'autre part, l'augmentation du taux normal, au 1^{er} juillet 2013, conduira à une augmentation des prix de la part des fabricants si ceux-ci souhaitent conserver leurs marges. Les industriels devraient augmenter leurs prix de 6 %, selon l'étude d'impact¹.

Dans le cas du tabac à rouler comme dans celui de la cigarette, le présent article prend en compte la nécessaire politique de lutte contre le tabagisme par une augmentation des prix significative, sans être brutale.

A l'expérience, les très fortes hausses de prix ont certes un effet sur des fumeurs occasionnels, mais peu sur les « gros fumeurs ».

De surcroît, les hausses brutales conduisent à un déport de l'achat de cigarettes du circuit officiel vers le marché noir ou, dans les départements frontaliers, vers des achats à l'étranger. Le chiffre d'affaires « tabac » par habitant était en 2002 de 235 euros dans les départements frontaliers, contre 247 euros dans les autres départements, soit un écart de 12 euros. En 2010, le chiffre d'affaires « tabac » par habitant était de 217 euros dans les départements frontaliers, contre 293 euros dans les autres départements, soit un écart de 76 euros. L'écart de chiffre d'affaires représente de l'ordre de 1,4 milliard d'euros, soit, pour un paquet de cigarettes à 6 euros, de l'ordre de 230 millions de paquets.

Votre rapporteur approuve donc une politique de santé publique fondée sur des augmentations répétées, significatives et non brutales, des prix du tabac pour éviter des déports de consommation du tabac vers des circuits non officiels, ce qui n'aurait pas d'impact réel en matière de tabagisme.

¹ Le rendement de la mesure est donc estimé à 220 millions d'euros en année pleine, soit 110 millions d'euros en 2013.

A des fins de lisibilité de la politique fiscale en matière de droits sur les tabacs, la commission a adopté, à l'initiative de votre rapporteur, un amendement de clarification visant à faire figurer dans le tableau des droits, non seulement le taux normal et le taux spécifique, mais aussi le taux proportionnel.

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

Article 23

*(art. 520 A du code général des impôts ;
art. L. 241-2 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime)*

Hausse de la fiscalité sur les bières

Objet : Cet article vise à relever les droits sur les bières et à affecter le produit de cette hausse aux régimes obligatoires de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

• Le contexte actuel

Si l'on fait abstraction de la TVA à taux normal qui leur est applicable, la fiscalité sur les boissons est intégralement affectée aux régimes de sécurité sociale. Hormis une contribution sur les boissons sucrées, créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 520 B du code général des impôts), cette fiscalité concerne les alcools. Elle se compose principalement de droits de consommation et de circulation (droits d'accises), mais aussi d'une cotisation sociale additionnelle sur les alcools de plus de 18 degrés (article L. 245-7 du code de la sécurité sociale) et d'une taxe sur les boissons « premix » (article 1613 *bis* du code général des impôts).

Le produit de la fiscalité sur les boissons représente en 2012 de l'ordre de 3,3 milliards d'euros par rapport à des recettes des régimes obligatoires de base de l'ordre de 239 milliards d'euros, soit 1,4 % du total. Ce produit a connu une forte croissance sur la période récente sous l'effet de l'augmentation de la taxation des alcools forts. Ainsi, les taux ont été relevés en loi de financement pour 2012, l'assiette de la cotisation sociale additionnelle étant de surcroît étendue (auparavant, celle-ci s'appliquait aux alcools de plus de 25 degrés).

Par ailleurs, l'indexation du tarif de l'ensemble des droits d'accises sur les alcools est automatique depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Les droits évoluent en fonction du taux d'inflation hors tabac. Les effets de cette indexation ont cependant été plafonnés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 à 1,75 % par an.

Evolution du produit de la fiscalité sur les alcools

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012
Droit de consommation sur les bières et boissons non alcoolisées	379	370	375	370
Droit de consommation sur les vins, poirés, cidres, hydromels	117	121	122	125
Droit sur les produits intermédiaires	111	96	94	100
Droit sur les alcools et spiritueux	2 031	2 106	2 392	1 970
Cotisation additionnelle sur les alcools de plus de 18 degrés (25 degrés av. 2012)	518	519	592	590
Total	3 161	3 204	3 575	3 155
Evolution	+ 4,2 %	+ 1,4 %	+ 11 %	- 7,6 % ¹

¹ La baisse est due à des comportements d'anticipation des consommateurs qui ont constitué des stocks en 2011 avant la prise d'effet de hausse de la fiscalité de 2012.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

La structure globale des prélèvements sur les alcools n'est corrélée, ni avec la part respective de chaque type d'alcool (alcools forts, vins et bières) dans la consommation des ménages, ni avec leur part dans le chiffre d'affaires réalisé par le secteur. Avec les limites liées à cette comparaison¹, qui ne remet pas en cause les ordres de grandeur, on constate que les alcools et spiritueux représentent 22,3 % de la consommation annuelle des Français, mais 81,9 % du produit de la taxation des boissons alcoolisées. Pour les vins, leur consommation représente 57 % de celle des ménages, mais 3,8 % des taxes sur les boissons alcoolisées.

¹ La répartition dans la consommation s'effectue par litre d'alcool pur et non en valeur. Le chiffre d'affaires intègre à la fois la production vendue sur le territoire national et les exportations.

Répartition indicative de la consommation, du chiffre d'affaires et de la fiscalité des alcools en France entre bières, vins, champagnes et alcools forts

	Consommation en litres d'alcool pur (2010)	Répartition en % (2010)	Chiffre d'affaires en Md€ (2010)	Répartition du chiffre d'affaires en % (2010)	Fiscalité sur les alcools en Md€ (2011)	Répartition des droits en %
Alcools et spiritueux	2,7	22,3 %	4,0	27,6 %	2,6	81,9 %
Vins	6,9	57,0 %	7,6	51,8 %	0,1 ¹	3,8 %
Bières	2,2	18,2 %	2,7	18,6 %	0,4 ²	11,5 %
Autres	0,3	2,5 %	0,3 ³	1,9 %	0,1	3,0 %
Total	12		14,6		3,2	

¹ Le produit intègre également les cidres et poirés, qui figurent dans la catégorie « autres » pour le chiffre d'affaires.

² Le produit regroupe en fait les bières et les boissons non alcoolisées. Au titre de la seule bière, le produit serait plutôt de 300 millions d'euros.

³ Cidres et poirés, autres alcools non distillés.

Source : Insee, commission des comptes de la sécurité sociale, calculs commission des affaires sociales

La taxation des différents produits par unité d'alcool n'est pas identique. Pour 10 g d'alcool, correspondant à des volumes différents selon qu'il s'agisse de bière, de vin, d'apéritif ou d'alcool fort, la charge fiscale varie entre 0,4 centime et 27,4 centimes. Pour la bière, la charge fiscale se situe, selon la taille du producteur de la bière (*cf. infra*), dans une fourchette comprise entre 1,7 et 3,4 centimes.

**Fiscalité comparée selon les produits :
charge fiscale pour 10 g d'alcool pur en centimes d'euros**

Un demi à 5 degrés (25 cl)	Une coupe de champagne à 12 degrés (10 cl)	Un verre de vin à 12 degrés (10 cl)	Un verre d'apéritif à 18 degrés (7 cl)	Un verre de whisky à 40 degrés (3 cl)
10 g d'alcool	10 g d'alcool	10 g d'alcool	10 g d'alcool	10 g d'alcool
entre 1,7 et 3,4 cent.	0,9 cent.	0,4 cent.	12,6 cent.	27,4 cent.

Source : Inpes, tarif des douanes, calculs commission des affaires sociales

Le droit fiscal actuel ne vise donc pas à la seule prise en compte du degré d'alcool des produits. Il intègre le comportement des consommateurs, en particulier celui des jeunes, qui adoptent certains types d'alcools plutôt que d'autres pour des comportements à risque, mais aussi des facteurs culturels, liés au mode de vie des Français et à la production de nos terroirs.

Le cadre général des droits sur les alcools, déterminé par deux directives européennes de 1992, reconnaît ces facteurs culturels pour la fixation des tarifs. Ainsi, la directive du 19 octobre 1992¹ concernant le rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcoolisées a certes défini des taux plancher valables pour l'ensemble des pays européens. Mais, par exemple, afin de tenir compte des demandes des pays producteurs, le taux plancher a été fixé à l'issue d'un compromis politique, sans remise en cause jusqu'à présent, à 0 euro pour le vin.

Publiée à la même date, la directive concernant l'harmonisation des structures des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcooliques² permet de différencier la taxation de certains produits selon la taille des producteurs.

Selon les producteurs, comme selon la Commission européenne, les disparités de taxation ne sont pas de nature à induire des biais de concurrence entre les différentes catégories de boissons alcoolisées. La Cour de justice des communautés européennes laisse d'ailleurs les Etats membres qui, comme la France, produisent à la fois du vin et de la bière, libres de fixer leurs taux d'accises indépendamment de la concurrence existant entre ces produits.

- Le régime sur les bières

Le droit européen précité fixe les paramètres pour la détermination des droits sur les bières. Le tarif applicable ne peut être inférieur à 1,87 euro par hectolitre et par degré d'alcool. Ce tarif minimal n'a pas évolué depuis 1992.

Par rapport à leur tarif normal, les Etats membres ont la faculté d'accorder un taux réduit inférieur au taux minimal européen pour les bières dont le degré d'alcool est inférieur à 2,8 % du volume. Ils peuvent aussi appliquer des taux réduits pour les bières fabriquées par des entreprises produisant moins de 200 000 hectolitres par an, à condition que l'abattement par rapport au taux normal ne soit pas supérieur à 50 %.

La France a recours à l'ensemble des mécanismes dérogatoires autorisés par l'Union européenne en ce qui concerne les droits sur les bières.

En 2012, le taux normal de référence est de 2,75 euros par hectolitre et par degré d'alcool. Ce taux peut descendre à 1,38 euro par hectolitre et par degré d'alcool pour les plus petits producteurs, ainsi que pour les bières faiblement alcoolisées.

¹ Directive 92/84/CE.

² Directive 92/83/CE.

Les droits sur les bières (2012)

Degré d'alcool inférieur à 2,8 % vol.	1,38€/hl/° d'alcool	
Degré d'alcool supérieur à 2,8 % vol.	2,75€/hl/° d'alcool	Taux normal
Production inférieure à 10 000 hl	1,38€ /hl/° d'alcool	Abattement de 50 %
Production comprise entre 10 000 et 50 000 hl	1,64€/hl/° d'alcool	Abattement de 40 %
Production comprise entre 50 000 et 200 000 hl	2,07€/hl/° d'alcool	Abattement de 25 %
Production supérieure à 200 000 hl	2,75€/hl/° d'alcool	Taux normal

Source : direction générale des douanes et des droits indirects

La charge fiscale est donc indépendante du prix. Dans une canette de bière de 33 cl vendue en supermarché, par pack de douze, à 80 centimes d'euros l'unité, la charge fiscale pour un taux de 5 degrés d'alcool est comprise entre 2,3 et 4,6 centimes. Sur un demi vendu 2 euros dans un café ou un bar, avec un même taux d'alcool, la charge fiscale est de 1,7 à 3,4 centimes.

Depuis 1992, date de fixation par les autorités européennes d'un nouveau mode de fixation des droits sur les bières, ceux-ci n'ont pas évolué en France de manière régulière. Le droit normal est ainsi resté fixé à 1,9 euro/hl/° d'alcool entre 1993 et 1997. Il a fait l'objet d'un relèvement significatif en 1997 à 2,6 euros/hl/° d'alcool. Il n'a évolué de nouveau qu'à compter de 2009 par le biais du mécanisme d'indexation automatique.

Pour autant, sur la période 1993-2012, on note au final que les droits sur les bières ont évolué globalement à un rythme supérieur à l'inflation, et même au taux de 1,75 % qui serait aujourd'hui le plafond pour l'indexation automatique, et qui sur la période a été supérieur au taux d'inflation constaté hors tabac.

Evolution du droit sur les bières 1993-2012

Période	<i>(en euros)</i>			
	1993-1997	1997-2009	2012	2013
Tarif normal par hl/degre d'alcool	1,9	2,6	2,75	7,2
Tarif 1993 actualisé en fonction d'une hausse annuelle de 1,75 %			2,64	

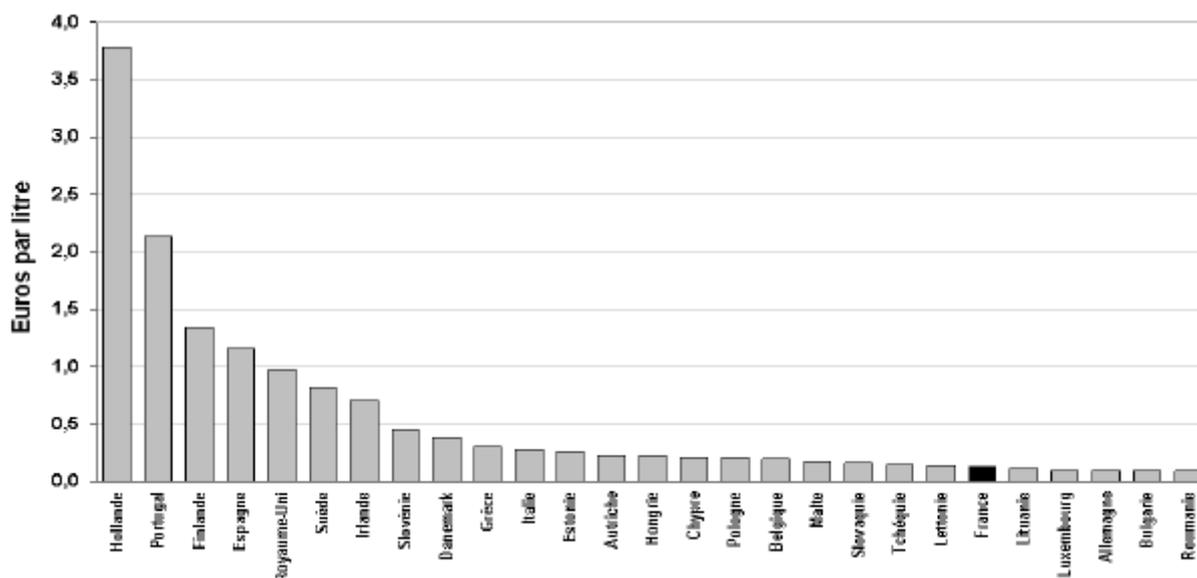
Source : code général des impôts, calculs commission des affaires sociales

• Les modifications proposées par le Gouvernement

Le Gouvernement souligne que les droits sur les bières sont en France très inférieurs à ceux constatés dans les autres pays européens, y compris lorsque ceux-ci sont des pays de grande production et de grande consommation. Selon son étude d'impact, la France se classerait au 22^e rang sur 27 pour la taxation sur la bière, avec un tarif représentant moins de 10 % de celui des Pays-Bas, 30 % de celui de l'Espagne ou du Royaume-Uni, ou bien encore 50 % de celui applicable en Irlande.

Le classement des pays européens pour les droits sur les bières

Droit d'accise sur la bière à 4,5 degrés



Source : étude d'impact sur le présent projet de loi

Le **paragraphe I** du présent article modifie l'article 520 A du code général des impôts et relève les droits applicables aux bières comme indiqué par le tableau suivant. L'augmentation proposée s'établit à + 160 %.

Le relèvement proposé par le Gouvernement

	Tarif actuel	Nouveau tarif	Augmentation
Degré d'alcool inférieur à 2,8 % vol.	1,38 €/hl/° d'alcool	3,60 €/hl/° d'alcool	+ 160 %
Degré d'alcool supérieur à 2,8 % vol.	2,75 €/hl/° d'alcool	7,20 €/hl/° d'alcool	+ 160 %
Production inférieure à 10 000 hl	1,38 €/hl/° d'alcool	3,60 €/hl/° d'alcool	+ 160 %
Production comprise entre 10 000 et 50 000 hl	1,64 €/hl/° d'alcool	4,32 €/hl/° d'alcool	+160 %
Production comprise entre 50 000 et 200 000 hl	2,07 €/hl/° d'alcool	5,40 €/hl/° d'alcool	+ 160 %
Production supérieure à 200 000 hl	2,75 €/hl/° d'alcool	7,2 €/hl/° d'alcool	+ 160 %

Source : projet de loi de financement, direction générale des douanes

Le produit attendu est de 480 millions d'euros par an pour des droits actuels de 300 millions d'euros. Il suppose donc une inflexion limitée sur le comportement des consommateurs.

L'exposé des motifs, comme l'étude d'impact, justifie la mesure par une politique de réduction de la consommation d'alcool vis-à-vis de la jeunesse et par le constat d'un report de la consommation des spiritueux vers celle de la bière à la suite de l'augmentation des droits sur les spiritueux décidée dans la loi de financement de la sécurité sociale. Aucune donnée n'est cependant fournie pour étayer ce phénomène de report.

Le **paragraphe II** du présent article détermine l'affectation du produit des droits sur les bières et boissons non alcoolisées prévu à l'article 520 A du code général des impôts à 61 % au profit de la branche vieillesse du régime de la protection sociale des non-salariés agricoles (article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime) et à 39 % au titre de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (article L. 241-2 du code de la sécurité sociale).

**Equilibre du dispositif proposé par le Gouvernement par rapport à la situation actuelle
(affectation des recettes de l'article 520 du code général des impôts)**

	Clé de répartition actuelle	Recette	Clé de répartition proposée par le Gouvernement	Recette
Branche vieillesse du régime de la protection sociale des non-salariés agricoles	100 %	370 M€	61 %	520 M€
Régime général de l'assurance maladie	-	-	39 %	330 M€

Source : projet de loi de financement

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un premier amendement visant à introduire un abattement sur les droits des bières produites par des brasseries ne bénéficiant pas, dans le droit actuel, de l'abattement maximal de 50 % autorisé par l'Union européenne. Il s'agit des brasseries ayant une production supérieure à 10 000 hl par an, mais inférieure à 200 000 hl.

L'amendement a pour effet de limiter la hausse de la taxe pour les brasseries ayant une production comprise entre 10 000 et 50 000 hl à 120 % et celle des brasseries ayant une production comprise entre 50 000 et 200 000 hl à 74 %. Le pourcentage de hausse reste inchangé pour les brasseries ayant une production inférieure à 10 000 hl et celles ayant une production supérieure à 200 000 hl. Ce faisant, l'avantage relatif des micro-brasseries disparaîtrait par rapport à leurs concurrents moyens, tandis que celui des brasseries produisant entre 10 000 et 200 000 hl s'accroîtrait par rapport aux plus gros producteurs.

L'impact budgétaire de l'amendement n'est pas connu : il devrait être très limité compte tenu de la structure du marché de la brasserie. Trois groupes internationaux détiennent en France de l'ordre de 90 % du marché en volume.

Le tarif adopté par l'Assemblée nationale

	Tarif du Gouvernement	Abattements	Augmentation	Tarif adopté à l'Assemblée nationale	Abattements	Augmentation
Degré d'alcool inférieur à 2,8 % vol.	3,60€/hl/° d'alcool	50 %	+ 160 %	3,60€/hl/° d'alcool	50 %	+ 160 %
Degré d'alcool supérieur à 2,8 % vol.	7,20€/hl/° d'alcool		+ 160 %	7,20€/hl/° d'alcool		+ 160 %
Production inférieure à 10 000 hl	3,60€ /hl/° d'alcool	50 %	+ 160 %	3,60€ /hl/° d'alcool	50 %	+ 160 %
Production comprise entre 10 000 et 50 000 hl	4,32€/hl/° d'alcool	40 %	+160 %	3,60€/hl/° d'alcool	50 %	+ 120 %
Production comprise entre 50 000 et 200 000 hl	5,40€/hl/° d'alcool	25 %	+ 160 %	3,60€/hl/° d'alcool	50 %	+ 74 %
Production supérieure à 200 000 hl	7,2€/hl/° d'alcool		+ 160 %	7,2€/hl/° d'alcool		+ 160 %

Source : projet de loi de financement, amendements adoptés par l'Assemblée nationale

Toujours à l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un deuxième amendement tendant à modifier l'affectation des recettes prévues aux termes du présent article ainsi que de l'article 3 du présent projet de loi (*cf.* commentaire sur cet article). L'amendement a aussi pour effet de réaffecter l'intégralité du produit des droits sur les bières à la branche vieillesse du régime de la protection sociale des non-salariés agricoles.

Enfin, à l'initiative de nos collègues députés Gérard Bapt et Francis Vercaemer, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à la remise, avant le 31 décembre 2013, d'un rapport au Parlement sur les conditions de mise en place d'un dispositif parafiscal cohérent sur l'ensemble des boissons alcoolisées.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur approuve la démarche du Gouvernement tendant à réduire les comportements à risques des jeunes face à l'alcool et à rétablir à leur endroit un certain équilibre de taxation entre les différentes boissons alcoolisées, fortes ou moins fortes, qu'ils sont susceptibles de consommer avec excès. Il s'agit d'éviter tout déport de consommation des boissons alcoolisées les plus taxées vers celles qui le sont moins.

La fixation du bon niveau de relèvement de la taxation constituait un exercice difficile. En matière de taxes comportementales, en particulier sur l'alcool, il existe une certaine rigidité de la consommation face à un effet prix. Ceci justifie un taux d'augmentation très significatif, même si les bières demeurent taxées, pour une même unité d'alcool, très en deçà des spiritueux ou des « premix ». Les jeunes sont plus sensibles à l'effet prix que les autres catégories de la population. La taxation comportementale est donc adaptée pour les produits consommés par la jeunesse.

De surcroît, malgré un impact très faible sur le prix d'un demi, de l'ordre de 5 centimes, le rendement de la mesure s'avérera très significatif : plus de 480 millions d'euros par an.

La France se situerait au dixième rang européen pour les droits sur la bière. L'augmentation de la fiscalité n'apparaît donc pas disproportionnée au regard des pratiques de nos voisins européens.

L'étude d'impact apparaît certes insuffisante s'agissant de l'impact économique éventuel que pourrait avoir la mesure sur les producteurs brassicoles et les emplois. Il faut néanmoins rappeler que les droits sur les boissons alcoolisées s'appliquent à la consommation et non à la production. La fraction de production exportée - une part substantielle du chiffre d'affaires annuel des brasseurs français - n'est ainsi pas concernée par la mesure (en rappelant d'ailleurs que les autres marchés européens ont déjà une taxation plus élevée).

Les aménagements adoptés à l'Assemblée nationale ont mobilisé la totalité des marges de manœuvre autorisées par les directives européennes. Il n'apparaît donc pas possible de calibrer la mesure de manière différente, sauf à toucher au taux global de l'augmentation et alors à l'économie générale du dispositif.

Votre rapporteur suivra au cours de l'année 2013, dans la perspective du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la mise en œuvre du dispositif. Il pense donc qu'un rapport sur « *les conditions de mise en place d'un dispositif parafiscal cohérent sur l'ensemble des boissons alcoolisées* » n'est pas nécessaire et propose **un amendement** de suppression des dispositions correspondantes.

En application de l'article L.O. 111-9 du code de la sécurité sociale, les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat disposent en effet de tous les moyens pour disposer des informations nécessaires à un tel travail. Votre rapporteur s'interroge en outre sur le caractère « cavalier » du rapport demandé, n'étant pas certaine qu'il puisse entrer, au sens de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, dans la catégorie des documents améliorant le contrôle du Parlement « *sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* ».

Votre rapporteur vous demande donc d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 23 bis

(art. 520 D du code général des impôts)

Introduction d'une contribution sur les boissons énergisantes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à instaurer une contribution sur les boissons énergisantes.

I - Le dispositif proposé

A l'initiative de nos collègues députés Gérard Bapt et Jean-Marc Germain, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article additionnel visant à créer une contribution sur les boissons énergisantes.

Le présent article crée à l'article 520 D du code général des impôts ladite contribution.

Le **paragraphe I** de l'article 520 D nouveau définit les boissons énergisantes comme celles consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 mg pour 1 litre **ou** de 300 mg de taurine pour 1 litre.

Les boissons énergisantes concernées relèveraient des codes NC 2009 (jus de fruit) et NC 2202 (eaux minérales et gazeuses additionnées de sucres ou d'autres édulcorants) du tarif des douanes.

Ainsi, bien que contenant, par définition, un taux de caféine significatif, le café ou les produits à base de café ne seraient pas concernés par la taxe. On peut estimer le taux de caféine dans le café, à environ 1 260 mg pour 1 litre. Les sodas ne seraient pas non plus visés, en raison du seuil retenu (220 mg pour 1 litre) : le taux de caféine qu'ils contiennent est inférieur.

Le **paragraphe II** détermine le taux de la contribution. Il le fixe à 50 euros l'hectolitre. Dans une version antérieure, nos collègues députés proposaient un tarif de 200 euros l'hectolitre. Ce tarif est sept fois supérieur à celui de la taxe sur les boissons sucrées et à peu près 50 % supérieur au nouveau taux normal applicable aux bières.

**Comparaison des tarifs de taxation de différentes
boissons assujettis à des droits de consommation**

(en euros par hl)

Cidre	Vin	Soda	Bière à 5°	Boisson énergisante	Whisky à 40°
1,27	3,6	7,16	18/36	50	877

Source : tarif des douanes

Le tarif serait relevé chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation hors tabac.

Le **paragraphe III** précise les redevables de la nouvelle contribution.

Le **paragraphe IV** définit le régime applicable aux échanges intra-européens.

Le **paragraphe V** fixe le régime de recouvrement de la taxe, confié à l'administration des douanes.

III - La position de votre rapporteur

Votre commission des affaires sociales approuve la démarche tendant à réduire les comportements à risques de la jeunesse en matière de santé publique. Elle a conscience des modes de consommation dangereux liés aux boissons énergisantes, en particulier lorsqu'elles sont associées à des alcools forts. Dans ces conditions, un droit spécifique sur ces boissons apparaît bienvenu.

Reste la définition de l'assiette. Les seuils de taxation doivent être fixés au regard des caractéristiques de l'ensemble des boissons présentes sur le marché afin d'éviter toute rupture d'égalité. Le droit communautaire proscrirait également une taxe visant en priorité des produits majoritairement importés et venant spécialement d'autres pays de l'Union européenne.

Aussi convient-il de définir l'assiette de la nouvelle taxe de la manière plus objective possible. S'il serait peu justifié de taxer des boissons contenant, en définitive, moins de caféine que le café, il est cohérent de pénaliser fiscalement, dans un objectif de santé publique, les boissons qui combinent, avec des doses significatives, la caféine et la taurine. C'est en effet moins ces substances, prises séparément, qui suscitent des risques pour la santé que leur association. Aussi la commission a-t-elle adopté **un amendement** de votre rapporteur visant à réserver la nouvelle taxe aux boissons contenant un seuil minimal de 220 mg pour 1 litre et de 300 mg de taurine pour 1 litre.

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

*Article additionnel après l'article 23 bis
(art. 1609 viciés du code général des impôts)*

**Introduction d'une taxation additionnelle sur l'huile de palme,
de palmiste ou de coprah affectée à la Caisse nationale
d'assurance maladie des travailleurs salariés**

Objet : Cet article additionnel vise à créer une taxation additionnelle sur l'huile de palme, de palmiste ou de coprah affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les huiles de coprah, de palme et de palmiste ne constituent pas à proprement parler des huiles, mais des graisses. Elles sont dures à température ambiante. En raison de leur richesse en acides gras saturés, elles sont utilisées pour la fabrication de la margarine ou comme corps gras de friture. Elles sont utilisées de manière excessive par la restauration collective et dans l'industrie agroalimentaire. Elles sont notamment incorporées dans les produits de biscuiterie et dans l'alimentation salée ou sucrée à destination des enfants¹.

Selon l'Anses, les acides gras saturés sont consommés en excès par la population française (16 % des apports énergétiques en moyenne alors que l'apport nutritionnel conseillé est inférieur à 12 %). Dans l'ensemble de la population, ils contribuent au développement de l'obésité. Ils favorisent les maladies cardio-vasculaires.

Pour des motifs de santé publique, il est donc souhaitable de créer une taxe additionnelle à la taxe spéciale, prévue à l'article L. 1609 viciés du code général des impôts, sur les huiles végétales, fluides ou concrètes, effectivement destinées, en l'état ou après incorporation dans tout produit alimentaire, à l'alimentation humaine. Cette taxe additionnelle s'appliquerait aux huiles de coprah, de palme et de palmiste, particulièrement nocives pour la santé. Son taux serait fixé à 300 euros la tonne². Elle constituerait un signal prix, non à destination des consommateurs, mais à destination des industries agro-alimentaires pour qu'elles substituent à ces huiles de nouvelles compositions plus respectueuses de la santé humaine.

La France consomme 126 000 tonnes d'huile de palme à usage alimentaire par an, soit deux kilos par habitant et par an. Le rendement de la taxe additionnelle serait donc de l'ordre de 40 millions d'euros.

Le tarif serait actualisé chaque année en fonction de la hausse des prix.

Pour les produits incorporant ces huiles, la taxation serait effectuée selon la quantité entrant dans la composition.

¹ Chips, nutella, glaces, confiseries, gâteaux, laits infantiles, plats préparés, pizzas...

² Le taux de la taxe de l'article 1609 viciés du code général des impôts est fixé à 98,74 euros la tonne pour l'huile de palme et à 107,8 euros la tonne pour les huiles de coprah et de palmiste.

Votre commission a donc adopté, sous la forme d'un article additionnel, un amendement en ce sens.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article 24

*(art. 1600-0 N et 1635 bis AE du code général des impôts ;
art. L. 138-4, L. 138-12, L. 138-13, L. 245-5-1 A, L. 245-5-5 et L. 256-6
du code de la sécurité sociale)*

**Sécurisation et simplification des prélèvements spécifiques
portant sur des produits de santé**

Objet : Cet article tend à sécuriser et simplifier les modalités déclaratives et de paiement des prélèvements spécifiques portant sur des produits de santé. Il crée également un droit d'enregistrement sur les demandes d'autorisation préalable de publicité en faveur de certains dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

• Précisions sur le champ de la taxe sur les premières ventes de médicaments et de produits de santé

L'article 1600-0 N du code général des impôts prévoit que les personnes qui effectuent la première vente en France de médicaments et de produits de santé sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Cnam. La rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012¹ présente des imperfections : elle laisse penser que le redevable peut être le fabricant (façonnier ou sous-traitant) en lieu et place de l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). De ce fait, l'assiette de la taxe, donc le rendement projeté, semble être inférieur aux prévisions.

Le **A** du **paragraphe I** précise que les assujettis sont ceux qui assurent en France l'exploitation et la vente, et que le fait générateur et l'exigibilité de la taxe interviennent lors de la vente, non uniquement lors de la « première » vente.

• Création d'un droit d'enregistrement sur les autorisations préalables de publicité pour les dispositifs médicaux

Le **B** du **paragraphe I** étend aux dispositifs médicaux, y compris *in vitro*, le droit d'enregistrement sur les autorisations préalables relatives aux publicités portant sur le médicament ; il actualise également la rédaction des alinéas correspondants de l'article 1635 *bis* AE du code général des impôts.

¹ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011.

• **Harmonisation des modalités déclaratives et de paiement des contributions pharmaceutiques recouvrées par les Urssaf**

Cinq taxes pharmaceutiques sont recouvrées par les Urssaf, chacune ayant des règles de déclaration et de paiement différentes.

Désormais, la date du 1^{er} juin sera commune pour le paiement provisionnel de la taxe sur le chiffre d'affaires (6^o) et de celle sur les ventes en gros (1^o), tandis que la régularisation interviendra au 1^{er} mars.

La contribution de la clause de sauvegarde (taux K, *cf.* article 25 du présent projet de loi) est décalée du 30 juin au 1^{er} juin (3^o) et la date de référence pour le calcul est fixée au 1^{er} mars (2^o).

Le solde des taxes sur les dépenses de promotion des médicaments (4^o) et sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux (5^o) sera exigible le 1^{er} mars de l'année suivante, plutôt que le 1^{er} décembre de chaque année.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de votre rapporteur

Ces adaptations constituent des mesures de simplification et de clarification.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **un amendement** visant à conserver le droit en vigueur en ce qui concerne la date de versement du solde de la contribution sur les dépenses de promotion. En effet, le 1^{er} mars de l'année suivant l'exercice semble prématuré pour que les entreprises collectent les éléments permettant de calculer l'assiette, d'autant que l'article 24 *ter* du projet de loi inclut dans cette assiette des dépenses « externalisées », réalisées effectivement par d'autres sociétés.

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

Article 24 bis

(art. L. 161-37-1 et L. 161-45 du code de la sécurité sociale)

**Suppression de la taxe due à la HAS
pour la réalisation d'études médico-économiques**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à supprimer une taxe additionnelle destinée à financer les études médico-économiques de la HAS.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a instauré une taxe additionnelle, exigible pour toute demande d'inscription ou de renouvellement d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique de la part de la HAS. Le plafond de cette taxe avait été fixé à 5 580 euros.

Le présent article additionnel, inséré à l'initiative du Gouvernement, propose d'annuler cette taxe, ce qui conduit à abroger l'article L. 161-37-1 du code de la sécurité sociale et à opérer une coordination à l'article L. 161-45 relatif aux recettes de la HAS.

II - La position de votre rapporteur

Lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2012, votre commission avait soutenu la mise en place de cette taxe additionnelle, tout en qualifiant son montant de « *modeste* ».

Toutefois, à l'expérience, cette taxe crée des difficultés juridiques qui obèrent la capacité de développer les études médico-économiques pour les produits de santé déjà homologués. Or, le besoin d'une telle évaluation est plus prégnant que l'existence de cette taxe, au demeurant « *modeste* ».

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

Article 24 ter

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

Extension de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale fixe l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement de la contribution instituée au profit de la Cnam et de la HAS sur les dépenses de promotion des entreprises pharmaceutiques.

Cet article additionnel, inséré à l'initiative de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, vise à **étendre le champ** de cette contribution.

Son assiette comprend aujourd'hui les frais de publication et les achats d'espaces publicitaires dès lors qu'un médicament figurant sur la liste des spécialités remboursables ou sur celle des spécialités agréées à l'usage des collectivités publiques y est mentionné.

Le **a)** du 1° précise que l'assiette inclut ces frais et achats, quelle que soit leur nature ou forme. En outre, il ajoute **les frais de congrès scientifiques** et les manifestations de même nature, y compris les dépenses d'hébergement et de transport qui s'y rapportent ; cet ajout résulte d'un sous-amendement présenté par Christian Paul, député.

Le 2° procède à un abattement de 50 % des frais de congrès en vue du calcul de l'assiette de la taxe.

Le 3° assure une coordination dans le tableau fixant le taux applicable selon l'assiette.

Par ailleurs, seuls les rémunérations, remboursements et frais de publications et d'achats d'espaces publicitaires directement engagés par l'entreprise pharmaceutique sont, selon le droit en vigueur, intégrés dans l'assiette de la contribution. Le **b)** du 1° y inclut **les prestations** de même nature mais qui seraient **externalisées**.

En outre, lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permettra pas d'isoler les charges correspondant à l'assiette de la contribution, un calcul forfaitaire sera réalisé à partir du chiffre d'affaires.

Enfin, le 4° transpose l'élargissement de cette assiette à la contribution existant également sur les **dispositifs médicaux** et autres produits de santé. Le **a)** inclut désormais dans l'assiette les frais engagés dans la presse spécialisée, ainsi que les frais de congrès scientifique. Le **b)** intègre les

prestations externalisées de même nature et autorise un calcul forfaitaire par rapport au chiffre d'affaires lorsqu'il n'est pas possible d'isoler les charges assujetties. Le c) opère un abattement de 50 % des frais de congrès.

II - La position de votre rapporteur

Selon les informations recueillies par votre rapporteur, cet article devrait apporter environ 15 millions d'euros de recettes supplémentaires à la Cnam (à hauteur de 90 %) et à la HAS (pour 10 %), dont un tiers au titre de l'extension de la contribution aux frais de congrès.

En séance à l'Assemblée nationale, la ministre des affaires sociales et de la santé a annoncé que l'élargissement de la contribution aux frais de congrès et de manifestations contribuerait au financement de la démocratie sanitaire, *via* le fonds d'intervention régional.

Votre commission a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 57 pour tirer les conséquences de cette déclaration sur les missions du FIR.

En ce qui concerne le présent article, votre rapporteur signale qu'un abattement d'assiette est bien prévu pour les dépenses concernées qui sont réalisées « en régie » par l'entreprise, mais qu'il n'est pas explicitement inscrit pour les prestations externalisées. Toutefois, l'abattement étant sensiblement différent selon la nature de la dépense (3 % des remboursements de frais de transport et 50 % des frais de congrès), il serait complexe d'appliquer cette méthode aux dépenses externalisées.

Plus généralement, votre rapporteur souligne la grande complexité et la multiplicité des taxes pharmaceutiques ; une réflexion consolidée est à cet égard nécessaire.

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

Article 25

(art. L. 138-10 du code de la sécurité sociale)

Fixation du taux K de la clause de sauvegarde à 0,4 % pour 2013

Objet : Cet article vise à réduire à 0,4 % pour 2013 le seuil de déclenchement du mécanisme de la clause de sauvegarde à la charge éventuelle des entreprises pharmaceutiques.

I - Le dispositif proposé

• L'article 31 de la LFSS pour 1999, codifié aux articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale, a institué un mécanisme de participation des entreprises exploitant des médicaments remboursables à la régulation des dépenses d'assurance maladie.

Lorsque le chiffre d'affaires d'ensemble de ces entreprises dépasse un certain seuil, celles-ci sont assujetties à une contribution dont le taux est d'autant plus élevé que le niveau de dépassement par rapport au seuil défini est important.

Sont cependant exonérées de la contribution les entreprises ayant passé avec le comité économique des produits de santé (Ceps) une convention après le 1^{er} janvier 1999 et encore valide au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ces conventions doivent comporter des engagements des entreprises sur l'évolution de leur chiffre d'affaires pour les médicaments concernés.

Cette contribution est donc avant tout construite comme **un mécanisme incitatif** dont le but est d'encourager les entreprises à faire évoluer leurs pratiques dans le cadre d'une négociation bilatérale avec le Ceps.

La LFSS pour 2001 a exclu totalement du dispositif les entreprises exploitant des médicaments orphelins. Depuis la LFSS pour 2011, cette exception a été réduite et ne s'applique plus qu'aux médicaments dont le chiffre d'affaires n'excède pas 30 millions euros.

• Le taux d'accroissement du chiffre d'affaires des entreprises pris en compte, appelé « taux K », était initialement fixé en référence au niveau de progression de l'Ondam. Cette référence a été abandonnée en 2001 et le taux K est désormais prévu chaque année par la loi de financement.

Fixé à 1,4 % pour 2008 et 2009, 1 % pour 2010, puis 0,5 % en 2011 et 2012, **le taux K est abaissé à 0,4 % en 2013.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de votre rapporteur

Le taux K permet de sécuriser, au niveau macro-économique, les objectifs de maîtrise de la dépense de médicaments, qui s'établissent en 2013 à un niveau exigeant, globalement identique à ceux de 2012, à savoir environ 1 milliard d'euros d'économies.

En tout état de cause, le marché du médicament a tendance à stagner depuis 2011 ; surtout, la quasi-totalité des laboratoires pharmaceutiques a conclu une convention avec le Ceps et est donc exclu de l'application éventuelle du taux K.

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

Article 26

Approbation du montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale

Objet : Cet article tend à approuver le montant des crédits budgétaires ouverts par le projet de loi de finances pour 2013 pour assurer le financement des dispositifs compensés d'exonération, de réduction ou d'abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose d'approuver l'ouverture, dans le cadre du projet de loi de finances pour 2013, de 3,1 milliards d'euros de crédits budgétaires destinés à financer la compensation de dispositifs ciblés d'exonérations, d'exemptions et d'aménagement d'assiette et de taux de cotisations de sécurité sociale.

Les principaux dispositifs bénéficiant de cette compensation budgétaire en 2013 concernent :

- les entreprises implantées en outre-mer pour 1,14 milliard d'euros ;
- les contrats d'apprentissage pour 908 millions d'euros ;
- les travailleurs occasionnels demandeurs d'emplois pour 406 millions d'euros ;
- les organismes d'intérêt général et associations en zone de revitalisation rurale (ZRR) pour 151 millions d'euros ;
- les jeunes entreprises innovantes pour 96 millions d'euros.

Le montant des crédits qu'il est proposé d'ouvrir pour 2013 est en baisse de 0,6 % par rapport à 2012. Cette évolution traduit les choix du Gouvernement en faveur du recentrage de certains dispositifs d'exonérations ciblées.

L'article 60 du projet de loi de finances pour 2013 prévoit ainsi de **supprimer l'exonération de cotisation AT-MP pour les travailleurs occasionnels agricoles (TO-DE)**. Il propose en contrepartie de cibler ce dispositif sur les bas salaires en accordant une exonération totale pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,25 Smic, puis dégressive jusqu'à 1,5 Smic. Cette mesure vise à responsabiliser les employeurs face aux risques professionnels ainsi que de concentrer l'aide sur les bas salaires qui représentent près de 90 % des contrats TO-DE constatés en 2011. Elle réduirait la compensation de 91 millions d'euros dès 2013, 135 millions d'euros en 2014 et 137 millions d'euros en 2015.

Au nom du principe de l'équité contributive, l'article 11 du présent projet de loi propose **d'augmenter par voie réglementaire les taux de cotisation des auto-entrepreneurs** afin d'aligner ceux-ci sur les taux applicables aux travailleurs indépendants soumis au régime de droit commun. Cette mesure diminuera en 2013 la compensation budgétaire versée par l'Etat de 130 millions d'euros.

L'article 71 du projet de loi de finances propose enfin de **supprimer l'exonération de cotisations sociales pour les salariés créateurs ou repreneurs d'entreprises**, instituée par la loi du 1^{er} août 2003 pour l'initiative économique. Cette mesure, qui se justifie par la faiblesse de l'impact économique et social du dispositif ainsi modifié, devrait réduire le niveau des compensations de 4 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur prend acte de la diminution des crédits destinés à compenser certaines niches sociales ciblées. Cette diminution résulte directement de la politique vigoureuse de révision des niches sociales engagées par le Gouvernement.

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

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 27

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 2013 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 2012 s'élèvent à **457,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 4 % par rapport à 2011. Pour le régime général, ce montant est de **329 milliards d'euros**.

La hausse des recettes en 2013 repose sur une **hypothèse de progression de la masse salariale** de 2,3 %.

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 » fournissent des détails sur ces évolutions.

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, les impôts et taxes affectés, les contributions publiques et les transferts.

Le tableau ci-après détaille **l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2013 sur les recettes**.

Mesures nouvelles sur les recettes

(en milliards d'euros)

	Régime général	Tous régimes	FSV
Mesures nouvelles sur les recettes	2,32	3,52	1,08
Mesures du PLFSS 2013	1,93	2,31	1,06
Prélèvements sociaux des travailleurs indépendants	0,18	0,91	0,02
Réduction de la cotisation minimale maladie pour les travailleurs indépendants		- 0,09	
Paiement des cotisations sur le salaire réel par les employeurs particuliers	0,34	0,34	
Forfait social sur les indemnités de rupture conventionnelle	0,33	0,33	
Réforme de la taxe sur les salaires	0,47	0,47	
Forfait social sur les <i>carried interests</i>	0,04	0,04	0,03
Clarification de l'assiette de la C3S dans le secteur des assurances	0,00	0,00	0,06
Elargissement de la couverture sociale des élus locaux	0,14	0,14	
Contribution additionnelle de solidarité sur les pensions de retraite	0,00	0,00	0,35
Hausse de la fiscalité sur le tabac	0,09	0,12	
Hausse de la fiscalité sur les bières	0,33	0,48	
Simplification des taxes pharmaceutiques	0,01	0,01	
Relèvement des bornes législatives de la contribution tarifaire d'acheminement (pour la Cnieg)	0,00	0,16	
Impact des mesures sur le montant de C3S affecté au RSI*		- 0,61	0,61
Mesures du PLF 2013	0,13	0,13	0,01
Suppression de l'abattement sur les plus-values sur les terrains constructibles (impact prélèvements sociaux)	0,13	0,13	0,01
Autres mesures (réglementaires ou en gestion)	0,25	1,08	0,00
Augmentation des cotisations AT-MP (règl.)	0,20	0,20	
Augmentation des cotisations CNRACL (règl.)	0,00	0,63	
Augmentation des cotisations CNAVPL (règl.)	0,00	0,20	
Recours contre tiers	0,05	0,05	0,00
Transferts	0,17	0,12	0,00
Réforme des modalités du remboursement de la CMU-c par le fonds CMU aux organismes gestionnaires	0,32	0,32	
Affectation de 0,35 point de prélèvement solidarité au FNSA	- 0,48	- 0,48	
Affectation de 0,45 point de prélèvement solidarité au Fnal	- 0,62	- 0,62	
Transfert de 0,2 point de prélèvement capital de la section 2 du FSV à la Cnav	0,28	0,28	
Majoration du transfert de TVA nette à la Cnam (+ 0,13 %)	0,19	0,19	
Affectation des droits de consommation tabac jusque-là affectés à la compensation Tepas et au Fnal à la Cnam	0,62	0,62	
Affectation de la part de la taxe boissons sucrées jusque-là attribuée à la Cnam au fonds CMU	- 0,15	- 0,15	
Majoration de la dotation de la Cnam au fonds d'intervention régional	- 0,04	- 0,04	
Rationalisation de l'affectation des remises et diverses taxes santé	0,07	0,00	
Impact des mesures sur les subventions d'équilibre du régime général aux autres régimes intégrés	- 0,01	0,00	
Economies de frais financiers	0,03	0,02	

Source : annexe 9 du PLFSS pour 2012

* La minoration du montant des subventions d'équilibre versées par le régime général tient à ce que différentes mesures ont un impact favorable sur les comptes de régimes financièrement intégrés à celui-ci. En particulier, la mesure sur les tabacs améliore le solde des branches maladie des régimes agricoles ainsi que la branche vieillesse du régime des salariés agricoles ; les mesures sur les cotisations améliorent le solde des différentes branches et régimes du RSI. Ces mesures se traduisent pour les premiers régimes par une diminution des transferts d'équilibrage du régime général et pour les seconds par une baisse des produits de contribution sociale de solidarité des sociétés au profit du FSV.

Au titre du présent projet de loi de financement, **les mesures nouvelles en matière de recettes** atteignent 3,37 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 2,31 milliards pour le régime général, et 1,06 milliard pour le FSV.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Les mesures nouvelles en recettes du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 tablaient à 73 % sur de nouvelles taxes et à seulement 10 % sur la réduction des niches sociales. Pour 2013, le Gouvernement fait davantage reposer l'effort sur la suppression des niches sociales (35 % des mesures nouvelles en recettes pour 2013).

Les mesures nouvelles en recettes font l'objet de commentaires de votre rapporteur sur chaque article concerné.

Le rapporteur vous demande d'adopter cet article sous réserve du vote des amendements adoptés par la commission sur la troisième partie du présent projet de loi.

Article 28

**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 2013 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 2013, de **12,7 milliards d'euros** au lieu de 15,2 milliards pour l'année en cours et de 19,1 milliards pour 2011, soit une réduction de 2,5 milliards par rapport à 2012 et de 6,4 milliards par rapport à 2011.

Trois branches affichent des déficits. La vieillesse connaîtrait le déficit le plus élevé, avec 5,4 milliards, puis la maladie avec un solde négatif de 5,1 milliards. La famille enregistrerait un déficit de 2,6 milliards et la branche accidents du travail-maladies professionnelles un excédent de 400 millions.

Les régimes obligatoires autres que le régime général devraient connaître au total un déficit de 1,3 milliard d'euros.

Le tableau d'équilibre, qui est présenté dans cet article, est issu du rapprochement entre les prévisions de recettes pour 2013, examinées à l'article 27 ci-dessus, et les objectifs de dépenses commentés aux articles 58 pour la branche maladie, 64 pour la branche vieillesse, 70 pour la branche accidents du travail et 72 pour la branche famille.

S'agissant des dépenses, le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2013 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2013 sur les dépenses

(en milliards d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	2,03	2,38
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2013	2,05	2,41
Soins de ville		
Professionnels de l'offre de soins		0,22
Produits de santé		0,88
Prescriptions		0,61
Lutte contre les fraudes		0,05
Secteur hospitalier		
Renforcement de l'efficacité interne des établissements de santé		0,31
Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge		0,19
Efficacité des produits de santé à l'hôpital		0,15
Autres mesures	- 0,03	- 0,03
Majoration de la dotation de l'Oniam	- 0,03	- 0,03
Création IJ pour les exploitants agricoles/avec autofinancement par une cotisation forfaitaire (pas d'impact en 2013)	0	0
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille	- 0,01	- 0,01
Expérimentation du versement en tiers payant du complément mode de garde	- 0,01	- 0,01
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque AT-MP	0,19	0,19
Réduction de la dotation Fiva	0,20	0,20
Prestation complémentaire de recours à une tierce personne	- 0,04	- 0,04
Modification des règles relatives à la faute inexcusable de l'employeur	0,03	0,03
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	0	0

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2013, 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.**

Pour la branche vieillesse, aucune mesure nouvelle en dépense n'est prévue.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position du rapporteur

Votre rapporteur renvoie aux commentaires sur les objectifs de dépenses inscrits aux articles 58 pour la branche maladie, 64 pour la branche vieillesse, 70 pour la branche accidents du travail et 72 pour la branche famille.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sous réserve du vote des amendements adoptés par la commission sur la troisième partie du présent projet de loi.

Article 29

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2013 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 24 ci-dessus.

Le tableau d'équilibre du régime général pour 2013, dont l'approbation est demandée à cet article, fait apparaître **un déficit de 11,4 milliards d'euros** décomposé comme suit :

- 5,1 milliards pour l'assurance maladie ;
- 4,0 milliards pour la branche vieillesse ;
- 2,6 milliards pour la branche famille ;
- 0,3 milliard pour la branche AT-MP.

Ce déficit est à comparer aux montants de 2012 et de 2011, soit respectivement 15,2 milliards et 17,4 milliards d'euros. Le déficit du régime général serait ainsi moins dégradé de 3,8 milliards par rapport au déficit 2012 et de 6 milliards par rapport à celui de 2011.

Les évolutions les plus marquées concernent :

- **l'assurance maladie** qui voit son déficit diminuer par rapport aux exercices précédents ; le taux de progression de l'Ondam est fixé à 2,7 %, ce qui nécessite un effort d'économies de près de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses (4,1 %) ;

- **l'assurance vieillesse**, verrait sa situation s'améliorer, avec un solde négatif de 4 milliards ;

- le déficit de la **branche famille** continue à augmenter, à 2,6 milliards.

Au total, le taux de couverture des dépenses par les recettes s'améliore légèrement à 96,7 % en 2013, alors qu'il était de 96 % en 2012.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position du rapporteur

Votre rapporteur renvoie aux commentaires sur les objectifs de dépenses inscrits aux articles 58 pour la branche maladie, 64 pour la branche vieillesse, 70 pour la branche accidents du travail et 72 pour la branche famille.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sous réserve du vote des amendements adoptés par la commission sur la troisième partie du présent projet de loi.

Article 30

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 2013 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 24.

Il ne concerne qu'un seul organisme, à savoir le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Depuis 2009, le FSV enregistre un déficit important. Cette dégradation durable trouve son origine dans la crise économique, mais aussi au transfert de recettes du fonds à la Cades décidé en 2009.

Le tableau d'équilibre présenté par le présent article fait apparaître **un déficit de 2,6 milliards d'euros pour le FSV**, en amélioration de 1,5 milliard d'euros par rapport au déficit de 2012 (4,1 milliards d'euros).

Il est le résultat du rapprochement entre les prévisions de recettes, examinées à l'article 27, et les prévisions de charges, commentées à l'article 74.

En 2013, l'amélioration du solde du FSV trouve sa cause dans l'affectation de nouvelles recettes. Le FSV bénéficierait, d'une part, de l'élargissement du forfait social aux « *carried interests* » et aux indemnités de rupture conventionnelle. D'autre part, le fonds disposerait de ressources supplémentaires de C3S. En effet, l'amélioration du solde du RSI, liée à l'article 11 et à la suppression de niches sociales spécifiques à ce régime, conduira à moins faire appel au produit de la C3S pour couvrir son déficit. Le FSV bénéficiant du reliquat de C3S, ses recettes se trouveront mécaniquement augmentées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur se félicite que la question du déficit structurel du FSV trouve enfin un début de réponse avec l'affectation de nouvelles recettes pérennes.

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

Article 31

Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de solidarité vieillesse et au fonds de réserve pour les retraites

Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2013 l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et le montant des recettes mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse.

I - Le dispositif proposé

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

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale
(extraits du 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 trois objets :

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

Le présent article fixe à **12,4 milliards d'euros** l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2013, soit un niveau légèrement supérieur à celui fixé pour 2012, à savoir 12,1 milliards d'euros.

L'amortissement envisagé pour 2013 est égal à la différence entre le produit net attendu des ressources affectées à la Cades (CRDS, CSG et autres recettes, soit 16,4 milliards attendus) et le montant des frais financiers nets (soit 4 milliards). Ceux-ci correspondent au coût de financement de la Cades.

Depuis sa création en 1996, la caisse aura repris, au 31 décembre 2012, une dette totale de 209 milliards. Elle en aura amorti 71,7 à la fin de l'année, ce qui laisse, à cette date, une dette à rembourser de 137,3 milliards d'euros. Il conviendra d'ajouter les reprises de dette à venir au titre de l'exercice 2012 et des suivants.

A la fin de 2013, la Cades aura repris une dette totale de 217,1 milliards d'euros ; elle en aura amorti 84,1 et devra encore rembourser 132,9 milliards.

Compte tenu de l'allongement de la durée de vie de la Cades de quatre ans, permis par le vote de la loi organique relative à la gestion de la dette sociale votée en 2010, **l'horizon final de remboursement** de la dette sociale est actuellement **2024**. **Grâce aux conditions de marché, la date d'extinction prévisionnelle est passée de 2025 à 2024 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 à celui pour 2013.**

- **l'affectation de recettes au FRR**

Pour 2013, il n'est prévu d'affecter aucune recette au FRR.

En effet, conformément au cadre arrêté lors de la réforme des retraites, **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.**

- **la mise en réserve de recettes par le FSV**

La loi portant réforme des retraites votée en 2010 a confié au FSV la charge du financement du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés.

L'équilibre financier de cette mesure sera assuré en 2013 par la mise en réserve par le fonds, au sein d'une section comptable spécifique, du produit issu de 0,5 point de forfait social.

Le rendement de cette recette s'élèverait à **152 millions d'euros en 2013.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Aucune reprise de dette des déficits de 2012 de la branche famille et de la branche maladie n'est prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Il y a là une question d'opportunité au regard des taux courts particulièrement attractifs dont bénéficient les organismes publics en 2012, et qui pourraient se maintenir à un niveau favorable en 2013. Sur le plan des principes de bonne gestion, votre rapporteur rappelle cependant sa position constante : dette et trésorerie ne doivent pas être confondues.

Sur la période 2012-2017, les projections prévoient un déficit cumulé de ces deux branches de 34,6 milliards d'euros. Dans l'hypothèse d'une reprise au fil de l'eau à compter de 2014 (avec reprise initiale des déficits 2012 et 2013 en 2014), le surcroît nécessaire de recettes nouvelles sera de l'ordre de 3,5 milliards d'euros pour une extinction dès 2024, soit l'équivalent de 0,25 point de CRDS.

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

Article 32

Approbation du rapport fixant un cadrage pluriannuel (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 2013 à 2017.

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)

I. - 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 macro-économiques identiques à celles du rapport économique social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2013. En termes de croissance, il retient une évolution du PIB de 0,8 % en 2013 et de 2 % par an à partir de 2013.

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 2012-2017

(en %)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Croissance du PIB en volume	0,3	0,8	2,0	2,0	2,0	2,0
Croissance potentielle	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6
Inflation	1,7	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
Croissance du PIB en valeur	2,0	2,55	3,75	3,75	3,75	3,75
Evolution de la masse salariale privée	2,5	2,3	4,0	4,0	4,0	4,0

Source : annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

S'agissant des hypothèses conventionnelles de la période 2014-2017, deux variables intéressent principalement les organismes de sécurité sociale : la croissance du PIB en valeur et l'évolution de la masse salariale privée.

La convention prise par le Gouvernement au titre de l'**évolution du PIB en valeur** se décompose entre une croissance en volume de 2 % et une hypothèse d'inflation de 1,75 %. Cette convention est identique à celle du programme de stabilité et de croissance 2012-2016 (avril 2012), élaboré par le précédent gouvernement. Elle est significativement inférieure aux conventions qui avaient été adoptées pour les lois de programmation des finances publiques 2009-2012 et 2011-2014. L'hypothèse de croissance en volume avait alors été fixée à 2,5 %, bien au-delà des réalisations concrètes de la période 2010-2012. La convention actuelle est donc à tout le moins bien plus plausible que celle des projections pluriannuelles antérieures.

Pour ce qui est de la **croissance de la masse salariale du secteur privé**, celle-ci comprend deux paramètres principaux (emploi et rémunérations). Elle est liée aux hypothèses de croissance et de taux de chômage. Elle constitue l'assiette prédominante des recettes des administrations de sécurité sociale (cotisations sociales, CSG sur les revenus d'activité, forfait social etc.). La convention retenue par le Gouvernement est de 4 % sur la période 2014-2017.

Ce choix peut susciter trois séries de remarques :

- la convention est assurément **beaucoup plus prudente que les hypothèses associées aux annexes B antérieures** (sauf l'annexe B jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui retenait la même hypothèse). Ainsi l'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoyait une croissance de la masse salariale privée de 4,5 % ;

- elle est **proche du rythme annuel moyen de la masse salariale privée constaté entre 1998 et 2007 (+ 4,1 %)**, c'est-à-dire avant la crise. Le Gouvernement reconnaît néanmoins qu'elle suppose « *une croissance de la rémunération du travail salarié légèrement plus rapide que le PIB en valeur (4 % contre 3,75 %)* » ;

- les hypothèses de croissance de la masse salariale privée et des recettes des administrations de sécurité sociale apparaissent **globalement cohérentes entre elles**. Pour ce qui est de l'évolution des recettes en effet, celles-ci devraient évoluer, à périmètre courant, à un rythme légèrement supérieur à celui du PIB en valeur. Or, l'on sait que l'élasticité globale des prélèvements obligatoires affectés aux administrations de sécurité sociale au PIB a été de 1,1 en 2011, soit légèrement supérieure à 1¹. Elle varie entre 0,9 et 1,1 sur moyenne période.

Le déficit des régimes obligatoires de base passerait de 15,2 milliards d'euros en 2012 à 9,1 milliards d'euros en 2017. **Les dépenses seraient couvertes à hauteur de 98,3 % par des recettes en 2017**, alors que ce pourcentage n'était que de 95,7 % en 2011 (96,7 % prévus en 2012 et 97,3 % en 2013). Le FSV connaîtrait, lui, une amélioration significative de sa situation financière, avec un déficit en fin de période de 0,6 milliard d'euros contre 4,1 milliards d'euros en 2012.

Décomposition de la trajectoire de solde des organismes obligatoires de base de sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie	- 5,5	- 5,1	- 4,3	- 3,2	-2,0	- 1,1
AT/MP	- 0,1	0,4	0,5	0,7	0,9	1,2
Famille	- 2,5	- 2,6	- 2,4	- 2,1	- 1,8	- 1,3
Vieillesse	- 7,1	- 5,4	- 5,6	- 6,5	- 7,2	- 7,9
Total	- 15,2	- 12,7	- 11,9	- 11,1	- 10,1	- 9,1
<i>Fonds de solidarité vieillesse</i>	- 4,1	- 2,6	- 2,7	- 2,1	- 1,3	- 0,6
Total avec FSV	- 19,3	- 15,3	- 14,6	- 13,2	- 12,4	- 9,7

Source : annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Pour ce qui concerne la branche maladie, la maîtrise de l'Ondam conduirait à une amélioration significative du solde d'ici 2017, même si l'équilibre ne serait pas encore atteint. Le régime « accidents du travail-maladies professionnelles » serait en excédent à compter de 2013, avec une capacité à financer les déficits passés.

¹ *Rapport sur les prélèvements obligatoires pour 2013.*

Pour ce qui concerne les branches famille et vieillesse, la situation demeurerait moins satisfaisante d'ici 2017. La branche famille enregistrerait un déficit tendanciel préoccupant de 2,6 milliards d'euros en 2013, de 2,4 milliards d'euros en 2014, avec ensuite un reflux attendu jusqu'à un déficit de 1,3 milliard d'euros en 2017.

Sans surprise, le déficit cumulé de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse resterait à un niveau élevé jusqu'en 2017, avec un déficit global de 8,5 milliards d'euros en fin de période.

Le solde du régime général connaîtrait les mêmes inflexions, avec un retour aux excédents pour les accidents du travail et une très nette réduction du déficit du régime de l'assurance maladie. La question de la résorption des déséquilibres pour le régime général des branches famille et vieillesse reste posée sur le moyen et le long terme.

Décomposition de la trajectoire de solde du régime général de sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie	- 5,5	- 5,1	- 4,5	- 3,4	- 2,2	- 1,4
AT-MP	- 0,1	0,3	0,4	0,6	0,8	1,1
Famille	- 2,5	- 2,6	- 2,4	- 2,1	- 1,7	- 1,2
Vieillesse	- 5,2	- 4,0	- 4,2	- 4,6	- 4,8	- 4,9
Total	- 13,3	- 11,4	- 10,7	- 9,5	- 7,9	- 6,4

Source : annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements rédactionnels dans l'annexe B.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur renvoie à son avis sur le projet de loi de programmation des finances publiques 2012-2017 dans lequel il effectue une analyse détaillée des projections pluriannuelles de la sécurité sociale.

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

Section 3

Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

Article 33

*(art. L. 723-11, L. 726-2, L. 731-2, L. 731-3, L. 731-10, L. 731-13,
L. 731-38, L. 731-45, L. 741-1, L. 762-11, L. 762-12, L. 762-21, L. 762-24
et L. 762-33 du code rural et de la pêche maritime ;*

art. L. 134-6, L. 134-9, L. 134-11-1 et L. 241-6 du code la sécurité sociale)

Réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la mutualité sociale agricole

Objet : Cet article vise à aligner les modalités de financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la mutualité sociale agricole sur celles des autres régimes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

- L'actuel système de financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la mutualité sociale agricole

De son histoire mutualiste, la mutualité sociale agricole (MSA) a hérité **pour sa gestion administrative et celle de l'action sociale et du contrôle médical d'un système de financement qui fait exception** au principe général retenu pour les autres régimes de sécurité sociale, ceux-ci voyant leurs dépenses de gestion administrative financées à l'euro près par un prélèvement sur les recettes, dans la limite d'un plafond autorisé par la convention d'objectifs et de gestion (COG).

Les cotisations sociales agricoles comprennent distinctement :

- des cotisations techniques qui sont dédiées à la couverture des prestations servies auprès des ressortissants des régimes ;
- des **cotisations complémentaires** qui financent les frais de gestion, l'action sanitaire et sociale et le contrôle médical, mais aussi les charges liées au non-recouvrement des cotisations.

La tradition d'autonomie financière des caisses locales de la MSA leur permettait, dans le passé, de fixer le taux des cotisations complémentaires.

A partir des années 1990, il est cependant apparu que le fonctionnement du réseau des caisses de la MSA n'était plus adapté à la complexité croissante de leur activité et à l'érosion du nombre de leurs adhérents, liées aux mutations du secteur agricole. **La MSA s'est alors engagée dans un vaste mouvement de restructuration interne.**

Une première réforme a eu pour double objectif de regrouper les caisses locales et d'ériger la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) en tête de réseau.

Une deuxième réforme, concomitante de l'affirmation progressive des compétences de la CCMSA, a consisté à **réduire progressivement les marges financières laissées à la disposition des caisses locales**, marges contradictoires avec la volonté d'harmoniser les politiques menées d'une caisse à l'autre, mais aussi relativement coûteuses.

Ainsi, la liberté de fixer le taux des cotisations complémentaires a été progressivement encadrée (par rapport à une moyenne, la marge a été de 20 % puis de 5 %), puis supprimée. Depuis 1999, **la totalité des cotisations complémentaires est centralisée à la CCMSA** pour être ensuite redistribuée aux caisses locales de la MSA sous la forme de dotations de gestion, calculées selon les critères du règlement de financement institutionnel de la MSA.

Cette double réforme est restée cependant incomplète, ainsi que le constate la Cour des comptes dans son rapport sur les comptes de la sécurité sociale de septembre 2011. En particulier, la MSA a maintenu ses propres modalités de financement de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sociale.

- Des modalités de financement désormais inadaptées

Selon l'étude d'impact, **le système de financement des frais de gestion par des cotisations complémentaires n'apparaît plus adapté**, au regard des évolutions que connaît la MSA depuis plusieurs années :

- il crée mécaniquement **une inadéquation entre les montants des dépenses et des recettes de gestion**. En effet, le financement par des cotisations complémentaires procure à la MSA des recettes de gestion qui varient comme le revenu professionnel des assurés et comme la masse salariale agricole, alors que les dépenses de gestion relèvent d'enveloppes négociées dans le cadre de la Cog ;

- il peut conduire paradoxalement les branches du régime à présenter **des excédents de gestion** alors qu'elles doivent, parallèlement, faire appel aux solidarités interrégimes et nationale pour couvrir leurs dépenses de prestations. Dans le contexte actuel d'adossement de nombreuses branches des régimes agricoles (toutes les branches hors la branche accidents du travail - maladies professionnelles pour les salariés agricoles ; les branches maladie et famille pour les exploitants agricoles), cette situation n'est guère équitable ;

- il s'accompagne de **la constitution de réserves financières** au niveau des caisses locales, lesquelles sont pour partie mobilisées pour la couverture des restes à recouvrer ;

- il rend **moins transparente la gestion de l'ensemble du réseau de la MSA** ; les résultats de gestion positifs des branches maladie, famille et vieillesse du régime des salariés agricoles masquent les déficits des branches homologues des non-salariés.

Le système a également montré ses limites lors de la suppression, en application de la loi de financement pour 2011, de la compensation des allègements généraux de cotisations sociales. L'affectation, à titre définitif, à la CCMSA des droits de consommation sur les tabacs s'est en effet traduite, compte tenu de la vocation de cette ressource fiscale à financer des dépenses de prestations, par un sous-financement important de la section administrative¹.

Pour l'ensemble de ces raisons, la réforme du financement de la gestion administrative de la MSA apparaît aujourd'hui nécessaire.

- La réforme proposée

L'objectif est d'assurer une prise en charge pérenne des moyens de fonctionnement du réseau de la MSA et de permettre le financement de la gestion à un meilleur coût avec une meilleure affectation des ressources.

- L'alignement des règles en vigueur sur celles des autres régimes de sécurité sociale

La partition des cotisations en deux catégories est supprimée. **La couverture des dépenses de gestion administrative, de l'action sociale et du contrôle médical sera désormais assurée par un prélèvement à due concurrence sur les recettes**, dans le respect du plafond fixé par la Cog, et non plus par le fléchage *ex ante* d'une fraction du produit des cotisations.

Dès lors, les dépenses de gestion des différentes branches des régimes agricoles pourront être directement imputées sur leurs ressources respectives et, pour les branches adossées au régime général, être intégrées dans le mécanisme d'équilibrage, à l'instar des dépenses de prestations.

A cette fin, le présent article procède à de nombreuses modifications des dispositions du code rural et de la pêche maritime relatives au régime des exploitants agricoles :

- le **2°** et le **5° du paragraphe I** suppriment, respectivement aux articles L. 726-2 et L. 731-10, l'affectation de cotisations complémentaires au fonds spécial d'action sociale ;

¹ Jusque là, les versements de l'Etat au titre de la compensation étaient considérés comme des recettes de même nature que les cotisations sociales, et étaient partiellement mobilisés pour le financement de la gestion administrative de la MSA.

- les 3° et 4° du I modifient respectivement les articles L. 731-2 et L. 731-3 afin d'aménager les ressources des branches maladie et vieillesse des exploitants agricoles de telle sorte que le financement des dépenses au titre de la maladie inclue désormais les dépenses complémentaires ;

- le 6° du I supprime, à l'article L. 731-13, la référence aux cotisations complémentaires s'agissant de l'exonération partielle de cotisations, dont bénéficient les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole lors de leur installation ;

- le 7° du I supprime, à l'article L. 731-38 relatif aux pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1^{er} avril 2002, la référence aux dépenses complémentaires ;

- le 8° du I supprime, à l'article L. 731-45, le prélèvement sur le produit de la CSG jusqu'alors affecté à la gestion des caisses de la MSA ;

- les 10° et 11° du I procèdent, respectivement aux articles L. 762-11 et L. 762-12, aux modifications requises pour la branche famille outre-mer ;

- les 12° et 13° du I procèdent, respectivement aux articles L. 762-21 et L. 762-24, aux modifications requises pour la branche maladie outre-mer ;

- le 14° du I procède, à l'article L. 762-33, aux modifications requises pour la branche vieillesse outre-mer.

Pour le régime des salariés agricoles, le 9° du I supprime, à l'article L. 741-1, la référence aux cotisations et dépenses complémentaires.

Par ailleurs, le 1° du **paragraphe II** réécrit l'article L. 134-6 du code de la sécurité sociale pour préciser que l'ensemble des charges et des produits du régime des salariés agricoles est retracé dans les comptes des caisses nationales du régime général qui en assurent l'équilibre financier.

Les 3° et 4° du II tirent les conséquences, respectivement aux articles L. 134-11-1 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, de la suppression des dépenses complémentaires dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).

Afin de laisser le temps au réseau de préparer la mise en œuvre de cette réforme, le 1° du **paragraphe III** fixe l'entrée en vigueur au **1^{er} janvier 2014**.

- La centralisation de la trésorerie du réseau

La conséquence directe de ce nouveau mode de financement est la **centralisation, au niveau de la CCMSA, de la gestion des réserves financières constituées par les caisses locales**. Selon les responsables de la MSA auditionnés par votre rapporteur, le montant de ces réserves s'élève à 300 millions d'euros.

Le 1^o du I modifie donc l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime afin de compléter les missions de la caisse centrale, étendues à la gestion des budgets et, surtout, à la gestion commune de la trésorerie du réseau de la MSA.

Sont aussi concernés par le transfert à la CCMSA de leurs réserves de trésorerie les groupements mentionnés à l'article L. 731-30 du même code, à savoir les organismes d'assurances comme le groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles (Gamex)¹.

Le 1^o du II prévoit une entrée en vigueur de cette réforme **au 1^{er} janvier 2014**.

Le 3^o du II précise qu'au 31 décembre 2013, la propriété des réserves antérieurement constituées par les organismes de la MSA est transférée à la caisse centrale.

- La simplification des transferts de compensation entre la branche AT-MP du régime général et celle du régime des salariés agricoles

Instituée en 1977, **la compensation financière de la branche AT-MP du régime général vers son homologue du régime des salariés agricoles** était destinée à remédier aux inégalités provenant du déséquilibre démographique et de la disparité des capacités contributives entre ces deux régimes.

Chaque année, ce transfert de compensation s'élève à 100 millions d'euros, soit plus qu'un cinquième des recettes de la branche AT-MP du régime général.

En application de l'article L. 134-9 du code de la sécurité sociale, il est prévu que cette compensation soit intégralement mise en œuvre lorsque les taux de cotisations entre le régime général et le régime des salariés agricoles auront été harmonisés.

Jusqu'à la réalisation de cette harmonisation, **les transferts de compensation à la charge du régime général sont calculés en tenant compte, au cours de chaque exercice annuel, de la réduction de l'écart entre les taux de cotisations des deux régimes** ; on parle de coefficient de réduction.

Or, comme l'explique l'étude d'impact, **ce coefficient de réduction n'a plus de raison d'être**, d'une part, parce que les taux de cotisations entre le régime général et le régime des salariés agricoles sont harmonisés depuis 1994, d'autre part, parce que ce mécanisme est source de complexité.

S'inscrivant dans le cadre plus général du réexamen des mécanismes de compensation interrégimes, **la mesure proposée au 2^o du paragraphe III consiste donc à supprimer le coefficient de réduction** (abrogation de l'article L. 134-9 du code de la sécurité sociale).

¹ *Le Gamex, créé en 1961, regroupe dix-sept sociétés régies par le code des assurances, habilitées à pratiquer les opérations d'assurance maladie obligatoire des exploitants agricoles. Ses réserves financières sont estimées à 17 millions d'euros.*

Le 2° du III précise que cette disposition s'applique dès la compensation calculée pour l'exercice 2012.

Selon l'étude d'impact, cette mesure conduira à majorer les transferts de la branche AT-MP du régime général d'environ 4 millions d'euros chaque année, ce qui aura symétriquement un effet favorable sur les comptes de son homologue du régime des salariés agricoles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un simple amendement de coordination.

III - La position de votre rapporteur

La réforme de la gestion administrative de la MSA constitue une nouvelle étape dans le vaste mouvement de restructuration interne à l'œuvre depuis quelques années dans les régimes agricoles. Elle est rendue nécessaire par l'obsolescence du système actuel qui n'est plus en adéquation avec les évolutions en cours.

Comme l'ont indiqué les responsables de la MSA à votre rapporteur, le contenu de la réforme a été négocié avec le Gouvernement qui a fait preuve d'une réelle écoute. En particulier, le choix de la date du 1^{er} janvier 2014 était très important pour le régime car le passage au nouveau système suppose de laisser le temps aux caisses locales de se préparer à cette transition administrative.

En conséquence, votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 34

(art. L. 225-1-1 et L. 255-2 du code de la sécurité sociale)

**Trésorerie du régime des mines
et rationalisation des comptes d'encaissement des Urssaf**

Objet : *Cet article permet à l'Acoss de fournir au régime des mines des avances exceptionnelles de trésorerie à hauteur de 250 millions d'euros pour 2013. Il apporte par ailleurs une clarification des règles de trésorerie au sein du réseau des Urssaf et de l'Acoss.*

I - Le dispositif proposé

Cet article a deux objets distincts.

• Avance exceptionnelle de trésorerie de 250 millions d'euros de l'Acoss au régime des mines pour 2013

Le décret n° 2010-975 du 27 août 2010¹ a prévu la mise en extinction du régime de sécurité sociale des mines à partir du 1^{er} septembre 2010 : ne continuent d'en bénéficier que les assurés et leurs ayants droit affiliés avant cette date. La branche assurance maladie et AT-MP comptait alors environ 180 000 bénéficiaires et le régime comptait 320 000 pensionnés en 2011 (1,7 milliard d'euros pour le risque vieillesse).

En outre, le gouvernement précédent a présenté, en mai 2011, un document d'orientation sur l'avenir du régime minier, qui prévoyait de l'adosser au régime général. Le décret n° 2011-1034 du 30 août 2011² traduit cette décision et réforme le régime minier en profondeur : l'organisation générale des caisses a été restructurée et, au regard du nombre décroissant des affiliés et afin d'assurer la pérennité de ses activités, le domaine assurantiel et l'offre de santé du régime doivent être transférés au régime général au plus tard le 31 décembre 2013. Le secteur de l'action sanitaire et sociale a, quant à lui, été transféré à l'Agence nationale de garantie des droits des mineurs (ANGDM) au 30 mars 2012.

La situation financière du régime est inquiétante :

- **parmi ses recettes, 79 % proviennent de subventions d'équilibre** versées par l'assurance maladie (2 milliards d'euros en 2011) et l'Etat (1,2 milliard), seules 2 % étant assurées par des cotisations ;

- malgré les mécanismes de compensation par les autres régimes, **le déficit maladie s'accroît** : il s'élève à 186 millions en 2011, soit 4 % des dépenses (4,3 milliards).

Ces difficultés structurelles se traduisent également par **une trésorerie constamment tendue** et sont aggravées en période de raréfaction des crédits bancaires. Ainsi, le plafond d'autorisation d'emprunt permettant de

¹ Décret modifiant le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 portant organisation de la sécurité sociale dans les mines.

² Décret relatif au régime spécial de sécurité sociale dans les mines.

couvrir les besoins de trésorerie a été fortement réévalué ces dernières années : il était fixé à 200 millions d'euros en 2007, à 900 millions en 2012 et l'article 36 du présent projet de loi le porte à 950 millions pour 2013.

En pratique, l'Acoss estime le point bas de trésorerie à un besoin de 795 millions d'euros pour l'année 2013. Or, la Caisse des dépôts et consignations, partenaire bancaire historique de la caisse des mines, octroie des crédits limités (650 millions d'euros en 2012), ce qui nécessite l'apport de capitaux complémentaires pour l'année 2013.

Le **paragraphe I** de cet article prévoit que, à titre exceptionnel pour 2013, l'**Acoss** puisse consentir au régime des mines des **avances** d'un montant maximal de **250 millions** d'euros. Ces avances **rémunérées** doivent faire l'objet d'une **convention** entre les parties, soumise pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

• **Clarification des relations de trésorerie entre les Urssaf et l'Acoss**

L'article L. 255-2 du code de la sécurité sociale prévoit, depuis le 1^{er} septembre 2000, que les montants encaissés par les organismes chargés du recouvrement des cotisations sociales du régime général sont obligatoirement transférés par virement à l'Acoss.

Sans que des informations précises aient pu être fournies, il semble que cet article soit devenu inadapté en raison d'une refonte des mécanismes d'alimentation en trésorerie des caisses locales du régime général à partir du compte central de l'Acoss tenu par la Caisse des dépôts. Cette mesure de simplification, qui a également porté sur les remontées des encaissements des Urssaf vers l'Acoss, est opérée par voie réglementaire et conventionnelle entre les parties.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement corrigeant une erreur de rédaction dans l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit que l'Acoss gère, pour le compte des régimes de sécurité sociale, la répartition des impôts et taxes qui leur sont affectés (nouvel alinéa I *bis*).

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur n'émet pas d'opposition à la clarification technique des règles de trésorerie du réseau des Urssaf et de l'Acoss.

En ce qui concerne le **régime des mines**, votre rapporteur soutient la position qu'a adoptée le Gouvernement, dès son installation, d'**un moratoire** sur la réforme en cours.

En effet, il estime que l'adossement au régime général doit prendre en compte l'offre de santé du régime minier qui est, pour des raisons historiques, étoffée et qui comprend les trois degrés de la prise en charge médicale : la

médecine généraliste ambulatoire et les soins dentaires ; la médecine spécialisée et les analyses médicales ; les hospitalisations et les soins de suite et de réadaptation. Le régime gère ainsi des centres de santé polyvalents (médicaux, infirmiers, dentaires, de spécialités), des pharmacies, des centres d'optique, des laboratoires d'analyses médicales, des services ambulanciers. A ces structures ambulatoires viennent s'ajouter, en gestion directe ou associative, des services à la personne, des services de soins infirmiers à domicile, ainsi que des établissements de soins répartis sur l'ensemble du territoire.

Le régime minier apporte donc **un service de soins de proximité** qu'il est nécessaire d'adapter, ne serait-ce que pour des raisons démographiques, mais qu'il ne faudrait pas « brader » pour autant.

Dans cet esprit, votre rapporteur est favorable à la solution de transition, qui répond à une situation d'urgence, permettant à l'Acoss de fournir des avances exceptionnelles de trésorerie au régime des mines pour l'année 2013.

A l'initiative de son rapporteur, la commission a adopté **un amendement**, au I *bis*, de simple mise en cohérence rédactionnelle entre deux articles du code de la sécurité sociale.

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

Article 35

(art. L. 114-5 et L. 114-8 du code de la sécurité sociale)

Certification des comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Objet : Cet article vise à appliquer à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale de façon à permettre la certification de ses comptes.

I - Le dispositif proposé

• La **convention d'objectifs et de gestion** (Cog) conclue pour la période **2012-2015** entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'Etat prévoit la nomination d'un commissaire aux comptes afin de mettre en place une démarche de certification.

Pour le moment, la CNSA relève de l'instruction budgétaire et comptable M9-1. Or un audit effectué en 2011 a estimé que celle-ci ne constituait pas un référentiel de comptabilité générale susceptible de permettre la certification des comptes de la Caisse.

Il a donc été jugé nécessaire de lui appliquer le **plan comptable unique des organismes de sécurité sociale** (PCUOSS) dont relèvent les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement aux termes de l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale.

Cette mesure se justifie à partir du moment où le budget de la CNSA, d'un montant total de 20,7 milliards d'euros en 2012, retrace **16,5 milliards d'euros de dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie** (Ondam) dans sa section I relative au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

Il est cependant nécessaire de prévoir cette mesure par voie législative dans la mesure où, la loi ayant défini la CNSA comme un établissement public national à caractère administratif¹, celle-ci est soumise en principe aux règles de la comptabilité publique applicables à ce type d'établissement.

• Le 1^o du présent article complète l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le PCUOSS s'applique également aux *« organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie »*.

Le 2^o complète de la même façon l'article L. 114-8 pour rendre obligatoire la certification des comptes de la CNSA par un commissaire aux comptes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de votre rapporteur

Le présent article constitue avant tout une mesure technique et de bonne gestion qui découle de la démarche de certification des comptes engagée, pour l'Etat et ses établissements publics, par la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (Lolf)², puis, pour le régime général, par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (Lolfss)³.

En conséquence, votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Article L. 14-10-2 du code de l'action sociale et des familles : « La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat [...] ».

² Loi n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

³ Loi n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Article 35 bis

(art. L. 136-5 et L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale)

**Versement des cotisations dues sur les indemnités de congés payés
par les caisses de congés payés**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de simplifier les modalités de versement des cotisations dues sur les indemnités de congés payés dans les professions pour lesquelles existent des caisses de congés payés.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

• Dans certaines professions historiquement caractérisées par le caractère discontinu et itinérant des périodes de travail, des **caisses de congés payés** ont été mises en place pour collecter les cotisations et assurer la gestion et la prise en charge des indemnités de congé des salariés à la place des employeurs.

Leur existence est prévue à l'**article L. 3141-30 du code du travail** qui renvoie à un décret la définition de la liste de ces professions. En pratique, des caisses de congés payés ont été mises en place dans les secteurs du bâtiment et travaux publics (BTP), des spectacles, de la manutention, des transports et des docks.

Actuellement, ce sont les caisses de congés payés qui assurent le **versement aux Urssaf des cotisations patronales et salariales dues sur les indemnités de congés payés.**

• Dans un souci de **simplification et d'amélioration du versement des cotisations**, le présent article, inséré à l'initiative du Gouvernement, prévoit que celles-ci seraient directement acquittées par les entreprises, au même titre que les cotisations sur les salaires, **sans intervention des caisses de congés payés** dont l'action se recentrerait sur le service des indemnités de congés payés qui constitue le cœur de leur mission.

Pour ce faire, le 1^o de l'article supprime la phrase de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale relative à l'intervention des caisses de congés payés pour le versement de la CSG due sur les indemnités de congés payés.

Le 2^o crée un nouvel article L. 243-1-3 dans le code de la sécurité sociale qui dispose que les employeurs affiliés aux caisses de congés payés acquittent de façon forfaitaire auprès des Urssaf et des caisses générales de sécurité sociale les cotisations dues au titre des périodes de congés de leurs salariés.

Ces cotisations prendraient la forme de majorations des cotisations et contributions déjà dues sur les salaires. Le taux de ces majorations serait fixé par décret pour chaque profession de façon à tenir compte des différences de réglementation applicables dans chaque secteur en matière de congés payés.

II - La position de votre rapporteur

Lors de son examen à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a justifié l'introduction de cet article en soulignant qu'il s'agissait d'une mesure de simplification susceptible de rejoindre certaines propositions concernant le versement transport et la cotisation due au fonds national d'aide au logement (Fnal).

Votre rapporteur vous demande de l'adopter sans modification.

Article 35 ter

*(art. L. 731-13-1 et L. 741-1-2 [nouveaux]
du code rural et de la pêche maritime)*

Coordination entre le code la sécurité sociale et le code rural et de la pêche maritime

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à appliquer au régime agricole les règles définies par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 concernant la prise en compte des exonérations dans le calcul des cotisations sociales lorsque les cotisants n'ont pas rempli leurs obligations déclaratives.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

• L'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 est venu simplifier un certain nombre de règles applicables à la détermination et au recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants.

Jusqu'à la LFSS pour 2012, lorsqu'un employeur ou un travailleur indépendant n'avait pas rempli ses obligations déclaratives, les cotisations étaient calculées sur une base forfaitaire tenant compte des exonérations dont bénéficiait le cotisant, dans l'attente d'une régularisation.

Le paragraphe IV de l'article 37 de la LFSS pour 2012 a introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 242-12-1 qui dispose que les cotisations calculées à titre provisoire par les organismes chargés du recouvrement ne tiennent désormais plus compte d'aucune exonération dont pourrait bénéficier le cotisant. Ce n'est qu'au moment de la régularisation de la situation du cotisant, lorsque celui-ci a fourni les données nécessaires, que les exonérations applicables sont, le cas échéant, intégrées dans le calcul des cotisations.

● Inséré à l'initiative du Gouvernement, le présent article étend dans son 1° les dispositions de l'article L. 242-12-1 précité aux exploitants agricoles en insérant un nouvel article L. 731-13 dans le code rural et de la pêche maritime qui en reprend l'exacte formulation.

Le 2° crée un nouvel article L. 741-1-2 afin d'appliquer aux cotisations dues au titre de l'emploi de salariés agricoles les règles fixées par l'article L. 242-12-1.

II - La position de votre rapporteur

Cet article constitue une mesure technique de coordination entre le régime agricole et les autres régimes.

Votre rapporteur vous demande de l'adopter sans modification.

Article 36

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 2013.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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 2013 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 2011 et 2012.

Plafonds d'avance de trésorerie pour 2011, 2012 et 2013

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013
Régime général	20 000	21 000	29 500
Régime des exploitants agricoles - CCMSA	4 500	2 900	4 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	400	1 450	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)	90	50	30
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	800	900	950
Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg)	600	600	400
Caisse de retraite du personnel de la RATP (CRPRATP)	50	50	30
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	1 650	650	750

Il est prévu qu'**à titre dérogatoire**, la Caisse nationale des industries électriques et gazières pourra recourir à des ressources non permanentes dans la limite de **600 millions d'euros** entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2013.

1°) Le régime général

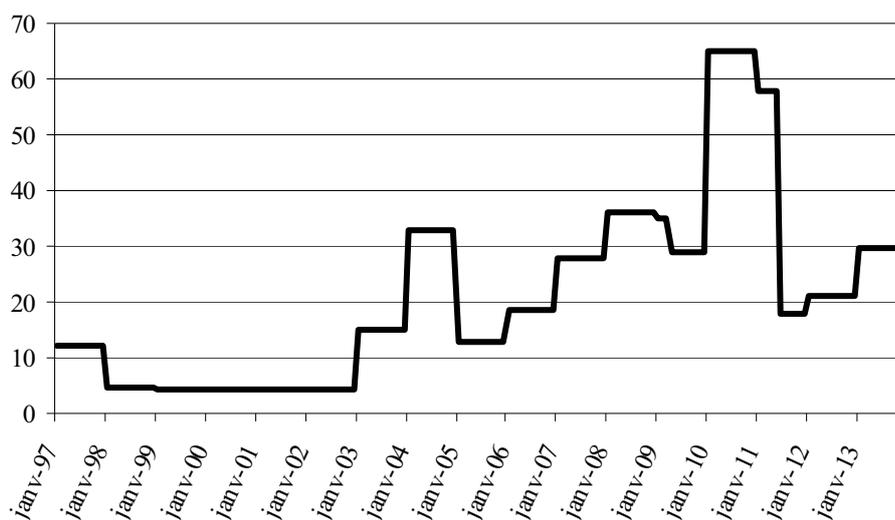
Pour le régime général (Acos), le plafond des ressources non permanentes proposé pour 2013 s'élève à **29,5 milliards d'euros**, soit un montant très significativement supérieur à celui demandé pour 2012 mais sans rapport avec le plus haut historique atteint en 2010 : 65 milliards d'euros.

Ce montant doit financer à court terme le déficit du régime général et du FSV, d'une part, pour ce qui concerne les déficits destinés à être repris par la Cades en cours d'année (vieillesse et FSV), d'autre part, pour les déficits de la branche maladie et de la branche famille 2012 qui seront refinancés à court terme en 2013.

Le plafond d'emprunt du régime général a beaucoup varié au cours des dernières années, ainsi que le montre le graphique ci-après :

**Evolution du plafond de couverture du besoin de trésorerie de l'Acoss
fixé dans les lois de financement de la sécurité sociale**

(en milliards d'euros)



Source : lois de financement de la sécurité sociale

Le solde de trésorerie de l'Acoss au 1^{er} janvier 2013 serait de - 18,6 milliards d'euros. Le solde au 31 décembre 2013 serait de - 26,3 milliards d'euros, avec un point extrême atteint le 20 décembre 2013 (- 27,6 milliards d'euros). Il y aurait donc une marge de 1,9 milliard d'euros entre le point bas et le plafond proposé par le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Pour 2013, l'Acoss dispose des moyens pour couvrir ses besoins de financement, mis en œuvre en 2010 lorsque son plafond de couverture avait atteint 65 milliards d'euros : mutualisation de trésoreries sociales positives, programme de billets de trésorerie, programme d'« *euro commercial paper* », financement subsidiaire auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

2°) Le régime des exploitants agricoles - CCMSA

La gestion des ressources du régime des non-salariés agricoles est confiée à la CCMSA qui dispose de l'autorisation d'emprunt pour le financement de ses besoins de trésorerie. Ce plafond est fixé à 4 milliards d'euros pour 2013. Le déficit prévisionnel du régime s'établirait à 700 millions d'euros en 2013. Pour déterminer le niveau du plafond, il convient néanmoins de prendre en compte les déficits cumulés 2011 et 2012 (de l'ordre de 2,5 milliards d'euros) et les décalages de trésorerie. Le besoin moyen de trésorerie serait ainsi en 2013 de 2,6 milliards d'euros, avec un point bas le 21 novembre de 3,7 milliards d'euros.

La CCMSA supporte un coût de refinancement particulièrement coûteux. Elle s'appuie en effet sur un emprunt bancaire contracté auprès du groupe Crédit agricole pour un volume maximal de 4,2 milliards d'euros. Il ressort du programme de qualité et d'efficacité « financement » que le taux d'emprunt de la CCMSA en 2011 a atteint 71 points de base au-dessus de l'Eonia (Euro overnight index average). Ce différentiel est très significatif : la Cades, qui se finance sur les marchés, était sur la même période à Eonia +19,7 points de base.

Votre rapporteur se montrera donc particulièrement attentif à l'évolution du mode de financement du régime des exploitants agricoles.

3°) Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)

La CNRACL fait face à une dégradation tendancielle de sa situation financière. Le plafond d'emprunt de la caisse est cependant maintenu à 1,45 milliard d'euros en 2013, du fait de l'apport de nouvelles ressources à l'article 4 du présent projet de loi.

Le point bas de trésorerie attendu serait de 1 350 millions d'euros, du 24 au 26 décembre.

4°) Le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE)

En 2012, la trésorerie du fonds spécial des ouvriers des établissements industriels de l'Etat a toujours été positive. Depuis 2007, l'autorisation d'emprunt se révèle inutile en exécution.

En conséquence, le plafond d'emprunt est encore abaissé, à 30 millions d'euros, après les baisses réalisées en 2010 et 2012.

Le plafond d'emprunt est néanmoins nécessaire à titre de précaution, en raison des incertitudes sur les dates de versement de la subvention d'équilibre de l'Etat. Un décalage éventuel de versement peut conduire à un besoin d'emprunt ponctuel

5°) La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)

Pour 2013, il est proposé d'autoriser la CANSSM à contracter des emprunts dans la limite de **950 millions d'euros**. Le point bas de trésorerie serait de 795 millions d'euros.

L'Acofss pourra, en application de l'article 34 du présent projet de loi, compléter, à concurrence de 250 millions d'euros par une avance de trésorerie, le financement de la Caisse des dépôts et consignations ayant été plafonné à l'initiative de celle-ci, à 650 millions d'euros.

6°) La Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg)

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 retraites 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.

Depuis 2009, le plafond de ces emprunts est fixé chaque année à 600 millions d'euros. En 2013, il convient de distinguer deux périodes. Du 1^{er} janvier au 31 mars 2013, le plafond serait maintenu à ce niveau. A partir du 31 mars 2013, le plafond pourrait être diminué. En effet, du fait d'une mensualisation du versement des pensions, les besoins de trésorerie seraient plus limités. Le point bas de trésorerie se situerait, en octobre, à - 272 millions d'euros.

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, mais non encore réalisé, 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 2012, le point bas de trésorerie a été atteint début janvier (- 2 millions d'euros).

Par précaution, une autorisation d'emprunt, ramenée à 30 millions d'euros, est proposée pour 2013.

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 2013 est fixé à **750 millions d'euros**. Le point bas serait atteint dès le mois de janvier 2013. Il serait du même ordre que celui de 2012 (- 692 millions d'euros).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur est très attentif à l'augmentation des plafonds de couverture de trésorerie des organismes de sécurité sociale. Il ne faut pas négliger en effet le coût de refinancement de branches ou de régimes ne bénéficiant pas directement de la garantie de l'Etat.

Le niveau du plafond de l'Acoss ne constitue pas une préoccupation pour 2013. Il n'en est pas de même pour 2014.

Sur un plan technique, il n'est pas certain que l'Acoss soit en mesure d'assurer, en 2014, la couverture en trésorerie des déficits des branches « famille » et « maladie » de 2013. Une opération de reprise de dette par la Cades, avec transfert de ressources correspondantes, idéalement à travers la CRDS, pour éviter de rallonger une nouvelle fois la durée de vie de la Caisse, sera indispensable en 2014 pour couvrir le besoin de financement né des déficits 2012 et 2013 des branches « famille » et « maladie ».

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

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2013

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 37

*(art. 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007
de financement de la sécurité sociale pour 2008 ;
art. L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale)*

Permanence des soins : élargissement du nombre de médecins susceptibles d'y participer et prolongation d'une expérimentation

Objet : Cet article concerne la permanence des soins. Il vise, d'une part, à prolonger de trois ans une expérimentation en cours en Haute-Vienne et dans les Pays de la Loire, d'autre part, à élargir le nombre de médecins susceptibles d'y participer.

I - Le dispositif proposé

• Prolongation d'une expérimentation relative à la permanence des soins

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹ a lancé une expérimentation relative à la permanence des soins. A compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas **cinq ans**, c'est-à-dire jusqu'au 1^{er} janvier 2013, les agences régionales de santé volontaires ont pu fixer le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins. Elles pouvaient, dans ce cadre, financer également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, les centres de santé, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.

¹ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

Cette expérimentation avait notamment pour objet de tester et de préparer le transfert de compétences entre, d'une part, les partenaires conventionnels et le préfet et, d'autre part, la future agence régionale de santé concernant la permanence des soins. La loi HPST a effectivement transféré cette compétence aux ARS.

L'expérimentation n'a été lancée que dans deux régions et tardivement, en septembre 2010 dans le Limousin (uniquement dans le département de la Haute-Vienne) et en avril 2011 dans les Pays de la Loire.

Le **paragraphe I** prévoit une **prorogation de trois ans** de l'expérimentation, par rapport à la limite initialement fixée, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2016.

• **L'élargissement du nombre de médecins susceptibles de participer à la permanence des soins**

Depuis 2003, les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du **volontariat** et il ne s'agit donc plus d'une obligation individuelle mais collective.

Par la suite, la loi HPST a sensiblement transformé les modalités de mise en œuvre de la permanence des soins, qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets¹ et qui est devenue à cette occasion une mission de service public. L'organisation de la permanence des soins a été confiée aux agences régionales de santé (ARS), qui ont compétence pour définir les modalités de mise en œuvre du dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux médecins participant à la permanence des soins ambulatoires. Les majorations spécifiques applicables durant les périodes de permanence des soins restent fixées par la convention médicale.

Ce nouveau dispositif doit entrer en vigueur une fois que les cahiers des charges de la permanence des soins auront été arrêtés par les directeurs généraux des ARS, ce qui semble être le cas dans la plupart des régions, dix-sept exactement selon les informations recueillies.

L'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale prévoit que, lorsqu'ils sont effectués par des médecins non conventionnés ou retraités, les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs de droit commun de la permanence des soins.

Le **paragraphe II** du présent article modifie cet article du code de la sécurité sociale avec deux objets :

- il élargit la référence de prise en charge par l'assurance maladie à l'ensemble des médecins amenés à assurer la permanence des soins, ce qui

¹ Tous les jours de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ; le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante.

permettra notamment aux médecins des centres de santé, qui sont des salariés, de facturer les actes et de percevoir les majorations prévues par la convention médicale ;

- il renvoie plus directement aux références des conventions médicales.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de votre rapporteur

Depuis le passage de l'obligation au volontariat et dans le cadre de l'évolution de la démographie médicale et des conditions de travail des médecins, la permanence des soins devient de plus en plus critique et certaines zones du territoire national font face à de graves difficultés.

Votre rapporteur se félicite donc de l'élargissement du nombre de médecins susceptibles d'y participer. Il estime cependant qu'une fois l'ensemble des cahiers des charges des ARS adoptés, il sera nécessaire d'évaluer précisément et sur le moyen terme la manière dont la permanence et la continuité des soins sont assurés en France.

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

Article 38

Expérimentation d'appels d'offres pour le transport des patients sur un territoire

Objet : Cet article engage, pour trois ans, une expérimentation relative aux transports sanitaires.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de cet article pose le principe d'une expérimentation, d'une durée maximale de trois ans, relative à de nouveaux modes d'organisation et de financement des transports de patients. A cette fin, il pourra être dérogé aux différentes dispositions législatives organisant ce secteur.

Selon le **paragraphe II**, ces expérimentations seront menées par les ARS et donneront lieu à un **appel d'offres** dans le respect des dispositions relatives aux marchés publics. L'ARS pourra également agréer de telles expérimentations que souhaiterait mener une caisse d'assurance maladie ou un établissement de santé.

Le **paragraphe III** limite le remboursement par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun aux prescriptions de transports exécutées par une entreprise retenue à l'issue de l'appel d'offres, sur le territoire de l'expérimentation ou pour ceux à destination ou en provenance d'un établissement de santé lorsqu'il a lancé lui-même cette expérimentation.

Le **paragraphe IV** prévoit la transmission au Parlement d'un rapport d'évaluation avant la fin de l'expérimentation.

Enfin, le **paragraphe V** renvoie les conditions d'application à un décret en Conseil d'Etat.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du rapporteur en charge de l'assurance maladie, l'Assemblée nationale a apporté deux amendements rédactionnels et a prévu que les appels d'offres peuvent être organisés à un niveau infra-départemental afin de tenir compte de l'offre de transports existante.

III - La position de votre rapporteur

La Cour des comptes a consacré un chapitre sur les transports sanitaires dans son rapport annuel 2012 sur la sécurité sociale. Elle pose notamment la question du libre choix du transporteur par l'assuré qui est prévu par la convention nationale de 2002 liant l'assurance maladie et les organisations professionnelles de transporteurs et auquel ces dernières semblent très attachées. Toutefois, cette liberté n'est guère compatible avec l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale qui prévoit que les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient. En pratique, le libre choix peut entraîner des surcoûts pour l'assurance maladie.

L'expérimentation proposée à cet article est une réponse pragmatique à cette question et, plus généralement, à l'évolution préoccupante des dépenses de transports sanitaires, qui ne représentent toujours que 2,1 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie (3,5 milliards d'euros en 2010) mais qui ont beaucoup progressé ces dernières années. Elle permet en effet de développer une approche territoriale. Selon l'étude d'impact, trois territoires de santé seraient concernés par l'expérimentation.

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

Article 39

(art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)

Valorisation des nouvelles organisations professionnelles en santé

Objet : Cet article permet aux négociations conventionnelles de reconnaître et valoriser davantage la coordination des soins par la conclusion d'accords pluriprofessionnels.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale définit les éléments que peuvent contenir les conventions conclues entre l'Uncam et certaines professions de santé.

La loi de 2004 relative à l'assurance maladie¹ y a introduit une nouvelle possibilité. Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé « *relatifs aux pathologies ou aux traitements* » peuvent ainsi être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Uncam et les organisations représentatives, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie. Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Le présent article entend **relancer la logique conventionnelle au niveau interprofessionnel**, introduite en 2004 mais jamais utilisée sous cette forme.

Le 1^o remplace l'expression « *relatifs aux pathologies ou aux traitements* » par « *visant à améliorer l'organisation et la coordination des soins ou la prise en charge des patients* ». Il ajoute les centres de santé comme partenaires éventuels de ces conventions.

Le 2^o insère un nouvel alinéa :

- la convention fixera un ou plusieurs **contrats-types** pour définir les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins ;

- elle établira aussi les modalités de calcul de la **rémunération** annuelle versée en contrepartie du respect des engagements et de l'atteinte des objectifs et elle précisera les possibilités, pour les partenaires locaux, d'adapter ces engagements et objectifs et de moduler la rémunération prévue ;

- des contrats seront alors conclus entre l'ARS, l'assurance maladie et des maisons, centres ou professionnels de santé intéressés.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, article 11.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté deux modifications rédactionnelles et a précisé que la négociation conventionnelle visait aussi à améliorer la continuité des soins, en sus de leur organisation et coordination.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur soutient la démarche engagée par le Gouvernement pour **renforcer les soins de proximité**, notamment au travers de la création de rémunérations forfaitaires sur engagements et objectifs destinées à financer spécifiquement la coordination de la prise en charge.

Cet article, dont la rédaction est complexe, laisse aux partenaires conventionnels la tâche de trouver un accord sur cette question afin d'assurer le succès du dispositif. Dans le dernier avenant conventionnel d'octobre 2012 sur les dépassements d'honoraires, négocié à la demande du Gouvernement, les signataires entrent pleinement dans cette logique, puisque l'article 7 indique : *« l'objectif d'améliorer l'état de santé des patients et l'efficacité des soins nécessite d'orienter la prise en charge vers de nouveaux services et des parcours de soins, assurée par des équipes de proximité, et de renforcer la coordination entre professionnels de santé. [...] Les partenaires conventionnels conviennent d'entamer des travaux dans le courant du premier semestre 2013 »* sur la base du présent article du projet de loi de financement.

Par ailleurs, **il existe déjà une expérimentation**, courant jusqu'à la fin de l'année 2013, portant sur de *« nouveaux modes de rémunération »* des professionnels de santé ou des centres et maisons de santé et destinée à compléter le paiement à l'acte ou à s'y substituer. Il est également prévu la possibilité, dans ce cadre, de rémunérer spécifiquement l'exercice pluriprofessionnel. L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹, qui organise cette expérimentation, prévoit une évaluation annuelle, théoriquement transmise au Parlement. Votre rapporteur regrette que cette évaluation ne lui ait pas été transmise. Pour autant, cette expérimentation permettra aux négociations de porter sur des bases fiables et connues.

Enfin, il est nécessaire de prévoir que le droit commun s'applique en ce qui concerne **le nombre de signataires nécessaire pour valider** la nouvelle convention. A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **un amendement** allant dans ce sens.

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

¹ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

Article 40

*(art. L. 1435-4-2 [nouveau] et art. L. 1435-5-1 à L. 1435-5-5 [nouveaux]
du code de la santé publique ; art. L. 162-5-14-1 [nouveau]
du code de la sécurité sociale)*

Praticien territorial de médecine générale

Objet : Cet article vise à améliorer les conditions d'exercice des jeunes médecins omnipraticiens dans les zones sous-denses pour lutter contre les déserts médicaux.

I - Le dispositif proposé

Cet article crée le statut de praticien territorial de médecine générale.

• Le statut (nouvel article L. 1435-4-2 du code de la santé publique)

Les ARS pourront conclure un contrat de praticien territorial de médecine générale avec un médecin généraliste dont la première inscription au tableau de l'ordre date de moins d'un an. Ce contrat assurera au praticien une rémunération complémentaire à ses activités de soins. L'étude d'impact envisage la création de deux cents postes en 2013 dont la moitié dès le 1^{er} mai.

Le praticien s'engagera à exercer, pendant une durée fixée contractuellement, dans une zone définie par l'ARS et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Selon les informations fournies à votre rapporteur, cette durée sera de trois ans.

Le contrat inclura des engagements individualisés pouvant porter sur les modalités d'exercice, la prescription, l'amélioration des pratiques, le dépistage, la prévention, la continuité et la permanence des soins.

Un décret en Conseil d'Etat établira un contrat-type, fournira un cadre pour définir les zones concernées du territoire et fixera les modalités de calcul de la rémunération complémentaire.

• La tarification appliquée par le praticien (nouvel article L. 162-5-14-1 du code de la sécurité sociale)

Les praticiens territoriaux de médecine générale devront pratiquer les tarifs opposables.

Lorsqu'ils ne seront pas adhérents à la convention médicale, l'assurance maladie appliquera les tarifs fixés par ladite convention.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements pour :

- préciser que le médecin généraliste est « *de plein exercice* » ;
- élargir le nombre de médecins pouvant conclure ces nouveaux contrats. D'une part, l'Assemblée nationale a remplacé la condition d'inscription au conseil de l'ordre depuis moins d'un an par celle de n'avoir jamais été inscrit comme médecin installé en exercice libéral, ce qui permet d'inclure notamment les **médecins remplaçants**. D'autre part, pourront également conclure un tel contrat les **assistants spécialistes à temps partiel des hôpitaux**, ceux-ci étant déjà autorisés à exercer une activité libérale en dehors de leur établissement ;

- intégrer « *l'éducation à la santé* » dans les éventuels engagements individualisés que le contrat peut comporter ;

- améliorer la rédaction du nouvel article L. 162-5-14-1 ;

- ouvrir la possibilité pour les agences régionales de santé de conclure des contrats avec un établissement de santé (public ou privé d'intérêt collectif), un centre de santé ou une mutuelle et les médecins de ces organismes pour que ces derniers pratiquent une activité ambulatoire dans une zone caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Une convention liera l'ARS, l'organisme qui met son médecin à disposition et la structure d'accueil ; elle prévoira les conditions d'exercice et d'indemnisation des sujétions de ces médecins. Un décret en Conseil d'Etat précisera les conditions d'application du dispositif, notamment les modalités de facturation des actes ainsi réalisés.

III - La position de votre rapporteur

La lutte contre les déserts médicaux et l'accès à des soins de proximité constituent des défis majeurs pour le système de santé. Alléger les charges logistiques et administratives et garantir un niveau annuel de rémunération pendant trois ans à de jeunes médecins généralistes est un pas significatif en ce sens ; cela permettra par exemple aux praticiens installés mais souhaitant préparer leur départ en retraite de s'associer à de jeunes collègues pour leur transmettre progressivement leur expérience et leur patientèle.

A l'initiative de son rapporteur, la commission a adopté **quatre amendements** pour :

- apporter une clarification rédactionnelle au nouvel article L. 162-5-14-1, en inscrivant en premier lieu le fait que les praticiens territoriaux pratiquent les tarifs opposables ;

- améliorer le dispositif de mise à disposition de médecins par les établissements de santé, centres de santé ou organismes mutualistes, en ne le restreignant pas aux médecins à temps plein, en inscrivant dans le contrat plutôt que dans la convention les conditions éventuelles d'indemnisation des sujétions des médecins et en rendant ceux-ci signataires de la convention avec la structure d'accueil comme ils le sont du contrat initial.

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

Article 40 bis

(art. L. 632-6 et L. 634-2 [nouveau] du code de l'éducation ;

art. L. 1434-7 du code de la santé publique ;

art. L. 136-5 du code de la sécurité sociale)

Contrat d'engagement de service public

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à améliorer le dispositif du contrat d'engagement de service public, en assouplissant la définition du zonage où les médecins doivent exercer et en le transposant aux chirurgiens-dentistes.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La loi HPST du 21 juillet 2009 a instauré un contrat d'engagement de service public (CESP) à destination des étudiants en médecine, de la deuxième année des études médicales à la dernière année d'internat. Ce contrat a pour objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée. Les signataires d'un CESP bénéficient d'une **allocation brute mensuelle de 1 200 euros** jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des zones où la continuité des soins fait défaut et à un tarif conventionnel. La durée de leur engagement est égale à celle de versement de l'allocation, avec un minimum de deux ans.

Depuis sa mise en œuvre, le CESP ne connaît qu'une lente montée en charge : sur les 400 contrats proposés pour l'année universitaire 2010-2011 (la moitié pour les étudiants et l'autre pour les internes), seuls 148 contrats ont été signés (103 étudiants et 45 internes).

En conséquence, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé a réalisé une première évaluation par le biais d'une enquête nationale et le Gouvernement a engagé des modifications du dispositif.

Dans ce contexte, il a proposé à l'Assemblée nationale un amendement qui poursuit deux objectifs principaux.

● **Améliorer le dispositif existant**

Dans le droit en vigueur, les étudiants concernés peuvent exercer dans des zones au sein de celles prévues dans le schéma régional d'organisation des soins où l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée. Or, ce schéma, qui ne s'appuie que sur la densité de médecins omnipraticiens, est trop contraignant pour une gestion souple et adaptée du CESP, car ses modalités d'adoption et de révision sont lourdes. Le 3° du **paragraphe I** du présent article propose donc que les lieux possibles d'exercice soient fixés dans une liste nationale, établie par le Centre national de gestion sur proposition des ARS. Une priorité continuera d'être donnée aux zones de revitalisation rurale et aux zones urbaines sensibles.

Par ailleurs, les ARS constatent que certains étudiants en fin de troisième cycle cherchent à prolonger leurs études afin de reculer le moment de leur installation et le respect des engagements pris dans le CESP. Le 1° renvoie donc à des dispositions réglementaires le soin de définir les conditions de mise en œuvre du CESP.

Enfin, le 4° modifie à nouveau l'alinéa de l'article L. 632-6 du code de l'éducation qui permet aux étudiants de se dégager de leur obligation d'exercice. Alors que les étudiants étaient notamment redevables d'une « *fraction des frais d'études engagés* », ils devront dorénavant acquitter une pénalité.

● **Etendre le CESP aux étudiants en odontologie.**

Le **paragraphe II** ouvre à ces étudiants la possibilité de signer un contrat d'engagement de service public. En contrepartie d'une allocation durant leurs études, ils devront exercer, à compter de la fin de leur formation, dans des zones où l'offre médicale est insuffisante ou la continuité des soins menacée.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur soutient le dispositif du contrat d'engagement de service public mais il a également relevé le faible nombre de contrats effectivement conclus par les étudiants ou internes. L'une des difficultés réside notamment dans l'incertitude pour les étudiants de la zone dans laquelle ils seront amenés à exercer, car elles sont fixées chaque année. Il est peu envisageable de figer de telles zones plusieurs années avant l'installation du jeune médecin, mais le dispositif pourrait tout de même trouver des aménagements allant dans ce sens.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **un amendement** rédactionnel.

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

Article 41

**Expérimentation d'un parcours de santé des personnes âgées
en risque de perte d'autonomie**

Objet : Cet article permet d'expérimenter, durant cinq ans, de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

I - Le dispositif proposé

Cet article autorise, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une durée maximale de cinq ans, des expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (**paragraphe I**).

Un cahier des charges national définira le contenu de ces expérimentations qui seront mises en œuvre par convention avec l'ensemble des partenaires potentiellement concernés : ARS, assurance maladie, professionnels de santé, établissements hospitaliers, sociaux ou médico-sociaux, collectivités territoriales volontaires et organismes complémentaires d'assurance maladie.

Le **paragraphe II** permet de déroger aux règles existantes en matière de facturation et de tarification pour l'ensemble du parcours de santé envisagé, y compris le secteur médico-social.

En sus des financements apportés, le cas échéant, par les partenaires de la convention, les dépenses nouvelles liées aux expérimentations seront imputées par l'ARS sur le fonds d'intervention régional et ne pourront pas être affectées à d'autres activités (**paragraphe III**). L'exposé des motifs du PLFSS évoque un montant total de dépenses spécifiques de 45 millions d'euros en année pleine pour cinq territoires pilotes, gagées par le redéploiement d'autres dépenses.

Le **paragraphe IV** tend à faciliter les échanges d'informations entre les différents acteurs de l'expérimentation : « *sous réserve du consentement exprès et éclairé des personnes* », le suivi sanitaire et social pourra comporter la transmission d'informations strictement nécessaires à leur prise en charge et relatives à leur situation sociale ou à leur autonomie. Un décret en Conseil d'Etat encadrera cette disposition.

Enfin, le **paragraphe V** organise une évaluation annuelle des expérimentations, transmise au Parlement avant le 1^{er} octobre.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté plusieurs modifications rédactionnelles ou de précision.

A l'initiative du Gouvernement, elle a indiqué, au II, que les conventions inscrites au I peuvent également prévoir des dérogations en matière tarifaire et d'organisation pour les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.

A l'initiative de plusieurs députés du groupe UMP, elle a ajouté que, outre le suivi sanitaire et social des personnes âgées, le suivi « *médico-social* » peut également comporter, sous les mêmes réserves et le même encadrement, l'échange d'informations.

A l'initiative de Christian Paul, rapporteur de l'assurance maladie, elle a prévu que, « *par dérogation à l'article L. 1435-6 du code de la santé publique* », les médecins des ARS et les personnels placés sous leur responsabilité ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information de l'assurance maladie, dans le but de mettre en œuvre et d'évaluer les expérimentations.

III - La position de votre rapporteur

Le Parlement a déjà voté, l'an passé, une expérimentation du même type : l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012¹ autorise ainsi des expérimentations mettant en œuvre « *de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie* ».

**Commentaire de l'article 37 bis (devenu article 70 de la loi promulguée)
du projet de loi de financement de la sécurité sociale
pour 2012 (extrait du rapport n° 74 (2011-2012) de M. Yves Daudigny,
fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 2 novembre 2011)**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à autoriser des expérimentations destinées à optimiser les parcours de soins des personnes âgées dépendantes en assurant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

Cet article prévoit de mener, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période maximale de cinq ans, des **expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins**, afin d'optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

A cette fin, il pourra être dérogé à certaines règles de facturation ou de tarification prévues par le code de la sécurité sociale.

¹ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011.

Ces expérimentations seront mises en œuvre par convention entre l'ARS concernée, les organismes locaux d'assurance maladie, ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.

Un cahier des charges encadrant ces expérimentations sera arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

Cet article reprend une proposition du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) qui a souligné la nécessité d'assurer **une meilleure coordination entre les différents modes de prise en charge**, à domicile, en établissement et, le cas échéant, en hospitalisation. Le Hcaam a également estimé à 2 milliards d'euros les surcoûts liés au recours injustifié à l'hospitalisation qui pourraient être évités en optimisant les parcours de soins des personnes âgées et permettrait de dégager quelque 2 milliards d'euros d'économies, ou mieux encore d'efficience.

En application de l'article 70 de la loi de financement pour 2012, un arrêté du 30 août 2012¹ a, tardivement, publié « *le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux* ».

Alors que plusieurs projets ont déjà été lancés dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article 70 de la loi de financement pour 2012 et pour ne pas les entraver, le Gouvernement a fait le choix d'ouvrir le champ d'une nouvelle expérimentation.

En outre, **deux perfectionnements importants** ont été prévus par rapport au cadre juridique précédent :

- les **modalités d'échange d'informations** entre les différents acteurs sont sensiblement améliorées, notamment par le consentement exprès et éclairé des personnes, ce qui **renforce la protection des données personnelles** ;

- cette nouvelle expérimentation ouvre la possibilité de **déroger également aux règles de tarification du secteur médico-social**, ce qui est naturellement essentiel si l'on retient l'objectif d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Le rapport de Jacky Le Menn et Alain Milon sur le financement des établissements de santé, adopté par la commission en juillet 2012, mettait en avant **le nombre important des hospitalisations évitables**, notamment pour les personnes âgées et alors même qu'à partir d'un certain âge, l'hospitalisation peut avoir plus de conséquences négatives que positives sur l'état général du patient. Le rapport demandait en conséquence la mise en œuvre de mesures pour lutter contre ce phénomène.

¹ Publié au journal officiel n° 0224 du 26 septembre 2012.

Le présent article du projet de loi de financement participe de cette volonté d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées ; il va donc dans le bon sens.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **deux amendements** par rapport au texte adopté à l'Assemblée nationale :

- dans le sens de l'amendement déposé par le Gouvernement, le champ de l'expérimentation doit comprendre les services médico-sociaux, et non seulement les établissements, et les possibles dérogations aux règles de facturation du secteur médico-social doivent être inscrites au bon endroit dans cet article ;

- la « *dérogation* », ajoutée à l'initiative du rapporteur chargé de l'assurance maladie et concernant **l'accès aux données individuelles non nominatives** de l'assurance maladie par les médecins et agents de l'ARS, **n'ajoute rien par rapport au droit existant.**

En effet, l'article L. 1435-6 du code de la santé publique prévoit déjà que « *les agences régionales de santé* » (sans précision sur les personnels concernés) ont bien accès aux données nécessaires à l'exercice de leurs missions, dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes. Les médecins de l'ARS ont en outre accès à des données à caractère personnel lorsque cela est strictement nécessaire à l'accomplissement de leurs missions. Enfin, la Cnam doit mettre à la disposition des ARS les applications informatiques et les accès à son système d'information.

Il est donc préférable de **supprimer l'alinéa 9** de cet article qui apporte de la confusion sur le sujet sensible de l'accès à des données personnelles et alors même que l'objectif de l'alinéa est rempli par le droit en vigueur.

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

Article 42
(art. 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011
de financement de la sécurité sociale pour 2012)
Abrogation du « secteur optionnel »

Objet : Cet article vise à abroger l'extension de l'option de coordination de la convention médicale, décidée par le précédent gouvernement dans le but de contrecarrer les désaccords persistants sur le secteur optionnel.

I - Le dispositif proposé

Cet article abroge l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, ainsi que le dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de cette loi.

La convention médicale signée le 26 juillet 2011 prévoyait la mise en œuvre d'un « secteur optionnel » pour les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues-obstétriciens. Ces médecins auraient pu effectuer des dépassements d'honoraires limités à 50 % du tarif de base, tout en réalisant au moins 30 % de leur activité à tarif opposable. En contrepartie, leurs cotisations sociales liées aux honoraires à tarif opposable auraient été prises en charge par l'assurance maladie comme elle le fait pour les médecins de secteur 1. Ce dispositif, qui était renvoyé à la conclusion d'un avenant, n'a jamais été mis en œuvre.

Dans l'idée de forcer les partenaires conventionnels à aboutir et à l'approche des élections, le précédent gouvernement a souhaité être habilité, en l'absence d'accord dans le mois qui suivait l'entrée en vigueur de la loi de financement pour 2012, à modifier par arrêté, pendant une durée de deux mois, les dispositions de la convention médicale.

Sur ce fondement, le Gouvernement a alors adopté le 21 mars un arrêté destiné à étendre l'option de coordination prévue dans la convention médicale en relevant le taux maximum de plafonnement de chaque acte à 50 % de sa valeur tarifaire pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation. Par ailleurs, un décret¹ du même jour a instauré l'obligation pour les contrats responsables et solidaires de prendre en charge ces dépassements dans leur intégralité pour ces trois spécialités.

En raison notamment des incertitudes sur son avenir après les élections du printemps, mais aussi du faible intérêt des médecins pour ce dispositif imposé, seules quelques dizaines de médecins ont adhéré à l'option de coordination renouvelée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

¹ Décret n° 2012-386.

III - La position de votre rapporteur

Votre commission s'était clairement opposée, tant sur la forme que sur le fond, à l'amendement présenté à l'Assemblée nationale par l'ancien gouvernement.

**Commentaire de l'article 34 *nonies* (devenu article 56 de la loi promulguée)
du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012
(extrait du rapport n° 74 (2011-2012) de M. Yves Daudigny,
fait au nom de la commission des affaires sociales (novembre 2011))**

• Sur le fond de la question du **secteur optionnel**, il convient d'être particulièrement circonspect.

Sur une base facultative, ce nouveau secteur a pour objectif d'encadrer les dépassements d'honoraires de trois catégories de spécialistes qui devraient réaliser au moins 30 % de leurs actes au tarif opposable et pratiquer, sur leurs autres actes, des « *compléments* » d'honoraires limités à 50 %. Les contreparties en termes de prise en charge de cotisations par l'assurance maladie sont substantielles et équivalentes à celles des médecins de secteur 1, ce qui ne manque pas de surprendre en termes d'équité.

Au total, cette formule paraît bancale :

- du point de vue des médecins de secteur 1, qui sont contraints dans leurs tarifs, et pour lesquels rien ne change ;

- du point de vue des spécialistes qui peuvent adhérer à cette option, parmi lesquels certains verront un effet d'aubaine s'ils en respectent déjà les termes, d'autres manifesteront un éventuel intérêt, s'ils sont un peu au-dessus des niveaux fixés, en raison de l'attrait de la prise en charge des cotisations, et les derniers s'en désintéresseront parce qu'ils pratiquent des dépassements nettement supérieurs. On peut même craindre que ceux qui pratiquent des dépassements inférieurs n'augmentent progressivement leurs tarifs pour se rapprocher des plafonds ;

- du point de vue des assurances complémentaires, le surcoût est évident et pèsera nécessairement sur les cotisations.

Fondamentalement, le secteur optionnel ou l'option de coordination « renforcée » ne règle rien. On présente parfois le premier comme la seule solution sur la table. Or, rien ne pourrait être pire que sa mise en œuvre sans accompagnement par d'autres mesures fortes de limitation des dépassements d'honoraires. Cela reviendrait à prendre acte du problème, avec le risque de susciter le glissement des médecins du secteur 1, et notamment des généralistes, vers cette nouvelle formule plus favorable.

Diverses études concordantes constatent l'ampleur des renoncements aux soins, et pas seulement en optique ou en dentaire. Certes, les raisons en sont multiples, mais les dépassements d'honoraires en font indéniablement partie.

Au fil des années, le problème s'est cristallisé : depuis dix ans, les dépassements ont explosé sans réponse politique, rendant sa résolution de plus en plus difficile. Il nécessite une approche globale ; c'est exactement le contraire de ce que propose aujourd'hui le Gouvernement.

Pour ces raisons, la commission avait proposé de supprimer l'article 34 *nonies* du projet de loi, mais elle n'avait pas été entendue par l'Assemblée nationale qui avait définitivement approuvé cet article devenu l'article 56 de la loi de financement pour 2012.

Cohérente avec les positions prises il y a un an, la commission est toujours persuadée que le secteur optionnel, ou son succédané, n'aurait apporté aucune réponse à la question des dépassements d'honoraires - il n'aurait que « solvabilisé » les dépassements existants et aurait même constitué un effet d'aubaine certain pour les praticiens qui pratiquaient des dépassements inférieurs au plafond.

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

Article 42 bis

(art. L. 6154-2 et L. 6154-3 du code de la santé publique)

Exercice libéral à l'hôpital

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, aménage les conditions de l'exercice libéral à l'hôpital.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Les articles L. 6154-1 et suivants du code de la santé publique autorisent les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé à exercer une activité libérale à l'hôpital. Elle peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation. Elle est possible pour la même activité que celle pratiquée à l'hôpital, sa durée ne peut excéder 20 % de la durée de service habituel et le nombre de consultations et d'actes ainsi effectués doit être inférieur à celui réalisé au titre de l'activité publique.

Malgré un dispositif législatif et réglementaire fourni, l'évaluation et le contrôle de cette activité sont aujourd'hui imprécis, les données disponibles étant fragmentaires. En outre, elle est régulièrement décriée du fait d'abus manifestes.

A l'initiative de Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, qui a été sous-amendé par le Gouvernement.

Le 1^o du présent article apporte une modification rédactionnelle (a) et renvoie à un décret la fixation d'un pourcentage maximum de consultations et d'actes pratiqués en libéral dans l'activité globale (b).

Le 2° apporte plusieurs modifications :

- dans le droit en vigueur, le praticien choisit de percevoir les honoraires correspondant à son activité libérale soit directement, soit par l'intermédiaire de l'hôpital. Le *a)* ne conserve que cette seconde voie et **ne permet plus la perception directe des honoraires** qui est le moyen utilisé de manière prédominante actuellement ;

- l'assurance maladie communique à l'administration de l'hôpital les informations sur les recettes, le nombre des consultations et le volume des actes effectués par le praticien pour la partie libérale de son activité. Le *b)* ajoute que ces informations sont communiquées « *tous les mois* » ;

- l'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement d'**une redevance**. Selon le décret d'application, elle est fixée en pourcentage des honoraires perçus par le médecin, dépassements éventuels compris : pour les consultations, ce taux est égal à 16 % dans les CHU et à 15 % dans les centres hospitaliers ; d'autres taux sont fixés pour les actes d'imagerie et pour les autres actes.

L'article R. 6154-3 du code de la santé publique prévoit que, lorsque l'établissement recouvre les honoraires pour le compte du praticien, ce qui deviendrait la règle générale selon le *a)* précité, le praticien fournit au directeur de l'établissement de santé un état récapitulatif de son exercice libéral et l'établissement reverse mensuellement les honoraires correspondant. Le *c)* érige ces dispositions au niveau législatif en précisant que l'état récapitulatif comprend aussi son activité publique et le nombre d'actes effectués au titre des deux activités.

Le même *c)* ajoute que le médecin devra **une pénalité** lorsque le montant effectif des honoraires perçus au titre de l'activité libérale sera supérieur à un seuil fixé par décret. Un décret en Conseil d'Etat viendra préciser les modalités de calcul de la pénalité et de suivi de l'activité libérale.

III - La position de votre rapporteur

La pratique de l'exercice libéral à l'hôpital fait régulièrement l'objet d'articles de presse mettant en avant les abus parfois constatés. Dans le contexte de la négociation conventionnelle qu'il a demandée sur les dépassements d'honoraires et l'accès aux soins, le Gouvernement a commandé mi-octobre 2012 **une mission** à Dominique Laurent, conseillère d'Etat, qui a engagé **une concertation** et un travail approfondi sur la question globale de l'exercice libéral à l'hôpital. En outre, les dispositions envisagées n'ont pas d'impact financier sur les dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ou sur leur organisation. Elles n'ont donc véritablement leur place dans un projet de loi de financement.

Ainsi, d'éventuelles modifications sur ce sujet devraient plutôt s'insérer dans le cadre de la redéfinition du service public hospitalier qui est annoncée à l'article 47 du présent projet de loi qui abroge la convergence tarifaire.

C'est pourquoi votre rapporteur, même s'il comprend l'objectif poursuivi par l'Assemblée nationale et sans entrer dans le fond du dispositif, a présenté à la commission **un amendement** de suppression de l'article, qu'elle a adopté.

Votre rapporteur vous demande en conséquence de supprimer cet article.

Article 43

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

Suppression de la participation de l'assurée pour les actes liés à l'interruption volontaire de grossesse

Objet : Cet article tend à permettre la suppression de toute participation financière de l'assurée pour les actes liés à l'interruption volontaire de grossesse.

I - Le dispositif proposé

Cet article tend à inscrire, dans l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale qui dresse la liste des cas dans lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, les frais liés à une interruption volontaire de grossesse.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur est favorable à cette mesure qui met fin aux différences des taux de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) par l'assurance maladie : 100 % pour les mineures (le nombre de mineures ayant recours à une IVG est d'environ 11 600 en 2010, derniers chiffres disponibles¹) et, dans les autres cas, 70 % en soins de ville et 80 % en établissement de santé. Ce reste à charge constitue nécessairement un frein financier pour l'accès à ce type d'intervention, la couverture offerte par les régimes complémentaires étant variable.

¹ *Annick Vilain, Marie-Claude Mouquet, Les interruptions volontaires de grossesse en 2010, Drees, Etudes et résultats n° 804, juin 2012.*

Ainsi que le souligne l'Inspection générale des affaires sociales (Igas)¹ la question de l'IVG est partiellement distincte de celle de la contraception : « *En effet, les facteurs qui conduisent à une grossesse imprévue et à la décision de l'interrompre sont multiples, complexes, et échappent pour une large part à l'intervention publique* ». Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)² mentionnée par l'Igas « *estime que 40 % des femmes en France auront recours à l'interruption volontaire de grossesse à un moment donné de leur vie* ». Il importe donc de traiter l'accès à l'IVG en tant que tel et non pas uniquement au travers de la question de l'accès à la contraception.

Dans cette optique, la question du nombre d'établissements permettant l'accès à l'IVG est également centrale. Or, la valorisation spécifique, hors champ de la tarification à l'activité, des actes liés à l'IVG a conduit à leur sous-tarification. Cette dernière est partiellement responsable de la baisse du nombre d'établissements permettant l'accès à l'IVG. Conformément à la recommandation de l'Igas dans son rapport d'évaluation précité, le Gouvernement s'est engagé à poursuivre l'effort de revalorisation financière engagé depuis 2008 et à mettre en cohérence la tarification de l'IVG avec les coûts réels des établissements, ce qui représente un effort supplémentaire de 18,2 millions d'euros. Or, cette revalorisation, qui relève du domaine réglementaire, entraînerait nécessairement, à droit constant, une augmentation du reste à charge, estimée à 3,2 millions.

Pour ces deux raisons, l'existence de l'IVG en tant qu'enjeu de santé publique propre et la nécessité de revaloriser les actes pour permettre aux établissements de les pratiquer sans pour autant augmenter le reste à charge, la mesure permettant **la prise en charge à 100 % de l'IVG est pleinement justifiée**. Le coût estimé de la suppression du ticket modérateur est estimé à 13,53 millions d'euros.

Elle l'est d'autant plus que le Gouvernement inscrit cette mesure dans un cadre plus large. La ministre en charge de la santé a ainsi demandé à la Haute Autorité de santé un référentiel en matière d'IVG qui l'intègre pleinement au parcours de soins. Par ailleurs, des mesures sont prises pour améliorer le recours à la contraception et donc agir sur la part évitable des IVG pratiquées dans notre pays dont aucune n'est un acte anodin pour la femme qui y a recours.

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

¹ *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, Claire Aubin, Danièle Jourdain-Menninger et Laurent Chambaud, février 2010.*

² *Nathalie Bajos, « Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre », in « La santé des femmes en France », Drees, 2009.*

Article 43 bis

(art. L. 161-8 du code de la sécurité sociale)

**Maintien des droits pour les demandeurs d'emploi
qui reprennent une activité insuffisante**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prolonge le maintien des droits aux assurances sociales pour les demandeurs d'emploi qui reprennent une activité insuffisante pour leur ouvrir de nouveaux droits.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale permet aux personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire de base de bénéficier du maintien de leurs droits pendant une durée d'un an (art. R. 161-3), tant pour les prestations en nature (remboursement des soins par exemple) qu'en espèces (indemnités journalières).

Lorsqu'un demandeur d'emploi retrouve une activité professionnelle, il redevient assuré social et perd donc le bénéfice du maintien des droits antérieurs. Or, dans certains cas, cette nouvelle activité professionnelle ne lui permet pas d'acquérir des droits aux prestations en espèces, notamment lorsqu'elle n'est pas suffisante en temps ou en rémunération.

Le présent article, inséré à l'initiative du Gouvernement, complète l'article L. 161-8 : les demandeurs d'emploi qui bénéficient du maintien de leurs droits continueront, pendant une période qui sera fixée par décret en Conseil d'Etat, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.

II - La position de votre rapporteur

Cet article comble une carence de la couverture sociale et facilite le retour dans l'emploi, puisqu'un demandeur d'emploi qui reprendra un travail ne se retrouvera plus dans une situation plus défavorable que s'il restait au chômage.

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

Article 43 ter
(art. L. 162-13-3 du code de sécurité sociale)

**Facturation séparée lors de la transmission d'échantillons biologiques
entre laboratoires de biologie médicale**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à mettre fin à l'obligation de facturation unique dans le cas d'une transmission d'échantillon biologique entre laboratoires.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, modifie l'article L. 162-13-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'il est issu de l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale¹, pour supprimer l'obligation pour le laboratoire de biologie qui a prélevé l'échantillon de mentionner sur sa propre feuille de soins la totalité des honoraires correspondant à l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés. Cette obligation a pour conséquence que le laboratoire dit de première intention doit facturer au patient et à l'assurance maladie les actes du laboratoire, généralement spécialisé, auquel il s'est adressé pour effectuer tout ou partie des analyses. Il lui incombe ensuite de payer le laboratoire spécialisé.

L'article prévoit à l'inverse qu'en dehors des cas de coopération inscrits dans le code de la santé publique, chaque laboratoire doit établir une feuille de soins pour les actes qu'il a effectués.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur mesure l'importance de cet article pour les laboratoires privés de biologie libérale spécialisés. En effet, la mesure prévue par l'ordonnance du 13 janvier 2010 n'est en vigueur que depuis janvier 2012². Ses conséquences pratiques n'ont donc pu être mesurées avant.

Il apparaît que les laboratoires spécialisés de biologie médicale souffrent depuis la mise en œuvre de cette mesure d'importants problèmes de trésorerie liés à la facturation par le laboratoire de première intention. Le ministère, qui ne dispose d'aucun moyen pour permettre la mise en place efficace de ce dispositif, a donc accepté de suspendre l'application des mesures réglementaires.

Pour le patient, la responsabilité des actes est clairement établie par l'article L. 6211-11 du code de la santé publique et l'intérêt que représente pour lui une facturation unique n'est pas déterminant par rapport au risque de remise en cause de l'équilibre des acteurs de la biologie médicale spécialisé.

¹ Ordonnance n° 2010-49.

² Décret n° 2011-2119 du 30 décembre 2011 relatif aux modalités de transmission d'un échantillon biologique entre laboratoires de biologie médicale.

Il apparaît néanmoins qu'un simple retour à la facturation de ses actes par chaque laboratoire pose des difficultés importantes pour les services de biologie médicale à l'hôpital.

En conséquence et dans l'optique d'un approfondissement de cette question par les services du ministère de la santé, la commission a adopté, à l'initiative de votre rapporteur, **un amendement** tendant à conserver le principe de la facturation unique lorsque c'est un service de biologie médicale d'un hôpital public qui intervient en tant que laboratoire de deuxième intention.

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

Article 43 quater

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

Gratuité de la contraception remboursable pour les mineures

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à permettre la gratuité pour l'acquisition de certains contraceptifs par les mineures.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, modifie l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale qui établit la liste des cas pour lesquels la participation de l'assuré peut être supprimée, pour y inclure les frais d'acquisition de certains contraceptifs par les mineures âgées d'au moins quinze ans. Ceci permet la prise en charge à 100 % des contraceptifs par l'assurance maladie.

II - La position de votre rapporteur

Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la politique qu'engage le Gouvernement en faveur de la santé des jeunes. Elle est susceptible de faciliter l'accès à la contraception et donc de limiter les grossesses non désirées. L'enjeu de santé publique est donc suffisant pour justifier pleinement cette mesure. De plus, il convient de rappeler qu'il s'agit ici de ne rembourser à 100 % que les contraceptifs pris en charge par la sécurité sociale et qui ont donc fait l'objet d'une évaluation par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé pour déterminer leur service médical rendu. Enfin la mesure proposée par cet article s'inscrit dans un programme d'action plus vaste en matière d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception que le Gouvernement envisage et où elle prendra tout son sens.

Le coût additionnel de cette mesure est évalué à 5 millions d'euros.

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

Article 43 quinquies
**Rapport au Parlement sur l'amélioration
de l'accès à la contraception adaptée**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à ce que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur l'amélioration de l'accès à la contraception.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, prévoit la remise au Parlement d'un rapport sur l'amélioration de l'accès à la contraception adaptée pour tous, notamment par une meilleure prise en charge financière.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur estime que ce rapport peut éclairer les choix en matière de santé publique. Il lui semble qu'une analyse médico-économique de cette question serait également bienvenue. A son initiative, la commission a adopté **un amendement** précisant que le rapport comporte cette analyse et est pris après avis de la Haute Autorité de santé.

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

Article 43 sexies
Expérimentation du tiers payant pour les étudiants

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose le lancement de deux expérimentations relatives au tiers payant, dont l'une à destination des étudiants.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Sur la proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a approuvé le lancement de deux expérimentations relatives au tiers payant.

• A destination des étudiants

Selon le **paragraphe I**, les étudiants bénéficiant d'une couverture complémentaire « *de trois villes universitaires* » affiliés au régime général à ce titre seront dispensés d'avance de frais, dans la limite des tarifs opposables.

Ils devront cependant s'inscrire dans le parcours de soins et accepter la substitution des médicaments par un générique lorsque cela est possible.

La liste des villes ainsi que les conditions de mise en œuvre seront déterminées par décret.

L'expérimentation débutera à compter de la publication de ce décret et pour une durée de trois ans. Un rapport d'évaluation sera transmis par le Gouvernement au Parlement six mois avant la fin de l'expérimentation.

- **De manière générale**

Le **paragraphe II** prévoit que des expérimentations pourront être menées, portant sur la dispense d'avance de frais pour les parts assurance maladie et complémentaire, par des maisons, centres et professionnels de santé signataires du contrat-type prévu à l'article 39 du présent projet de loi de financement, qui permet aux négociations conventionnelles de valoriser la coordination et la continuité des soins, ainsi que l'exercice pluriprofessionnel.

Les participants à l'expérimentation et les conditions de mise en œuvre de celle-ci seront déterminés par décret. Une convention liera les ARS, l'assurance maladie, les participants professionnels de santé et les organismes complémentaires participants.

II - La position de votre rapporteur

Les difficultés d'accès aux soins, qui se sont développées en France, tiennent à plusieurs facteurs, notamment l'obligation d'avance de frais pour les consultations médicales. Cet article propose de lancer des expérimentations à destination, d'une part, des étudiants, d'autre part, de la population en général dans le cadre des structures de santé qui seront engagées dans les nouveaux services aux patients et la coordination des soins prévus à l'article 39 du présent projet de loi. Elles permettront d'évaluer les problèmes concrets qui se posent et d'apporter des réponses adaptées.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **deux amendements rédactionnels**, ainsi qu'**un amendement** tendant à étendre l'expérimentation aux étudiants qui ne disposent pas de couverture complémentaire santé.

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

Article 44

*(art. L. 5122-6, L. 5422-5, L. 5213-3 du code de la santé publique ;
art. L. 165-8-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)*

Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé

Objet : Cet article vise à compléter les mesures en vigueur destinées à interdire la publicité sur certains médicaments et dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

- **Interdiction de la publicité auprès du grand public pour les médicaments non remboursables dont la dénomination rappelle celle d'une spécialité remboursable**

Selon l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, la publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition qu'il ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'aucune de ses différentes présentations ne soit remboursable par l'assurance maladie et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique, notamment lorsque le médicament n'est pas adapté à une utilisation sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement.

Or, les laboratoires commercialisent depuis 2007 des médicaments répondant à ces conditions et dont la publicité peut être autorisée, mais dont **le nom est très proche d'un médicament remboursable** : voltaren emulgel/voltarenactigo ; advil/advilcaps ; efferalgan/efferalgantab ; nurofen/nurofenfem ; doliprane/dolipraneoro.

Ce procédé, qui s'est largement répandu, crée nécessairement de la **confusion** dans l'esprit des patients et constitue, à n'en pas douter, une **publicité indirecte** du médicament pour lequel elle est interdite.

Pour tenir compte de ces pratiques discutables, le **paragraphe I** ajoute un alinéa, dans l'article L. 5122-6 susmentionné, pour préciser que l'interdiction de publicité grand public s'applique également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de celle d'un médicament remboursable, y compris lorsque cette reprise est partielle et de nature à créer une confusion.

Par cohérence, le **paragraphe II** étend à ce cas précis la sanction prévue à l'article L. 5422-5 du même code en cas de publicité non autorisée d'un médicament auprès du public.

Le **paragraphe V** prévoit que ces nouvelles dispositions entrent en vigueur six mois après la publication de la présente loi de financement.

- **Extension de l'interdiction de publicité portant sur les dispositifs médicaux**

L'article L. 5213-3 du même code, introduit par la loi « sécurité sanitaire » de décembre 2011¹, interdit la publicité grand public pour les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par l'assurance maladie. Toutefois, cette publicité est possible, de manière dérogatoire, pour les dispositifs présentant un faible risque pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté ministériel.

Le **paragraphe III** souhaite étendre cette interdiction aux dispositifs dont la portée financière peut être conséquente pour l'assurance maladie. Pour ce faire et par contraste, il élargit la liste prévue par l'arrêté précité et intègre, comme exception à l'interdiction, les dispositifs médicaux dont la promotion aurait une faible incidence sur les dépenses d'assurance maladie.

- **Pénalité financière en cas de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité sur un dispositif médical**

L'article L. 5213-4 du même code prévoit que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) autorise, de manière préalable, les publicités des dispositifs médicaux présentant un risque important pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté. L'agence peut suspendre ou retirer cette autorisation.

L'article L. 5213-5 du même code permet à l'ANSM de mettre en demeure la personne concernée de retirer une publicité pour un dispositif médical, puis de prononcer une interdiction.

Or, contrairement à ce que prévoit pour les médicaments l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, ces deux procédures de retrait et d'interdiction de publicité ne sont pas assorties de sanctions. Sont uniquement envisagées des amendes administratives ou des astreintes (articles L. 5213-4 et 5312-4-1).

Le **paragraphe IV** insère un nouvel article L. 165-8-1 dans le code de la sécurité sociale pour autoriser des sanctions lors d'un retrait d'autorisation ou d'une interdiction de publicité sur un dispositif médical. **Le comité économique des produits de santé (Ceps) pourra fixer une pénalité financière**, qui ne pourra pas être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires au titre du produit incriminé lors des six mois précédents. Cette pénalité sera fixée en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée. Son produit sera affecté à l'assurance maladie et un décret en Conseil d'Etat définira les règles et délais de procédure applicable.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

¹ Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur soutient pleinement l'objectif de cet article, qui vise notamment à lutter contre des pratiques commerciales qui contournent *de facto* la législation en vigueur sur la publicité des médicaments.

A son initiative, la commission a adopté **deux amendements** portant sur le paragraphe IV de l'article relatif à la pénalité financière en cas de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité sur un dispositif médical : le premier étend la possibilité de fixer des pénalités au cas des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* ; le second prévoit que la pénalité est également fonction de l'évolution des ventes du produit concerné.

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

*Article additionnel après l'article 44
(art. L. 165-9-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)*

Substitution des dispositifs médicaux génériques mais prescrits avec une marque

Objet : Cet article additionnel transpose la procédure de substitution existant sur les médicaments aux dispositifs médicaux génériques.

Pour pouvoir être remboursés par l'assurance maladie, les dispositifs médicaux sont inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), soit par leur description générique (lecteur de glycémie, stylos injecteurs avec aiguille, seringue hypodermique...), soit par le nom commercial ou de marque.

Or, même lorsque le produit prescrit ressort d'une définition générique, certains praticiens apposent parfois un nom de marque.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** proposant de transposer, dans cette situation, le principe de substitution qui existe pour les médicaments, en autorisant le détaillant à fournir un autre produit que celui prescrit sous trois conditions :

- que ce produit appartienne à la même ligne générique ;
- que le prescripteur ne s'y soit pas opposé ;
- que le produit délivré soit à un prix inférieur à la fois pour l'assurance maladie et pour le patient.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article 44 bis

(art. L. 162-16-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Prix de vente de certains allergènes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit les modes de fixation du prix des allergènes préparés spécialement pour un seul individu (Apsi).

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 4211-6 du code de la santé publique permet aux personnes (physiques ou morales) ayant obtenu une autorisation de l'agence de sécurité du médicament (ANSM) de préparer et délivrer des **allergènes spécialement pour un seul individu (Apsi)**. Ces Apsi sont constitués d'extraits allergéniques et utilisés pour le diagnostic et le traitement des allergies. Une soixantaine de ces médicaments, qui s'apparentent à des préparations magistrales, sont aujourd'hui autorisées, au nom de deux laboratoires.

Les Apsi ne sont pas des spécialités pharmaceutiques et ne font l'objet ni d'une évaluation, ni d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Il n'y a pas de données comparatives ou d'évaluation de leur efficacité.

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement pour insérer un nouvel article L. 162-16-4-1 dans le code de la sécurité sociale pour prévoir les modalités de fixation de prix des Apsi.

Le **prix de vente au public** sera établi **par convention** entre le laboratoire et le comité économique des produits de santé (Ceps) ou à défaut par décision du Ceps. La fixation du prix tiendra principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application.

II - La position de votre rapporteur

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

*Article additionnel avant l'article 45
(art. 41 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement
de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé ;
art. L. 161-38 du code de la sécurité sociale)*

**Anticipation de la prescription
en dénomination commune internationale**

Objet : Cet article additionnel vise à anticiper d'une année l'obligation de prescrire les médicaments en dénomination commune internationale (DCI).

Malgré un taux de substitution élevé, la France reste l'un des pays où la part des médicaments génériques est faible (13,3 % en 2010). Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène qui entraîne un surcoût pour l'assurance maladie, à effet thérapeutique identique. Diverses études soulignent l'importance d'**agir dès la prescription** par le médecin, ce que font la plupart des autres pays. La loi « sécurité sanitaire » de décembre 2011 a apporté une réponse intéressante : le médecin devra prescrire en « dénomination commune internationale », c'est-à-dire avec le nom de la molécule plutôt qu'avec le nom commercial du médicament.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** visant à accélérer la mise en place de cette mesure, en la fixant au plus tard au **1^{er} janvier 2014**, plutôt qu'au 1^{er} janvier 2015. Il prévoit la même disposition pour l'article du code de la sécurité sociale qui concerne la certification par la HAS des sites informatiques dédiés à la santé et des **logiciels d'aide à la prescription**.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

*Article additionnel avant l'article 45
(art. L. 5121-1 et L. 5125-23 du code de la sécurité sociale)*
**Possibilité encadrée de substituer les médicaments biologiques
par un médicament biosimilaire**

Objet : Cet article additionnel propose d'ouvrir la possibilité au pharmacien de substituer un médicament biologique par un médicament biosimilaire, dans un cadre prudentiel renforcé.

Les médicaments biologiques sont produits à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivé de ceux-ci ; il s'agit par exemple de vaccins ou de facteurs de croissance. Un médicament « biosimilaire » est la transposition de la notion de générique à ce type de médicament, mais il n'est pas possible de calquer complètement cette définition, notamment du fait de différences de fabrication qui peuvent avoir un impact sur les propriétés cliniques.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, un amendement visant à créer **un cadre juridique sécurisé** pour permettre la substitution d'un médicament biologique par un similaire :

- il définit la notion de « groupe biologique similaire » ;
- il permet au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'inscrire un biosimilaire dans un tel groupe, dans des conditions fixées par voie réglementaire et, le cas échéant, après avoir reçu du fabricant des informations complémentaires nécessaires à l'évaluation de cette inscription ;
- il autorise la substitution par le pharmacien dans des conditions limitées.

Quatorze médicaments biosimilaires, représentant trois substances actives différentes (hormone de croissance, G-CSF et érythropoïétine alpha), étaient autorisés en Europe en mai 2011. Les droits de propriété intellectuelle d'importants médicaments biologiques vont expirer dans les prochaines années et il est important de commencer à fixer un cadre prudentiel favorisant la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie dans ce secteur pour lequel l'investissement nécessaire avant de produire un similaire est sensiblement supérieur en temps et en valeur à celui communément admis pour les génériques.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article 45

*(art. L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;
art. L. 162-17-2-1 et L. 162-17-2-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)*

Elargissement de la recommandation temporaire d'utilisation

Objet : Cet article vise à contourner certaines stratégies commerciales d'entreprises pharmaceutiques, en élargissant la possibilité de recourir à des recommandations temporaires d'utilisation (RTU).

I - Le dispositif proposé

● De l'AMM à la RTU

Pour être commercialisé, tout médicament fabriqué industriellement doit faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par les autorités compétentes européennes ou nationales que sont l'Agence européenne d'évaluation des médicaments (EMA) ou, en France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Pour chaque nouveau médicament, l'agence concernée examine notamment la revendication thérapeutique, les propositions d'indications de traitement et les posologies recommandées.

L'AMM est en particulier accompagnée du résumé des caractéristiques du produit (RCP) qui précise notamment : la dénomination du médicament, la composition qualitative et quantitative, la forme pharmaceutique, les données cliniques... Parmi ces données cliniques figurent par exemple les indications thérapeutiques, la posologie et le mode d'administration, les contre-indications, les mises en garde spéciales et précautions d'emploi ou les interactions avec d'autres médicaments.

Adoptée à la suite de l'affaire du Mediator, la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé¹ a notamment eu pour objet de sécuriser les prescriptions médicales faites « hors AMM », c'est-à-dire pour une visée thérapeutique différente de celle prévue dans l'AMM.

Ainsi, l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique prévoit qu'une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché **en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée** et sous réserve :

- que l'indication ou les conditions d'utilisation aient fait l'objet d'une **recommandation temporaire d'utilisation (RTU)** établie par l'ANSM ;

- ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.

Les RTU peuvent s'appliquer à tous les médicaments ayant une AMM en France, elles sont temporaires et ne peuvent excéder trois ans. Elles peuvent porter sur une indication ou des conditions différentes de celles de l'AMM.

L'initiative d'engager la procédure d'élaboration d'une RTU relève de la compétence exclusive de l'ANSM qui peut s'autosaisir ou recevoir des signalements. Pour décider d'engager une telle procédure, l'Agence prend en considération plusieurs critères comme le niveau des preuves scientifiques d'efficacité, le caractère innovant et le profil de sécurité du médicament, le pronostic et la fréquence de la maladie ainsi que l'existence d'essais cliniques dans l'indication concernée.

● **L'élargissement de la possibilité d'attribuer une RTU**

Certains laboratoires pharmaceutiques ne commercialisent un produit que pour une indication alors que des études ont pu montrer qu'il avait aussi une valeur thérapeutique pour une autre indication. Cette stratégie peut dépendre de différents facteurs, principalement de nature économique.

Il peut donc exister une alternative thérapeutique à un médicament sans qu'elle soit pour autant reconnue dans l'AMM, car celle-ci ne peut être attribuée ou modifiée qu'à la demande de l'entreprise.

Le présent article entend lutter contre ces stratégies en élargissant la possibilité pour l'ANSM d'attribuer une RTU.

¹ Loi n° 2011-2012.

Le **paragraphe I** ajoute en conséquence à l'article L. 5121-12-1 précité un alinéa disposant qu'à titre dérogatoire, **en présence d'alternative thérapeutique**, l'ANSM pourra attribuer une RTU, à la stricte condition de répondre à l'un ou l'autre des **deux objectifs suivants** :

- soit remédier à un risque avéré pour la **santé publique** ;
- soit éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les **finances de l'assurance maladie**.

- **Le remboursement par l'assurance maladie des médicaments en RTU**

L'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale organise les modalités du remboursement des médicaments en RTU, mais il est nécessaire de prévoir des règles spécifiques pour ceux concernés par la nouvelle procédure dérogatoire car les premiers ne disposent pas d'équivalent thérapeutique, donc de référence, contrairement aux seconds.

Le 1° du **paragraphe II** limite donc l'article L. 162-17-2-1 aux RTU « de droit commun ».

Le 2° fixe les règles de remboursement des RTU dérogatoires. A l'initiative des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale et après avis de la commission de transparence, les médicaments concernés pourront être inscrits au remboursement de l'assurance maladie.

Un médicament bénéficiant déjà d'une indication remboursable sera pris en charge dans les mêmes conditions pour sa nouvelle indication.

Pour les autres médicaments concernés, la méthode se rapproche de la procédure classique : le Ceps fixe le prix et l'Uncam fixe le taux de remboursement.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application de ce dispositif.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a ajouté que la nouvelle procédure s'entendait « à titre *exceptionnel* ».

III - La position de votre rapporteur

Selon la directive communautaire idoine¹, aucun médicament ne peut être mis sur le marché d'un Etat membre sans qu'une autorisation de mise sur le marché n'ait été délivrée par l'autorité compétente. Lorsqu'un médicament a obtenu une première autorisation, tout dosage, forme pharmaceutique, voie d'administration et présentation supplémentaires, ainsi que toute modification et extension, doivent également obtenir une autorisation ou être inclus dans l'autorisation initiale.

¹ Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

Toutefois, les Etats membres peuvent autoriser temporairement la distribution d'un médicament non autorisé en réponse à la propagation suspectée ou confirmée d'agents pathogènes, de toxines, d'agents chimiques ou de radiations nucléaires, qui sont susceptibles de causer des dommages.

En outre, un Etat membre peut, en vue de répondre à des besoins spéciaux, exclure des dispositions de la directive les médicaments fournis pour répondre à une commande loyale et non sollicitée, élaborés conformément aux spécifications d'un professionnel de santé agréé et destinés à ses malades particuliers sous sa responsabilité personnelle directe. A cet égard, la Cour de justice de l'Union européenne a estimé que cette dérogation « *ne peut concerner que des situations dans lesquelles le médecin estime que l'état de santé de ses patients particuliers requiert l'administration d'un médicament dont il n'existe pas d'équivalent thérapeutique sur le marché national ou qui se trouve indisponible sur ce marché* ». Elle ajoute que « *des considérations financières ne sauraient, à elles seules, conduire à reconnaître l'existence de tels besoins spéciaux susceptibles de justifier l'application de la dérogation* ». **Dans cet arrêt du 29 mars 2012¹, la Cour conclut en indiquant que cette disposition « ne saurait être invoquée pour justifier une dérogation à l'exigence d'une AMM motivée par des raisons de nature financière ».**

Ainsi, hors les cas de certains médicaments particuliers, **les deux dérogations possibles à la nécessité de disposer d'une AMM pour distribuer un médicament sont basées sur des intérêts de santé publique.**

Dans ce contexte, s'il comprend l'objectif poursuivi en étendant le dispositif de la RTU, votre rapporteur estime que celle-ci ne peut qu'être un outil dans les mains du comité économique des produits de santé pour peser dans les négociations avec les laboratoires concernés.

Selon les informations recueillies, seuls de très rares cas posent problème. Lors des débats en commission à l'Assemblée nationale, Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux, citait le cas de l'*Avastin* et du *Lucentis* : selon son AMM, le premier est employé dans le traitement de certains cancers, notamment digestifs, mais en pratique, il est aussi utilisé en ophtalmologie, et donc hors AMM, pour traiter la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), qui constitue la cause la plus fréquente de cécité dans les pays industrialisés après cinquante-cinq ans et qui est due au vieillissement de la « macula », partie centrale de la rétine. L'*Avastin* est en effet une molécule proche de celle du *Lucentis*, ces deux médicaments s'attaquant à la croissance des vaisseaux sanguins. Or, le premier revient à environ 50 euros la dose contre 800 euros pour le second ! Dans ce cas, il serait logique d'étendre l'AMM de l'*Avastin*, selon les études cliniques pertinentes, et de réduire le prix du *Lucentis*. Malheureusement, pour des raisons largement économiques, le laboratoire qui commercialise l'*Avastin* ne souhaite pas en étendre l'AMM : en début d'année 2012, il a même attaqué en justice la décision des autorités de santé publique du Sud de l'Angleterre de

¹ Arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 dans l'affaire C-185/10, Commission européenne contre République de Pologne.

laisser aux ophtalmologistes le choix entre l'*Avastin* ou le *Lucentis*, pour traiter les patients atteints d'une DMLA de forme exsudative.

Il serait dommageable pour le système de santé et la prise en charge des patients que l'ensemble de la recommandation temporaire d'utilisation, mécanisme récent et novateur que plusieurs pays regardent avec attention et intérêt¹, soit « pris en otage » par le problème particulier, certes important, de l'*Avastin* et du *Lucentis*, et qu'elle en pâtisse par ricochet.

Au-delà de la résolution éventuelle de ce problème conjoncturel, **la nouvelle procédure dérogatoire, si elle n'est basée que sur un critère financier, soulève en effet des questions** en termes de propriété intellectuelle et de droit des brevets et marques, mais surtout, on l'a vu, **de compatibilité avec le droit communautaire**. Qui plus est, l'affichage d'un objectif strictement financier (« *éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie* »), sans qu'il soit d'ailleurs particulièrement précis, est malencontreux car l'autorisation de mise sur le marché, ainsi que la fixation du prix et du taux de remboursement d'un médicament devraient d'abord dépendre de son intérêt pour la santé publique.

Au total, dans l'objectif d'adopter un mécanisme efficace et conforme au droit communautaire et de préserver l'intérêt réel de la RTU, votre rapporteur a proposé à la commission de supprimer la phrase de l'alinéa 2 qui fixe comme objectif soit la santé publique, soit les finances de l'assurance maladie. Elle a adopté cet **amendement**.

Le rapporteur vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Article publié le 4 octobre 2012 dans le journal *New England Journal of Medicine* : « *France's new framework for regulating off-label drug use* ».

Article 46

(art. 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé ; art. L. 6143-7 et L. 6161-2 du code de la santé publique)

Encadrement de la visite médicale à l'hôpital

Objet : Cet article propose de mettre en place un dispositif pérenne de visite médicale collective à l'hôpital

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de quatre parties.

Le **paragraphe I** modifie l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament. Il remplace l'expérimentation prévue par cet article par un dispositif pérenne tendant à encadrer la visite médicale à l'hôpital. Le démarchage ou la prospection pour les médicaments et les produits contraceptifs et contragestifs ne pourra avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat et selon des modalités précisées dans le règlement intérieur de l'établissement.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 6143-7 du code de la santé publique relatif aux pouvoirs du directeur d'un établissement hospitalier public pour préciser qu'il arrête les modalités de la visite médicale collective après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et de rééducation médico-technique.

Il procède également à une coordination au sein de l'article.

Le **paragraphe III** ajoute à l'article L. 6161-2 du code de la santé publique, relatif aux pouvoirs de la conférence médicale dans les établissements de santé privés, l'obligation pour le représentant légal de l'établissement de définir, après avis de la conférence médicale, les modalités de la visite médicale collective.

Le **paragraphe IV** prévoit la remise au Parlement, deux ans après la mise en œuvre de la mesure, d'un rapport d'évaluation. Celui-ci sera élaboré à partir d'une évaluation faite par la Haute Autorité de santé (HAS) portant notamment sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières. Il comportera des propositions pour l'extension de la visite médicale collective aux dispositifs médicaux et à la médecine de ville.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté sur cet article :

- plusieurs amendements rédactionnels ou de codification ;

- deux amendements tendant à ce que le rapport d'évaluation prenne en compte le suivi des préconisations du guide aux établissements de santé élaboré par la HAS en matière de visite médicale ;

- un amendement tendant à exclure les médicaments hospitaliers de prescription restreinte du champ de la visite médicale à l'hôpital.

III - La position de votre rapporteur

Cette mesure tend à mettre en œuvre une disposition de la loi relative au renforcement de la sécurité du médicament qui était prévue à titre expérimental mais dont les arrêtés de mise en œuvre n'ont jamais été pris.

Si l'enjeu de cette mesure est important en matière de renforcement de la sécurité sanitaire en ce qu'il garantit une plus grande transparence de l'information donnée aux professionnels de santé, votre rapporteur s'interroge sur son impact financier.

Le rapport d'évaluation prévu à partir des travaux de la HAS permettra sur ce point d'avoir une vision plus précise.

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

Article 47

(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ; art. 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)

Abrogation de la convergence tarifaire

Objet : Cet article tend à abroger le processus de convergence tarifaire entre les établissements de santé relevant, d'une part, du secteur public et privé à but non lucratif, d'autre part, du secteur privé à but lucratif.

I - Le dispositif proposé

L'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a posé les bases du processus de convergence tarifaire entre les établissements de santé.

Son paragraphe VII prévoit qu'entre 2005 et 2018, les tarifs nationaux des prestations sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements publics et privés à but non lucratif et ceux des établissements privés à but lucratif. Ce processus, orienté vers les tarifs les plus bas, doit être achevé au plus tard en 2018, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces

tarifs. A compter du 1^{er} janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques entre les catégories d'établissements.

Le **paragraphe I** du présent article abroge ce paragraphe VII, et donc le processus de convergence, ainsi que le rapport que le Gouvernement est censé remettre au Parlement chaque année sur cette question (article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale). Il inscrit cette démarche dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier.

La loi HPST avait fixé des périodes transitoires d'application jusqu'à la date de fin du processus de convergence pour certains établissements de santé privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, pour les établissements de santé privés ayant opté en 1996 pour le financement par dotation globale et pour les centres de lutte contre le cancer.

Par cohérence, le **paragraphe II** supprime cette date limite et maintient donc en l'état le statut de ces établissements.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté des modifications rédactionnelles ou de coordination. Ainsi, en supprimant simplement le renvoi prévu dans la loi HPST à la date limite de la convergence pour certains établissements de santé, la formulation initiale aurait entraîné leur basculement sous le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) dès le terme de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Or, il est plus pertinent d'attendre que le Parlement ait adopté une nouvelle loi redéfinissant le service public hospitalier, comme annoncé dans le présent article. L'Assemblée nationale a donc prévu que les établissements concernés continuent d'exercer leurs missions, dans les mêmes conditions qu'au moment de l'adoption de la loi HPST, jusqu'au 1^{er} janvier 2016.

III - La position de votre rapporteur

Le processus de convergence tarifaire a largement clivé les débats de ces dernières années sur l'hôpital, et ce de manière inutile. Votre commission a d'ailleurs souhaité, l'an passé, lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2012, l'abroger, mais la commission des finances a estimé qu'un tel amendement était irrecevable du fait de l'application de l'article 40 de la Constitution.

Le rapport, préparé par Jacky Le Menn et Alain Milon sur le financement des établissements de santé et adopté par la Mecss et votre commission en juillet 2012, estimait que **l'objectif de la convergence était discutable** et que le processus avait **atteint ses limites**.

**Extrait du rapport d'information Sénat de Jacky Le Menn et Alain Milon
n° 703 (2011-2012) - 25 juillet 2012**

La mise en place d'une tarification liée à l'acte thérapeutique pratiqué induit, instinctivement, l'idée que le financement doit être égal quels que soient le lieu ou les modalités d'exercice, l'acte étant censé être le même et le patient soigné de manière identique.

Or, les limites de cette logique démontrent que **ses bases conceptuelles sont elles-mêmes biaisées.**

Par exemple, dans une clinique, les honoraires sont distincts du tarif versé à l'établissement et, même si l'Atih assure un retraitement pour intégrer, de manière théorique, un tarif « tout compris » comme pour le secteur hospitalier public et privé à but non lucratif, les faiblesses statistiques sont trop fortes pour être ignorées, notamment en ce qui concerne les dépassements d'honoraires.

Par ailleurs, les tarifs reposent sur des coûts moyens, à l'échelle nationale ; or, on a vu précédemment la grande faiblesse de cette construction, tant en termes d'échantillon d'établissement que de fiabilité de la comptabilité analytique. Dans ce flou, un rapprochement de tarifs ne peut qu'être partiellement arbitraire ; c'est ce qui a d'ailleurs été constaté à la suite de la convergence intrasectorielle.

Enfin, les comparaisons ne peuvent légitimement s'effectuer que « toutes choses égales par ailleurs » : or, des différences fondamentales existent entre l'ensemble des établissements de santé en France, en ce qui concerne les **modes de prise en charge**, les **contraintes d'organisation**, le **coût des personnels** ou encore la **capacité à programmer l'activité** qui dépend largement, si elle n'est pas liée à des déficiences de gestion, du *case-mix* de l'établissement et du fait qu'il n'assure pas majoritairement des actes « en série ».

Dans ce contexte, il est urgent de **dépasser des clivages devenus, sans raison, quasiment idéologiques.** Si le discours sur la convergence a peut-être servi d'aiguillon pour le secteur hospitalier, l'application concrète de cette politique, assez opaque, a inutilement focalisé l'attention et crispé le personnel hospitalier, ce qui ne peut qu'être dommageable.

Alors que le modèle de financement doit aujourd'hui être revisité, sans pour autant être fondamentalement remis en cause, une pause de la convergence intersectorielle est aujourd'hui nécessaire afin de poser clairement les objectifs du système de santé en France.

Par cohérence, la commission est donc tout à fait favorable à l'abrogation de la convergence tarifaire ici proposée, d'autant qu'elle s'inscrit explicitement dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier.

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

*Article additionnel après l'article 47
(art. L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale)*

Composition de la commission de contrôle de la T2A

Objet : Cet article additionnel modifie la composition de la commission de contrôle de la T2A, en la rendant paritaire entre, d'une part, l'ARS et l'assurance maladie, d'autre part, les fédérations hospitalières.

Les agences régionales de santé (ARS) peuvent prendre des sanctions contre des établissements de santé à la suite de contrôles de la tarification à l'activité (T2A). Ces sanctions sont prises après avis d'une commission composée de représentants de l'ARS et de l'assurance maladie.

Afin de mieux partager la procédure de codification des actes entre l'ensemble des acteurs, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** proposant, à l'initiative de votre rapporteur, de composer cette commission, qui rend un avis simple, à parité entre ARS et assurance maladie d'un côté et fédérations hospitalières de l'autre.

Cette proposition a été adoptée l'an passé, au Sénat, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et, en juillet, dans le rapport de la Mecss sur le financement des établissements de santé.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

*Article additionnel après l'article 47
(art. L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale)*

Composition des équipes de contrôle de la T2A

Objet : Cet article additionnel propose d'élargir les équipes de contrôle de la T2A aux praticiens en exercice.

Les ARS peuvent prendre des sanctions contre des établissements de santé à la suite de contrôles de la tarification à l'activité.

Ces contrôles sont importants dans le cadre d'un financement à l'activité et ils mériteraient, en conséquence, d'être enrichis par l'expérience de professionnels en activité, qui sont confrontés dans leur établissement aux difficultés de la tarification.

Offrir la possibilité de les intégrer, le cas échéant, dans les équipes de contrôle permettrait à celles-ci de mieux comprendre le terrain et aux praticiens de faire partager leur expérience au retour dans leur établissement d'exercice.

Cette proposition est contenue dans le rapport de la Mecss sur le financement des établissements de santé.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** allant dans ce sens.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article 47 bis

(art. L. 114-4-1, L. 162-22-9, L. 162-22-9-1 [nouveau] et L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale)

Minoration des tarifs hospitaliers pour mise en réserve de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, instaure la possibilité de mettre en œuvre des coefficients de minoration des tarifs hospitaliers en vue de respecter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article vise à améliorer les conditions de mise en réserve infra annuelle de dépenses de l'assurance maladie en vue de respecter l'Ondam.

• Instaurer des coefficients minorateurs sur les tarifs de prestations

Le 3° insère un nouvel article L. 162-22-9-1 dans le code de la sécurité sociale. Il permet au Gouvernement de minorer les tarifs des prestations dans les établissements de santé (publics, privés et privés d'intérêt collectif), de manière à concourir au respect de l'Ondam. La valeur du coefficient correspondant pourra être différenciée par catégorie d'établissements.

Au regard de l'avis que le comité d'alerte rend chaque année avant le 15 octobre (*cf.* ci-dessous), le Gouvernement décidera, en fin d'année selon le niveau d'exécution de l'Ondam, de verser aux établissements tout ou partie du montant mis en réserve grâce à l'application du coefficient correcteur.

Le 2° et le 4° apportent des coordinations.

Un décret en Conseil d'Etat définira les conditions d'application de ce nouvel article.

● Renforcer le rôle du comité d'alerte

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et l'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'Ondam. Son rôle a été notablement renforcé dans la loi de financement pour 2011¹.

Le comité rend notamment un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'Ondam envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses.

Le 1^o du présent article ajoute que cet avis porte également sur le respect de l'Ondam de l'année en cours. Cette surveillance, opérée par un acteur indépendant, permettra au Gouvernement de débloquer éventuellement des crédits mis en réserve sur les tarifs.

II - La position de votre rapporteur

Là aussi, cet article répond directement à une proposition du rapport de Jacky Le Menn et Alain Milon sur le financement des établissements de santé.

Depuis 2010, une partie de l'Ondam (au moins 0,3 % selon la loi de programmation des finances publiques) est mise en réserve en début d'année et « dégelée » éventuellement, en tout ou partie, en fin d'exercice au regard du niveau d'exécution de l'Ondam. Or, le précédent gouvernement avait estimé qu'une telle mise en réserve ne pouvait être appliquée que sur les crédits de nature budgétaire, c'est-à-dire en pratique presque uniquement des dotations Migac. Cette position faisait reposer l'effort de mise en réserve sur une assiette étroite et sur les établissements publics de santé.

Appliquer un coefficient conservatoire sur l'ensemble des tarifs de prestations permettra de faire porter l'effort sur **une base plus large**, ce qui est relativement plus indolore.

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

¹ Article 48 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

Article 48

(art. L. 213-3 du code monétaire et financier)

**Emission de titres de créances négociables
par certains centres hospitaliers régionaux**

Objet : Cet article étend à certains centres hospitaliers régionaux la possibilité d'émettre des titres de créances négociables.

I - Le dispositif proposé

Comme pour les collectivités territoriales, les comptables des établissements publics de santé sont les comptables publics de l'Etat (article L. 6145-8 du code de la santé publique) et les hôpitaux ont l'obligation de déposer leurs fonds auprès de l'Etat, sous réserve de deux exceptions limitées (article L. 6145-8-1). En outre, en application de l'article 26 de la loi organique relative aux lois de finances¹, aucun découvert ne peut être consenti sur ce type de compte.

Or, leurs recettes et leurs dépenses (largement constituées du salaire des personnels) connaissent des cycles de versement qui ne peuvent être toujours compatibles.

C'est pourquoi les établissements ont recours, depuis quelques années, à des lignes de trésorerie, contractées auprès des banques et qui constituent des emprunts de court terme, au jour le jour. Du fait de la crise financière, les banques ont diminué les crédits accordés à leurs clients, y compris les hôpitaux, soit en refusant d'attribuer ou de reconduire certaines lignes, soit en réduisant le montant maximum autorisé.

Pour cette raison, certains établissements ont connu de graves difficultés de trésorerie, dépendantes ou non d'un déficit structurel.

Pour améliorer la situation de trésorerie des établissements, le Gouvernement a adopté, le 18 août 2012, un arrêté² anticipant le versement des ressources provenant de l'assurance maladie. Sont ainsi assurés le vingtième jour du mois, plutôt que le vingt-cinquième, les versements de :

- 60 % de l'allocation mensuelle de la dotation annuelle de financement destinée aux activités de soins de suite et de réadaptation et à celles de psychiatrie ;

- l'allocation mensuelle au titre de la dotation liée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;

- la provision représentant 45 % des montants dus au titre de l'activité hospitalière et de la consommation des spécialités pharmaceutiques.

¹ Loi n° 2001-692 du 1^{er} août 2001.

² Arrêté du 18 août 2012 modifiant l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale.

Cette anticipation permet aux établissements de passer dans de meilleures conditions la date de paiement des salaires.

Parallèlement à cette mesure structurante pour l'ensemble des établissements, le Gouvernement souhaite **autoriser certains centres hospitaliers régionaux**, dont la liste sera fixée par décret, **à émettre des titres de créances négociables**.

Ces titres recouvrent trois catégories : des certificats de dépôts (réservés aux établissements de crédit et à la Caisse des dépôts et consignations), des billets de trésorerie et des bons à moyen terme négociables.

Tel est l'objet du présent article, qui prévoit également que le même décret fixera un plafond global d'émissions pour chacun des établissements concernés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre rapporteur

La proposition d'émettre des billets de trésorerie pour certains établissements hospitaliers a déjà été examinée à plusieurs reprises par le Parlement, mais jamais adoptée définitivement.

Les titres de créances négociables sont des titres financiers émis au gré de l'émetteur, négociables sur un marché réglementé ou de gré à gré, qui représentent chacun un droit de créance. Ils peuvent être émis, selon le code monétaire et financier, dans toute devise étrangère.

Les émetteurs de titres de créances négociables établissent préalablement à leur première émission de tels titres **une documentation financière**, qui porte sur leur activité, leur situation économique et financière ainsi que sur le programme d'émission. En outre, les émetteurs doivent rendre publique **une notation** de leur programme d'émission, obtenue auprès d'une agence agréée.

En juillet 2012, une agence internationale a d'ailleurs **dégradé** la note de l'émission obligataire de plusieurs CHU de AAA à Baa1, soit sept rangs en moins dans l'échelle de cette agence¹.

En tout état de cause, **une nouvelle note est nécessaire** pour les crédits court-terme car ils ne répondent pas au même « screening » de la part des agences de notation.

Finalement, l'émission de titres de créances négociables présente **un coût** non négligeable, à la fois pour la préparer et pour la suivre dans le temps.

¹ Définition de la note Baa pour Moody's : « Obligations rated Baa are judged to be medium-grade and subject to moderate credit risk and as such may possess certain speculative characteristics ».

Le CHR devra **mettre en place une ingénierie financière sophistiquée** pour gérer l'ensemble du système. Les inconvénients sont donc nombreux : taille critique, coûts fixes, lourdeur des procédures, nouveaux risques à gérer...

Par ailleurs, l'exposé des motifs de l'article évoque uniquement des billets de trésorerie mais rien dans le dispositif législatif ne permet de limiter le mécanisme à cette procédure.

Parallèlement, l'Acoss a désormais pris l'habitude d'émettre des billets de trésorerie qui constituent l'un de ses moyens de financement. Le taux moyen de ses billets de trésorerie s'est élevé à 0,24 % en 2012 pour une maturité moyenne de trente-neuf jours. Un taux si bas n'aurait jamais pu être atteint par les CHR. On pourrait donc imaginer que l'Acoss apportent des avances de trésorerie aux CHR visés par le présent article ; la somme ainsi mobilisée resterait faible au regard des capacités de l'agence et les établissements n'auraient pas besoin de prendre des risques et d'engager des coûts de gestion inutiles.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a donc adopté **un amendement** pour remplacer la possibilité pour certains CHR d'émettre des titres de créances négociables par des avances de trésorerie à ces CHR par l'Acoss. Votre rapporteur est conscient que cet amendement pourrait être déclaré irrecevable par la commission des finances au titre de l'article 40, mais il souhaite poser les termes du débat, au bénéfice des finances publiques et au regard du risque encouru par les établissements.

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

Article 48 bis

Rapport sur les partenariats public-privé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, demande un rapport au Parlement sur les partenariats public-privé dans le secteur hospitalier.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Adopté à l'initiative de plusieurs députés du groupe Gauche démocrate et républicaine, avec avis favorable du Gouvernement, cet article demande la présentation au Parlement avant le 30 septembre 2013 d'un rapport détaillant les opérations projetées ou réalisées de construction d'établissements publics de santé en partenariat public-privé (PPP) dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Il devra également présenter les surcoûts financiers occasionnés par l'absence de maîtrise d'ouvrage publique.

II - La position de votre rapporteur

Les demandes de rapport doivent être circonscrites à des sujets pertinents, ce qui est de manière évidente le cas pour la question des partenariats public-privé à l'hôpital.

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

Article 49

*(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)*

Reports de la facturation individuelle des établissements de santé et du passage des hôpitaux locaux à la T2A, prolongation des tarifs journaliers de prestations (TJP)

Objet : Cet article vise à reporter au 1^{er} mars 2016 la facturation individuelle des prestations par les établissements publics de santé, au 31 décembre 2015 la possibilité d'appliquer les tarifs journaliers de prestations et au 1^{er} mars 2015 le passage à la T2A des hôpitaux locaux.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a mis en œuvre la tarification à l'activité dans les établissements de santé. Elle a prévu des périodes transitoires ou des dérogations sur certains aspects pour les établissements qui relevaient auparavant de la dotation globale (secteurs public et privé à but non lucratif).

Trois de ces dérogations restent en vigueur aujourd'hui et demandent du temps pour pouvoir disparaître au profit de dispositifs stables, pérennes et soutenables pour les établissements de santé.

• La facturation individuelle des prestations hospitalières

Selon le I de l'article 33 de la loi de financement pour 2004, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes, ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations ne sont pas directement facturés à l'assurance maladie par les établissements publics et privés à but non lucratif.

Ils transmettent tous les mois à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité. Celle-ci procède, pour chaque établissement, à la valorisation de l'activité, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, par application des tarifs des prestations. L'ARS arrête alors le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à l'assurance maladie qui assure le versement des sommes dues selon un calendrier fixé par arrêté (25 % le 15 du mois suivant le mois considéré, 45 % le 20 et le solde le 5 du troisième mois suivant).

L'ensemble des données sont également transmises à l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (Atih) *via* le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La facturation des prestations à l'assurance maladie est donc indirecte et globalisée. Cette procédure dérogatoire devait dans un premier temps s'appliquer uniquement pour 2005, puis elle a été **régulièrement prorogée** dans plusieurs lois de financement : jusqu'au 31 décembre 2008 par la loi de financement pour 2008, jusqu'au 1^{er} juillet 2011 par celle pour 2009, enfin jusqu'au 1^{er} janvier 2013 par celle pour 2011...

Face aux lourdeurs administratives et pour sortir des incertitudes juridiques permanentes liées à un renouvellement pour une période transitoire, une **expérimentation** a été prévue par la loi de financement pour 2009¹ avec des établissements volontaires. Cette expérimentation a elle-même démarré avec **beaucoup de retard** puisque le processus a dû être relancé au début de 2010, plus d'un an après l'adoption de la loi, et a alors été renommé projet **Fides** (facturation individuelle des établissements de santé).

L'année 2010 n'a été consacrée qu'à la préparation des travaux, durant laquelle **cinquante-cinq établissements volontaires** ont été retenus, la « pré-production » ne commençant effectivement qu'en avril 2011 et de manière très progressive. Surtout, l'expérimentation ne porte à ce jour que sur les actes et consultations externes, soit environ 10 % de l'activité hospitalière, à l'exception d'un établissement qui a commencé par travailler sur les séjours (GHS). Dix-sept établissements sur cinquante-cinq ont basculé au réel en facturation individuelle sur les actes et consultations externes au 1^{er} novembre 2012.

Le 1^o du présent article décale la date d'entrée en vigueur de la facturation individuelle du 1^{er} janvier 2013 au **1^{er} mars 2016**, mais prévoit que le processus peut être **progressif** en fonction de la catégorie d'établissements et selon qu'il s'agit des actes et consultations externes ou des autres prestations hospitalières (GHS et médicaments).

Ainsi, selon le rapport au Parlement sur le projet Fides, reçu à la fin d'octobre 2012, le dispositif serait généralisé à compter du 1^{er} janvier 2013 en débutant dans les établissements privés à but non lucratif et les centres hospitaliers, puis en se poursuivant par les centres hospitaliers universitaires selon des échéances à préciser. Concernant les séjours, « *les modalités de généralisation seront définies sur la base du bilan partagé de l'expérimentation qu'il est proposé de prolonger jusqu'au 31 décembre 2013* ».

- **La prorogation jusqu'en 2015 du tarif journalier de prestations (TJP)**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, qui a mis en œuvre la tarification à l'activité, a prévu une dérogation : les établissements

¹ Article 54 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

publics de santé, ainsi que les établissements privés à but non lucratif, facturent bien les groupes homogènes de séjour de la T2A à l'assurance maladie, mais prennent comme base un autre tarif, le TJP, pour le calcul du ticket modérateur à la charge des patients¹.

**Extrait du rapport d'information Sénat de Jacky Le Menn et Alain Milon
n° 703 (2011-2012) - 25 juillet 2012**

L'un des principaux leviers à la disposition des établissements publics [pour augmenter leurs ressources] réside dans le **paiement des tickets modérateurs** à la charge des patients et de leurs assurances complémentaires. Dans les établissements publics et privés à but non lucratif, le ticket modérateur a en effet pour base de calcul un **tarif journalier de prestation (TJP)** déterminé par l'hôpital lui-même, par référence à l'ensemble de ses charges. Le TJP varie selon le service d'hospitalisation, la durée de séjour et le mode de prise en charge.

La Cour des comptes a souligné que ce dispositif était utilisé comme une véritable **variable d'ajustement des recettes**, avec des taux d'évolution soutenus ces dernières années.

Cette situation conduit à des **tarifs très hétérogènes selon les établissements**. En 2010, le TJP s'élevait ainsi à environ 701 euros en médecine, au centre hospitalier de Saint-Denis (Delafontaine), 782 euros à l'AP-HP, 920 euros au centre hospitalier d'Aulnay-sous-Bois, 1 128 euros au centre hospitalier de Créteil et 1 320 euros à l'AP-HM.

Dans les cliniques privées, le ticket modérateur est calculé sur la base des tarifs de l'assurance maladie pour la pathologie dont relève le patient hospitalisé (groupe homogène de séjour - GHS). Compte tenu des majorations successives du TJP pratiquées dans nombre d'établissements publics, la transposition pure et simple d'une telle solution au secteur public et privé non lucratif se traduirait pour les établissements publics, par une **perte de revenus chiffrée à 981 millions d'euros**, soit 2 % des ressources, par la directrice générale de l'offre de soins, lors de son audition par la Meess le 7 février dernier.

Dispositif transitoire conservé au moment du passage à la T2A, le TJP doit en principe prendre fin au 31 décembre 2012. Plusieurs adaptations sont possibles entre les deux extrêmes que constituent la prorogation du TJP et le passage immédiat aux GHS. La prochaine loi de financement de la sécurité sociale devra nécessairement prendre en compte l'importance de cette ressource pour les établissements et la question des transferts de charges potentiels entre l'assurance maladie et le patient *via* la couverture complémentaire.

Le 2° du présent article décale le délai limite d'application du TJP du 31 décembre 2012 au 31 décembre 2015.

¹ Jusqu'en 2011, le TJP servait également à la facturation à l'assurance maladie des séjours des patients relevant de l'aide médicale d'Etat.

• Report de l'application de la T2A dans les hôpitaux locaux

Extrait du rapport d'information Sénat de Jacky Le Menn et Alain Milon n° 703 (2011-2012) - 25 juillet 2012

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010¹ a donné un délai aux hôpitaux locaux pour appliquer la T2A. Initialement fixée au 1^{er} janvier 2012, l'échéance a été reportée au 1^{er} mars 2013 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012². Souvent appelés hôpitaux locaux alors que la loi HPST a supprimé les différentes catégories d'établissements, les anciens hôpitaux ruraux connaissent en effet une situation particulière : généralement, de petite taille, ils ne disposent pas aisément de l'ensemble des moyens techniques et humains nécessaires au codage et à l'intégration dans la logique du financement à l'activité.

Ces établissements seront touchés de plein fouet par les effets pervers actuels de la T2A. Situés dans des bassins de population vieillissante et en diminution, ils ne peuvent pas augmenter leur volume d'actes. Surtout, ils développent principalement une activité médicale, avec peu ou pas d'acte chirurgical ou obstétrical. Or, on l'a vu, la T2A favorise aujourd'hui les actes techniques plus que le temps médical ou soignant.

Pourtant, **ces établissements rendent un véritable service public de proximité**, souvent dans le domaine gériatrique. Ils constituent une articulation précieuse entre la médecine de ville et les établissements hospitaliers puisque les praticiens libéraux y réalisent régulièrement des vacations. Le mode de financement des hôpitaux locaux doit donc également s'inscrire dans la problématique de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire : premiers recours hospitaliers, ils peuvent servir d'appui, de référent, et stabiliser l'installation de praticiens en libéral.

Le maintien d'une structure publique de soins doit naturellement être justifié par un intérêt médico-économique et les hôpitaux locaux doivent trouver une place originale dans le système de santé, complémentaire d'une part à la médecine de ville, d'autre part, à l'établissement de santé plus éloigné mais disposant d'un plateau technique complet.

Dans ce contexte, le passage de ce type d'établissement à la T2A ne semble pas adapté aujourd'hui, le risque de leur déstabilisation étant trop important au regard du service public qu'ils peuvent rendre sur le territoire.

Proposition

• **Suspendre le passage à la T2A des hôpitaux locaux et lancer une réflexion stratégique sur la place de ces établissements dans le système de santé.**

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

² Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011.

Le 3^o du présent article **reporte** la fin de la dérogation relative à **l'application de la T2A dans les hôpitaux locaux du 1^{er} mars 2013 au 1^{er} mars 2015** et confirme, par une modification rédactionnelle, le fait que le financement de ces hôpitaux est inclus dans l'objectif de dépenses d'assurance maladie prévu à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale¹.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté des modifications rédactionnelles.

III - La position de votre rapporteur

Le report du passage à la T2A des hôpitaux locaux et la prolongation de la facturation dérogatoire par TJP reprennent ou font écho aux positions que la commission a adoptées à l'occasion de l'examen, en juillet 2012, du rapport de Jacky Le Menn et d'Alain Milon sur le financement des établissements de santé.

En ce qui concerne **la facturation individuelle**, votre rapporteur est pleinement conscient des difficultés qu'entraîne cette réforme pour les établissements. Pour autant, il s'agit d'un **projet structurant** pour l'ensemble du système de santé en France : s'il apporte de la transparence dans les activités hospitalières, il constitue surtout **un outil indispensable pour se projeter dans la construction de véritables parcours de santé**. Comment penser un parcours si les informations liées aux séjours hospitaliers ne sont pas individualisées et, par conséquent, liées aux autres chaînons ? C'est pourquoi votre rapporteur regrette les nombreux et longs retards mis à engager véritablement ce projet, qui semble dorénavant sur la bonne voie, et se félicite de l'approche progressive qui est prévue à cet article. L'objectif de 2016 paraît lointain mais également réaliste, ce qui est essentiel pour donner une perspective aux établissements et à l'assurance maladie.

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

¹ *L'Odam finance les établissements non tarifés à l'activité (hôpitaux locaux, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) et qui relevaient auparavant de la dotation globale (secteurs public et privé à but non lucratif).*

*Article additionnel après l'article 49
(art. L. 6114-3 du code de la santé publique)*

**Suppression des sanctions spécifiques liées aux indicateurs
de performance dans les établissements de santé**

Objet : Cet article additionnel vise à supprimer les sanctions applicables aux établissements qui ne publieraient pas ou qui ne respecteraient pas leurs engagements en termes d'indicateurs de performance.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a introduit, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) conclus entre les ARS et les établissements de santé, des indicateurs de performance.

Il convient de conserver le principe de ces indicateurs, qui permettent de mieux appréhender la qualité des soins, mais de supprimer les sanctions spécifiques qui sont prévues en cas de non-respect des objectifs fixés. Les Cpom peuvent déjà inclure des pénalités financières en cas d'inexécution des engagements dont les parties sont convenues dans le Cpom.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** proposant en conséquence de supprimer ces sanctions spécifiques.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

*Article 50 (supprimé)
(art. L. 5126-5-2 [nouveau] du code de la santé publique)*

Possibilité de sous-traitance pour les pharmacies à usage intérieur

Objet : Cet article, qui a été supprimé à l'Assemblée nationale, permet à une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé de déléguer le stockage, la détention et l'approvisionnement de certains produits de santé à un établissement pharmaceutique.

I - Le dispositif proposé

Les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, ainsi que d'autres établissements recevant des malades peuvent disposer d'une ou plusieurs pharmacies à usage intérieur (PUI). Gérées par un pharmacien, elles sont chargées de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement, notamment d'assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou dispositifs médicaux.

Or, selon l'exposé des motifs du présent article, les établissements sont confrontés à des difficultés liées aux stocks immobilisés, à la mobilisation de main-d'œuvre affectée à des fonctions logistiques et à la gestion du flux d'approvisionnement.

C'est pourquoi cet article propose qu'une PUI puisse déléguer à une entreprise extérieure spécialisée **le stockage, la détention et l'approvisionnement de certains de leurs produits de santé.**

Un contrat écrit, soumis à l'autorisation préalable de l'ARS, fixerait les engagements des parties.

L'entreprise concernée devrait être un « *établissement pharmaceutique* », dont le rôle et l'organisation sont définis aux articles L. 5124-1 et suivants du code de la santé publique. Ces établissements, dirigés par un pharmacien ou qui ont à tout le moins un « *pharmacien responsable* », ont le monopole de la fabrication, l'importation, l'exportation et la distribution en gros de médicaments. L'ouverture d'un établissement est subordonnée à une autorisation de l'ANSM, qui peut la suspendre ou la retirer.

Un décret en Conseil d'Etat fixerait les catégories d'établissements pharmaceutiques pouvant assurer ce nouveau service.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixerait, quant à lui, la liste des catégories de produits de santé ne pouvant pas faire l'objet de ce dispositif.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative de Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales et de Christian Paul, rapporteur en charge de l'assurance maladie, l'Assemblée nationale a supprimé cet article, avec l'avis favorable du Gouvernement.

III - La position de votre rapporteur

Un dispositif de même nature que cet article avait été examiné l'an passé au Sénat, à l'initiative d'Alain Houpert, sénateur, lors des débats portant sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. La commission avait alors émis un avis défavorable à l'amendement.

Par cohérence, votre rapporteur propose d'approuver la suppression de l'article telle que votée à l'Assemblée nationale, même s'il souhaite de manière générale qu'une évaluation précise des modalités de fonctionnement des pharmacies à usage intérieur des hôpitaux puisse être engagée.

Votre rapporteur vous demande de maintenir la suppression de cet article.

Article 51

(art. L. 381-30, L. 381-30-1 et L. 380-30-5 du code de la sécurité sociale)

Prise en charge et financement des soins destinés aux personnes détenues

Objet : Cet article modernise et clarifie la prise en charge des soins destinés aux personnes détenues, notamment pour celles et ceux qui bénéficient d'un aménagement de peine.

I - Le dispositif proposé

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a sensiblement modifié les dispositions relatives aux soins en milieu pénitentiaire et à la protection sociale des détenus.

Ainsi, selon l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale, les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.

Cet article envisageait la situation des condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur mais uniquement lorsqu'ils exercent une activité professionnelle. En outre, il organisait le financement des soins apportés lors de l'incarcération mais pas en ville.

Il est aujourd'hui nécessaire de **moderniser** les dispositions relatives à la prise en charge et au financement des soins destinés aux détenus, qui n'ont quasiment pas évolué depuis la loi de 1994. En effet, durant cette période, de **nouveaux modes d'application des peines** se sont développés : semi-liberté, placement à l'extérieur, placement sous surveillance électronique, permission de sortir ou surveillance électronique de fin de peine.

Une modification sémantique est d'abord apportée par le présent article, à plusieurs articles du code de la sécurité sociale, pour parler de « personnes détenues » plutôt que de « détenus ».

• L'affiliation des personnes en aménagement de peine

L'alinéa de l'article L. 381-30 qui évoquait la situation des condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur est modifié.

En cas de placement à l'extérieur, de semi-liberté, de permission de sortir, d'autorisations de sortie sous escorte, de placement sous surveillance électronique ou de fins de peines d'emprisonnement en l'absence de tout aménagement de peine :

- les personnes détenues qui exercent une activité professionnelle seront affiliées au régime d'assurance maladie et maternité au titre de cette activité ;

- celles qui n'en exercent pas ou qui ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations du régime professionnel correspondant seront affiliées au régime général.

● Le financement des soins

Les personnes détenues affiliées au régime général seront dispensées de l'avance de frais pour la « *part garantie* » par l'assurance maladie.

Les modalités de financement sont modifiées :

- dans un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées, le financement continuera d'être assuré par une dotation annuelle ;

- pour les autres établissements hospitaliers, le « *droit commun* » s'appliquera. Sans précision dans le texte, on peut imaginer, comme le laisse penser l'étude d'impact, qu'il s'agira d'une application de la tarification à l'activité, c'est-à-dire une facturation par groupe homogène de séjour (GHS) et par la nomenclature pour les actes et consultations externes. Aujourd'hui, ces soins sont financés par une dotation dans les missions d'intérêt général (Migac), qui continuera, selon la même étude d'impact, à intervenir en complément de la T2A pour couvrir les surcoûts.

L'Etat assurera la charge :

- du ticket modérateur en établissement et en ville ;

- de la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations et sur les actes de biologie ;

- des franchises sur les médicaments (50 centimes), sur les actes des auxiliaires médicaux et sur les transports sanitaires ;

- du forfait journalier à l'hôpital.

Pour les soins dispensés en établissement, l'Etat verse directement ces participations aux établissements. Pour les autres soins, l'assurance maladie assure le paiement de l'intégralité des frais dans la limite des tarifs opposables et l'Etat lui rembourse ensuite les montants dus.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté des modifications rédactionnelles, principalement pour harmoniser la nouvelle formulation retenue de « *personne détenue* ».

III - La position de votre rapporteur

La loi de 1994 n'avait presque pas fait l'objet de modification depuis son adoption ; or, la situation de la détention a beaucoup évolué en France.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue, a d'ailleurs publié en septembre 2012 un avis évoquant notamment cette question.

**Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté
du 26 septembre 2012 relatif à la mise en œuvre du régime de semi-liberté**

5. **Les soins constituent une carence importante** de la semi-liberté telle qu'elle fonctionne.

S'agissant des constats de l'état de santé et des soins à dispenser pour des pathologies, le semi-libre n'a plus accès aux dispositifs des établissements pénitentiaires. Il lui faut donc trouver les ressources nécessaires (dans une agglomération dont, souvent, il ignore tout). Il lui faut une couverture sociale : certains établissements, mais non la majorité, ont passé des conventions avec la Caisse primaire d'assurance-maladie pour accélérer l'établissement des dossiers nécessaires. Il faut aussi des soins de proximité : des établissements ont passé convention avec des centres de soins (municipaux, par exemple) ; mais pas tous. Des centres de soins n'admettent pas les semi-libres, parce qu'ils estiment que ces derniers ne sont pas résidents de la commune.

Votre rapporteur estime que cet article apporte des modernisations bienvenues. A son initiative, la commission a adopté **un amendement**, à la fois rédactionnel et pour préciser, en cohérence avec l'application du tiers payant, que les médecins doivent pratiquer les tarifs opposables, comme ils le font déjà pour les patients bénéficiaires de la CMU-c et bientôt, en application de l'avenant n° 8 à la convention médicale, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

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

Article 52

*(art. L. 312-1 et L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles ;
art. L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale)*

Pérennisation des lits d'accueil médicalisés

Objet : Cet article vise à pérenniser l'expérimentation de lits d'accueil médicalisés destinés à accueillir des personnes sans domicile fixe et atteintes de pathologies chroniques lourdes et au pronostic sombre.

I - Le dispositif proposé

• Les lits d'accueil médicalisés (Lam) accueillent des personnes en situation de grande précarité atteintes de pathologies chroniques lourdes et au pronostic sombre, ne pouvant être prises en charge dans les structures de droit commun. Ils apportent à la fois des soins médicaux et paramédicaux ainsi

qu'un accompagnement social. Expérimentées depuis 2009¹, ces structures sont nées du constat que les lits halte soins santé n'étaient pas en mesure de prendre en charge ce type de population particulièrement désocialisée.

L'expérimentation a été menée sur trois sites représentant une capacité totale de quarante-cinq lits : vingt-quatre lits au Samu social de Paris ; quinze lits à l'association baptiste pour l'entraide et la jeunesse de Lille ; six lits pour l'association foyer aubois de Saint-Julien-les-Villas.

Selon une évaluation menée par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc), les Lam ne se substituent pas à un mode de prise en charge existant et répondent donc à un besoin non pourvu pour une catégorie particulièrement fragile de la population. Outre l'amélioration de la situation sanitaire de ce public, les Lam favorisent, pour un coût réduit, l'accès de ce dernier aux structures de droit commun.

- Le présent article a donc pour objet de pérenniser ce type de structures.

Pour ce faire, le 1^o du **paragraphe I** inscrit les Lam dans la liste des établissements et services médico-sociaux fixée à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Cette mesure nécessitera la publication d'un décret pris après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale de façon à préciser les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des Lam.

Le 2^o du **paragraphe I** prévoit leur financement par le biais du sixième sous-objectif de l'Ondam à l'article L. 314-3-3. Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, le coût de la pérennisation s'élèverait à 3,67 millions d'euros en 2013. Il n'augmenterait pas au cours des trois années suivantes.

Par cohérence avec ces dispositions, le **paragraphe II** modifie l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale de façon à prévoir le financement des Lam par le biais d'une dotation globale annuelle dans les mêmes conditions que celles applicables aux lits halte soins santé.

Enfin, le **paragraphe III** prévoit un dispositif dérogatoire pour les structures incluses dans l'expérimentation depuis 2009 afin que celles-ci soient réputées autorisées à compter du 1^{er} janvier 2013 sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre la procédure d'autorisation prévue à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

¹ Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur des personnes en situation de précarité.

III - La position de votre rapporteur

Compte tenu du bilan positif de l'expérimentation menée depuis 2009, votre rapporteur ne peut qu'être favorable à sa pérennisation et souhaiter son extension à d'autres sites.

Pourtant, le fait qu'aucune montée en charge du dispositif ne soit prévue par l'étude d'impact dans les prochaines années le conduit à s'interroger sur les possibilités de création de structures nouvelles dans le futur.

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

Article 53

(art. L. 162-25 du code de la sécurité sociale)

Réduction à un an du délai de facturation pour les établissements pour personnes handicapées

Objet : Cet article a pour objet de limiter à un an le délai dont disposent les établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée pour émettre et rectifier leurs données de facturation à l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

- Les établissements accueillant des personnes handicapées tarifés au prix de journée disposent actuellement d'un délai compris entre deux et cinq ans pour émettre et rectifier leurs factures auprès de l'assurance maladie.

Cette situation serait source de difficultés pour le pilotage de l'Ondam médico-social en ce qu'elle créerait des incertitudes quant à l'appréciation du taux de consommation des crédits.

Le présent article a pour objet de prévoir, pour les établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée, un dispositif dérogatoire au délai de droit commun de deux ans fixé à l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale.

Une telle dérogation a déjà été mise en place concernant les établissements de santé à l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale par l'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012.

- Le **paragraphe I** du présent article opère une réécriture de l'article L. 162-25.

Les règles applicables aux établissements de santé fixées par la LFSS pour 2012 sont désormais inscrites dans un 1° sans être modifiées.

Un 2° prévoit des dispositions similaires pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées tarifés au prix de journée. L'action en paiement de ces établissements auprès de leur caisse de rattachement se prescrirait désormais un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse.

Sont concernés :

- les établissements médico-sociaux d'enseignement pour enfants handicapés mentionnés au 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

- les centres de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle signalés au *b* du 5° du même article ;

- les maisons d'accueil spécialisé pour adultes handicapés inscrites au 7° de l'article L. 312-1.

Le **paragraphe II** prévoit que l'entrée en vigueur du dispositif pour les établissements accueillant des personnes handicapées s'applique aux prestations délivrées à compter du 1^{er} janvier 2013.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur a été interpellé à plusieurs reprises au cours de ses auditions sur les risques que ferait courir pour les établissements médico-sociaux concernés l'entrée en vigueur immédiate de l'article 53.

Pour réceptionner les factures qui leur sont transmises, certaines caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) exigent qu'y soient annexées les notifications des MDPH relatives à la décision d'orientation de la personne accueillie dans l'établissement concerné. Ce faisant, elles ne font qu'appliquer une recommandation de la Cour des comptes.

Or, la notification arrivant fréquemment plus d'un an après le début de la prise en charge, les établissements seraient, de fait, dans l'impossibilité de respecter le délai fixé à l'article 53, ce qui pourrait les conduire à refuser de prendre en charge certaines personnes.

Cette situation pose particulièrement problème concernant :

- les jeunes de plus de vingt ans maintenus en institut médico-éducatif au titre de l'amendement « Creton », pour lesquels une notification de maintien doit être délivrée par la MDPH ;

- les très jeunes enfants que les établissements choisissent de prendre en charge rapidement sans attendre la notification ;

- toutes les situations de renouvellement de notifications.

Lors de l'audition organisée au Sénat le 16 octobre dernier, la ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion a souligné que l'article 53 constituait avant tout une disposition technique et de bonne gestion tout en étant consciente des difficultés qui peuvent découler des délais de notification des MDPH. Elle a indiqué qu'une réflexion était en cours pour améliorer la fluidité des échanges entre les acteurs.

Selon les informations transmises à votre rapporteur, des mesures devraient être mises en œuvre prochainement, notamment par voie de circulaires ministérielles et de « lettres réseau » de la Cnam, pour adapter les modalités de réception des factures par les CPAM, mieux anticiper les renouvellements de notifications et sensibiliser les MDPH à des situations d'urgence telles que les prises en charge précoces d'enfants handicapés.

Dans l'attente de ces évolutions et compte tenu des difficultés que risquent de rencontrer les établissements dans l'immédiat, la commission a adopté **un amendement** reportant du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2013 la date d'entrée en vigueur du présent article pour les établissements accueillant des personnes handicapées.

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

Article 54

*(art. L. 314-8 et L. 543-1 du code de l'action sociale et des familles ;
art. 80 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010
de financement de la sécurité sociale pour 2011)*

Fin de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Objet : Cet article vise à mettre fin à l'expérimentation de la prise en charge financière des médicaments dans les forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui ne disposent pas d'une pharmacie à usage intérieur ou n'en partagent pas une dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire.

I - Le dispositif proposé

• Les modalités de prise en charge financière des médicaments consommés par les personnes accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) font l'objet d'un va-et-vient régulier depuis plusieurs années.

En 1999, dans le cadre de la mise en place de la tarification ternaire dans les Ehpad, une première tentative d'intégration des médicaments et des dispositifs médicaux dans les dotations soins des établissements a été menée.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹ est revenue à un financement par le biais de l'enveloppe soins de ville, sauf pour les Ehpad disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Cette exception s'applique également, depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2006, aux Ehpad partageant une PUI dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Ce même texte a par ailleurs réintégré les dispositifs médicaux dans les dotations soins des établissements.

Concernant les médicaments, **l'article 64 de la LFSS pour 2009** a mis en place une **expérimentation** de leur intégration dans les forfaits soins de 276 Ehpad sans PUI, avec pour objectif la généralisation de ce mode de financement au 1^{er} janvier 2011. L'article 64 prévoyait également la définition d'une liste « en sus » de médicaments particulièrement coûteux devant être financés par le biais de l'objectif global de dépenses (OGD) personnes âgées, la nomination d'un pharmacien d'officine référent ainsi qu'un renforcement du rôle du médecin coordonnateur.

En l'absence d'un bilan concluant de l'expérimentation, **l'article 80 de la LFSS pour 2011 a reconduit celle-ci pour une durée de deux ans** et prévu la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation avant le 1^{er} octobre 2012.

• Deux effets positifs principaux pourraient être attendus de l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des Ehpad : une **rationalisation de la prescription** conduisant à une meilleure maîtrise des volumes de médicaments consommés et **limitant ainsi le risque iatrogène** ; une **diminution globale des dépenses de médicaments prises en charge par l'assurance maladie**.

Une évaluation de l'expérimentation a été menée fin 2010 par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Parmi les difficultés mises en avant par la mission figurait celle du **calcul adéquat des compléments de dotation à allouer à chaque Ehpad** en fonction de leurs besoins de médicaments. Le rapport soulignait également les **risques de non admission de personnes âgées ou d'hospitalisations injustifiées** de résidents dont les traitements médicamenteux seraient considérés comme trop coûteux. Il invitait en conséquence à explorer d'autres pistes que la généralisation de l'expérimentation pour assurer la maîtrise des dépenses et des prescriptions de médicaments en Ehpad.

¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Par ailleurs, une comparaison entre un échantillon d'Ehpad expérimentateurs et un échantillon de référence constitué d'Ehpad sans PUI a été menée de façon à obtenir une photographie de leur consommation respective de médicaments en janvier 2012. Les données recueillies ont respectivement porté sur 13 000 et 16 000 résidents. Il en ressort que le nombre moyen de molécules consommées par résident s'élève à 7,56 dans l'échantillon expérimentateur contre 6,67 dans l'échantillon témoin. Le coût mensuel moyen par consommant s'établit respectivement à 159 euros et 147 euros.

Cette évaluation tend donc à prouver que l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des Ehpad sans PUI **ne constitue pas un outil d'amélioration de la prescription ni de maîtrise de la dépense de médicaments.**

- Par conséquent, le présent article met fin à l'expérimentation.

Les **paragraphes I, II et III** de l'article suppriment les dispositions du code de l'action sociale et des familles et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 relatives à l'expérimentation.

Il est donc opéré, pour les établissements sans PUI ou n'en partageant pas une dans le cadre d'un GCS, un retour à la situation antérieure à 2009, c'est-à-dire à un financement des médicaments par le biais de l'enveloppe soins de ville, ainsi qu'en dispose l'alinéa 7 de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Le **paragraphe IV** prévoit une sortie progressive du dispositif puisqu'il fixe au 1^{er} juillet 2013 la fin de l'expérimentation.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le cadre de l'expérimentation à laquelle le présent article vise à mettre un terme, les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ont été autorisés par l'article 54 de la LFSS pour 2010 à gérer une PUI pour le compte de leurs membres. Cette expérimentation devrait être généralisée à compter du 1^{er} janvier 2013.

L'Assemblée nationale a donc adopté deux amendements identiques tirant les conséquences de cette généralisation.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur regrette que le rapport d'évaluation qui devait être remis avant le 1^{er} octobre 2012 ne soit pas encore parvenu au Parlement au moment de l'examen du présent article. Ses conclusions auraient sans aucun doute permis de prendre la décision d'arrêt de l'expérimentation sur des bases plus solides que la seule évaluation menée pour le mois de janvier 2012.

Elles auraient également contribué à tracer dès à présent des pistes pour améliorer la qualité et l'efficacité des prescriptions de médicaments chez les personnes âgées. A ce titre, votre rapporteur se félicite de ce que l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement annonce la mise en œuvre d'un plan d'action sur le sujet à partir du début de l'année prochaine.

D'ores et déjà, et ainsi que le soulignait le rapport de l'Igas paru en 2010, il semble qu'il faille renoncer à une régulation purement budgétaire pour lui substituer une démarche plus qualitative. Celle-ci pourrait être fondée sur la mise en place d'indicateurs de qualité de la prescription ainsi que sur un rôle renforcé du médecin coordonnateur et du pharmacien référent. En tout état de cause, il apparaît que l'existence d'une PUI constitue un élément déterminant pour assurer la maîtrise et la qualité de la prescription dans les Ehpad.

La commission a adopté **un amendement rédactionnel**.

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

Article 54 bis

(art. L. 224-5 du code de la sécurité sociale)

**Possibilité pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de
recourir à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à intégrer dans le périmètre de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article, inséré à l'initiative de Martine Pinville, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social, vise à intégrer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le périmètre de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss).

Aux termes de l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, l'Ucanss a notamment pour mission d'assurer « *la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou des organismes locaux* ».

Intégrer la CNSA à cette liste devrait lui permettre de diminuer ses frais de fonctionnement en lui offrant la possibilité de bénéficier des marchés spécifiques passés par l'Ucanss et de la convention qu'elle vient de signer avec la centrale d'achat public Ugap.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur estime que cet article constitue une mesure de bonne gestion susceptible de contribuer à la maîtrise des dépenses de fonctionnement de la CNSA et par conséquent de l'Ondam médico-social.

Il vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 55

(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Plan d'aide à l'investissement 2013 dans le secteur médico-social

Objet : Cet article a pour objet de reconduire pour l'année 2013 le plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social.

I - Le dispositif proposé

• Depuis 2006, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) participe au financement d'investissements destinés aux établissements médico-sociaux. Prenant initialement la forme d'un plan d'aide à la modernisation (Pam), cette mission a été pérennisée par la LFSS pour 2008 à travers le **plan d'aide à l'investissement (PAI)**. Ce même texte a également élargi le périmètre d'éligibilité des opérations aux créations de places nouvelles.

Jusqu'en 2010, le Pam/PAI a été entièrement financé à partir des réserves de la CNSA. La diminution de ces dernières a conduit à mettre en place un mécanisme de financement alternatif en LFSS pour 2011. Un **prélèvement d'une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)** est désormais effectué chaque année sur la section I du budget de la CNSA pour venir alimenter la section V.

En **2011**, le PAI s'est élevé à **92,8 millions d'euros** correspondant à un prélèvement de **4 %** du produit de la CSA. Il a été porté en cours d'exercice à **113,1 millions d'euros** puisqu'y ont été inclus les crédits non notifiés en 2010 des pôles d'activité et de soins adaptés (Pasa) et des unités d'hébergement renforcées prévus dans le cadre du plan Alzheimer.

Le PAI a été ramené à **2 %** du produit de la CSA par la LFSS pour **2012**, soit un montant d'environ **48 millions d'euros**.

Résultat annuel et réserves de la CNSA depuis 2005

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Résultat	528	129	298	56	- 474	- 292	223	- 127
Réserves	532	660	958	1 014	540	248	471	344

Source : Direction générale de la cohésion sociale, réponse au questionnaire relatif au secteur médico-social

• Entre 2006 et 2011, la CNSA a cofinancé **2 296 opérations d'investissement**, en moyenne à hauteur de 16 % de leur montant total. Elle a ainsi représenté la deuxième source de financement de ces opérations, derrière l'emprunt, qui en a assuré plus de la moitié, et devant les conseils généraux qui y ont participé à hauteur de 10 % environ.

**Evolution du montant des aides à l'investissement
sur la période 2006-2011**

(en millions d'euros)

Année	Montant des plans		Montants notifiés	
	2006		500	
2007		180		180
2008		300		296,1
2009	PAI	230	PAI	226,1
	PRE*	70	PRE*	70
	CPER**	30	CPER**	30
2010	PAI	151	PAI	130,5
	CPER**	52,7	CPER**	52,7
2011	PAI	41	PAI	28,3
	CPER**	33,2	CPER**	33,2
Total		1587,9		1544,2

* PRE : plan de relance de l'économie

** CPER : contrats de projets Etat-région

Source : CNSA - Réponses au questionnaire relatif au secteur médico-social

En **2009**, la CNSA a participé au **plan de relance de l'économie** dans le secteur médico-social. Depuis cette même année, elle a remplacé l'Etat pour financer des opérations inscrites aux **contrats de projet Etat-région 2007-2013** n'ayant pas fait l'objet d'autorisations d'engagement de l'Etat en 2007 et 2008.

Selon l'annexe 8 au PLFSS, la **sous-consommation du PAI en 2011** s'explique par le **gel de 73 millions d'euros** destiné à couvrir un éventuel dépassement de l'Ondam 2011 et par la **consommation partielle de la sous-enveloppe destinée au financement des Pasa**.

L'ensemble des crédits du PAI 2012 ont été mis en réserve en début d'année. Le budget modificatif de la CNSA approuvé en avril a cependant permis de dégeler 70 millions d'euros de crédits mis en réserve en 2011. Le montant du PAI a finalement été porté à **120 millions d'euros** par le budget rectificatif de juillet grâce à un nouveau dégel de crédits.

• Le présent article propose de reconduire pour l'année 2013 le prélèvement de **2 %** effectué en 2012 sur le produit de la CSA affecté à la section I du budget de la CNSA pour financer le PAI. L'annexe 8 au projet de loi de financement fixe à 2 439 millions d'euros les prévisions de recettes de CSA pour l'année 2013. Le montant du PAI devrait donc s'élever à **48,8 millions d'euros** l'année prochaine.

Les modalités d'affectation du produit de la CSA étant définies par l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, il est nécessaire de modifier celui-ci pour prévoir la répartition applicable en 2013. Celle-ci ne changeant pas l'année prochaine, le présent article a uniquement pour objet de prévoir explicitement qu'elle s'applique également en 2013.

La répartition du produit de la CSA serait donc la suivante en 2013 :

- 13 % seraient affectés aux établissements ou services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et 39 % à ceux accueillant des personnes âgées ;

- 20 % seraient alloués au financement de l'Apa et 26 % à celui de la PCH, ces ratios restant fixes d'une année sur l'autre et n'ayant donc pas besoin d'être précisés par la loi de financement ;

- 2 % du produit de la CSA irait au financement du PAI avec une répartition à parité entre les sommes dédiées aux personnes âgées et celles destinées aux personnes handicapées ;

- enfin, sur l'ensemble du produit de CSA, la part destinée globalement aux personnes handicapées resterait fixée à 39 %.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

III - La position de votre rapporteur

Dans un contexte budgétaire contraint, votre rapporteur salue l'effort que constitue la reconduction du PAI à un niveau équivalent à celui de 2012.

Il note cependant qu'en 2011 et 2012, les crédits du PAI votés en LFSS ont été en grande partie voire entièrement gelés en raison des mesures de régulation de l'Ondam. Les montants finalement notifiés s'en sont trouvés fortement diminués en 2011. Si votre rapporteur ne dispose pas encore de données stabilisées pour l'année 2012, il ne peut que s'inquiéter de ce que ces mesures de gel et de dégels successives ne finissent par nuire à la lisibilité de la politique d'aide à l'investissement menée par la CNSA.

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

Article 55 bis

**Aide à la restructuration des services d'aide
et d'accompagnement à domicile**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à créer un fonds de restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

• L'article 150 de la loi de finances pour 2012 a créé un premier **fonds de restructuration** des services d'aide et d'accompagnement à domicile d'un montant de **50 millions d'euros** destiné à être versé en deux temps, en 2012 puis en 2013.

Les premiers retours de terrain montrent qu'au mois de septembre 2012, **576 services d'aide et d'accompagnement à domicile** avaient bénéficié du fonds de restructuration.

Le paragraphe II de l'article 150 de la loi de finances pour 2012 prévoit par ailleurs la possibilité pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile d'engager, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une durée maximum de trois ans, **des expérimentations relatives aux modalités de tarification de ces services**. Les conseils généraux peuvent être associés à ces expérimentations dont le cahier des charges a été publié au journal officiel par arrêté conjoint des ministres de l'économie et des finances, de l'intérieur, des affaires sociales et de la santé le 21 septembre 2012.

Cet arrêté précise les deux modalités de tarification pouvant être expérimentées :

- une tarification sous la forme d'un **forfait global** négocié ;
- une **tarification horaire**, assortie le cas échéant d'une dotation de valorisation de missions d'intérêt général spécifiques.

Dès le début de l'année 2012, plusieurs départements dont ceux du Doubs et des Côtes-d'Armor se sont engagés dans l'expérimentation du forfait global en partenariat avec l'Assemblée des départements de France (ADF).

• Le présent article, inséré à l'initiative du Gouvernement, reconduit, à titre exceptionnel et pour l'année 2013, l'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Celle-ci n'est cependant plus versée par l'Etat mais à partir du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Comme l'année dernière, il est prévu que les critères et les modalités de répartition de la dotation soient fixés par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de la cohésion sociale avant intervention des agences régionales de santé (ARS) dans la distribution des crédits.

Des **conventions de financement pluriannuelles** organisant le retour à l'équilibre pérenne des comptes devront être signées par les services concernés, les ARS, le président du conseil général du département dans lequel est situé le service, le cas échéant, par les directeurs des organismes de protection sociale finançant le service au titre de leur action sociale facultative et par la personne physique ou morale gestionnaire du service. Pour les services soumis à agrément, la signature du représentant de l'Etat dans le département concerné sera également nécessaire.

II - La position de votre rapporteur

Dans l'attente d'une réforme globale des services d'aide et d'accompagnement à domicile, le fonds de restructuration prévu par le présent article constitue une mesure positive qui correspond aux attentes des acteurs de terrain.

Au regard de l'exécution du premier fonds de restructuration, votre rapporteur estime qu'une attention particulière devrait être portée à l'avenir, d'une part, à la lisibilité de la procédure d'attribution des aides, d'autre part, au degré d'exigence des mesures de retour à l'équilibre inscrites dans les conventions pluriannuelles.

Afin de faire de cette aide un outil à part entière de restructuration du secteur des services d'aide à domicile, la commission a adopté **un amendement** précisant que les conventions de financement pluriannuelles organisant le retour à l'équilibre pérenne des comptes des services concernés sont conclues prioritairement dans le cadre des expérimentations de tarification prévues à l'article 150 de la loi de finances pour 2012.

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

Article additionnel après l'article 55 bis

Rapport sur les services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Objet : Cet article additionnel vise à prévoir la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur les services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

L'article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles définit les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) comme les structures qui assurent à la fois les missions de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et de services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad).

Ces services permettent l'élaboration par une équipe pluridisciplinaire d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement à l'article 41 du projet de loi de financement de la sécurité sociale visant à inclure les Spasad dans le dispositif d'expérimentation du parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Il a été souligné à cette occasion combien ces services peuvent contribuer au décroisement des secteurs sanitaire et social dans le cadre du domicile et favoriser la coordination des acteurs.

Pourtant, ainsi que le soulignait le rapport de Béangère Poletti sur les difficultés financières de l'aide à domicile¹, l'existence des Spasad ne produit pas les effets attendus, faute d'une évaluation susceptible de tracer des pistes pour améliorer le dispositif, adapter son mode de tarification et étudier l'opportunité de lui donner une assise législative.

Afin de pallier ce vide, votre commission a adopté un amendement, sous la forme d'un article additionnel, prévoyant que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur le sujet avant le 30 juin 2013.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article additionnel après l'article 55 bis

Expérimentation d'une modulation du forfait global relatif aux soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience

Objet : Cet article additionnel a pour objet de supprimer l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui autorise des expérimentations portant sur la modulation du forfait soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience.

L'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 autorise l'expérimentation, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) volontaires, de modulations du forfait global relatif aux soins en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience.

Au moment de l'examen du texte en première lecture, votre rapporteur avait jugé inopportune l'introduction de nouveaux éléments de modulation des forfaits soins alors que les réformes tarifaires votées par le Parlement au cours des années précédentes n'avaient pu être évaluées ni même

¹ Béangère Poletti, *Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles*, janvier 2012.

appliquées dans leur ensemble. L'article avait été supprimé par le Sénat avant d'être rétabli en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale.

Un an plus tard, la tarification au GIR moyen pondéré soins n'est pas encore généralisée et la tarification à la ressource demeure inapplicable, faute de publication du décret indispensable à son entrée en vigueur.

De surcroît, les textes réglementaires qui permettraient de lancer l'expérimentation prévue à l'article 67 n'ont pas encore été publiés.

Votre rapporteur n'est en aucun cas opposé à la mise en place d'indicateurs de qualité et d'efficience mais il estime qu'il s'agit là d'un processus complexe qui gagnerait à être étudié plus longuement dans la perspective d'une remise à plat globale de la tarification des Ehpad.

Dans ce cadre et par cohérence avec la position du Sénat l'année dernière, votre commission a adopté un amendement, sous la forme d'un article additionnel, visant à supprimer l'article 67 de la LFSS pour 2012.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article 56

(art. L. 731-13, L. 731-35-1 [nouveau], L. 731-35-2 [nouveau], L. 732-4, L. 732-4-1 [nouveau], L. 732-6, L. 732-7, L. 732-15, L. 762-4, L. 762-13-1 [nouveau], L. 762-18, et L. 762-18-1 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime)

Création d'indemnités journalières maladie pour les exploitants agricoles

Objet : Cet article ouvre aux exploitants agricoles le droit de percevoir des indemnités journalières maladie.

I - Le dispositif proposé

La branche maladie du régime non salarié agricole (Amexa) couvre les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole, les collaborateurs et les aides familiaux pour les risques maladie, invalidité et maternité. Mais contrairement aux autres régimes, l'Amexa ne verse pas d'indemnités journalières (IJ), alors même qu'il existe un régime de couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles pour cette population (Atexa).

La profession agricole a engagé des réflexions sur cette question depuis de nombreuses années ; elles ont abouti à un accord en vue de l'indemnisation des arrêts de travail liés à une maladie ou à un accident non professionnel.

Cet article traduit cette **avancée** dans le code rural et de la pêche maritime.

Ainsi, l'article L. 732-4, qui prévoit que l'assurance maladie des exploitants agricoles « *ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnités journalières* », est réécrit.

Le 3° du présent article ouvre le bénéfice d'indemnités journalières pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée aux chefs d'exploitation ou d'entreprise, aux collaborateurs d'exploitation et aux aides familiaux, à l'expiration d'un délai de carence qui sera réduit en cas d'hospitalisation. L'exposé des motifs précise que le décret d'application devrait fixer à **sept jours le délai de carence**.

Se calquant sur les IJ accident du travail, le 4° introduit un nouvel article L. 732-4-1 prévoyant que **l'IJ maladie sera forfaitaire** et égale à une fraction d'un montant fixé par arrêté et majorée à l'issue d'une certaine période : selon l'exposé des motifs, l'IJ s'élèvera à 20 euros du 1^{er} au 28^e jour, puis à 27 euros à compter du 29^e jour.

Le 2° organise le financement de ces nouvelles indemnités : une **cotisation forfaitaire** sera à la charge du chef d'exploitation pour lui-même et les éventuels autres bénéficiaires (collaborateurs et aides) ; elle sera due également par les jeunes exploitants qui bénéficient d'une exonération partielle des cotisations maladie (1°) et par les personnes exploitant moins de 40 hectares (8°). Le montant de cette cotisation sera fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale, après avis du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles et couvrira l'ensemble des frais de gestion et de contrôle médical. La Caisse centrale de mutualité sociale agricole gèrera un fonds spécial destiné à financer les IJ maladie.

Les 9°, 10° et 11° transposent le dispositif pour les départements d'outre-mer.

L'article L. 732-7 prévoit que les prestations maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles sont fixées par les statuts et règlements des organismes gestionnaires, dans des conditions et limites établies par décret. Le 6° supprime cet encadrement par décret, mais en tout état de cause, les statuts et règlements des organismes doivent, selon le même article, être approuvés par le ministre chargé de l'agriculture.

Diverses coordinations sont prévues aux 5° et 7°.

Enfin, le 12° prévoit que les dispositions de cet article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

III - La position de votre rapporteur

L'absence de prise en charge financière mutualisée des arrêts maladie des exploitants agricoles constitue une iniquité et un défaut important dans la protection sociale de ces assurés. Le dispositif proposé par cet article constitue donc **une avancée sociale notable** qui est, en outre, autofinancée et auto-équilibrée par la profession.

Cet article ne modifie pas les équilibres généraux de la gestion de l'assurance maladie des exploitants agricoles, qui peuvent, depuis 1961, opérer un choix entre la MSA et le Gamex pour gérer leur protection.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **deux amendements** allant dans le sens de cet article, l'un au sujet des modalités d'approbation des statuts et règlements des organismes d'assurance maladie des exploitants agricoles pour prévoir que le ministre en charge de la sécurité sociale les approuve également, l'autre pour entériner l'équilibre du nouveau dispositif et l'absence de consolidation dans les comptes du régime général, donc l'absence de compensation entre régimes sur ce point.

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

Article 57 A

*(art. L. 1142--22, L. 1142-24-3 et L. 121-1-14 du code de la santé publique ;
art. 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008
de financement de la sécurité sociale pour 2009)*

Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux des victimes d'une hépatite transfusionnelle

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à élargir le champ d'indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) des hépatites transfusionnelles et à simplifier les modalités de recouvrement des sommes versées aux victimes.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, se compose de quatre parties.

Le **paragraphe I** élargit les missions de l'Oniam à l'indemnisation amiable des victimes du virus de l'hépatite B et du virus T lymphotrope humain transmis par voie transfusionnelle et il procède aux coordinations nécessaires.

Il supprime le versement de la dotation de l'établissement français du sang (EFS) à l'Oniam pour le financement des dépenses liées aux indemnisations des victimes d'une hépatite C. Celles-ci seront financées par la dotation versée à l'Oniam par l'assurance maladie, ainsi que le prévoit un amendement adopté à l'article 57 du PLFSS.

Il modifie l'article L. 1221-14 du code de la santé publique pour :

- consacrer expressément le fait que l'Oniam intervient au titre de la solidarité nationale lorsqu'il indemnise les dommages subis par les victimes de contamination afin de lever toute ambiguïté sur le fondement de l'indemnisation ;

- prévoir que le recours subrogatoire de l'Oniam et, par conséquent, celui des autres tiers payeurs comme les caisses primaires d'assurance maladie, peuvent s'exercer contre l'EFS que le dommage subi par la victime résulte ou non d'une faute ;

- permettre à l'Oniam de récupérer les sommes versées directement auprès des assureurs des anciens centres de transfusion sanguine auxquels l'EFS a succédé, tout en limitant la possibilité d'action subrogatoire contre l'EFS aux cas où l'assurance de l'ancien centre de transfusion est effective.

Le **paragraphe II** prévoit que lorsque l'Oniam a indemnisé une victime et, le cas échéant, remboursé des tiers payeurs dans le cadre du régime transitoire prévu au IV de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, il pourra également directement demander la garantie des assureurs des structures de transfusion sanguine dont les contrats d'assurance ont été transférés à l'EFS.

Il rétablit un alinéa prévoyant que les tiers payeurs ne peuvent agir contre l'Oniam que si le centre de transfusion sanguine à l'origine du dommage est assuré.

Le **paragraphe III** précise que les dispositions du II ont vocation à s'appliquer aux contentieux en cours à la date du 1^{er} juin 2010 sous réserve des décisions passées en force de chose jugée.

Le **paragraphe IV** encadre la conclusion de conventions mettant fin aux contrats d'assurance liant d'anciens centres de transfusion sanguine, aux droits desquels est venu se substituer l'EFS, à leurs assureurs et prévoyant en contrepartie le versement à l'EFS par ces derniers d'un solde de tout compte pour l'ensemble des dossiers en cours de règlement et à venir, qu'il s'agisse de règlement amiable ou contentieux. Cette somme sera reversée par l'EFS à la Cnam.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur considère que cet article facilite l'indemnisation des victimes de l'hépatite B transfusionnelle et du virus T lymphotrope humain. Il comporte par ailleurs des mesures techniques de simplification de la procédure de recouvrement des sommes dues à l'Oniam après l'indemnisation des victimes de l'hépatite C transfusionnelle. C'est là l'aboutissement du transfert de l'indemnisation de ces victimes de l'EFS à l'Oniam et la prise en compte des analyses du Conseil d'Etat¹. En effet, depuis l'adoption de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, les victimes de contaminations par l'hépatite C causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang sont indemnisées des affections iatrogènes et des infections nosocomiales par l'Oniam, qui reçoit une dotation de l'EFS pour couvrir les dépenses. Ce mécanisme de financement avait été simplifié dans le cadre de la loi de finances pour 2011 mais restait inutilement complexe.

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

Article 57

Dotations 2013 de l'assurance maladie à divers fonds et organismes

Objet : Cet article fixe le montant pour 2013 de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fmespp, de l'Oniam, de l'Eprus, des ARS et du Fiqcs.

I - Le dispositif proposé

I. - Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp)

Le Fmespp a été créé sous le nom de fonds de modernisation des établissements de santé par la loi de financement pour 2001². Jusqu'en 2012, il finançait des actions visant à améliorer la performance hospitalière, les conditions de travail des personnels, à faciliter l'accompagnement social de la modernisation, ainsi que des opérations d'investissement.

Ses ressources sont fixées, chaque année, en loi de financement et proviennent des régimes obligatoires d'assurance maladie. Sa **gestion** est assurée par la **Caisse des dépôts et consignations** qui a d'ailleurs prélevé **629 599 euros de frais administratifs en 2011**, en hausse de 4,4 % par rapport à 2010.

¹ Conseil d'Etat, avis n° 343823 du 18 mai 2011.

² Article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a transféré une partie des missions précédemment assurées par le Fmespp au nouveau fonds d'intervention régional (FIR) : il s'agit des missions relatives à la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail des personnels et d'accompagnement social de la modernisation des établissements.

Le Fmespp, dont le montant total était fixé initialement à 285,87 millions d'euros pour 2012¹, a abondé le FIR à hauteur de 104,35 millions. Les autres dépenses principales du Fmespp ont été le financement du plan Hôpital 2012 à hauteur de 110,74 millions, le plan Hôpital numérique (28 millions) et la subvention à l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (Atih, 6,84 millions). Pour 2013, le FIR sera alimenté directement et son montant sera fixé par arrêté.

Malgré la procédure de déchéance des crédits, le Fmespp continue de connaître un **report à nouveau important** ; il s'élève à **308 millions d'euros à la fin de 2011** pour des engagements portant sur 235,6 millions. D'ailleurs, le fonds dégage des revenus financiers (0,3 million par an en 2010 et en 2011) et ses disponibilités s'élèvent à 57,7 millions à la fin de 2011.

Le **I** du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie à **370,27 millions** d'euros pour 2013.

Ce **doublément** de la dotation² correspond à **la priorité annoncée par le Gouvernement au titre de l'investissement hospitalier**. Sur les 189 millions d'euros de crédits complémentaires par rapport à 2012, une enveloppe de 150 millions sera utilisée pour les années 2014 à 2017. Un effort particulier sera réalisé sur les systèmes d'information hospitaliers, pour un montant de 64,6 millions.

II. - Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des accidents iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam)

Créé par la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé³, l'Oniam est un établissement public sous la tutelle du ministère de la santé, avec des structures décentralisées, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation. Depuis l'affirmation du principe général qui a présidé à sa constitution - l'indemnisation au titre de la solidarité nationale des dommages occasionnés par la survenance d'un accident médical -, ses missions ont été régulièrement et considérablement élargies aux conséquences de divers événements : vaccinations obligatoires, utilisation de l'hormone de croissance, contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et par le virus de l'hépatite C, dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins... En 2011, la loi de finances rectificative⁴ lui a confié le dossier du *benfluorex*.

¹ L'article 7 du présent projet de loi le rectifie à 238,93 millions.

² A périmètre constant, c'est-à-dire hors FIR pour 2012.

³ Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002.

⁴ Article 57 de la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011.

Les recettes de l'office sont notamment constituées d'une contribution des régimes d'assurance maladie, du produit de recours, remboursements ou pénalités, de dotations de l'Etat et d'une dotation de l'Etablissement français du sang (EFS).

Depuis 2002, les contributions de l'assurance maladie ont été erratiques car l'office a, dès ses premières années de fonctionnement, constitué un fonds de roulement important.

Dépenses et dotations de l'Oniam

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (p)
Dotations annuelles de l'assurance maladie	0	50	117	70	10	55
Dépenses	82	95	89	78	100	141
Fonds de roulement	98	76	120	126	74	35

Source : annexe 8 du PLFSS

Le **II** du présent article fixe à **85 millions d'euros** la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam pour 2013, compte tenu du montant prévisionnel de dépenses à la charge de l'assurance maladie (88,4 millions) et des provisions nécessaires.

Il reste surprenant que la mission de l'Oniam, indemniser un certain nombre de victimes au titre de la solidarité nationale, soit très largement à la charge de l'assurance maladie et non de l'Etat ou d'un autre mécanisme.

III. - Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)

Depuis la loi de 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur¹, la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire est assurée par un établissement public de l'Etat à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, l'Eprus.

Ses ressources proviennent notamment des régimes d'assurance maladie², dans la limite légale de **la moitié** des dépenses que l'établissement consacre à acquérir, fabriquer, importer, distribuer et exporter des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves ou à des actions de prévention des risques sanitaires majeurs. Le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices consécutifs.

Sur la période 2007-2009, le montant des dotations de l'assurance maladie s'est élevé à 236,7 millions d'euros et à 190 millions pour 2010-2012.

¹ Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007.

² Article L. 3135-4 du code de la santé publique.

La programmation prévisionnelle 2013-2015 de l'Eprus atteint 133,3 millions pour sa partie cofinancée par l'assurance maladie et le **III** du présent article fixe le montant de la participation de l'assurance maladie à **22,2 millions** pour 2013. Cette dotation permettra de financer les dépenses liées à la gestion des produits de santé des stocks stratégiques de l'Etat : renouvellement des antibiotiques et antidotes nécessaires à la mise en œuvre du plan NRBC ; renouvellement des produits liés à l'application du plan gouvernemental de pandémie grippale ; construction de l'entrepôt de stockage central.

L'exposé des motifs précise que cette dotation permettra d'assurer la « *parité de cofinancement* » avec l'Etat, mais indique aussitôt que la participation de ce dernier ne s'élèvera qu'à 19,4 millions, l'Eprus opérant un prélèvement sur son fonds de roulement... A noter à cet égard que l'annexe 8 du présent projet de loi ne fournit pas le montant de ce fonds de roulement, ce qui constitue **un défaut d'information du Parlement**. Or, on peut penser que ce fonds de roulement est élevé puisqu'il est précisé qu'il « *sera progressivement ramené à un niveau prudentiel fin 2015* ».

IV. - Contribution de l'assurance maladie aux agences régionales de santé

Les régimes d'assurance maladie contribuent au financement du budget de gestion des ARS au titre des personnels transférés à la suite de la loi HPST¹.

En 2011, première année entière d'exercice pour les agences, le montant de la dotation a été ajusté à 161 millions en partie rectificative de la loi de financement pour 2012.

En 2012, le montant a été fixé à **160 millions** et il est **reconduit pour 2013** par le **IV** du présent article. L'étude d'impact précise que les normes gouvernementales de maîtrise des dépenses de gestion, notamment de réduction d'effectifs et d'optimisation des frais de fonctionnement, ont été appliquées aux ARS.

¹ Article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, codifié à l'article L. 1432-6 du code de la santé publique.

La Cour des comptes a consacré un chapitre de son rapport annuel 2012 sur la sécurité sociale à la mise en place des ARS. Elle conclut :

« La création des ARS constitue une réforme structurelle majeure du pilotage du système de santé en renforçant son ancrage territorial et en remédiant à un éclatement administratif préjudiciable.

« Les nouvelles agences ont été installées rapidement et dans des conditions satisfaisantes. Elles ont réussi à assurer sans rupture dans le moment où elles se mettaient en place la continuité des missions des structures qu'elles ont remplacées et, dès leur première année de fonctionnement, se sont consacrées à l'élaboration du projet régional de santé qui doit concrétiser une nouvelle approche, transversale et inscrite dans un cadre régional, du système de santé.

« Après l'importante phase de concertation qui a accompagné la préparation de ce projet, l'enjeu pour les ARS est désormais de réussir la mise en œuvre des objectifs ainsi fixés et de démontrer leur capacité à améliorer l'efficacité du système de santé.

« Des éléments de fragilité restent à surmonter à cet égard pour leur permettre de répondre pleinement aux objectifs très ambitieux qui leur ont été assignés. Les ARS doivent pouvoir asseoir leur légitimité et disposer de marges de manœuvre suffisantes vis-à-vis des autres acteurs locaux pour l'exercice des compétences partagées avec les acteurs nationaux, les administrations centrales et l'assurance maladie. Cette évolution suppose une prise de conscience par ces acteurs, partenaires des ARS, des enjeux de leur création et des spécificités et innovations que porte le modèle profondément original retenu pour leur institution et une adaptation de leur mode de fonctionnement en conséquence.

« Rien ne serait plus dommageable que cette réforme essentielle pour l'efficacité du système de soins s'essouffle devant la lourdeur des sollicitations administratives de tous ordres, un pilotage demeuré très hiérarchique et un manque de souplesse et de marges d'initiative.

« Certes, la reconnaissance des ARS se fera dans la durée et dépendra de la qualité du dialogue qu'elles auront su nouer avec leurs différents interlocuteurs. Mais il est nécessaire, sans attendre davantage, de renforcer les leviers qui leur sont indispensables : des équipes en adéquation meilleure avec les missions nouvelles, un système d'information à hauteur des besoins, des moyens financiers aisément mobilisables au service des objectifs multiples qui leur ont été fixés sont des conditions décisives pour leur réussite au bénéfice des patients comme de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. »

V. - Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs)

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le Fiqcs avait pour objet d'accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé, en rassemblant dans un même dispositif le fonds d'aide à la qualité des soins de ville et la dotation nationale de développement des réseaux.

Conformément à l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, la part régionale du Fiqcs, qui représentait près de 80 % du fonds, a été intégrée, à compter du 1^{er} mars 2012, au sein du nouveau fonds d'intervention régional (FIR).

Désormais, le Fiqcs est donc restreint au financement d'actions à caractère national mentionnées à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

Pour 2013, le V du présent article fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au Fiqcs à **43 millions d'euros** et le montant maximal de dépenses du fonds, compte tenu de son fonds de roulement et de ses engagements, à 65,1 millions.

Le Fiqcs finance principalement deux dispositifs :

- le **dossier médical personnel (DMP)** pour **47,5 millions d'euros** en 2013, comme en 2012. Le DMP a fait l'objet d'un rapport de la Cour des comptes à l'initiative de la commission des finances de l'Assemblée nationale, qui ne l'a pas encore rendu public. Toutefois, on peut penser que le DMP constitue un échec majeur, malgré les sommes importantes englouties et l'intérêt prégnant qu'un tel projet présente. L'article 57 *bis* du présent PLFSS demande un rapport du Gouvernement au Parlement avant le 31 mars 2013 sur cette question ;

- les **contrats d'engagement de service public (CESP)** pour **13,1 millions d'euros** en 2013. Destinés aux étudiants et internes en médecine en contrepartie d'un engagement à exercer, après leurs études, dans des zones médicalement sous-dotées sur une période définie. Prévu par la loi HPST, ce dispositif monte en charge très lentement, puisque sur 400 contrats envisagés chaque année, 150 ont été signés en 2010-2011 et 230 en 2011-2012. L'article 40 *bis* du présent PLFSS apporte quelques modifications à ce dispositif.

Le budget prévisionnel du Fiqcs prévoit également un montant de 4,4 millions d'euros pour le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et pour le comité national de gestion sans qu'une information n'ait pu être fournie à votre rapporteur sur cette dépense.

Conformément aux souhaits réitérés de votre commission, on peut constater que le fonds de roulement du Fiqcs se réduit progressivement : il est passé de 144 millions à la fin de 2008 à 57,8 millions fin 2012. Rien ne justifie que l'assurance maladie, qui est déficitaire, verse des dotations excédentaires par rapport aux besoins constatés.

VI. - Contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé

La loi de financement pour 2011¹ a donné une base légale aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (Maia) destinées aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ; elle a surtout prévu que la **première section du budget de la CNSA** est également consacrée au financement, *via* les ARS, de ces maisons, ainsi que des groupes d'entraide mutuelle (Gem), qui sont des espaces d'accueil, d'échanges, de rencontres et de convivialité pour des personnes en souffrance psychique.

Fixé à 52 millions pour 2011, cet abondement s'est élevé à 64,55 millions pour 2012. Le **VI** du présent article constitue une nouvelle augmentation importante de la contribution de la CNSA aux ARS, puisqu'elle devra leur verser **83,65 millions en 2013, soit une progression de 30 % par rapport à 2012 et de 61 % par rapport à 2011.**

La dotation 2013 prévoit à nouveau **un effort particulier en faveur des Maia**. Fin 2011, cinquante-cinq Maia étaient installées en France, l'année 2012 a correspondu à la deuxième année de déploiement avec le financement de cent nouvelles Maia et l'objectif est d'arriver à cinq cents en 2014. Initialement présentées comme des « maisons » dans le plan Alzheimer, les expérimentations développent un processus d'intégration qui permet de construire, selon une méthode innovante, un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent à domicile. Certaines Maia sont également financées par le Fiqcs.

Votre rapporteur s'interroge sur les conséquences financières de la montée en charge des Maia sur la CNSA.

¹ Article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

Répartition de la contribution de la CNSA aux ARS

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013
Groupements d'entraide mutuelle (Gem)	27	27	27
Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia)	11,95	27,5	46,6
Plan « bien vieillir »	3	-	-
Formation et modernisation du secteur de l'aide à domicile	9,8	6,8	6,2
Aidants familiaux Alzheimer	-	3	3
Logiciels Aggir ¹ et Pathos ²	0,25	0,25	0,25
Centre régionaux d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de handicap (Creat)	-	-	0,6
Total	52	64,55	63,65

Source : étude d'impact du PLFSS

VII. - Financement de l'Asip Santé par le Fmespp

L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip), créée en 2009, est un groupement d'intérêt public (GIP) de droit public, principalement chargé de favoriser le développement et renforcer la maîtrise d'ouvrage publique des systèmes d'information partagés dans le domaine de la santé et du secteur médico-social.

L'Asip Santé s'est vu confier **sept missions** :

- la maîtrise d'ouvrage des projets de systèmes d'information en santé qui lui sont délégués par ses membres ;
- la réalisation et le déploiement du **dossier médical personnel (DMP)** et, en particulier, la maîtrise d'ouvrage de son hébergement ;
- la définition, la promotion et l'homologation de **référentiels**, standards, produits ou services contribuant à l'interopérabilité, la sécurité et l'usage des systèmes d'information de santé et de la télésanté, ainsi que la surveillance de leur bonne application ;
- la maîtrise d'ouvrage et la gestion des **annuaires et référentiels nationaux** regroupant les identités et informations associées relatives aux **professionnels de santé**, ainsi qu'aux services et établissements de santé et du secteur médico-social ;

¹ La grille nationale Aggir (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

² Le modèle Pathos évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées.

- la certification, la production, la gestion et le déploiement de la **carte de professionnel de santé (CPS)** et, plus généralement, de dispositifs assurant les fonctions d'identification, d'authentification, de signature permettant aux professionnels de santé de faire reconnaître, dans les conditions de sécurité et de confidentialité requises, leur identité et leurs qualifications professionnelles par les systèmes d'information et d'échanges électroniques qu'ils utilisent ;

- l'accompagnement et l'encadrement des initiatives publiques et privées concourant à son objet ;

- la participation à la préparation et à l'application des accords ou projets internationaux dans le domaine des systèmes de partage et d'échange de l'information de santé, à la demande du ministre ou des ministres compétents.

Bien que placé sous la tutelle du ministère, **l'Asip est presque uniquement financée par l'assurance maladie, à hauteur de 97 % de son budget.** Celui-ci s'est élevé à **66,1 millions d'euros en 2012.** Ses réserves s'élèvent à 6,5 millions d'euros à la fin de 2011 et, chaque année, les disponibilités de l'agence sont importantes dans son bilan.

Le **VII** du présent article propose d'**élargir encore le financement de l'Asip par l'assurance maladie**, cette fois par l'intermédiaire du Fmespp.

Le Gouvernement souhaite en effet moderniser les systèmes d'information et de communication des **Samu - centres d'appel 15**. Ce projet serait piloté par l'Asip et financé par l'assurance maladie *via* le Fmespp. 13,9 millions d'euros seraient consacrés à ce projet en 2013, 16 millions en 2014, les montants pour les années ultérieures n'étant pas chiffrés dans l'étude d'impact du projet de loi de financement.

VII. - Affectation de taxes pharmaceutiques et répartition entre régimes des dotations à différents fonds et organismes

Le **VII** vise à affecter les taxes perçues sur les laboratoires pharmaceutiques à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et à homogénéiser les modalités de répartition de la participation des caisses au financement de divers fonds et organismes.

● Affectation de taxes pharmaceutiques à la Cnam

Actuellement, certaines taxes sur les laboratoires pharmaceutiques sont affectées au seul régime général, d'autres sont réparties entre les quatre régimes les plus importants (régime général, régime social des indépendants et régimes des salariés et exploitants agricoles). Ces différences apportent de la complexité qui est rendue inutile par les modalités de financement du RSI (régime équilibré par la contribution sociale de solidarité sur les sociétés [C3S]) et des régimes agricoles (régimes consolidés avec le régime général qui compense leurs déficits).

Dans un objectif de simplification, cet article prévoit que **les taxes partagées entre les régimes soient affectées à la Cnam** ; il s'agit de la contribution due par les laboratoires et grossistes répartiteurs sur les ventes en gros aux officines de pharmacie (*a* du 1° du **A**), de la contribution de la clause de sauvegarde dite « taux K » (*b* du 1° du **A**), des remises conventionnelles (*b*, *c* et *d* du 2° du **A**) et de la contribution à la charge des laboratoires non conventionnés avec le Comité économique des produits de santé (Ceps).

La liste des ressources du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est actualisée en cohérence (**C**).

En outre, en cohérence avec la pratique, l'étude d'impact de cet article évoque une autre modification visant à faire bénéficier le régime d'assurance maladie de l'assuré des pénalités appliquées à l'encontre des pharmaciens en cas de substitution de médicament non conforme. Il semble cependant que cette mesure, certainement prise sur la base de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, relève du niveau réglementaire.

● Répartition de la participation des régimes au financement de divers fonds et organismes

Les régimes obligatoires de base participent tous les ans au financement de différents fonds et organismes, ces dotations sont recensées à l'annexe 8 du PLFSS.

Les règles de répartition de cette contribution entre les régimes sont hétérogènes et reposent souvent sur des critères fixés antérieurement à l'entrée en vigueur de la T2A. Le Fiqcs est financé par les quatre régimes les plus importants ; les autres fonds et établissements bénéficient d'une contribution de l'ensemble des régimes, exception faite des régimes parlementaires. La dotation au FIR est répartie entre tous les régimes.

Là aussi dans un souci de simplification, cet article propose de ne retenir qu'un seul mode de répartition, celui du FIR qui est plus large. Sont ainsi renvoyées à des conditions fixées par décret la répartition de la dotation à la Haute Autorité de santé (*a* du 2° du **A**), au Fiqcs (3° du **A**), à l'Oniam (1° du **B**), à l'Etablissement français du sang (2° du **B**), à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Inpes (3° du **B**), à l'Agence de la biomédecine (4° du **B**), à l'Eprus (5° du **B**), à l'Agence nationale d'appui à la performance, Anap (6° du **B**), à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Atih (**D**), au Centre national de gestion¹, CNG (**E**), aux organismes chargés de la gestion et de la mutualisation de la contribution des établissements de santé pour financer l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs (**F**) et au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

¹ Etablissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, des directeurs des soins et des praticiens hospitaliers.

L'étude d'impact évoque également l'Institut national de la transfusion sanguine, GIP regroupant l'Etat, la Cnam et l'Etablissement français du sang. La constitution de ce groupement n'est prévue que dans un arrêté, c'est donc certainement par cette voie juridique que le financement de l'Institut sera élargi aux autres régimes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement pour porter la participation de l'assurance maladie à l'Oniam de 85 millions d'euros à 124 millions.

Cette modification est la conséquence de l'adoption de l'article 57 A qui réorganise les missions de l'Oniam. En particulier, cet article supprime le versement de l'Etablissement français du sang (EFS) à l'Oniam au titre de l'indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C (VHC).

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur soutient l'effort engagé par le Gouvernement en faveur des investissements hospitaliers, notamment en ce qui concerne les systèmes d'information.

Sur la forme, il estime que cet article « classique » du PLFSS laisse tous les ans un goût d'insatisfaction ou d'inachevé : en effet, seules certaines participations des régimes obligatoires de base sont ainsi fixées par le législateur.

Certes, **l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale**, qui résulte de l'approbation de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale¹, prévoit que l'annexe 8 des PLFSS :

« Présente, pour le dernier exercice clos, le compte définitif et, pour l'année en cours et les trois années suivantes, les comptes prévisionnels, justifiant l'évolution des recettes et des dépenses et détaillant l'impact, au titre de l'année à venir et, le cas échéant, des années ultérieures, des mesures contenues dans le projet de loi de financement de l'année sur les comptes : ...

« b) Des organismes financés par des régimes obligatoires de base. »

Pour autant, cette disposition organique n'a jamais été complètement respectée. Si on peut comprendre qu'elle pose des difficultés d'application, elle en reste néanmoins **essentielle pour la bonne information du Parlement**, d'autant que les organismes et fonds financés par l'assurance maladie se multiplient sans que l'on sache exactement ce qui devrait relever d'un financement de l'Etat plutôt que de celui des régimes de sécurité sociale.

¹ Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 puis loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005.

Ainsi, certaines dotations à des fonds et organismes sont votées par le législateur en PLFSS : c'est le cas du Fmespp, du Fiqcs, de l'Eprus, de l'Oniam et des ARS (assurance maladie et CNSA) pour un montant total de **803 millions d'euros en 2013**.

Ce n'est malheureusement pas le cas de tous les autres fonds et organismes, pour lesquels les informations sont parcellaires malgré l'annexe 8 du PLFSS :

- Haute Autorité de santé (21,2 millions de la part de l'assurance maladie en 2012) ;
- Etablissement français du sang (20,9 millions) ;
- Institut national de la transfusion sanguine (environ 11 millions¹) ;
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes, 67,5 millions) ;
- Agence de la biomédecine (25,2 millions) ;
- Agence nationale d'appui à la performance (Anap, 42 millions de subventions sans qu'il soit précisé leur provenance²) ;
- Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip, 65,5 millions)
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih, 7 millions de l'assurance maladie et 6,5 millions du Fmespp, c'est-à-dire aussi de l'assurance maladie) ;
- Centre national de gestion (CNG, 19,5 millions de l'assurance maladie et 10,2 millions du Fiqcs, c'est-à-dire aussi de l'assurance maladie) ;
- Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (113 millions) ;
- organismes chargés de l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs dans les établissements de santé (pas d'information sur le montant).

Au total, les montants mentionnés à l'annexe 8 du PLFSS s'élèvent à **392,8 millions d'euros** de dotations de l'assurance maladie en 2012 à **dix autres fonds et organismes que ceux qui sont prévus à l'article 57 du PLFSS**.

¹ L'annexe 8 du PLFSS précise que le conseil d'administration du GIP ne s'est pas réuni en 2012 et que le budget prévisionnel n'a pas été voté « à ce jour ». Le financement est assuré mensuellement par douzième... Le GIP arrive à échéance fin 2012 et une mission Igas est censée rendre ses conclusions à l'automne 2012 pour proposer des perspectives institutionnelles pour l'INTS.

² Le rapport d'activité 2011 de l'agence mentionne une dotation de 44,8 millions de l'assurance maladie en 2011. On peut en outre relever que le fonds de roulement de l'agence est très élevé à la fin de 2011 : 29 millions d'euros, soit 60 % des dépenses de l'année !

Et cette liste n'inclut pas le nouveau **fonds d'intervention régional**, dont le montant s'élevait à **1,5 milliard en 2012**, dont 1,3 en provenance de l'assurance maladie, mais pour lequel aucune information n'est fournie pour 2013 contrairement à ce qui est prévu à l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

Votre rapporteur souhaite que cette situation, ancienne, évoluée et que le Parlement soit à l'avenir mieux informé des contributions que doit verser l'assurance maladie à des organismes extérieurs, dont beaucoup s'apparentent à des « démembrements » de l'Etat et sont, pourtant, majoritairement financés par l'assurance maladie. Par exemple, en quoi l'assurance maladie doit-elle financer le Centre national de gestion de certains personnels hospitaliers ? Avant la création du CNG, ses missions étaient directement exercées par le ministère en charge de la santé. Qui plus est, certains d'entre eux accumulent des fonds de roulement qui ne sont pas en rapport avec la situation financière de l'assurance maladie...

Votre rapporteur souhaite également **une simplification** et une clarification de l'ensemble de ces dispositifs.

A son initiative, la commission a adopté **un amendement**, allant dans ce sens, pour **supprimer le VII de cet article**. Il est en effet inutile de prévoir un intermédiaire (le Fmespp) au financement de l'Asip, alors que le budget de l'agence est déjà abondé en presque totalité par une dotation de l'assurance maladie fixée par arrêté...

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

*Article additionnel après l'article 57
(art. L. 1435-9 du code de la santé publique)*

**Fixation de la dotation de l'assurance maladie
au fonds d'intervention régional en loi de financement**

Objet : Cet article additionnel prévoit que le montant de la dotation de l'assurance maladie au fonds d'intervention régional soit voté en loi de financement, plutôt que fixé par arrêté.

Les dotations de l'assurance maladie à plusieurs fonds et organismes (Fiqcs, Fmespp, Eprus, Oniam ou encore les ARS) sont fixées en loi de financement, mais la dotation au FIR, fonds créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, est prévue dans un simple arrêté.

Pourtant, le FIR a représenté 1,5 milliard d'euros de crédits en 2012 en année pleine, dont 1,3 milliard de la part de l'assurance maladie, et il finance des actions stratégiques que le Parlement doit pouvoir contrôler (permanence des soins, prévention...).

En outre, les documents annexés au PLFSS ne fournissent **aucune information sur le FIR** en 2013, ni son montant, ni la répartition de ses actions.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** proposant de rétablir, comme le Sénat l'avait voté lors de l'examen du PLFSS pour 2012, le vote de l'enveloppe du FIR par le Parlement. Votre rapporteur souhaite poser, à l'occasion de cet article, la question des dépenses « hors soins » de l'assurance maladie, qui a fait l'objet d'un rapport¹ que la Cour des comptes a réalisé à la demande de la Présidente de la commission.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article additionnel après l'article 57

(art. L. 1435-8 du code de la santé publique)

**Possibilité pour le fonds d'intervention régional
de financer des actions en faveur de la démocratie sanitaire**

Objet : Cet article additionnel permet au fonds d'intervention régional de financer des actions en faveur de la démocratie sanitaire.

Les droits des patients se sont renforcés au fil des lois et règlements, tant au niveau individuel que collectif. Or, il existe peu, voire pas, de sources de financement indépendant pour ces missions.

Dans le débat à l'Assemblée nationale sur l'élargissement de la contribution des entreprises pharmaceutiques assise sur leurs dépenses de promotion (article 24 *bis*), la ministre des affaires sociales et de la santé a annoncé que ce surplus de financement irait au fonds d'intervention régional, via la Cnam, et serait « *utilisé selon [ses] instructions au financement de la démocratie sanitaire* ».

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** permettant de donner une base légale à cette annonce du Gouvernement, en inscrivant dans les missions du FIR le financement d'actions en faveur de la démocratie sanitaire.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

¹ *Rapport d'information de M. Yves Daudigny, « Les dépenses du régime général d'assurance maladie autres que les remboursements de soins », fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale n° 656 (2011-2012) - 11 juillet 2012.*

Article additionnel après l'article 57
Rapport sur les agences régionales de santé

Objet : Cet article additionnel demande un rapport annuel au Gouvernement sur les actions menées par les agences régionales de santé.

Le financement des ARS, établissements publics de l'Etat, provient à la fois de celui-ci (à hauteur de 591 millions d'euros en 2013) et de l'assurance maladie (160 millions). Les agences sont des acteurs structurants de l'offre de soins et de l'organisation du système de santé, que ce soit en matière hospitalière ou ambulatoire. Elles sont par exemple responsables de l'organisation de la permanence des soins.

Il est nécessaire que le Parlement soit informé des actions des ARS, de leurs ressources, de leurs dépenses, ainsi que de leur politique en faveur de la résorption des inégalités territoriales de santé.

Aujourd'hui, aucun rapport n'est prévu sur les ARS, hormis celui sur les recompositions hospitalières qui doit être transmis annuellement. Le projet annuel de performance de la mission « Solidarité », annexé au projet de loi de finances ne contient, dans les quatre pages qu'il consacre aux ARS, aucune information qualitative.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** demandant la transmission d'un tel rapport au Parlement par le Gouvernement, chaque année avant le 1^{er} octobre.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article additionnel après l'article 57
(art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale)
Transmission au Parlement du rapport d'activité du Fiqs

Objet : Cet article additionnel demande le rétablissement de la transmission du rapport annuel d'activité du Fiqs au Parlement.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a supprimé la transmission au Parlement du rapport d'activité du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs).

Depuis la création du FIR, ce fonds finance principalement le dossier médical personnel et les contrats d'engagement de service public.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** rétablissant la transmission au Parlement de ce rapport d'activité, outil d'information du Parlement.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

*Article additionnel après l'article 57
(art. L. 1434-6 du code de la santé publique)*

**Simplification dans les modalités de financement
des actions de prévention**

Objet : Cet article additionnel vise à supprimer une redondance dans le code de la santé publique pour réserver au FIR le financement de la prévention.

Le second alinéa de l'article L. 1434-6 du code de la santé publique prévoit que les ARS attribuent des crédits provenant des fonds de l'assurance maladie et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

Or, cette politique est désormais financée par le nouveau fonds d'intervention régional, géré par les ARS et alimenté justement par les mêmes crédits de l'assurance maladie.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, **un amendement** de simplification visant à supprimer cette redondance entre deux articles du code. Cette disposition avait été adoptée par le Sénat lors de l'examen du PLFSS pour 2012.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article 57 bis

Rapport sur le dossier médical personnel

Objet : Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, demande un rapport avant le 31 mars 2013 sur le dossier médical personnel (DMP).

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A l'initiative de Christian Paul, rapporteur en charge de l'assurance maladie, l'Assemblée nationale a demandé au Gouvernement de remettre un rapport au Parlement, avant le 31 mars 2013, sur le dossier médical personnel. Ce rapport devra produire les résultats d'un audit portant sur le caractère opérationnel du DMP et sa gestion par l'Asip Santé. Il formulera des propositions quant à l'opportunité de la poursuite du projet.

II - La position de votre rapporteur

La Cour des comptes a fourni à la commission des finances de l'Assemblée nationale un rapport sur le DMP au mois de septembre 2012, mais il n'a pas été publié à ce jour.

Le rapport prévu par l'Assemblée nationale conserve toutefois de l'intérêt pour sa partie sur les propositions d'évolutions du projet.

Ainsi, la ministre des affaires sociales et de la santé a déclaré à l'Assemblée nationale durant les débats sur cet amendement auquel elle a donné un avis favorable :

« Le DMP a été lancé en 2004, mais n'est passé à la phase opérationnelle qu'à partir de 2011. A l'heure actuelle, un peu moins de 210 000 DMP ont été créés, auprès de 159 établissements et de quelque 4 000 médecins traitants. Ces créations restent, en réalité, largement théoriques. En effet, un médecin peut être d'accord pour créer un DMP, ce qui est à la portée de chacun pour peu d'en avoir eu une démonstration, mais toute la question est de savoir si ce DMP contient des informations.

« A la vérité, sur les 210 000 DMP créés, moins de la moitié ont été alimentés. Ce n'est donc pas, à ce jour, un outil utilisé par les professionnels de santé. En effet, ceux-ci n'ayant pas été associés à la démarche, ce DMP ne répond manifestement pas à leurs besoins. Or, c'est potentiellement un outil intéressant. Il pourrait permettre un meilleur partage de l'information et une meilleure coordination entre les professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient, et constituer un appui à la politique de renforcement des soins de proximité.

« Lorsque je me suis emparée du dossier, il m'est apparu que deux options pouvaient être envisagées : soit arrêter le DMP, soit faire en sorte qu'il réponde mieux aux besoins des professionnels de santé. Il me paraît, en tout cas, nécessaire de connaître les attentes et les besoins de ces derniers en la matière, car un dispositif, quel qu'il soit, n'a de chances d'avoir de succès que si les professionnels se l'approprient. Cela suppose de ne pas se contenter d'une démarche d'en haut qui « arrose » - permettez-moi cette expression - les professionnels en leur expliquant la façon dont ils doivent procéder, mais de la partager en les associant à un processus de réflexion.

« Si nous voulons aller vers un DMP de deuxième génération, recentré sur la coordination des soins, nous devons susciter une demande sociale, ce qui supposera de changer les modalités non seulement de son déploiement mais aussi de sa mise en œuvre, et il faudra réfléchir à un portage différent du projet.

« Il faudrait ne pas s'intéresser seulement à la démarche administrative, mais faire le point sur les attentes des professionnels. Un rapport serait intéressant s'il ne concluait pas à la nécessité de mettre en place un groupe de travail, mais était au contraire le résultat d'un tel travail en commun. Cela nous permettrait de gagner du temps et d'associer d'emblée à une démarche commune l'ensemble des partenaires pour prendre des décisions dans des délais raisonnables, compte tenu du temps qui a été perdu. »

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

Article 58

Objectifs de dépenses en 2013 de la branche maladie

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 190,1 milliards d'euros en 2013 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 165 milliards pour le seul régime général.

I - Le dispositif proposé

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, « *fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs* ».

Tel est l'objet du présent article pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès en 2013.

Contrairement à l'Ondam, qui constitue un indicateur de nature économique, **les dépenses de la branche maladie sont définies en fonction de normes comptables.**

L'Ondam constitue en outre un objectif interbranches : il représente environ 30 % des charges de la branche AT-MP et 80 % des charges de la branche maladie. Ainsi, la part des prestations médico-sociales financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les indemnités journalières maternité, les prestations invalidité-décès, les prestations extra-légales et les actions de prévention sont prises en charge par la branche maladie sans pour autant entrer dans le champ de l'Ondam.

Les différences de nature et de champs entre l'Ondam et les dépenses de la branche maladie impliquent des retraitements qui sont détaillés chaque année dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Le présent article propose de fixer, pour l'année 2013, l'objectif de dépenses de la branche maladie à :

- 190,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ;

- 165 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Ces montants correspondent à une augmentation des dépenses de 5,2 milliards d'euros, soit **une progression de 2,8 %** par rapport à l'année 2012.

Pour le seul régime général, cela correspond à un montant en hausse de 4,5 milliards d'euros, soit également + 2,8 %.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de votre rapporteur

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

Article 59

Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2013

Objet : Cet article fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 175,4 milliards d'euros pour 2013 et répartit cette enveloppe dans les sous-objectifs.

I - Le dispositif proposé

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, « *fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs* ».

En 2013, l'évolution « spontanée » des dépenses globales est estimée à 4,1 % ; elle résulte d'une progression estimée à 4,8 % des dépenses de soins de ville et à 3,4 % pour les établissements de santé.

Dans le cadre contraint des finances publiques, le Gouvernement propose de fixer l'Ondam à 175,4 milliards, soit une progression de 2,7 % par rapport à la prévision de réalisation pour 2012. Après des taux de 2,9 % en 2011 et 2,5 % en 2012, ce chiffre révèle à la fois un effort sensible et une maîtrise des dépenses. Il représente en effet **une enveloppe supplémentaire de 4,6 milliards d'euros en faveur de la santé en France.**

Les dépenses de soins de ville et celles afférentes aux établissements de santé progressent en 2013 de 2,6 % et la contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services médico-sociaux de 4 %.

Par ailleurs, conformément à la loi de programmation des finances publiques en cours d'examen au Parlement, **une mise en réserve** de crédits sera réalisée à hauteur de **545 millions d'euros**, soit le même montant qu'en 2012. Les annexes du PLFSS ne contiennent **pas d'informations sur la répartition** des sommes ainsi gelées en début d'exercice ; en effet, au moment de l'élaboration du projet, le Gouvernement souhaitait modifier sensiblement les modalités du dispositif de mise en réserve pour ne pas le faire peser

uniquement sur les Migac comme les années passées. L'article 47 *bis*, adopté à l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, permet ainsi de l'appliquer sur l'ensemble de la masse tarifaire hospitalière, ce qui constitue une avancée notable.

SYNTHÈSE 2013	Prévision d'exécution pour 2012 (périmètre de 2013)	Sous-objectifs de 2013	Taux d'évolution
Ondam soins de ville	78,5	80,5	2,6 %
Ondam hospitalier	74,6	76,5	2,6 %
<i>Dont établissements de santé tarifés à l'activité</i>	55,4	56,7	2,4 %
<i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	19,2	19,8	3,1 %
Ondam médico-social	16,5	17,1	4,0 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,1	8,4	4,6 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,4	8,7	3,3 %
Autres prises en charge*	1,2	1,3	5,9 %
Ondam total	170,8	175,4	2,7 %

* Ce sous-objectif comprend les dépenses relatives aux soins à l'étranger, au financement des établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, notamment en matière d'addictologie, ainsi qu'à la participation de l'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale - PLFSS 2013

Le respect de l'objectif de 2,7 % par rapport à l'évolution naturelle des dépenses requiert de prendre des **mesures d'économies** : elles s'élèveront à **2,4 milliards en 2013** et porteront **principalement sur les produits de santé** (environ 1 milliard de baisses de prix et 0,6 milliard sur l'efficience des prescriptions).

Tableau récapitulatif des mesures d'économies de l'Ondam 2013

(en millions d'euros)

Soins de ville	Mesures d'efficience relatives aux professionnels de l'offre de soins	225
	Dont baisses tarifaires médecins et biologistes	155
	Dont amélioration de l'efficience des prescriptions de transports et harmonisation des remises	70
	Mesures d'économies sur les produits de santé	876
	Dont baisses de prix des médicaments princeps, baisses de prix des génériques	530
	Dont baisses de prix des dispositifs médicaux	75
	Dont mise en cohérence des prix des médicaments perdant leur brevet mais non substituables	50
	Dont évaluation du service médical rendu de certaines spécialités	26
	Dont optimisation de la tarification des génériques	100
	Dont mesures de convergence de prix par classe thérapeutique	95
	Mesures d'efficience des prescriptions	605
	Dont maîtrise médicalisée des médicaments, dispositifs médicaux et autres prescriptions	550
	Dont efficience de la prescription des médicaments d'exception	15
	Dont lutte contre la iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées	15
	Dont actions de gestion du risque des ARS (prescriptions hospitalières exécutées en ville, imagerie)	25
	Lutte contre les fraudes	50
	Total	1 756
Secteur hospitalier	Renforcement de l'efficience interne des établissements de santé	314
	Rationalisation des achats hospitaliers	250
	Amélioration de l'organisation des pharmacies à usage intérieur	64
	Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge	193
	Amélioration de l'efficience des prises en charge (chirurgie ambulatoire, adéquation des DMS...)	123
	Renforcement de la pertinence des actes et prises en charge (pertinence des actes, mises sous accord préalable, prise en charge en HAD, soins de suite et de réadaptation)	60
	Amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	10
	Efficience des produits de santé à l'hôpital	150
	Baisses de prix sur les médicaments de la liste en sus	50
	Baisses de prix des dispositifs médicaux de la liste en sus	40
	Adaptation des indications de la liste en sus	60
	Total	657
Total général	2 413	

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de votre rapporteur

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

Section 2

Assurance vieillesse

Article 60

(art. L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime)

Attribution de points gratuits de retraite proportionnelle aux non-salariés agricoles contraints d'interrompre leur activité en raison de maladie ou d'infirmité graves

Objet : Cet article prévoit l'attribution d'un nombre forfaitaire de points gratuits de retraite proportionnelle aux non-salariés agricoles au titre des périodes d'interruption d'activité pour maladie ou infirmité graves.

I - Le dispositif proposé

- La pension de retraite des non-salariés agricoles

La pension de retraite des exploitants agricoles est définie à l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime comme comprenant deux parties : une pension de retraite forfaitaire et une pension de retraite proportionnelle.

- La retraite forfaitaire est attribuée au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, au collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole et à l'aide familial agricole pour une activité non salariée agricole exercée à titre exclusif ou principal. Son montant est établi sur la base d'un montant intégral proratisé en fonction du nombre d'années d'assurance validées rapporté à la durée de référence exigée selon la génération.

- La retraite proportionnelle est attribuée au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à l'aide familial agricole pour la carrière accomplie depuis le 1^{er} janvier 1994 et au conjoint collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole pour la carrière accomplie depuis le 1^{er} janvier 1999. Elle constitue la contrepartie de la cotisation d'assurance vieillesse agricole. Pour les collaborateurs et les aides familiaux, la cotisation est calculée sur une assiette forfaitaire et le nombre de points est fixé à 16. Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, le nombre de points varie selon leurs revenus professionnels dans une fourchette de 23 à 103 points. Les cotisations sont calculées en fonction du revenu cadastral jusqu'en 1989 et du montant des revenus professionnels à compter du 1^{er} janvier 1990. Le montant de la retraite proportionnelle est calculé en multipliant la valeur du point par le nombre total de points acquis.

- Le cas des non-salariés agricoles ayant dû cesser leur activité pour raisons de santé ou infirmité graves

Le premier alinéa de l'article L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime dispose que « *l'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite* ».

En pratique, en l'absence de précisions, **les non-salariés agricoles qui ont dû cesser leur activité en raison d'une maladie ou d'une infirmité graves et qui bénéficient soit d'une pension d'invalidité, soit d'une rente d'incapacité ne se voient ouvrir des droits qu'à la seule retraite forfaitaire.**

Son montant s'élève à 276,39 euros par mois au 1^{er} avril 2012.

- Le dispositif proposé

Le présent article propose de **compléter l'article L. 732-21 susvisé** pour préciser que la pension de retraite à laquelle ces assurés sont éligibles est composée à la fois de la retraite forfaitaire et de la retraite proportionnelle. Ainsi, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité ayant dû cesser leur activité en raison d'une maladie ou d'une infirmité graves peuvent valider gratuitement un nombre forfaitaire de points de retraite proportionnelle au titre des périodes d'interruption d'activité pendant lesquelles ces prestations leur ont été servies.

Le présent article prévoit que les **modalités de calcul de la pension sont fixées par décret**. Selon le Gouvernement, il sera attribué aux assurés dont la pension aura pris effet à compter de la publication du décret d'application, au titre de chaque année au cours de laquelle une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité aura été versée, un nombre forfaitaire de points équivalent au **nombre minimal de points de retraite proportionnelle servis annuellement dans le régime des non-salariés agricoles** (vingt-trois pour les chefs d'exploitations et seize pour les collaborateurs d'exploitation et les aides familiaux). Ces points sont attribués y compris pour les périodes d'invalidité antérieures à la publication de la loi.

Selon les données figurant dans l'étude d'impact, le nombre de nouveaux retraités concernés sera de 1 360 par an à compter de 2013, dont 60 % d'hommes. La durée d'interruption moyenne est de 10,5 années, soit 15 000 annuités à valider en 2013.

Le coût pour la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles est estimé à 600 000 euros en 2013, 1,8 million d'euros en 2014, 3 millions d'euros en 2015 et 4,2 millions d'euros en 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur approuve cette mesure d'équité qui permet d'améliorer la couverture sociale des non-salariés agricoles confrontés à une maladie ou à une infirmité d'une gravité telle qu'elle les conduit à devoir cesser leur activité.

Votre commission a adopté **un amendement** permettant de garantir l'application de cette mesure dans les départements d'outre-mer, conformément aux intentions du Gouvernement telles qu'elles ressortent de l'étude d'impact annexée au présent projet de loi.

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

Article 61

(art. L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale)

Modalités d'extinction du régime de cessation anticipée d'activité des médecins

Objet : Cet article prévoit l'abrogation des dispositions législatives relatives au mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins, dont la fermeture est programmée pour la fin de l'année 2012, et l'affectation des excédents du régime à la section « médecins » du fonds des actions conventionnelles.

I - Le dispositif proposé

- La fermeture programmée du mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins

Le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins (Mica) a été institué par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale. Il répondait à la volonté de maîtriser les dépenses d'assurance maladie par la diminution de l'offre de soins. Le dispositif permettait en effet aux médecins âgés d'au moins cinquante-sept ans ayant cessé toute activité libérale et ne percevant pas de pension servie par la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) de bénéficier d'une allocation de remplacement (ADR) jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.

Cette ADR est financée par une cotisation de tous les médecins en exercice affiliés à la CARMF prise en charge par l'assurance maladie à hauteur de 68,75 %.

Au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), le financement du Mica est assuré par la **sous-section « Mica » du fonds des actions conventionnelles (FAC)**. Créé par la loi n° 2007-127 du

30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé, le FAC s'est substitué à compter de sa création au fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (Formmel) créé en 1996.

La Cnam a délégué par convention à la CARMF l'appel des cotisations ainsi que la liquidation et le versement des allocations de remplacement.

Compte tenu des projections faisant état d'une baisse de la démographie médicale à compter des années 2004-2005, la **fermeture du Mica a été prévue par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003**. Les derniers bénéficiaires ont été accueillis en 2003 et les dernières pensions seront servies à cinq bénéficiaires au début du mois de janvier 2013 au titre du quatrième trimestre 2012.

Il convient donc de prévoir l'abrogation des dispositions législatives ayant institué le Mica et, par conséquent, de définir la nouvelle affectation des excédents de cotisations accumulés avant 2003.

En effet, depuis 2004, les excédents de cotisations accumulés au titre du Mica sont affectés au financement de l'assurance vieillesse supplémentaire des professionnels libéraux (ASV) en vertu la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. **Les excédents de cotisations accumulés entre 1988 et 2003 sont restés quant à eux au sein du Formmel puis du FAC. Ils représentent pour le fonds des réserves d'environ 25 millions d'euros.**

- L'abrogation du régime de cessation anticipée d'activité des médecins et la nouvelle affectation des réserves accumulées avant 2003

Le présent article a un double objet. D'une part, il propose **d'abroger la disposition législative ayant institué le Mica** et prévoyant l'appel d'une cotisation sur les médecins. D'autre part, il précise les modalités de gestion de l'extinction de ce régime. Il prévoit le **transfert des excédents de cotisations accumulés avant 2003 de la sous-section « Mica » vers la section « médecins » du FAC**. Il redéfinit par la même occasion les **missions de ce fonds**.

Le **paragraphe I** du présent article remplace le I et le II de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale relatifs respectivement aux ressources et aux missions du FAC.

En ce qui concerne les **ressources**, la référence à la cotisation versée au profit du régime Mica est supprimée. Selon la nouvelle rédaction, les ressources du FAC sont **constituées à titre exclusif des ressources que les parties conventionnelles lui affectent** spécifiquement.

En ce qui concerne les **missions** du FAC, la référence au financement de l'ADR du régime Mica est supprimée. Il en va de même de la référence au financement du dispositif d'aide à la reconversion vers la médecine du travail et de prévention, qui ne trouve plus à s'appliquer dans la pratique. En

revanche, le présent article **maintient la participation du FAC au financement de l'aide à la souscription d'une assurance responsabilité civile professionnelle pour les médecins libéraux accrédités** exerçant en établissement de santé. Il **maintient également le financement du développement professionnel continu** de l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et des professionnels exerçant au sein des centres de santé. La **mission de financement des actions d'accompagnement de l'informatisation, auparavant réservée aux seuls médecins, est quant à elle étendue à l'ensemble des professionnels de santé libéraux.**

Le **paragraphe II** du présent article abroge l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 relatif au mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins.

Le **paragraphe III** du présent article prévoit le transfert, au sein du FAC, du solde, au 31 décembre 2012, de la sous-section « Mica » à la section « médecins ». Celle-ci se verra donc affecter environ 25 millions d'euros en 2013. Le Gouvernement justifie cette affectation par le fait que 31,25 % des réserves du régime sont issues des cotisations versées par les médecins.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels.

III - La position de votre rapporteur

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

Article 62

(art. L. 645-5 du code de la sécurité sociale)

Valeur de service spécifique du point de retraite pour les pensions de réversion du régime des prestations complémentaires de vieillesse des professions médicales

Objet : Cet article prévoit la possibilité de fixer par décret une valeur de service plus favorable du point de retraite pour les pensions de réversion les plus modestes du régime supplémentaire d'assurance vieillesse des professions médicales liquidées avant le 1^{er} janvier 2006.

I - Le dispositif proposé

- Les prestations complémentaires de vieillesse des professions médicales

Les régimes des prestations complémentaires de vieillesse des professions médicales et paramédicales constituent **l'assurance vieillesse supplémentaire de cinq catégories de professionnels libéraux** : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les auxiliaires médicaux, les sages-femmes et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins. Communément regroupés sous le sigle « ASV » (« avantages sociaux vieillesse »), ces prestations s'ajoutent donc aux retraites de base et complémentaires des intéressés.

Institués en 1962, les régimes ASV sont des **régimes conventionnels par points progressivement rendus obligatoires** à compter des années 1970 pour les professionnels conventionnés. Les cotisations dues par les assurés sont prises en charge à hauteur d'un tiers par les assurés et de deux tiers par les organismes d'assurance maladie parties à la convention. Cette spécificité constitue la contrepartie du conventionnement des professionnels et de l'engagement à la pratique d'honoraires modérés.

Les prestations servies représentent entre 20 %, pour les auxiliaires médicaux et les directeurs de laboratoire, et 40 %, pour les autres professions, du montant total de la retraite des assurés.

- Les efforts importants demandés aux retraités dans le cadre des réformes intervenues entre 2007 et 2011

Les perspectives financières dégradées des régimes ASV ont conduit à les réformer entre 2007 et 2011. Les sections professionnelles avaient en effet défini des **règles d'appel des cotisations et de rendement des points de retraite acquis qui auraient conduit à un épuisement très rapide des réserves.**

Le cadre commun des réformes mises en œuvre a été défini par la **loi de financement de la sécurité sociale pour 2006**. Celle-ci autorise le pouvoir réglementaire à attribuer au point de retraite de chaque profession de santé une valeur de service spécifique en fonction des dates d'acquisition des points et de liquidation des pensions. L'article L. 645-5 du code de la sécurité sociale distingue ainsi trois catégories de points :

- les points des pensions de droit direct et des pensions de réversion liquidées avant le 1^{er} janvier 2006, pour lesquels une seule valeur de service est possible ;

- les points acquis avant le 1^{er} janvier 2006 mais non liquidés à cette date, pour lesquels il est prévu la possibilité de moduler la valeur de service en fonction de la date d'acquisition et de la date de liquidation des points. Dans un objectif d'équité entre les générations, cette modulation doit permettre de rapprocher de manière rétroactive le rendement selon l'année d'acquisition des points du rendement d'équilibre ;

- les points acquis à compter du 1^{er} janvier 2006, pour lesquels une seule valeur de service est possible.

Les réformes de structure engagées sur ce fondement ont conduit à une **diminution de la valeur de service des points acquis, y compris pour les pensions liquidées**.

- Le dispositif de modulation spécifique envisagé pour les pensions de réversion les plus faibles

Afin que les efforts financiers soient partagés de manière équitable entre les assurés, la possibilité de réserver un traitement particulier aux titulaires de pensions de réversion, dont le montant est mécaniquement plus faible que les pensions de droit direct, a été envisagé au cours des négociations. Dans les régimes ASV des médecins et des chirurgiens-dentistes, une valeur de service plus favorable pour les pensions de réversion liquidées avant le 1^{er} janvier 2006 ou issues de pensions de droit propre liquidées avant cette date par rapport à la valeur de service appliquée aux pensions de droit direct a ainsi été prévue. Cette valeur de service plus favorable s'applique à la part des pensions de réversion inférieure à la pension de réversion moyenne, donc aux pensions de réversion les plus modestes.

Le présent article propose de conférer une base juridique solide à cette possibilité de différenciation en autorisant explicitement le pouvoir réglementaire à fixer une valeur de service plus favorable aux pensions de réversion liquidées avant le 1^{er} janvier 2006 ou liquidées postérieurement mais issues de pensions de droit direct liquidées avant cette date, pour un nombre maximal de points fixé par décret. Le critère de fixation de ce seuil pourrait être le montant moyen de la pension de réversion.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, le coût total de cette mesure s'élèverait à 3,5 millions d'euros en 2013, 4,5 millions d'euros en 2014 et 6 millions d'euros en 2015 et en 2016. Les deux tiers de ce coût seraient pris en charge par l'assurance maladie.

Ces estimations se fondent sur l'hypothèse, pour l'ensemble des régimes ASV, d'un maintien de la valeur de service applicable, avant les réformes, à la part de la pension de réversion correspondant à la pension de réversion moyenne, pour les pensions de réversion liquidées avant le 1^{er} janvier 2006 et les pensions issues de pensions de droit direct liquidées avant cette date.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

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

Article 63

*(art. L. 5552-31, L. 5552-34, L. 5552-36, L. 5552-37
et L. 5552-44 du code des transports)*

Redéfinition des modalités de partage des pensions de réversion entre ayants droit du régime des marins

Objet : Cet article étend au régime de retraite des marins, à compter du 1^{er} janvier 2013, les nouvelles modalités de partage de la pension de réversion entre ayants droit d'un même assuré qui sont entrées en vigueur dans le régime de la fonction publique le 1^{er} janvier 2012.

I - Le dispositif proposé

L'article 162 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 a redéfini les règles relatives au partage de la pension de réversion entre ayants droit d'un même assuré relevant du régime de la fonction publique. Il a ainsi tiré les **conséquences nécessaires de la décision n° 2010-108 QPC du 25 mars 2011 du Conseil constitutionnel** qui avait déclaré les dispositions antérieurement en vigueur contraires à la Constitution.

Or, les modalités de partage de la pension de réversion entre ayants droit d'un même assuré actuellement en vigueur dans le régime des marins sont similaires aux règles qui étaient applicables dans le régime de la fonction publique avant l'intervention du Conseil constitutionnel.

C'est pourquoi il paraît nécessaire d'étendre au régime des marins les nouvelles modalités de partage adoptées pour la fonction publique.

- Les règles antérieurement en vigueur dans la fonction publique

L'objet de l'ancien **article L. 43 du code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR)** déclaré inconstitutionnel était de déterminer les droits à la pension de réversion des ayants cause (conjoint survivant et enfants) lorsque ceux-ci appartiennent à des lits différents du fait des différentes unions du fonctionnaire décédé.

Un lit est constitué soit par le conjoint survivant ou divorcé ayant droit à pension soit par un ou plusieurs enfants âgés de moins de vingt et un ans du conjoint ou de l'ex-conjoint décédé.

Lorsque plusieurs lits sont représentés uniquement par des conjoints, les parts de pension de réversion leur revenant étaient réparties au prorata de la durée respective de chaque mariage.

En cas de décès d'un conjoint survivant ou bien si un conjoint survivant perd son droit à pension (en cas de remariage), la pension de réversion était attribuée aux orphelins de moins de vingt et un ans.

L'ancien article L. 43 du code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR) prévoyait, en cas de pluralité d'ayants cause de lits différents, une répartition de la pension de réversion à parts égales entre les lits. En cas de pluralité d'orphelins au sein d'un même lit, la part attribuée au lit était divisée par le nombre d'enfants ayants cause.

Il résultait de la répartition par lit une différence de traitement entre les individus pris isolément dès lors que les lits n'étaient pas tous composés du même nombre d'ayants cause. Le dispositif retenu était particulièrement critiquable car il pouvait aboutir à des **inégalités entre orphelins, le montant de pension servi à chacun d'entre eux variant en fonction du nombre d'enfants présents dans chaque lit.**

- Les nouvelles modalités de partage de la pension de réversion en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012

Le nouvel article L. 43 du CPCMR issu de la loi de finances pour 2012 prévoit la répartition du droit à la pension de réversion entre les conjoints au prorata des durées respectives de mariage et institue un principe nouveau selon lequel, si le conjoint survivant décède ou perd ses droits à pension de réversion, sa part est répartie de **façon égale entre tous les enfants, indépendamment du nombre d'orphelins dans chaque lit ou des durées de mariage de leurs parents.**

- La nécessité d'étendre ces nouvelles règles au régime des marins

Dans le cadre du régime spécial de retraite des marins, les conjoints et ex-conjoints d'un marin décédé ont en principe droit à une pension de réversion égale à 54 % de la pension obtenue par le marin ou qu'il aurait pu obtenir au jour de son décès. Cette pension leur est versée par l'Etablissement national des invalides de la marine (Enim).

Ce droit dépend cependant de la durée des services effectués par le marin décédé et de la situation familiale :

- si le marin avait quinze ans de service ou plus, le conjoint ou l'ex-conjoint survivant a droit à la pension immédiatement et sans condition si au moins un enfant est né de l'union, ou bien sous condition d'âge (quarante ans) et de durée de mariage (deux ans) si aucun enfant est né de l'union ;

- si le marin avait moins de quinze ans de service, la pension de réversion est servie sous condition d'âge (cinquante-cinq ans) et de durée de mariage (deux ans sauf si un enfant est issu du mariage).

En cas de pluralité d'ayants cause et de présence d'orphelins parmi ces derniers, la pension de réversion est partagée en parts égales entre les différents lits puis, le cas échéant, au sein de chaque lit en parts égales entre chaque orphelin.

Ces modalités de répartition peuvent entraîner une inégalité de traitement entre orphelins ayants droit d'un même marin décédé.

Exemple d'inégalité de traitement avec le dispositif actuel

Les ayants cause du marin décédé sont deux orphelins de moins de vingt et un ans issus d'un premier lit et un orphelin âgé de moins de vingt et un ans issu d'un second lit.

La pension de réversion est partagée à parts égales entre les lits, c'est-à-dire :

- 50 % partagés par les deux enfants du premier lit, soit 25 % chacun ;
- 50 % perçus par l'enfant unique du second lit.

Au total, la pension de réversion servie à l'orphelin du second lit est deux fois supérieure à celle qui est servie à chacun des orphelins du premier lit.

• Le dispositif proposé

Le nouveau dispositif proposé au présent article prévoit de partager la pension de réversion en parts égales entre les différents lits et à répartir les parts attribuées aux conjoints survivants au prorata des durées de mariage respectives, puis de répartir le reliquat de la pension à parts égales entre les orphelins ayants droit sans tenir compte du nombre de lits qu'ils représentent.

Le paragraphe I du présent article comprend cinq parties :

- Les 1^o et 2^o procèdent à des clarifications rédactionnelles en ce qui concerne la pension temporaire d'orphelin. A cet effet, ils modifient l'article L. 5552-31 du code des transports et abrogent l'article L. 5552-34 devenu superfétatoire.

- Le 3° prévoit une nouvelle rédaction de l'article L. 5552-36 du code des transports qui définit les modalités de répartition de la pension de réversion. Selon le dispositif proposé, la répartition s'opère en deux temps. **Dans un premier temps, la pension de réversion est divisée par le nombre de lits, puis les parts attribuées aux conjoints survivants le sont au prorata des durées de mariage respectives. Dans un second temps, le reliquat de la pension de réversion est divisé à parts égales entre les orphelins ayants droit indépendamment du nombre de lits qu'ils constituent.**

- Le 4° prévoit une nouvelle rédaction de l'article L. 5552-37 du code des transports pour limiter son objet à la répartition entre conjoints survivants de l'allocation annuelle proportionnelle prévue à l'article L. 5552-29 au prorata de la durée de mariage. Cette allocation est versée aux conjoints survivants d'un marin décédé qui justifiait d'une durée de services au moins égale à quinze ans mais qui ne réunissait pas les conditions de durée requises pour le versement d'une pension de réversion de l'Enim ou d'une pension de l'Etat.

- Le 5° introduit des mesures de coordination au sein de l'article L. 5552-44 du code des transports.

Le **paragraphe II** du présent article fixe la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif au 1^{er} janvier 2013. Il prévoit que les ayants droit dont la pension de réversion diminuera en application des nouvelles règles conserveront le bénéfice de la pension qui leur est actuellement servie jusqu'à ce que le nouveau montant leur soit notifié par l'Enim. Il précise que le trop-perçu ne pourra leur être réclamé.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, parmi les mille pensions de réversion servies aux orphelins par l'Enim environ cent concernent une pluralité de lits.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté des amendements rédactionnels.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur approuve sans réserve cette mesure qui rétablit l'égalité entre orphelins éligibles à la pension de réversion du régime des marins lorsqu'ils sont issus de lits différents. Le nouveau dispositif proposé met fin à la situation d'insécurité juridique dans laquelle le régime était placé.

En conséquence, il vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 63 bis

(art. 13 et 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte)

Modalités de revalorisation des pensions à Mayotte

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit d'adapter les paramètres de revalorisation des pensions à Mayotte pour tenir compte du rapprochement progressif entre le Smic mahorais et le Smic hexagonal.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

- La règle de revalorisation des pensions de droit commun

L'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale définit la règle de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés.

Il prévoit que le coefficient annuel de revalorisation des pensions est fixé au 1^{er} avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac pour l'année n, corrigé le cas échéant de la révision de la prévision d'inflation de l'année n-1 telle qu'elle figure dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances de l'année n.

Cette règle s'applique aux pensions servies dans l'hexagone ainsi que dans les départements d'outre-mer hormis Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

- Les modalités de revalorisation spécifiques à Mayotte

La revalorisation des pensions à Mayotte obéit quant à elle à une règle spécifique.

L'article 5 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte prévoit la création d'un régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale à Mayotte dont les règles sont en grande partie alignées sur le régime général de l'hexagone. Son article 28 institue une allocation spéciale pour les personnes âgées, qui constitue le pendant du minimum vieillesse servi en France hexagonale.

Pour tenir compte des spécificités économiques et sociales du territoire, l'article 13 de cette ordonnance définit toutefois des règles particulières de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime mahorais. Les coefficients de revalorisation des cotisations et salaires servant de base au calcul des pensions et les coefficients de revalorisation des pensions déjà liquidées sont fixées au 1^{er} janvier de chaque année par arrêté interministériel. A cette fin, celui-ci doit prendre en compte à la fois les taux de revalorisation retenus pour le régime général de l'hexagone et le différentiel d'évolution des salaires minimum prévus par les codes du travail applicables à Mayotte et en métropole.

Jusqu'en 2011, le coefficient de revalorisation était déterminé par l'addition de la moitié du taux de revalorisation hexagonal et la moitié de la différence de croissance entre le Smig mahorais et le Smic hexagonal. En 2011, le taux de revalorisation des pensions a ainsi été de 4,4 % à Mayotte, contre 2,1 % dans l'hexagone.

Dans le contexte de la départementalisation de Mayotte depuis le 31 mars 2001, le Smig versé à Mayotte est cependant progressivement aligné sur le Smic hexagonal. Au 1^{er} juillet 2012, le Smig horaire brut mahorais s'élevait ainsi à 6,83 euros et le Smic mensuel brut hexagonal à 9,40 euros. Dans ces conditions, le Gouvernement indique que **l'application des paramètres actuels de revalorisation conduirait à désavantager Mayotte car la revalorisation des pensions y serait inférieure à celle appliquée dans l'hexagone.**

Dès 2012, l'ensemble des ministères concernés a décidé d'appliquer aux pensions mahoraises des coefficients de revalorisation permettant d'atteindre le taux de revalorisation hexagonal (2,1 %).

Il en va de même de l'allocation spéciale pour les personnes âgées dont l'article 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 dispose à son premier alinéa que ses modalités de revalorisation sont fixées par décret.

- Le dispositif proposé

Compte tenu de ces évolutions, le dispositif proposé consiste à **étendre explicitement à Mayotte les règles de revalorisation des pensions de droit commun.**

A cette fin, le présent article, inséré à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, prévoit de modifier l'article 13 de l'ordonnance susvisée pour préciser que le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime mahorais est fixé à la même date et au même taux que ceux applicables au régime d'assurance vieillesse en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

Il propose de modifier l'article 29 de cette même ordonnance pour préciser que le coefficient annuel de revalorisation de l'allocation spéciale pour les personnes âgées est fixé dans les conditions prévues à l'article 13.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur reconnaît l'intérêt de cet article qui permet de faire progresser la convergence du régime de protection sociale du département de Mayotte avec les règles de droit commun dans des conditions qui garantissent l'équité.

En conséquence, il vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 63 ter

**Remboursement des rachats d'années d'études
ou d'activité incomplètes**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la possibilité de demander le remboursement de rachats de trimestres effectués par certains assurés pour lesquels ils sont devenus inutiles compte tenu de l'accélération du report de l'âge légal de départ en retraite.

I - Le dispositif proposé

- Le dispositif des versements pour la retraite

La loi du 21 août 2003 a mis en place un dispositif de rachat d'annuités pour la retraite permettant la prise en compte dans la durée d'assurance des périodes d'études supérieures n'ayant pas donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse ou des années civiles ayant donné lieu à affiliation mais pour lesquelles l'assuré n'a pas validé quatre trimestres.

Ce dispositif est prévu à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale pour le régime général. Au sein de ce même code, il est décliné à l'article L. 634-2-2 pour les artisans et commerçants, à l'article L. 643-2 pour les professions libérales et à l'article L. 723-10-3 pour les avocats. Il est également prévu à l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles, à l'article L. 9 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite pour les fonctionnaires de l'Etat, et dans les textes réglementaires applicables aux fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et aux ouvriers de l'Etat.

- Le remboursement de rachats devenus inutiles

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a relevé l'âge légal de départ en retraite et la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein pour les assurés nés à compter du 1^{er} juillet 1951.

Par conséquent, certains assurés qui avaient effectué des versements de rachat pour compléter leur durée d'assurance se sont vus contraints de différer leur départ. Une partie ou la totalité de ces versements pour bénéficier de la durée d'assurance au taux plein peut s'être avérée inutile.

C'est pourquoi la loi du 9 novembre 2010 a prévu à son article 24 la possibilité pour les assurés nés à compter du 1^{er} juillet 1951 de bénéficier sous certaines conditions du remboursement des cotisations acquittées au titre d'un versement de rachat effectué avant le 13 juillet 2010, date d'adoption du projet de loi par le conseil des ministres.

- L'incidence de l'accélération du report de l'âge légal de départ en retraite

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a accéléré le calendrier de relèvement de l'âge légal de départ en retraite. Cette accélération concerne les générations nées entre 1952 et 1955, l'âge légal de départ en retraite passant à soixante-deux ans dès la génération 1955 et non plus 1956.

- Le dispositif proposé

C'est pourquoi le présent article, inséré à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, élargit la possibilité de remboursement aux rachats de trimestres effectués entre le 13 juillet 2010 et le 31 décembre 2011 par les assurés nés entre 1952 et 1955.

Il comporte **deux paragraphes**.

Le **paragraphe I** prévoit la possibilité de remboursement pour tous les assurés concernés par les versements de rachat dans les conditions suivantes :

- le remboursement ne pourra concerner que les cotisations versées entre le 13 juillet 2010 et le 31 décembre 2011 ;

- il est réservé aux assurés nés entre le 1^{er} janvier 1952 et le 31 décembre 1955 inclus, seuls concernés par l'accélération du report de l'âge légal de départ en retraite ;

- il n'est ouvert qu'à la condition que l'assuré n'ait fait valoir aucun des droits à pensions de retraite auxquels il peut prétendre au titre des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires ;

- la demande doit être présentée dans le délai d'un an à compter de la promulgation de la loi ;

- le montant des cotisations à rembourser est calculé en revalorisant les cotisations versées par l'assuré par application pour chaque année du coefficient de revalorisation des pensions de retraite (fixé en fonction de l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac conformément à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale).

Il est expressément prévu que les assurés sont informés de cette possibilité, qu'ils résident en France ou à l'étranger.

Le texte proposé n'étant pas codifié dans le code de la sécurité sociale, le **paragraphe II** précise que le dispositif est également applicable aux salariés agricoles et aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Il prévoit également que le dispositif s'applique dans les mêmes conditions aux rachats effectués au titre de l'assurance volontaire pour certaines périodes d'activité accomplies dans la métropole, les départements d'outre-mer, d'Algérie et du Sahara par les personnes appartenant ou ayant appartenu à une catégorie de travailleurs dont l'affiliation, soit au régime général, soit à un régime applicable aux salariés dans les départements d'Algérie ou du Sahara, a été rendue obligatoire.

Il en va de même des rachats effectués au titre de l'assurance volontaire par certains travailleurs salariés ou assimilés, certains non-salariés non agricoles et certains non-salariés agricoles ayant validé rétroactivement certaines périodes d'activité exercées hors du territoire français.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur approuve le dispositif proposé, rendu indispensable par le relèvement de l'âge d'ouverture des droits à la retraite et sans lequel certains assurés seraient injustement pénalisés.

Votre rapporteur vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 63 quater

Justificatif d'existence des bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant hors de France

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit d'harmoniser les règles qui encadrent la transmission des justificatifs d'existence que les assurés établis à l'étranger mais touchant des retraites françaises doivent fournir à leurs caisses.

I - Le dispositif proposé

Les bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant à l'étranger doivent faire parvenir un justificatif d'existence à leurs caisses de retraite sous peine de voir le versement de leur pension suspendu.

La périodicité à laquelle cette démarche doit être accomplie varie en fonction du pays de résidence. Elle peut atteindre une fois par trimestre dans certains pays situés hors de l'Union européenne.

La situation est particulièrement contraignante pour les polypensionnés qui se voient contraints d'envoyer de multiples justificatifs à une pluralité de caisses à différents moments de l'année. Certains assurés doivent parcourir de longues distances pour se rendre auprès des autorités consulaires françaises de leur pays de résidence. Dans certains pays, les délais d'acheminement des courriers peuvent en outre s'avérer élevés, ce qui conduit parfois injustement à des retards dans le versement des pensions.

Par ailleurs, l'absence de règle unique en ce qui concerne la fréquence d'envoi des justificatifs d'existence ne garantit pas un traitement égalitaire entre les assurés.

Le présent article, inséré à l'initiative de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, vise donc à harmoniser la fréquence à laquelle les assurés établis à l'étranger et touchant une retraite française doivent fournir un justificatif d'existence. Il précise le délai à partir duquel le versement de la pension de retraite peut être suspendu en l'absence de réception du justificatif. Il prévoit en outre la possibilité pour les régimes obligatoires de retraite de mutualiser les justificatifs d'existence d'un même assuré.

En conséquence, il comporte **trois paragraphes** :

- le **paragraphe I** fixe à **une fois par an la fréquence maximale** à laquelle les bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant à l'étranger doivent fournir à leurs caisses de retraite un justificatif d'existence ;

- le **paragraphe II** précise qu'en cas d'absence de réception du justificatif d'existence la caisse de retraite **n'est autorisée à suspendre le versement de la pension qu'à l'expiration d'un délai d'au moins un mois** à compter de la date fixée par la caisse pour la réception du justificatif ;

- le **paragraphe III** autorise la **mutualisation** des certificats d'existence d'un même assuré par l'ensemble des régimes obligatoires de retraite. Les conditions de cette mutualisation doivent être fixées par décret.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur accueille favorablement cet article qui améliore la situation des assurés français résidant à l'étranger et rétablit une égalité de traitement entre les retraités en ce qui concerne les justificatifs d'existence.

Il vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 64

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2013

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2013.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2013, en conformité avec les tableaux d'équilibre présentés aux articles 28 et 29.

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 entre régimes de protection sociale ;
- et les frais financiers et autres dépenses.

Les objectifs de dépenses de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale sont fixés à **218,6 milliards d'euros**, soit une **progression de 4,1 %** par rapport à la prévision rectifiée des objectifs de dépenses en 2012 (210 milliards d'euros).

Pour le seul régime général, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse s'élève à **115,3 milliards d'euros**, soit une **progression de 4,4 %** par rapport à la prévision rectifiée des objectifs de dépenses pour 2012 (110,4 milliards d'euros).

Cette évolution s'explique principalement par les effets cumulés d'une croissance du nombre de départs en retraite et du maintien d'une revalorisation des pensions plus élevée que les années précédentes.

En effet, d'une part, la progression des prestations des régimes de base demeurerait soutenue. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport d'octobre 2012, la masse de pensions versées par l'ensemble des régimes de base sera de 214 milliards d'euros en 2013, après 205,5 milliards d'euros en 2012 et 197,9 milliards d'euros en 2011. La progression est donc de 4,2 % en 2013 contre 3,8 % en 2012.

Les prestations servies par la branche vieillesse du régime général connaîtraient une progression encore plus marquée (+ 4,7 %), en particulier pour les droits propres qui augmenteront de 4,9 %, les droits dérivés s'accroissant de 4 %.

Le régime général connaîtra un net rebond des départs en retraite. Ils s'élèveront à 718 000, soit une croissance de 24 % par rapport à 2012. L'élargissement du dispositif de retraite anticipée pour carrière longue, consécutif à la réforme de 2010 et au décret du 2 juillet 2012, conduira à 100 000 départs anticipés supplémentaires en 2013.

Au total, l'économie résultant du recul de l'âge légal sur les masses de prestations est estimé pour l'exercice 2013 à 3,6 milliards d'euros pour les principaux régimes de base, dont 1,5 milliard d'euros pour le régime général.

D'autre part, indexée sur les prévisions d'inflation, la revalorisation des pensions qui doit intervenir en avril 2013 entraînerait, comme en 2012, une hausse des dépenses de prestations de 2,0 % en moyenne annuelle, contre 1,8 % en 2011 et 0,9 % en 2010.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur approuve cet article qui prévoit une évolution modérée des dépenses des régimes de retraite et s'inscrit dans le cadre d'un effort en recettes très significatif pour le redressement de l'assurance vieillesse.

Il vous demande d'adopter cet article sans modification.

Section 3

Accidents du travail - maladies professionnelles

Article 65

(art. L. 241-10, L. 413-4, L. 413-7, L. 434-2, L. 443-1 et L. 821-1
du code de la sécurité sociale ;
art. L. 232-23 du code de l'action sociale et des familles ;
art. L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime)

Prestation complémentaire de recours à tierce personne

Objet : *Cet article tend à remplacer la majoration pour tierce personne destinée aux salariés victimes d'un sinistre professionnel par une prestation spécifique.*

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de quatre parties.

Le **paragraphe I** modifie le code de la sécurité sociale.

L'article L. 241-10 relatif aux cas d'exonération de cotisations patronales des rémunérations d'une aide à domicile est modifié pour inclure la mention spécifique d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail et supprimer la référence à une majoration pour tierce personne servie par la branche AT-MP.

L'article L. 434-2, relatif à l'incapacité permanente d'une victime d'un accident de travail et aux rentes qui lui sont dues, est modifié pour remplacer la mention d'une majoration pour tierce personne par celle d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Les conditions d'éligibilité à la majoration et à la prestation sont quasiment identiques puisqu'un taux d'incapacité minimal est nécessaire et que la victime doit être « dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie ». L'article R 434-4 fixe à 80 % le taux d'incapacité minimal permettant l'accès à la prestation. Il devrait demeurer inchangé.

Les modalités de fixation du barème de cette prestation sont précisées. Elles sont fondées sur les besoins d'assistance de la victime. A l'inverse, l'ancienne majoration était fonction (40 %) de la rente servie au titre de l'incapacité permanente, elle-même fonction du salaire de la victime.

L'étude d'impact permet de connaître le contenu des mesures réglementaires envisagées. Le décret d'application devrait définir trois niveaux de forfait en fonction du nombre d'actes de la vie ordinaire que la victime ne peut effectuer seule : 6 495 euros par an pour au moins trois actes, 12 989 pour au moins cinq et 19 484 si la personne ne peut effectuer au moins sept actes ou ne peut être laissée seule.

Les articles L. 413-4 et L. 413-7, relatifs à la prise en charge de l'aggravation invalidante de la condition de la victime d'un sinistre constaté dans la période transitoire de mise en place de la branche AT-MP, sont modifiés pour prendre en compte la nouvelle dénomination du dispositif.

L'article L. 443-1 relatif à la modification de l'état de la victime ou à son décès est modifié de la même façon.

Enfin l'article L. 821-1 relatif à l'allocation aux adultes handicapés fait également l'objet d'une coordination.

Les **paragraphes II et III** de l'article opèrent des coordinations dans le code de l'action sociale et des familles et dans le code rural et de la pêche maritime.

Le **paragraphe IV** de l'article prévoit une entrée en vigueur du dispositif et un droit d'option, définit, pour les assurés percevant de l'actuelle majoration.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du rapporteur, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels ou de coordination à cet article.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur soutient cette mesure qui répond à une demande des partenaires sociaux dans le cadre l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007. Le passage d'une majoration liée aux revenus antérieurs de la victime à une prestation fondée sur l'évaluation des besoins est une mesure d'équité et de bon sens qui devrait répondre aux besoins des personnes les plus handicapées.

L'engagement pris par le Gouvernement de mettre en place par voie réglementaire un barème d'application simple est également une condition du succès de cette mesure qui doit être facilement accessible pour les victimes.

Il convient de relever que le plus important des trois niveaux de forfait envisagés devrait conduire à augmenter de 50 % le montant des sommes accordées aux victimes les plus sévères. Parallèlement, les futures victimes ayant besoin de l'aide d'une tierce personne pour trois ou quatre actes de la vie quotidienne recevront moins que dans l'ancien système. Le forfait de 6 495 euros qui leur serait accordé constitue 50 % du « plancher » de la majoration actuelle qui s'élève à 12 989,16 euros par an.

Le **droit d'option** prévu dans les modalités de mise en œuvre de la mesure garantit toutefois que les assurés qui perçoivent la majoration actuelle ne risqueront pas de voir leurs droits réduits contre leur gré. En effet, l'étude d'impact précise que c'est à leur demande que la caisse procédera à un réexamen de leur situation en vue d'étudier leur droit à une nouvelle prestation. C'est à l'occasion de la notification de cet examen que les assurés pourront exercer leur droit d'option.

Tout en soulignant l'apport qu'elle constitue pour les victimes du travail les plus gravement atteintes, votre rapporteur est conscient des limites de cette mesure qui ne s'applique qu'à partir d'un taux d'invalidité reconnu de 80 %. Cette condition fait porter sur la prestation de compensation du handicap (PCH) le poids de l'aide humaine nécessaire aux victimes du travail dont le taux d'incapacité est inférieur à 80 %.

Il résulte des dispositions des articles L. 245-4 et D. 245-43 du code de l'action sociale et des familles que le montant de l'ancienne majoration devait être déduit de la part de la PCH couvrant les charges liées à une aide humaine. Avant 2005, les conditions d'obtention de la PCH et de la majoration servie par la branche AT-MP étaient identiques s'agissant du taux d'invalidité. Depuis que l'accès à la PCH est ouvert à toute personne handicapée¹ quel que soit son taux d'incapacité, la solidarité nationale prend en charge l'aide humaine de certaines victimes du travail.

Assurément, il eut été inéquitable de les laisser hors du champ de la PCH car elles étaient, avant 2005, dans la même situation que les autres personnes handicapées dont le taux d'incapacité était insuffisant pour prétendre à une aide. Par ailleurs, ne pas leur accorder le bénéfice de la PCH au motif que la branche AT-MP met en œuvre un dispositif spécifique, alors qu'elles n'y sont pas éligibles, aurait conduit à leur imposer une double peine. Enfin, la vocation même de la PCH est de garantir une compensation pour toutes les personnes handicapées, quelle que soit la cause de leur handicap.

Le montant de la future prestation, comme actuellement celui de la majoration, sera déduit de la part de la PCH correspondant à l'aide humaine. Mais les victimes du travail ont vocation à percevoir les autres parts de la PCH qui ne sont couvertes par aucune prestation de la branche AT-MP, soit la compensation des aides techniques, de l'aménagement du logement et du véhicule, des charges spécifiques ou exceptionnelles, comme celles relatives à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap, et des charges liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières.

Le régime de compensation d'un handicap causé par le travail repose donc, dans tous les cas, majoritairement sur la solidarité nationale. La légitimité de ce financement n'est pas sans poser de questions dont votre rapporteur estime qu'il appartient aux partenaires sociaux de se saisir.

¹ Décret n° 2005-1588 du 19 décembre 2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées.

L'article 65 apporte néanmoins au système actuel des améliorations importantes et, sous réserve des précisions qui seront demandées en séance sur la possibilité de recours à un aidant familial, **votre rapporteur vous demande de l'adopter sans modification.**

Article 66

*(art. L. 452-2, L. 452-3-1 [nouveau] et L. 452-4
du code de la sécurité sociale)*

**Récupération des indemnités versées
en cas de faute inexcusable de l'employeur**

Objet : Cet article tend à garantir la possibilité pour la branche de récupérer auprès de l'employeur dont la faute inexcusable a été reconnue les sommes avancées à la victime en exécution du jugement.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de deux parties.

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 452-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que la majoration des indemnités perçues par la victime d'une faute inexcusable est payée par la caisse, pour préciser que ces sommes sont récupérées sous forme de capital et non plus de cotisation complémentaire.

Un nouvel article L. 452-3-1 est inséré pour prévoir que les éventuelles erreurs liées à l'information de l'employeur par la caisse ne peuvent être opposées à celle-ci dans la récupération des sommes avancées à la victime.

L'article L. 452-4 est modifié par coordination pour les dispositions relatives au privilège de créance de la branche au titre de la récupération des sommes avancées.

Le **paragraphe II** prévoit l'entrée en vigueur des différentes dispositions de l'article. L'inopposabilité des erreurs en matière de notification est applicable à partir du 1^{er} janvier 2013 et les dispositions relatives à la récupération des sommes dues sous forme de capital à partir du 1^{er} avril.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du rapporteur, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de votre rapporteur

Cet article entend, d'une part, réduire le risque financier qui résulte pour la branche de la disparition d'une entreprise après reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur et, d'autre part, mettre fin à la possibilité pour certains employeurs de faire échec à la récupération des sommes avancées par la branche pour des motifs essentiellement procéduraux.

Une telle disposition est rendue nécessaire par la décision du Conseil constitutionnel en date du 18 juin 2010¹ et par les arrêts rendus par la Cour de cassation le 4 avril 2012², d'où il découle que le salarié victime d'une faute inexcusable peut obtenir l'indemnisation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale et qu'il appartient aux caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) de faire l'avance de l'intégralité des sommes dues. Ainsi, même à nombre de litiges constant, les avances de trésorerie supportées par les Cpam, 66 millions d'euros en moyenne, sont appelées à augmenter.

Or, d'après l'étude d'impact, pour 56 % des sinistres, la caisse ne peut récupérer les sommes avancées. Dans un quart des cas, ceci est lié à la disparition de l'entreprise. Mais la majorité de ces situations, qui correspond à une perte de 20 millions d'euros, est due à l'inopposabilité des sommes à l'employeur. Celle-ci découle généralement d'une erreur dans la notification du sinistre par la caisse qui a privé l'employeur de la possibilité de faire valoir ses observations. La contestation de la récupération des sommes avancées au titre de la réparation de la faute inexcusable est, d'après les informations fournies à votre rapporteur, le fait de grands groupes industriels qui ont élaboré une politique de contentieux offensive et disposent des moyens financiers pour la conduire.

Si cet article aboutissait à priver d'effet le non-respect du contradictoire dans le contentieux de la faute inexcusable, il attenterait à un principe fondamental constitutif du droit à un procès équitable. Or tel n'est pas le cas. Le contentieux de la faute inexcusable s'effectue devant le tribunal des affaires de sécurité sociale et ne concerne pas la caisse qui n'est pas partie à l'instance. Le procès ne concerne que l'employeur et le salarié, et le tribunal établit seul, sans référence aux procédures effectuées par la caisse, la nature professionnelle du sinistre. Dans le cadre de l'examen indépendant par le tribunal, l'employeur a tous les moyens de faire valoir son point de vue et de contester l'imputation. Pour sanctionner la faute inexcusable de l'employeur, le tribunal a nécessairement établi que le sinistre en cause avait une origine professionnelle.

L'inopposabilité à l'employeur des sommes avancées par la caisse résulte de l'indépendance des instances. Les prestations versées par la caisse au titre du régime AT-MP ont pour fondement les procédures administratives menées par la caisse. Si la caisse a statué positivement sur le caractère professionnel du sinistre, elle est tenue d'informer l'employeur

¹ *Décision n° 2010-8 QPC.*

² *Civ. 2^e, 4 avril 2012, n°s 11-15.393, 11-18.014, 11-12.299, 11-14.311 et 11-14.594.*

(article R. 441-14 du code de la sécurité sociale) afin qu'il puisse faire valoir ses observations. Si cette condition n'est pas respectée, la caisse ne peut imputer à l'employeur la majoration de cotisation qui découle du sinistre.

La Cour de cassation¹ a estimé que cette inopposabilité, qui résulte de la carence de la caisse, s'étend également aux sommes qu'elle cherche à recouvrer au titre de l'indemnisation de la faute inexcusable ; peu importe que la caisse agisse sur le fondement d'une décision judiciaire puisque celle-ci ne lui attribue aucun droit propre. La caisse n'est pas subrogée dans les droits de la victime et ne peut se prévaloir, pour obtenir remboursement des sommes avancées, que des dispositions légales et réglementaires du code de la sécurité sociale telles qu'elles sont interprétées par le juge.

Votre rapporteur estime donc que la mesure proposée par cet article est fondée en équité et s'impose, étant donnée **l'évolution de la jurisprudence qui accroît la charge financière des caisses sans leur accorder de droits garantissant la possibilité de recouvrer les sommes en cause.**

Plusieurs questions se posent néanmoins. La première est la nécessité pour les caisses de respecter les dispositions légales et réglementaires qui garantissent le respect du contradictoire dans la procédure administrative. Si les conséquences attachées à la carence de la caisse par la jurisprudence sont excessives, il n'en demeure pas moins que la Cnam n'a pas respecté une obligation substantielle qui lui incombe. Si les procédures avaient été respectées, l'employeur n'aurait eu aucun moyen de s'opposer à la récupération des sommes dues. Il importe que la conformité des actes des caisses au droit soit garantie. Votre rapporteur note avec satisfaction la détermination exprimée sur ce point par le directeur du risque lors de son audition par la commission. Il relève que cet objectif est également celui des partenaires sociaux qui se sont exprimés dans le cadre des négociations de la future convention d'objectifs et de gestion.

¹ Cf. arrêt de la Chambre sociale du 26 novembre 2002, n° 00-22876: « Vu les articles L. 452-2, L. 452-3 et R. 441-11 et suivants du code de la sécurité sociale ; Attendu que, pour dire que la caisse primaire d'assurance maladie pourrait récupérer les indemnités attribuées aux conjoints X..., l'arrêt attaqué retient que l'éventuelle inopposabilité à l'égard de l'employeur de la décision prise par la caisse de reconnaître l'existence d'une maladie professionnelle n'aurait pour effet que de permettre à celui-ci de contester le caractère de la maladie, et qu'en l'espèce, il est établi que Michel X... était atteint d'une maladie inscrite au tableau n° 30 et qu'il avait été exposé durant son travail à l'inhalation de poussières d'amiante ; Attendu, cependant, que l'inopposabilité à l'égard de l'employeur, du fait du caractère non contradictoire de la procédure, de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie d'admettre le caractère professionnel de la maladie prive cette caisse du droit de récupérer sur l'employeur, après reconnaissance de sa faute inexcusable, les compléments de rente et indemnités versés par elle ; qu'en statuant comme elle l'a fait, sans rechercher si, comme le soutenait la société Saint-Gobain PAM, la décision de la caisse était inopposable à celle-ci, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des textes susvisés ; »

Mais une question plus fondamentale se pose qui est celle de **l'implication de la branche dans le règlement des sommes dues au titre de la faute inexcusable de l'employeur**. Ce mécanisme vise à garantir le paiement aux victimes de l'indemnisation qui leur est due et à simplifier leurs démarches. Même si l'on sort du champ de la responsabilité sans faute qui est au fondement de la branche, cette intervention de la caisse était justifiée par le caractère forfaitaire et partiel de l'indemnisation servie. L'intervention de la sécurité sociale pouvait être considérée comme un prolongement du compromis de 1898.

Cette situation est doublement remise en cause par la décision du Conseil constitutionnel et son application par la Cour de cassation. Tout d'abord les préjudices désormais indemnisés sur le fondement de la décision du Conseil constitutionnel le sont intégralement, ce qui les place hors du champ de la mission de la branche. Il paraîtrait donc logique, *a minima* et ainsi que le soutenait l'avocat général près la Cour de cassation, que ce ne soit pas la caisse qui assure le paiement des nouveaux préjudices complémentaires. Mais surtout l'élargissement de l'indemnisation à l'ensemble des préjudices crée une tension entre la réparation forfaitaire des préjudices reconnus par la livre IV du code de la sécurité sociale et celle, intégrale, des préjudices non prévus. Le maintien de la participation de la caisse fige cette situation et empêche l'évolution du régime de la faute inexcusable vers l'indemnisation intégrale de tous les préjudices subis par la victime.

Votre rapporteur est favorable à cette évolution et à son corolaire, l'absence d'implication de la branche, sauf à lui confier le rôle de fonds de garantie. Le Gouvernement a écarté, dans le cadre du PLFSS pour 2013, cette solution, pourtant soutenue par la branche, en raison de la difficulté à organiser l'obligation d'assurance de l'employeur qui découlerait de l'absence d'avance par la caisse. Votre rapporteur rappelle néanmoins que la loi de 1898 n'avait dans sa version d'origine fixé aucune obligation d'assurance pour l'employeur en matière d'accidents du travail. Cette solution, jugée conforme à la liberté d'entreprendre, résultait aussi de la nécessité pour l'employeur d'assumer financièrement ses responsabilités. Elle s'applique pleinement aux cas de faute inexcusable qui, même s'ils sont, depuis 2002, de manière extensive définis par la jurisprudence, correspondent néanmoins à un sinistre que l'employeur était en mesure de prévenir.

Dans l'attente d'une réforme plus large du régime de la faute inexcusable, **votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification**

Article 67

*(art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 ;
art. L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale)*

**Possibilité pour l'ensemble des polypensionnés bénéficiaires
de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs
de l'amiante (Acaata) ou d'une allocation équivalente
de faire valoir leurs droits à retraite à l'âge de soixante ans**

**Objet : Cet article aligne les conditions de départ en retraite des
bénéficiaires de l'Acaata ou d'une prestation équivalente pour l'ensemble
des régimes de sécurité sociale.**

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de deux parties.

Le **paragraphe I** modifie l'article 41 de la loi de finances pour 1999¹ qui a créé le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).

Il insère un alinéa additionnel dans le deuxième paragraphe de l'article relatif aux modalités de calcul, de prestations et de sortie du dispositif. Cet alinéa précise les conditions d'application des dispositions insérées à l'initiative du Sénat dans le cadre de loi du 1^{er} décembre 2011 portant réforme des retraites :

« L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions de durée d'assurance requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein, à condition qu'il soit âgé d'au moins soixante ans. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, elle est alors remplacée par la ou les pensions de vieillesse auxquelles l'intéressé peut prétendre. Pour l'appréciation du taux plein, les conditions de durée d'assurance sont réputées remplies au plus tard à l'âge de soixante-cinq ans. »

Il précise que ces dispositions s'appliquent tant aux bénéficiaires de l'Acaata affiliés au régime général qu'aux polypensionnés qui bénéficient au titre de leur régime d'origine d'une prestation équivalente à l'Acaata mais sont désormais affiliés au régime général et à ceux qui bénéficient de l'Acaata mais relèvent désormais d'un régime spécial.

Une coordination est, par ailleurs, effectuée.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions de suspension d'une pension d'invalidité pour interdire le cumul entre l'Acaata et les pensions de retraites servies par certains régimes spéciaux avant l'âge de soixante ans.

¹ Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur se félicite de l'inscription de cet article dans le PLFSS. Il résout en effet un problème technique pour les polypensionnés qui les empêchait de bénéficier du maintien de l'âge de départ à la retraite voulu par le législateur pour les personnes exposées au risque amiante. Dans le cadre de la discussion du PLFSS pour 2012, votre rapporteur avait attiré l'attention du gouvernement de l'époque sur cette question.

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

*Article additionnel après l'article 67
(art. L. 215-4 du code de la sécurité sociale)*

Droits des membres des comités techniques de la branche AT-MP

Objet : Cet article additionnel tend à aligner la protection des membres des comités techniques nationaux et régionaux sur celle des administrateurs des caisses de sécurité sociale.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté sous la forme d'un article additionnel un amendement visant à étendre aux membres des comités techniques nationaux (CTN) et régionaux (CTR) les garanties dont disposent les administrateurs des caisses de sécurité sociale en matière de temps de participation, de formation et de protection contre le licenciement, afin de leur permettre d'exercer effectivement leur mandat.

Les membres des CTR ont déjà vu leur statut aligné sur celui des administrateurs mais pas au niveau législatif et les membres des CTN ne disposent d'aucune protection spécifique.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article 68

**Versement au titre de la sous-déclaration
des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Objet : Cet article fixe le montant annuel de la compensation par la branche AT-MP à l'assurance maladie de la sous déclaration des sinistres liés au travail.

I - Le dispositif proposé

Cet article fixe à 790 millions d'euros le versement le branche AT-MP à l'assurance maladie pour 2013.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Les causes de la sous-déclaration des sinistres du travail ont été présentées par votre rapporteur dans son rapport sur la branche. Elles fondent l'obligation légale, prévue à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, d'une compensation annuelle à l'assurance maladie au titre des dépenses qu'elle a induit assumées.

Le montant de cette compensation tel qu'il est proposé par le Gouvernement est inchangé par rapport à l'année dernière. Il se situe dans la moyenne basse (la moyenne exacte serait de 843,5 millions) de l'estimation faite par la commission prévue par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale et présidée par Noël Diricq. La commission se fonde sur les études épidémiologiques disponibles pour établir une fourchette d'évaluation de la sous-déclaration. Elle formule par ailleurs des recommandations tendant à réduire l'ampleur de ce phénomène. Votre rapporteur est particulièrement attentif au suivi de ces recommandations et salue les initiatives prises par la branche pour mieux cerner la sous-déclaration et agir sur elle.

Il est regrettable que la faiblesse du progrès des études épidémiologiques ralentisse les travaux de la commission Diricq, qui doit se réunir en 2014. La baisse des budgets publics en ce domaine et particulièrement de celui de l'Institut de veille sanitaire n'est pas de nature à améliorer cette situation. Une participation financière accrue de la branche à ces études pourrait donc être envisagée.

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

Article 69

Contribution au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Objet : Cet article fixe la participation de la branche AT-MP au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) et du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).

I - Le dispositif proposé

Cet article fixe pour 2013 la contribution de la branche à 115 millions d'euros pour le Fiva et à 890 millions pour le Fcaata.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Le montant alloué au Fiva baisse pour 2013 de 200 millions d'euros par rapport à 2012 en raison de son important fonds de roulement. La mesure prise par le Gouvernement est donc logique et approuvée par la direction du Fiva et les partenaires sociaux.

Le montant alloué au Fcaata est inchangé depuis 2011 et couvre ses besoins.

Votre rapporteur est donc favorable à cet article, dont il souligne néanmoins qu'il ne fait baisser qu'à titre exceptionnel les charges de transfert qui pèsent sur la branche.

Il vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article additionnel après l'article 69
(art. 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)*

**Reconnaissance du lien causal entre la maladie liée à l'amiante
et le décès d'une victime indemnisée par le fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante**

Objet : Cet article additionnel tend à ce que le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante n'ait plus à contrôler le lien entre la maladie liée à l'amiante et le décès d'une victime une fois qu'il a été établi par une caisse primaire.

La reconnaissance d'une maladie professionnelle liée à l'amiante par une caisse s'impose au Fiva qui n'a pas à réexaminer lui-même le lien avec l'amiante. Mais la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 qui a créé le Fiva n'a pas prévu de disposition analogue en cas de décès, ce qui entraîne des procédures de contrôle longues et mal comprises par les ayants droit. A l'initiative de votre rapporteur, la commission a donc adopté sous la forme d'un article additionnel un amendement visant à harmoniser les dispositions en matière de reconnaissance du lien entre l'amiante et le préjudice subi, qu'il s'agisse de la maladie ou du décès.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article additionnel après l'article 69
**Assurance décès des titulaires de l'allocation de cessation anticipée
d'activité des travailleurs de l'amiante**

Objet : Cet article additionnel tend à ce que le prochain rapport du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) comprenne une analyse des conditions d'extension de l'assurance décès au titulaire de l'allocation dont il a la charge.

Le versement d'un capital aux ayants droit d'un assuré social décédé fait partie des garanties offertes par la sécurité sociale. Il est prévu dès lors que la personne décédée était en activité et remplissait les conditions minimales de durée de cotisation, ou qu'elle était en maintien de droit ou encore qu'elle percevait une pension d'invalidité ou une rente AT-MP supérieure à un certain niveau.

Cependant, à ce jour, les ayants droit d'un titulaire de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) ne peuvent bénéficier de cette disposition et ce alors même que l'allocation se substitue aux revenus d'activité des personnes exposées au risque amiante.

Il semble donc important que l'extension de l'assurance décès, qui relève du domaine réglementaire, puisse être rapidement étudiée. A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté sous la forme d'un article additionnel un amendement en ce sens. L'analyse faite par les services de l'Etat sera utilement soumise au conseil de surveillance du Fcaata qui pourra se prononcer et transmettre son analyse au Parlement.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

Article 69 bis

Rapport du Gouvernement sur une voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à demander au Gouvernement d'étudier la possibilité d'ouvrir un droit d'accès individuel au Fcaata.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel tend à ce que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2013, un rapport sur les modalités de création d'une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Ce rapport présente la faisabilité d'une admission sur présomption d'exposition significative à partir d'un faisceau d'indices tels le secteur d'activité, la durée d'exposition, la période d'activité ou les conditions d'exercice.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur partage pleinement l'objectif de cet article, le seul accès par établissement étant cause d'inégalités importantes entre les travailleurs exposés au risque amiante. Il regrette cependant qu'un nouveau rapport soit nécessaire alors que l'étude conduite par l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et remise au ministre en mai 2011 avait conclu à l'existence d'un « *faisceau cohérent et convergent mettant en relief une liste de professions et de secteurs d'activité pouvant être considérés comme les plus exposés à l'amiante* ».

Il espère que ce nouveau rapport pourra marquer la volonté du Gouvernement de rétablir l'équité entre tous les travailleurs exposés à l'amiante et **il vous demande donc d'adopter cet article sans modification.**

Article 70

**Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles pour 2013**

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépense de la branche pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général.

I - Le dispositif proposé

Pour 2013, il est proposé de fixer l'objectif de dépenses de la branche AT-MP à 13,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et à 11,9 milliards d'euros pour le régime général.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur a souligné le caractère exceptionnel de la baisse des charges de la branche pour 2013 qui conduira à poser à nouveau l'année prochaine la question de ses recettes. Il note néanmoins la trajectoire vertueuse sur laquelle la branche semble s'engager, tant par le retour à l'équilibre de ses comptes annuels que par la prise en charge progressive de ses déficits cumulés.

Il estime que cette prise en charge aurait pu être plus rapide afin de permettre à la branche de retrouver rapidement une capacité d'initiative en matière de prévention et de réparation.

Eu égard aux nombreuses améliorations apportées par le PLFSS et à la confiance qu'il place dans le dialogue entre les partenaires sociaux, **votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Section 4

Famille

Article 71

Expérimentation du versement en tiers payant du complément de mode de garde pour les familles modestes

Objet : Cet article prévoit l'expérimentation du versement en tiers payant du complément de libre choix du mode de garde pour les familles modestes.

I - Le dispositif proposé

- Le complément de libre choix du mode de garde (CMG)

Créée en 2004, la **prestation d'accueil du jeune enfant** (Paje) est constituée de quatre éléments :

- la prime à la naissance ou à l'adoption, attribuée sous conditions de ressources et destinée à faire face aux dépenses liées à l'arrivée de l'enfant ;

- l'allocation de base, attribuée sous conditions de ressources et versée mensuellement jusqu'aux trois ans de l'enfant, visant à compenser le coût lié à l'éducation du jeune enfant ;

- le complément de libre choix d'activité (CLCA) attribué à celui des parents qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de travailler à temps partiel pour s'occuper de son enfant de moins de trois ans ;

- le **complément de libre choix du mode de garde (CMG)** versé pour compenser le coût de la garde d'enfant.

En application de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, le CMG est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé ou une personne à domicile pour assurer la garde de son enfant âgé de zéro à six ans.

Le CMG consiste en :

- **une prise en charge maximale de 85 % de la rémunération nette du salarié** dans la limite d'un plafond variable selon les revenus des parents¹ et la composition du foyer ; cette prise en charge est accordée pour chaque

¹ Un minimum de 15 % du salaire versé reste obligatoirement à la charge des parents.

enfant accueilli par un assistant maternel mais une seule fois, quel que soit le nombre d'enfants au foyer, quand il est fait appel à une personne employée à domicile.

Le montant de la prise en charge partielle de la rémunération varie **selon les ressources des parents et l'âge de l'enfant.**

Aide à la rémunération

Ressources des parents inférieures à :	Montant mensuel de la prise en charge partielle de la rémunération :
Pour 1 enfant : 20 079 €	448,25 € pour un enfant de moins de 3 ans
Pour 2 enfants : 23 118 €	
Pour 3 enfants : 26 765 €	224,13 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans
Pour 4 enfants : 30 412 €	
Ressources des parents comprises entre les montants suivants :	Montant mensuel de la prise en charge partielle de la rémunération :
Pour 1 enfant entre 20 079 € et 44 621 €	282,65 € pour un enfant de moins de 3 ans
Pour 2 enfants entre 23 118 € et 51 374 €	
Pour 3 enfants entre 26 765 € et 59 478 €	141,35 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans
Pour 4 enfants entre 30 412 € et 67 582 €	
Ressources des parents supérieures à :	Montant mensuel de la prise en charge partielle de la rémunération :
Pour 1 enfant : 44 621 €	169,57 € pour un enfant de moins de 3 ans
Pour 2 enfants : 51 374 €	
Pour 3 enfants : 59 478 €	84,79 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans
Pour 4 enfants : 67 582 €	

Source : Cnaf

- **une prise en charge des cotisations et contributions sociales dues par le parent employeur** à 100 % pour l'emploi d'un assistant maternel (sous réserve que la rémunération de celui-ci ne dépasse pas un plafond de cinq salaires minimum de croissance - Smic - par jour) et à 50 % pour l'emploi d'une garde à domicile.

- Le recours aux modes de garde individuels diffère selon le niveau de vie des familles

D'après une enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) de 2009¹, **le choix du mode de garde varie fortement selon le niveau de vie des parents**. En bas de l'échelle des revenus, près de la moitié des enfants est gardée en crèche et un peu moins d'un quart l'est chez un assistant maternel. Au milieu et en haut de l'échelle des revenus, la situation est inversée : plus de la moitié des enfants sont gardés par un assistant maternel et un quart fréquente une crèche. S'agissant de la garde à domicile, les écarts sont encore plus importants. Selon la Drees, « *ce mode de garde demeure encore réservé aux familles aisées* ».

Les données du programme de qualité et d'efficience (PQE) relatif à la branche famille confirment ce constat. L'indicateur n° 3-4, intitulé « *Taux d'effort et reste à charge des familles selon le mode de garde, le revenu et la configuration familiale* », montre ainsi que **l'effort financier pour les familles les plus modestes est deux fois plus élevé lorsqu'elles ont recours à un mode d'accueil individuel** plutôt que collectif, tandis que pour les familles à revenu moyen ou élevé, la différence de coût entre les deux modes de garde est très faible.

L'étude d'impact annexée au projet de loi fait également état d'un diagnostic établi par la Caisse d'allocations familiales (Caf) de l'Essonne, dans le cadre de l'accompagnement des familles vulnérables et plus particulièrement des familles monoparentales bénéficiaires du revenu de solidarité active - RSA - majoré, montrant que, dans plusieurs quartiers de ce département, la population se caractérise par une grande précarité socio-économique, un fort besoin de garde d'enfants à des horaires atypiques ou de courte durée et, paradoxalement, un taux de chômage important des assistants maternels agréés.

- L'expérimentation proposée

Afin de faciliter l'accès des familles les plus modestes à un mode de garde individuel, le présent article propose d'expérimenter le versement, par les organismes débiteurs des prestations familiales, du CMG en tiers payant, directement à l'assistant maternel.

Cette expérimentation, dont le champ d'application est circonscrit à la garde par un assistant maternel, poursuit deux objectifs :

- permettre aux familles dont les ressources sont inférieures au revenu garanti fixé pour le bénéficiaire du RSA, de recourir à un mode d'accueil individuel en les dispensant d'une avance de frais ;

- permettre à des assistants maternels, en sous-activité au regard du nombre d'enfants pour lequel ils sont agréés par le conseil général, d'accueillir davantage d'enfants.

¹ Drees, « *Modes de garde et d'accueil des enfants de moins de six ans en 2007* », *Etudes et résultats* n° 678, février 2009.

Un tel dispositif a déjà été expérimenté par la Caf de l'Essonne ; il nécessite toutefois une inscription dans la loi, en vue d'une éventuelle généralisation.

L'article précise tout d'abord **les conditions** relatives à la situation des personnes (personne seule ou couple) susceptibles de participer à l'expérimentation :

- s'agissant du particulier employeur : avoir à charge un enfant âgé de moins de six ans ; être allocataire d'au moins une prestation servie par un organisme débiteur des prestations familiales ; être en emploi ou engagé dans un parcours d'insertion sociale ou professionnelle ; avoir des ressources inférieures au revenu garanti dans le cadre du RSA ;

- s'agissant de l'assistant maternel agréé : accueillir simultanément un nombre d'enfants inférieur à celui autorisé par l'agrément.

L'article énonce ensuite **les engagements** :

- du particulier employeur à l'égard de l'organisme débiteur des prestations familiales (dépôt de la demande de CMG et acceptation du versement direct de la prestation à l'assistant maternel) ; à l'égard du centre national Pajemploi (déclarations mensuelles des éléments de calcul des cotisations et contributions dues), à l'égard de l'assistant maternel (respect de ses obligations légales et conventionnelles), à l'égard des organismes et collectivités partenaires de l'expérimentation (suivi des actions d'accompagnement proposées) ;

- de l'assistant maternel à l'égard de l'organisme débiteur des prestations familiales (acceptation du versement direct de la prestation à son bénéficiaire) ; à l'égard de son employeur (modalités spécifiques d'accueil et respect de ses obligations légales et conventionnelles) ; à l'égard des organismes et collectivités partenaires de l'expérimentation (suivi des actions d'accompagnement proposées).

Selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale à votre rapporteur, une convention tripartite sera signée entre les parents, l'assistant maternel et la Caf, dans laquelle seront inscrits les engagements de chaque partie prenante, notamment celui des parents de verser le reliquat correspondant à la différence entre le montant du CMG perçu par l'assistant maternel et sa rémunération intégrale.

L'article indique également les **circonstances** conduisant à la sortie de l'expérimentation : cessation d'emploi de l'assistant maternel, notification de la volonté de cesser de participer à l'expérimentation, non-respect des engagements de l'employeur ou de l'assistant maternel dans le cadre du dispositif.

La liste des organismes débiteurs participant à l'expérimentation (caisses d'allocations familiales [Caf] et caisses de la mutualité sociale agricole [MSA]) sera fixée par arrêté ministériel.

Il est précisé que l'expérimentation est réalisée en partenariat avec les collectivités territoriales et les organismes locaux en charge de l'information et du conseil aux professionnels de la petite enfance, pour une durée de deux ans à compter de la publication de l'arrêté.

Avant la fin de l'expérimentation, dont la durée est fixée à deux ans, le Gouvernement devra transmettre **un rapport d'évaluation** au Parlement, assorti des observations des organismes débiteurs, des collectivités et organismes y ayant participé.

Selon l'étude d'impact, le coût annuel de l'expérimentation est évalué entre 6 et 12 millions d'euros en 2013 et 2014. En effet, la mesure va permettre à de nouvelles familles, qui jusqu'à présent ne faisaient pas garder leurs enfants, d'accéder au CMG.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **cinq amendements rédactionnels**.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur accueille très favorablement cette expérimentation qui présente le double avantage d'aider les familles les plus modestes à recourir à un assistant maternel en les dispensant d'avance de frais et d'optimiser l'offre d'accueil des assistants maternels actuellement en sous-activité.

Elle insiste toutefois sur le fait qu'elle va nécessiter, au sein des Caf volontaires, un dialogue renforcé entre les services chargés respectivement de l'identification des familles éligibles au dispositif, de l'élaboration de la convention tripartite et du versement de la prestation directement à l'assistant maternel.

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

Article 71 bis
(art. L. 542-7-1 [nouveau], L. 755-21 et L. 831-7-1 [nouveau]
du code de la sécurité sociale)

**Rétablissement du droit aux allocations de logement familiale
et sociale à l'occasion de la recevabilité d'une demande
de traitement d'une situation de surendettement**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à rétablir le droit aux allocations de logement à caractère familial et social à l'occasion de la recevabilité d'une demande de traitement d'une situation de surendettement.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La loi n° 2010-737 du 1^{er} juillet 2010 portant réforme du crédit à la consommation a renforcé la protection des locataires surendettés en rétablissant les droits à l'aide personnalisée au logement (APL) à l'occasion de la décision déclarant la recevabilité d'une demande de traitement d'une situation de surendettement par la commission de surendettement.

Ce nouveau droit a cependant été limité aux seuls bénéficiaires de l'APL.

A des fins d'équité et d'harmonisation, le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement, propose d'**étendre, à compter du 1^{er} janvier 2013, ce rétablissement des droits aux deux autres allocations logement, à savoir l'allocation de logement familiale et l'allocation de logement sociale.** Il crée, à ce titre, deux nouveaux articles L. 542-7-1 et L. 831-7-1 dans le code de la sécurité sociale.

L'allocation de logement à caractère familial (ALF) concerne les personnes qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'APL et qui ont des enfants (ou d'autres personnes à charge) ou qui forment un ménage marié.

L'allocation de logement à caractère social (ALS) s'adresse à ceux qui ne peuvent bénéficier ni de l'APL, ni de l'ALF. Les principaux concernés sont les jeunes, les ménages sans enfant, les personnes âgées ou handicapées.

Selon les informations transmises par les services du ministère à votre rapporteur, le coût de cette mesure devrait s'élever entre 6 et 7 millions d'euros en 2013.

II - La position de votre rapporteur

La commission a adopté **un amendement rédactionnel.**

Le rétablissement des droits aux allocations de logement à caractère familial et social permettra d'éviter les expulsions des familles en grande difficulté, dont le dossier de surendettement aura été déclaré recevable.

Très favorable à cette mesure de solidarité, **vo**tre rapporteur vous **demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 71 ter

*(art. L. 1225-35, L. 1225-36, L. 1142-3 et L. 1262-4 du code du travail ;
art. L. 4138-2 et L. 4138-4 du code de la défense ;
art. L. 5553-3 du code des transports ; art. L. 331-8, L. 613-19-2, L. 722-8-3,
L. 168-7, L. 532-2, L. 544-9, et L. 223-1 du code de la sécurité sociale ;
art. 22 bis et 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984
portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;
art. 38 bis et 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984
portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;
art. 32-2 et 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986
portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
art. 6 de la loi n° 2005-159 du 23 février 2005
relative au contrat de volontariat de solidarité internationale)*

**Transformation du congé de paternité
en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à transformer le congé de paternité, actuellement fondé sur le lien de filiation, en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant, ouvert à la personne vivant avec la mère.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

• Le congé de paternité

La loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 a créé **le congé de paternité afin de reconnaître socialement l'implication des pères dans l'éducation des enfants et favoriser un partage plus équitable des tâches entre les femmes et les hommes.**

La durée de ce congé, qui peut être pris dans les quatre mois suivant la naissance, est de **onze jours calendaires consécutifs** ou de dix-huit jours en cas de naissances multiples. Le congé n'est pas fractionnable, mais le père peut n'en prendre qu'une partie et il n'est pas nécessaire que les onze jours soient consécutifs aux trois jours accordés dans le cadre du congé de naissance¹.

Le congé de paternité est ouvert à l'ensemble des pères salariés, travailleurs indépendants, travailleurs agricoles, fonctionnaires et chômeurs indemnisés.

¹ *Tout salarié bénéficie de trois jours d'absence à l'occasion de la naissance d'un enfant. Ces trois jours doivent être pris consécutivement ou de façon fractionnée, dans les quinze jours précédant ou succédant la naissance de l'enfant. Ces trois jours sont considérés comme du travail effectif et ouvrent donc droit à rémunération. Ils sont cumulables avec le congé de paternité. Les fonctionnaires y ont droit également, mais ces jours sont considérés comme des autorisations spéciales d'absence.*

Le père doit informer son employeur de la date et de la durée de son congé un mois avant la date choisie.

Pendant la durée du congé, le contrat de travail est suspendu et le salarié n'est plus rémunéré par son employeur, mais perçoit **une indemnité journalière** servie par la caisse d'assurance maladie dont il relève, pour le compte de la caisse d'allocations familiales.

Dans le cadre du régime général, **l'indemnité journalière correspondant au congé de paternité est calculée de la même manière que celle versée pendant le congé de maternité**. Elle est égale au gain journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires¹ des trois mois qui précèdent le congé de paternité ou des douze mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue. Au 1^{er} janvier 2012, le montant maximum de l'indemnité journalière versée était de 80,04 euros par jour.

Des conventions collectives ou des accords de branche peuvent toutefois prévoir le maintien du salaire par l'employeur pendant le congé de paternité.

Pour les fonctionnaires, le maintien du salaire est assuré. Pour le régime agricole, si le père est salarié agricole, il percevra des indemnités journalières, tandis que s'il est exploitant, il percevra une allocation de remplacement. Dans le cas du régime des indépendants, une indemnité de remplacement forfaitaire est versée. Elle est égale à 1/60^e du plafond mensuel de sécurité sociale si la personne est chef d'entreprise et à 1/28^e si la personne est conjoint collaborateur.

- Le recours au congé de paternité

Au total, ce sont près de **388 091 pères qui ont bénéficié d'un congé de paternité en 2011** dont 355 724 pour le régime général, 16 336 pour le régime social des indépendants et 16 031 pour la mutualité sociale agricole (dont 12 966 salariés et 3 065 exploitants)². La durée moyenne de ce congé est de 10,9 jours pour le régime général et de onze jours pour les indépendants et les salariés agricoles. Il est plus court pour les exploitants agricoles, les deux tiers d'entre eux prenant un congé de moins de onze jours, dont 50 % de moins de quatre jours.

S'agissant du régime général, on constate, sur la période 2002-2011, **une augmentation de 15 % du nombre de pères ayant bénéficié d'un congé de paternité**. Le dispositif semble avoir terminé sa montée en charge puisqu'entre 2010 et 2011, cette augmentation n'était plus que de 1 %.

¹ Salaires soumis à cotisations, pris en compte dans la limite du plafond de la sécurité sociale et diminués du montant des cotisations salariales obligatoires à caractère légal et conventionnel et de la CSG.

² Ces chiffres sont issus des réponses aux questionnaires budgétaires.

Pour ce même régime, les dépenses engagées au titre des indemnités journalières versées dans le cadre du congé de paternité se sont élevées, en 2011, à un peu plus de 227 millions d'euros (en hausse de 1,6 % par rapport à 2010), le nombre de journées indemnisées étant d'environ 3,9 millions (ce chiffre est stable par rapport à 2010).

• L'élargissement du périmètre proposé

Afin de tenir compte de l'évolution des modèles familiaux, le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement sous-amendé en séance par le groupe socialiste, propose d'**étendre le bénéfice du congé de paternité au conjoint de la mère de l'enfant, à la personne vivant maritalement avec elle ou ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) avec elle.**

Sont donc visés par cette mesure :

- les couples hétérosexuels, au sein desquels le compagnon de la mère n'est pas le père de l'enfant ;
- les couples homosexuels féminins, au sein desquels l'une des deux partenaires a donné naissance à un enfant.

A cet effet, le congé de paternité est transformé en **un congé de paternité et d'accueil de l'enfant.**

Le présent article procède donc aux nombreuses coordinations nécessaires dans les codes concernés.

La nouvelle rédaction de l'article L. 1225-35 du code du travail règle la question d'une éventuelle « concurrence » entre le père de l'enfant et la personne vivant avec la mère, au profit de cette dernière. Ainsi, **le bénéfice du congé de paternité et d'accueil de l'enfant revient de droit à la personne vivant avec la mère.**

L'exposé des motifs de l'amendement du Gouvernement précise bien que ce congé ne peut être accordé qu'à un seul adulte et que la mère devra attester sur l'honneur vivre avec une personne autre que le père de l'enfant.

Cet élargissement du congé de paternité est **conforme à la préconisation de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations (Halde) formulée en 2007¹** à la suite de la saisine, par un couple de femmes pacsées, d'une réclamation relative à un refus du bénéfice du congé de paternité opposé à l'une d'entre elles au motif qu'elle n'était pas le père de l'enfant de sa partenaire.

Le président de la Halde avait alors adressé un courrier au Premier ministre appelant à une évolution du congé de paternité :

« Au regard de l'objet du congé de paternité, favoriser dès le plus jeune âge un lien entre l'enfant et la personne l'élevant, le Collège constate l'absence de prise en considération de la diversité de la composition des foyers dans lesquels les enfants sont élevés. Dès lors, le Collège estime qu'il

¹ Délibération n° 2007-203 du 3 septembre 2007 relative au congé de paternité pour les couples de même sexe.

serait utile de substituer à la notion de congé de paternité, fondée exclusivement sur le lien de filiation, un congé d'accueil du jeune enfant ouvert au partenaire du parent, contribuant à l'éducation de l'enfant. »

Comme l'a rappelé la ministre déléguée à la famille en séance publique à l'Assemblée nationale, certaines entreprises (SFR, Eaux de Paris) et collectivités (conseils généraux de Seine-et-Marne et de l'Essonne) ont déjà mis en place un congé d'accueil de l'enfant.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur accueille très favorablement la transformation du congé de paternité en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Il s'agit **d'une mesure d'équité qui reconnaît, pour la première fois, le rôle du ou de la partenaire de la mère dans l'éducation de l'enfant.**

Droit social, le congé de paternité a été conçu pour permettre une meilleure répartition des tâches éducatives au moment de la naissance et favoriser un lien entre l'enfant et la personne l'élevant. Il est donc logique que le ou la partenaire de la mère, qui va vivre quotidiennement avec l'enfant, puisse y être éligible au même titre que le père de l'enfant.

Pour les couples hétérosexuels, cette mesure pose évidemment la question d'une éventuelle « concurrence » entre le père de l'enfant et le nouveau compagnon de la mère. Même si le dispositif retenu donne priorité à ce dernier, il ne remet absolument pas en cause les droits du père en tant que titulaire de l'autorité parentale.

Pour les couples homosexuels féminins, en revanche, la situation est plus simple puisque ce risque de « concurrence » n'existe pas.

Votre rapporteur s'interroge, cependant, sur le choix du Gouvernement de ne pas étendre le congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux couples homosexuels masculins, créant ainsi une nouvelle rupture d'égalité en fonction du genre. Au nom de quoi le compagnon d'un homme ayant adopté seul un enfant ne pourrait-il pas bénéficier du congé de paternité et d'accueil, au même titre que la partenaire de la mère ? La délibération de la Halde de 2007 faisait bien référence au « *congé de paternité pour les couples de même sexe* », sans distinction de genre.

La commission a adopté **un amendement rédactionnel.**

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

Article 72

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2013

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour l'année 2013.

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.

Les dépenses de la branche famille sont, pour l'essentiel, celles de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), qui retrace dans ses comptes l'ensemble des prestations légales servies par les différents organismes. Les prestations extra-légales versées par les autres régimes, ainsi que leurs dépenses de fonctionnement, sont également retracées dans l'objectif global de dépenses.

Chaque année, l'objectif de dépenses est fixé en fonction du montant prévisionnel des dépenses de la branche, 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).

L'objectif de dépenses pour l'année 2013 s'élève à **58,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et à 58,1 milliards d'euros pour le seul régime général**. Il est donc **en hausse de 2,9 % (1,7 milliard d'euros) par rapport aux objectifs rectifiés pour l'année 2012**, tant pour l'ensemble des régimes obligatoires de base (56,9 milliards d'euros) que pour le seul régime général (56,4 milliards d'euros).

Si l'on compare l'objectif de dépenses pour 2013 à l'objectif initial pour 2012, la hausse s'élève à 3,75 % (2,1 milliards d'euros). En effet, l'objectif initial pour 2012 ne pouvait tenir compte des mesures adoptées ultérieurement, hors lois de financement, comme l'augmentation de 25 % du montant de l'allocation de rentrée scolaire.

Pour l'année 2013, l'augmentation des dépenses s'expliquerait principalement par le dynamisme des aides au logement (4,1 %), conséquence de l'augmentation du chômage ; par la croissance des dépenses extra-légales d'action sociale de la Cnaf ; par les transferts au titre des droits familiaux de retraite (4 %) ; par la revalorisation de la BMAF.

Dans le projet de loi de financement initial, ne figurerait qu'une mesure en dépenses, l'expérimentation sur deux ans du versement en tiers payant du complément de mode de garde pour les familles modestes. Son incidence financière annuelle, difficile à évaluer, est estimée par l'étude d'impact entre 6 et 12 millions d'euros en 2013 et 2014.

Après l'examen du texte à l'Assemblée nationale, deux autres mesures ont été inscrites en dépenses : la transformation du congé de paternité en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rétablissement des allocations logement pour les locataires surendettés. Selon les informations transmises par les services du ministère à votre rapporteur, leur coût est respectivement évalué à 2 millions d'euros et entre 6 et 7 millions pour 2013.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a apporté aucune modification à cet article.

III - La position de votre rapporteur

Favorable aux mesures « famille » inscrites en dépenses, **votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 73

Participation du fonds de solidarité vieillesse au financement du minimum contributif

Objet : Cet article fixe à 3,9 milliards d'euros la participation du fonds de solidarité vieillesse au financement du minimum contributif en 2013.

I - Le dispositif proposé

- Depuis 2011, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend en charge une partie des dépenses jusqu'alors engagées par le régime général et les régimes alignés pour le financement du minimum contributif et se voit affecter à ce titre des recettes nouvelles.

Le minimum contributif constitue un complément de pension destiné aux assurés les plus modestes qui remplissent les conditions d'attribution du taux plein, soit du fait de leur durée d'assurance, soit du fait de leur âge, ou bien du fait de leur inaptitude. Le nombre total de bénéficiaires de ce dispositif est estimé à environ six millions de retraités, dont près de cinq millions relèvent du régime général.

Le montant de la participation du FSV est fixé forfaitairement chaque année et représente plus de 50 % de la dépense totale des trois régimes concernés.

Pour 2011, la participation du FSV a été établie à 3,5 milliards d'euros. Des recettes nouvelles d'un montant équivalent lui ont été transférées en contrepartie. Il s'agit principalement de la totalité de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) additionnelle, de 2,45 points du forfait social et d'une fraction égale à 16,7 % du produit de la taxe sur les salaires.

Pour l'exercice 2012, la participation du FSV a été établie à 3,9 milliards d'euros. Ce montant correspondait au rendement en 2012 des nouvelles recettes affectées au fonds en 2011.

• L'article 73 du projet de loi **maintient à 3,9 milliards d'euros la participation du FSV au financement du minimum contributif en 2013.**

Il maintient également la répartition de cette participation entre le régime général (3,4 milliards d'euros), le régime des salariés agricoles (400 millions d'euros) et le régime des professions artisanales, industrielles et commerciales (100 millions d'euros).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

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

Article 74

Fixation 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 2013.

I - Le dispositif proposé

L'article L.O. 113-3 du code de la sécurité sociale prévoit la fixation par la loi de financement de la sécurité sociale des charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) est à ce jour le seul organisme concerné.

En conformité avec le tableau d'équilibre présenté à l'article 30 du projet de loi, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles du FSV à **19,3 milliards d'euros pour l'exercice 2013**. Les dépenses prévisionnelles rectifiées prévues à l'article 5 pour l'exercice 2012 s'établissent à 18,6 milliards d'euros.

Les charges prévisionnelles du FSV pour 2013 progressent ainsi de 3,8 % par rapport à 2012.

Près de 55 % des charges (10 milliards d'euros) sont constituées par les **compensations aux régimes de retraite des validations de trimestres d'assurance vieillesse au titre du chômage**. Selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport d'octobre 2012, ces charges devraient continuer à croître de manière soutenue en 2013 (+ 5,6 %) sous l'impact de la crise sur l'emploi.

La part des dépenses liées au **minimum contributif** pris en charge par le FSV se maintiendra en 2013 à son niveau de 2012, soit 3,9 milliards d'euros, comme le prévoit l'article 73 du projet de loi.

Les charges liées au **minimum vieillesse** devraient atteindre 3,2 milliards d'euros, en progression de 2 % en 2013.

Enfin, la compensation aux régimes de retraite des **validations gratuites** de trimestres d'assurance au titre des **périodes d'arrêt maladie, maternité ou d'invalidité**, dont le FSV assure la compensation depuis le second semestre 2010, s'élèverait à 1,39 milliard d'euros, en progression de 2,9 %.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

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

Section 6

Gestion du risque et gestion interne des régimes obligatoires

Article 75

(art. L. 242-1-2, L. 243-7-5 [nouveau], L. 243-7-6 [nouveau],
L. 243-7-7 [nouveau] du code de la sécurité sociale ;
art. L. 725-3-2, L. 725-22-1 [nouveau], L. 741-10
du code rural et de la pêche maritime)

Elargissement et majoration des redressements de cotisations sociales en cas de fraude

Objet : Cet article vise à renforcer la lutte contre la fraude aux cotisations sociales, notamment en cas de travail dissimulé.

I - Le dispositif proposé

Ces dernières années, l'arsenal juridique de lutte contre la fraude aux prestations s'est considérablement étoffé à la faveur des lois de financement de la sécurité sociale successives.

Or, les enjeux financiers qui y sont associés sont sans commune mesure avec ceux relatifs à la fraude aux cotisations, pour laquelle le dispositif de sanctions est bien moins développé. Ainsi, la Cour des comptes a évalué en 2010 **la fraude aux prestations** pour le régime général à hauteur de **2 à 3 milliards d'euros par an**, alors que **la fraude aux cotisations** a été estimée par l'Acoss en 2009 à un montant compris **entre 13,5 et 15,8 milliards d'euros**.

Le présent article entend donc renforcer le dispositif de lutte contre la fraude aux cotisations et comprend, à cette fin, trois mesures.

- L'élargissement des modalités d'exploitation des procès-verbaux de travail dissimulé

En l'état actuel du droit, les organismes chargés du recouvrement des cotisations ne peuvent **exploiter que de façon restrictive les procès-verbaux de travail dissimulé** transmis par les inspecteurs et contrôleurs du travail, les officiers de police judiciaire et les agents des impôts et des douanes. En effet, le redressement ne peut être opéré que sur une base forfaitaire, soit 3 500 à 4 000 euros par salarié en situation de travail dissimulé.

Le redressement au réel, sur la base des informations transmises, dès lors que celles-ci contiennent suffisamment de précisions sur la période d'emploi et le montant des rémunérations versées au salarié en situation de travail dissimulé, **serait beaucoup plus pertinent**. Mais cette technique n'est actuellement possible que si une nouvelle procédure de contrôle sur place est engagée par l'organisme de recouvrement.

Afin de permettre que le redressement puisse être effectué sur la base des informations transmises (c'est-à-dire au réel), **le paragraphe II** du présent article crée **un nouvel article L. 243-7-5** dans le code de la sécurité sociale.

Celui-ci prévoit la possibilité, pour les organismes de recouvrement, de **procéder au redressement des cotisations** et contributions sociales dues **sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé**, qui leur sont transmis par les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail¹.

Cet élargissement est favorable aux salariés en situation de travail dissimulé, dans la mesure où les conditions de validation des droits au titre de l'assurance vieillesse sont plus faciles à réunir en cas de redressement au réel qu'en cas de redressement forfaitaire.

- La majoration du redressement de cotisations dû par l'employeur en cas de réitération d'une pratique non conforme à la législation

Actuellement, **un employeur qui maintient, même intentionnellement, des pratiques non conformes à la législation de sécurité sociale, n'encourt pas de sanctions ou de majorations particulières**, hormis la non-remise de ses majorations de retard.

Dans la pratique, cette absence de sanction est très préjudiciable car certains employeurs, plutôt que d'assurer la mise en conformité de leurs pratiques, peuvent trouver leur intérêt à aller jusqu'à intégrer dans leur gestion du risque les conséquences financières d'un éventuel contrôle des organismes de recouvrement.

Dans le domaine fiscal, des sanctions ou majorations particulières sont prévues pour lutter contre de telles pratiques.

Aussi, **le paragraphe II** du présent article étend ce type de dispositif au code de la sécurité sociale. Il crée, à cette fin, **un nouvel article L. 243-7-6 qui prévoit la majoration du montant du redressement des cotisations et contributions de 10 % en cas de constat d'absence de mise en conformité**.

¹ *Les inspecteurs et les contrôleurs du travail, les officiers et agents de police judiciaire, les agents des impôts et des douanes, les agents des organismes de sécurité sociale et des caisses de la mutualité sociale agricole agréés à cet effet et assermentés, les officiers et les agents assermentés des affaires maritimes, les fonctionnaires des corps techniques de l'aviation civile commissionnés à cet effet et assermentés, les fonctionnaires ou agents de l'Etat chargés du contrôle des transports terrestres, les agents de Pôle emploi chargés de la prévention des fraudes.*

Il est précisé qu'un tel constat est dressé lorsque l'employeur n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non.

- La majoration du redressement de cotisations dû par l'employeur en cas de constat d'un travail dissimulé

Selon l'étude d'impact, **la majoration des cotisations dues suite à un constat de travail dissimulé apparaît limitée et manquant de lisibilité.**

L'article R. 243-18 du code de la sécurité sociale prévoit, certes, que la majoration de retard initiale est doublée (elle passe de 5 % à 10 %), mais la pratique montre que cette sanction est insuffisamment dissuasive et inadaptée au préjudice causé pour les finances sociales.

C'est pourquoi **le paragraphe II** introduit **un nouvel article L. 243-7-6** du code de la sécurité sociale afin que **le montant du redressement des cotisations et contributions sociales** mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle ou dans le cadre d'un redressement opéré en application du nouvel article L. 243-7-5 **soit majoré de 25 % en cas de constat de travail dissimulé.**

Cette majoration présente un caractère indemnitaire en tant que compensation du préjudice subi par la sécurité sociale et est donc notifiée, indépendamment de l'engagement ou non de poursuites par le procureur de la République.

*

Le **paragraphe I** du présent article procède à un toilettage du code de la sécurité sociale afin de tenir compte de l'entrée en vigueur du nouveau code du travail.

Le **paragraphe IV** transpose aux salariés agricoles, dans le code rural et de la pêche maritime, les dispositions du II applicables aux salariés du régime général.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a procédé qu'à deux modifications rédactionnelles.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur accueille très favorablement le renforcement de l'arsenal juridique en matière de lutte contre la fraude aux cotisations.

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

*Article additionnel avant l'article 75
(art. L. 315-1 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 4311-1 du code de la santé publique)*

**Infirmiers-conseils dans les services du contrôle médical
de l'assurance maladie**

Objet : Cet article additionnel ouvre la possibilité au service du contrôle médical de l'assurance maladie de se doter d'infirmiers-conseils.

Les services du contrôle médical des caisses d'assurance maladie voient leurs missions s'accroître et se diversifier avec le développement de la politique de gestion du risque et des services de santé destinés aux assurés.

A l'initiative de votre rapporteur, votre commission a adopté, sous la forme d'un article additionnel, un amendement ayant pour objet de doter les équipes du contrôle médical d'infirmiers-conseils afin de répondre aux nouveaux besoins que ce service rencontre.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'il vous soumet.

*Article 75 bis
(art. L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale)*

**Personnes habilitées à échanger des informations en matière
de lutte contre la fraude à la sécurité sociale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à élargir la liste des personnes habilitées à échanger des informations en matière de lutte contre la fraude à la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Les articles L. 114-16-1 à L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale permettent les échanges d'informations entre les services de l'Etat et les organismes de protection sociale, nécessaires à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes à la sécurité sociale.

L'article L. 114-16-3 ne s'applique toutefois pas à l'ensemble des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, dès lors que ces organismes ne disposent pas d'agents de contrôle agréés et assermentés.

Or la grande majorité de ces organismes ne dispose pas d'agents de contrôle, ou en dispose de manière très limitée. C'est le cas notamment des régimes des non-salariés et des régimes spéciaux.

Le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement, propose donc que **les agents de direction de ces régimes puissent être intégrés dans le dispositif interministériel d'échanges d'informations en matière de lutte contre la fraude à la sécurité sociale**, à l'instar des dispositions déjà applicables pour les agents de direction des caisses du régime général et de la mutualité sociale agricole.

S'agissant du régime social des indépendants, il est également proposé que des agents de la caisse nationale, nommément désignés par le directeur général de cet organisme, soient habilités à participer à ces échanges d'informations.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur approuve cette mesure de bon sens, qui participe du renforcement du dispositif de lutte contre la fraude à la sécurité sociale.

En conséquence, il vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 75 ter

(art. L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale)

Suppression de l'habilitation ministérielle pour participer aux échanges d'informations en matière de lutte contre la fraude à la sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose de supprimer l'habilitation ministérielle préalable à la désignation des agents des impôts et des douanes autorisés à participer aux échanges d'informations en matière de lutte contre la fraude à la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Les articles L. 114-16-1 à L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale permettent les échanges d'informations entre les services de l'Etat et les organismes de protection sociale, nécessaires à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes à la sécurité sociale.

S'agissant **des agents des impôts et des douanes** visés au 1° de l'article L. 114-16-3 au titre de leur compétence en matière de lutte contre le travail illégal, le législateur a prévu **une désignation par le ministre du budget**.

Or, il s'agit actuellement du seul dispositif de levée du secret professionnel au bénéfice des organismes de protection sociale qui soit conditionné à une habilitation ministérielle préalable spécifique. Une telle désignation ne s'applique en effet ni aux officiers et agents de police judiciaire, ni aux inspecteurs et contrôleurs du travail.

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement, propose donc de **supprimer cette habilitation ministérielle préalable**, considérant que les informations concernées par ces échanges ne présentent pas de caractéristiques de nature à justifier une telle procédure.

II - La position de votre rapporteur

Cette mesure sera de nature à renforcer la réactivité de l'administration fiscale à répondre aux demandes des organismes de protection sociale, et donc l'efficacité de la lutte contre la fraude à la sécurité sociale.

En conséquence, votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 76

(art. L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale)

Conditions d'annulation des exonérations de cotisations sociales des donneurs d'ordre en cas de travail dissimulé

Objet : Cet article vise à modifier les conditions requises pour l'annulation des exonérations de cotisations sociales des donneurs d'ordre en cas de travail dissimulé.

I - Le dispositif proposé

- Les règles en vigueur

L'évolution des pratiques en matière de contournement de la législation sociale a conduit le législateur à renforcer les obligations en matière de prévention du travail dissimulé des personnes bénéficiaires de contrats d'un montant de 3 000 euros ou plus portant sur l'exécution d'un travail, sur la fourniture d'une prestation de services ou sur l'accomplissement d'un acte de commerce par une autre personne.

Le code du travail précise la portée de **ces obligations dites de vigilance et de diligence** :

- l'obligation de vigilance (article L. 8221-1) s'exerce à la fois en amont de la signature du contrat et périodiquement, tous les six mois, pendant l'exécution de la prestation. Le donneur d'ordre doit s'assurer non seulement que son cocontractant est à jour de ses obligations sociales de fourniture des déclarations et de paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale, mais aussi que l'attestation remise par le cocontractant à cet effet est authentique et en cours de validité ;

- l'obligation de diligence (article L. 8222-5) s'exerce uniquement au cours de l'exercice de l'activité et contraint le donneur d'ordre, informé de l'intervention d'un sous-traitant en situation irrégulière, à enjoindre aussitôt ce dernier de faire cesser sans délai cette situation.

Le manquement à ces obligations rend le donneur d'ordre solidairement tenu du paiement des impôts, taxes, contributions et cotisations dues par son sous-traitant et comptable du remboursement éventuel des aides publiques dont il aurait bénéficié.

Introduit par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, **l'article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale a ajouté à ce dispositif une nouvelle sanction** à l'encontre des donneurs d'ordre dont la complicité avec le sous-traitant a été constatée par procès-verbal de travail dissimulé. **Les donneurs d'ordre complices doivent désormais rembourser les exonérations de cotisations et contributions sociales** dont ils ont bénéficié sur la période pendant laquelle le travail dissimulé a été constaté.

Cette mesure n'a, en pratique, que peu été opérante. En effet, la complicité du donneur d'ordre est souvent très difficile à établir par un agent de contrôle au moment de l'établissement du procès-verbal. Le plus souvent, c'est lorsqu'une enquête judiciaire est engagée, que les responsabilités du donneur d'ordre peuvent être clairement identifiées et que son éventuelle complicité peut être prouvée.

- La modification introduite

Le présent article procède à une réécriture globale de l'article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale afin d'aligner, en matière de travail dissimulé, le régime des exonérations sociales sur celui du remboursement des aides publiques dont le donneur d'ordre a pu également bénéficier.

La condition préalable d'établissement de la complicité entre le donneur d'ordre et son sous-traitant pour exiger le remboursement des exonérations est abandonnée. Désormais, si le donneur d'ordre a manqué à ses obligations de vigilance et de diligence alors que son sous-traitant a recouru au travail dissimulé, l'organisme de recouvrement pourra procéder à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations et contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés. Cette sanction est également applicable au maître d'ouvrage qui n'a pas respecté ses obligations.

L'annulation s'exerce dans les mêmes conditions que celles s'appliquant aux employeurs ayant eux-mêmes directement recouru au travail dissimulé (article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale). L'annulation s'appliquera pour chacun des mois au cours desquels la méconnaissance de ses obligations par le donneur d'ordre aura été constatée, mais le montant global de la sanction administrative ne pourra excéder 15 000 euros pour une personne physique et 75 000 euros pour une personne morale.

Les modalités d'application de cette annulation, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a procédé à aucune modification du présent article.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur reconnaît l'utilité de cet article, qui responsabilise davantage le donneur d'ordre quant au respect, par ses sous-traitants, de leurs obligations en matière de prévention du travail dissimulé.

En conséquence, il vous demande d'adopter cet article sans modification.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 7 novembre 2012, sous la présidence de Mme Annie David, présidente, la commission procède à l'examen des rapports de MM. Yves Daudigny, rapporteur général en charge des équilibres financiers généraux et de l'assurance maladie, et Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social, Mmes Isabelle Pasquet, rapporteure pour la famille, et Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse et M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Un projet de loi de financement de la sécurité sociale porte sur le passé, sur le présent et sur l'avenir.

Le passé, c'est le lourd passif des années 2008-2011. Le solde structurel était déjà négatif en 2008 lorsque la crise a commencé, alors qu'il devrait être excédentaire pour faire face aux défis du vieillissement ! Il s'est creusé jusqu'en 2010 où il a atteint 0,9 point de PIB, les effets d'une gestion peu responsable s'ajoutant à la crise. Depuis 2011, le déficit tend à se réduire. La composante structurelle représentait 60 % du déficit des administrations de sécurité sociale en 2009, 75 % en 2010 et environ 66 % en 2011. Indépendante des effets de la croissance, elle résulte exclusivement du pilotage des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Le fonds de réserve des retraites (FRR) et la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) sont structurellement excédentaires, et le mode de gestion de l'Unedic par les partenaires sociaux le fait tendre vers l'équilibre structurel, même si d'importants déséquilibres conjoncturels peuvent survenir.

Le montant des déficits a été de 29,6 milliards d'euros en 2010, et de 22,6 milliards d'euros en 2011. L'article 2 nous présente un tableau patrimonial au 31 décembre 2011 inédit : un passif financier net de 111,2 milliards d'euros, soit 5,5 % du PIB, contre 96 milliards d'euros, soit 4,9 % du PIB, au 31 décembre 2010, l'endettement financier atteignant 170,1 milliards d'euros contre 146,8 milliards un an avant.

En 2012, le déficit de l'ensemble des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) devrait être de l'ordre de 19,3 milliards d'euros, dont 13,1 milliards pour le régime général. C'est le double de ce qui avait été enregistré en 2008, mais c'est 10 milliards de moins qu'en 2010, la réduction ayant été moins forte en 2012 qu'en 2011, car la progression de la masse salariale a été moins importante : 2,5 % en 2012 contre 3,6 % en 2011.

La bonne tenue de l'année 2012 résulte des collectifs budgétaires et en particulier de celui du 16 août : la loi de financement initiale fixait un objectif de 13,8 milliards d'euros pour le déficit du régime général, mais avant le collectif de l'été, la commission des comptes de la sécurité sociale anticipait un déficit de 15,5 milliards ! Elle l'a réévalué à 14,6 milliards après une première estimation des mesures du collectif, puis en octobre, à 13,1 milliards, ce qui correspond à une amélioration par rapport aux objectifs fixés par la loi de financement initiale.

La nouvelle majorité sénatoriale a pris ses responsabilités il y a un an, en adoptant neuf principaux amendements sur le PLFSS pour 2012, avec un double objectif : réduire les niches sociales, suivant ainsi à la fois les préconisations de la Cour des comptes visant à les diminuer de 10 milliards d'euros et celles du rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, présidé par M. Henri Guillaume, inspecteur général des finances ; augmenter les prélèvements sur le capital. Le Sénat a donc voté plus de 8,2 milliards d'euros de recettes nouvelles, dont 5,2 milliards au profit de la sécurité sociale, mais ses propositions ont été rejetées par le précédent gouvernement. En 2012, sept de ces neuf mesures ont été adoptées en lois de finances rectificatives, et notamment toutes celles qui proposaient de s'attaquer aux niches sociales. La gauche a donc nettement participé à l'amélioration des comptes de la sécurité sociale, ainsi qu'à accroître l'équité dans la répartition de la charge.

Nous sommes encore plus ambitieux pour 2013, puisque nous visons un redressement des comptes représentant 32,3 % du solde tendanciel, contre 29,8 % pour 2012, avec une répartition de l'effort modifiée : 35 % des mesures nouvelles en recettes consistent en suppressions de niches sociales, contre 10 % pour 2012, année où 73 % des mesures nouvelles étaient des créations de taxes.

Le passé, c'est aussi la dette sociale, qu'il nous faut financer. Le PLFSS ne prévoit aucune reprise de dette des déficits pour 2012 de la branche famille et de la branche maladie par la Cades. L'Acoss bénéficie en effet de taux courts particulièrement attractifs qui pourraient se maintenir en 2013, c'est donc elle qui financera à court terme le déficit de ces branches pour 2012, mais je souhaite que la Cades reprenne ces dettes au plus tôt, sans doute en 2014 : dette et trésorerie ne doivent pas être confondues.

Pour la période 2012-2017, les projections prévoient un déficit cumulé de ces deux branches de 34,6 milliards d'euros. Dans l'hypothèse d'une reprise au fil de l'eau à compter de 2014, avec reprise initiale des déficits 2012 et 2013 en 2014, le surcroît nécessaire de recettes nouvelles sera

de l'ordre de 3,5 milliards d'euros pour une extinction dès 2024, soit l'équivalent de 0,25 point de CRDS. Pour éviter des charges plus lourdes encore, il nous faut prévoir une reprise des déficits sociaux par la Cades au plus tôt.

Ce PLFSS est respectueux de nos engagements et des positions exprimées il y a un an par la majorité sénatoriale. Pour la première fois nous passons, en matière de niches sociales, des discours aux actes, même si cela fait grincer des dents. C'est une œuvre nécessaire et juste pour porter les recettes à la hauteur des besoins sociaux que nous devons financer. Je recommanderai donc en séance publique que nous adoptions ce texte.

Mme Annie David, présidente. - *Nous passons maintenant à la présentation de votre rapport sur la partie assurance maladie.*

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Le PLFSS contient cette année trente et un articles concernant l'assurance maladie, hors secteur médico-social, dont onze qui ont été ajoutés par l'Assemblée nationale. Les dépenses maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base sont estimées à 190 milliards d'euros en 2013, soit 40 % des dépenses de l'ensemble des branches. Le déficit devrait diminuer légèrement pour s'établir à 5,1 milliards, soit 2,7 % des dépenses, après 8,5 milliards en 2011 et 5,5 milliards en 2012. L'Ondam correspond à la plus grande part de ces dépenses ; il est fixé à 175,4 milliards d'euros pour 2013, en progression de 2,7 % par rapport à 2012. Certaines dépenses ne sont pas incluses dans l'Ondam : ce sont essentiellement les prestations d'invalidité et d'incapacité permanente (9,4 milliards en 2013) et les indemnités journalières maternité et paternité (3 milliards). Elles progressent plus rapidement que l'Ondam, puisqu'elles devraient augmenter de 3,4 % en 2013. Le Gouvernement a choisi de fixer le même taux d'évolution pour les deux principaux sous-objectifs de l'Ondam : les soins de ville et l'Ondam hospitalier progresseront chacun de 2,6 % en 2013. Cela représente une enveloppe supplémentaire de 4 milliards d'euros pour la santé en France, indépendamment de l'Ondam médico-social qui progresse de 600 millions, soit une hausse de 4 %. Or, du fait de facteurs que nous connaissons tous - vieillissement, maladies chroniques... - le rythme spontané de progression des dépenses d'assurance maladie est estimé à 4,1 % pour 2013. Respecter un Ondam de 2,7 % demande donc de prendre des mesures pour limiter la croissance spontanée des dépenses ; ces mesures se chiffreront à 2,4 milliards d'euros en 2013, dont un peu plus de 1 milliard sur les produits de santé (sur un total de 27 milliards), 0,6 milliard sur l'efficacité des prescriptions en ville, 0,2 milliard sur les tarifs de certains professionnels, 0,3 milliard sur la rationalisation des achats hospitaliers et 0,2 milliard sur l'amélioration des prises en charge à l'hôpital. On ne peut, toutefois, faire indéfiniment reposer la maîtrise de l'Ondam sur des baisses de prix des médicaments. Cela ferait courir des risques à la compétitivité de notre pays. Nous devons analyser les différentes composantes du prix et accentuer les actions menées à la source, c'est-à-dire dès la prescription.*

Quatre milliards de dépenses supplémentaires tout en maîtrisant les dépenses et sans peser sur les patients : ce PLFSS représente clairement un changement de cap pour notre système de santé. Depuis 2005 en effet, beaucoup de mesures d'économie ont porté d'abord sur les patients : participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations et analyses de biologie, franchises sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports sanitaires, déremboursements et baisses des taux de remboursement des médicaments (dont la création d'un taux à 15 %), majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins, fortes progressions du forfait hospitalier et de la participation pour les actes « lourds » à l'hôpital. Il n'est plus question aujourd'hui d'utiliser ces méthodes, qui désagrègent les fondements mêmes de notre solidarité.

Nous fixons trois priorités fondatrices : renforcer les soins de proximité, redéfinir le service public hospitalier et adopter des mesures de justice.

Le Gouvernement a lancé plusieurs chantiers majeurs pour renforcer les soins de proximité.

Tout d'abord, l'avenant à la convention médicale signé il y a deux semaines permet de lutter contre les dépassements excessifs et améliore l'accès aux soins. Les médecins de secteur 2 devront pratiquer les tarifs opposables envers les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dont on estime le nombre à quatre millions de personnes. Le recours à l'ACS progresse mais reste limité à environ 22 %, il est donc nécessaire de communiquer très largement sur ce dispositif, en mobilisant les caisses de sécurité sociale pour cela. L'équilibre de cet avenant est très intéressant, puisque les engagements des médecins à geler puis à modérer leurs dépassements seront étalonnés sur leur propre pratique et non sur un taux national qui créait un regrettable effet d'aubaine : c'est fondamental. Ainsi, l'article 42 du PLFSS abroge judicieusement le substitut de secteur optionnel qui avait été introduit de manière un peu cavalière par le précédent gouvernement dans le PLFSS pour 2012.

Dans le prolongement de cet avenant, l'Uncam et les syndicats ont annoncé de nouvelles négociations début 2013 pour mettre en œuvre l'article 39 du PLFSS qui leur permet de reconnaître et de valoriser la coordination et la continuité des soins : il s'agit de développer des équipes de professionnels de proximité pour assurer de nouveaux services aux patients : prévention, éducation, dépistage, etc. L'article 37 élargit en pratique la permanence des soins aux médecins salariés. L'article 40, relatif aux nouveaux praticiens territoriaux de médecine générale, favorisera l'installation de deux cents médecins généralistes par an dans des zones où l'offre médicale est insuffisante ou l'accès aux soins difficile, en leur garantissant chaque année un niveau de revenus prédéfini. L'article 40 bis complète le contrat d'engagement de service public en améliorant le zonage et en l'élargissant aux étudiants en odontologie.

Deux articles amélioreront notablement l'accès aux soins des femmes : les articles 43 et 43 quater permettent de rembourser à 100 %, respectivement les interruptions volontaires de grossesse et la contraception pour les mineures. Cette première mesure sera complétée au niveau réglementaire par une revalorisation des tarifs de l'IVG pour les mettre en cohérence avec les coûts des établissements et stopper les fermetures de services qui limitent en pratique l'accès à l'IVG.

L'article 43 sexies engage deux expérimentations en faveur du développement du tiers payant, dont l'une spécifiquement destinée aux étudiants. On le sait, il existe à la fois des réticences et des difficultés techniques réelles, mais elles ne doivent pas bloquer la dispense d'avance de frais pour les populations les plus fragiles.

Le service public hospitalier se verra également redéfini.

La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) a consacré le premier semestre de cette année à préparer le rapport sur le financement des établissements de santé que nous avons adopté, à l'unanimité, à l'initiative de Jacky Le Menn et d'Alain Milon. Je crois pouvoir dire sans me tromper que ce rapport a été très bien reçu par la communauté hospitalière et par la ministre en charge de la santé. Plusieurs mesures du PLFSS reprennent des propositions de ce rapport : nous pouvons nous en féliciter. L'article 47, de manière emblématique, abroge le processus de convergence tarifaire. La ministre a confié une mission large à Edouard Couty, qui a organisé plusieurs groupes de travail regroupant de nombreux acteurs. Les résultats sont attendus en début d'année prochaine. La ministre a confié une autre mission à Dominique Laurent sur les dépassements à l'hôpital et l'exercice libéral qui peut, depuis bien longtemps, y être pratiqué dans certaines limites. Je suis donc étonné que l'Assemblée nationale ait adopté un article - l'article 42 bis - sur cette question, et je regrette que cela vienne interférer avec la concertation lancée par le Gouvernement. Cet article n'a pas, de surcroît, d'impact financier sur les régimes de base de sécurité sociale, et risque donc d'être censuré par le Conseil constitutionnel.

Le Gouvernement a également repris, dans l'article 47 bis, une autre proposition du rapport de la Mecss : les mises en réserve de crédits, nécessaires en début d'année pour éviter des dépassements de l'Ondam, ne porteront plus uniquement sur les Migac, mais sur l'ensemble des tarifs, ce qui permet de rendre ce mécanisme plus indolore grâce à une assiette nettement plus large. La masse tarifaire ainsi gelée en début d'année devrait représenter moins de 1 %.

L'article 57 permet d'investir pour l'avenir : le fonds de modernisation des établissements de santé sera abondé de 370 millions d'euros en 2013, soit une enveloppe en progression de 189 millions à périmètre constant. Cet effort notable sera directement dédié à l'investissement hospitalier, notamment dans le domaine des systèmes d'information, auxquels 64,6 millions d'euros seront consacrés.

L'article 49 est également en accord avec notre rapport. Il reporte l'entrée en vigueur de la T2A pour les hôpitaux locaux afin de laisser le temps de réfléchir sereinement à la place de ces établissements de proximité dans le système de santé. Il décale la suppression des tarifs journaliers de prestations, dont la disparition soudaine au 1^{er} janvier prochain aurait entraîné des transferts de charges très importants des patients et des organismes complémentaires vers les établissements de santé. Il programme enfin l'entrée en vigueur de la facturation individuelle et au fil de l'eau des prestations hospitalières à l'assurance maladie. Ce projet donnera une lourde charge de gestion aux établissements, mais il constitue un préalable très important à la création de véritables parcours de santé décloisonnés. Sur cette question, le Gouvernement a souhaité avancer concrètement, en lançant une expérimentation pour optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Mieux accompagner les personnes âgées, pour éviter les hospitalisations et retarder au maximum la perte d'autonomie, est un défi majeur pour notre pays. L'expérimentation est ambitieuse puisqu'elle permettra de déroger à l'ensemble des règles tarifaires existantes qui cloisonnent les prises en charge, de la ville à l'hôpital et au secteur médico social : il faudra qu'elle soit très ciblée et qu'elle permette de mobiliser les acteurs locaux. L'article 38, enfin, répond aussi à des préoccupations importantes, en termes financiers comme en termes d'accès aux soins : le Gouvernement expérimentera, sur quelques territoires, le lancement d'appels d'offres pour les transports de malades. La Cour des comptes a longuement traité ce point dans son dernier rapport sur la sécurité sociale. Cet article permet, là aussi, d'avancer concrètement sur un sujet qui comporte des dimensions locales complexes.

Evoquons, pour terminer, trois mesures de justice.

L'article 43 bis permettra aux demandeurs d'emploi qui reprennent un travail de conserver leurs droits, lorsque leur nouveau travail ne leur permet pas de bénéficier de certaines prestations : il s'agit principalement des indemnités journalières qui dépendent du niveau de rémunération ou du temps travaillé. Cet article comble un vide dans la protection sociale et favorise le retour à l'emploi.

L'article 51 modernise la prise en charge des soins destinés aux personnes détenues, notamment lorsqu'elles bénéficient d'un aménagement de peine. Le droit en vigueur date de 1994 et ne tient pas compte du développement des mesures d'exécution des peines autres que la prison. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a d'ailleurs publié un avis en septembre sur l'accès aux soins de ces personnes.

Pour terminer, une avancée sociale majeure : l'article 56 crée, enfin, un système d'indemnités journalières maladie pour les exploitants agricoles. Ceux-ci disposaient bien d'indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle mais pas en cas de maladie ! Ce régime était le seul dans ce cas. Résultat de longues discussions au sein de la profession, ce nouveau dispositif sera financé de manière autonome par une cotisation forfaitaire.

Ce projet de loi de financement constitue un réel changement de cap pour notre système de protection sociale : nous réduisons les déficits, nous maîtrisons les dépenses sans baisser les remboursements ni faire peser de nouvelles charges sur les patients, nous améliorons les droits de certaines catégories de la population, nous investissons pour l'avenir.

Certains souhaiteraient sans doute aller plus vite, plus loin.

Mme Annie David, présidente. - *Oui...*

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Je crois au contraire que le chemin tracé est le bon. Nous devons consolider notre système en dessinant sur le moyen terme la voie des réformes. Nous le savons bien, les tensions sont nombreuses, les problèmes doivent être appréhendés globalement et les solutions construites en concertation avec l'ensemble des acteurs, professionnels de santé et patients.*

M. Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *La loi de financement ne retrace chaque année qu'une partie de l'ensemble des crédits destinés au secteur médico-social puisqu'il s'agit de l'Ondam médico social, c'est-à-dire de la contribution de l'assurance maladie au financement des établissements et services accueillant des personnes âgées et handicapées. Si l'on effectue une comparaison avec la progression de 2,7 % en 2013 de l'Ondam global, le secteur médico-social apparaît particulièrement préservé, les dépenses d'assurance maladie qui lui sont destinées augmentant de 4 % par rapport à l'année 2012. Cette progression est de 4,6 % dans le secteur personnes âgées, où l'Ondam s'élève à 8,39 milliards d'euros, et de 3,3 % dans celui des personnes handicapées où il s'établit à 8,72 milliards d'euros.*

Autre différence avec l'Ondam dans son ensemble: la contribution de l'assurance maladie au financement des établissements et services médico sociaux ne constitue pas en tant que tel un objectif de dépenses mais bien une enveloppe fermée complétée par une partie des ressources propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). C'est cette enveloppe qui constitue l'objectif global de dépenses (OGD). Défini par voie réglementaire, celui-ci devrait s'établir en 2013 à 18,25 milliards d'euros, en hausse de 3,7 % par rapport à l'année précédente.

Sur les 650 millions d'euros de crédits supplémentaires qui seront alloués à l'OGD en 2013, 255 millions sont destinés à la reconduction des moyens dans les Ehpad et les établissements pour personnes handicapées, contre 137 millions en 2012. Il s'agit là d'un effort non négligeable qui devrait en particulier permettre aux établissements de faire face plus sereinement à l'évolution de leurs charges de personnel. Par ailleurs, 147 millions d'euros seront consacrés à la médicalisation des Ehpad ce qui, selon le Gouvernement, devrait contribuer au renouvellement des conventions tripartites de près de 900 établissements. Des installations de places (3 200 dans le secteur des personnes âgées et 3 000 dans celui des personnes handicapées) seront financées à hauteur de 100 millions d'euros. Elles s'effectuent dans le cadre du plan solidarité grand âge et du plan pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées.

Si, de ce point de vue, le Gouvernement s'inscrit dans une certaine continuité avec les actions menées au cours des années précédentes, l'évaluation du plan Alzheimer et son élargissement à l'ensemble des maladies neurodégénératives, annoncés par le Président de la République le 21 septembre dernier, devraient contribuer à lui donner un souffle nouveau. Avec un taux d'installation des structures planifiées de 27 % en 2011, le plan Alzheimer affiche en effet un bilan relativement mitigé. Selon les acteurs de terrain que j'ai pu rencontrer au cours de mes auditions, ces difficultés d'installation seraient notamment dues à la lourdeur des procédures d'appels à projets et à la rigidité des cahiers des charges exigés par les agences régionales de santé (ARS) pour la création des pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa). Sans doute faudra-t-il songer, à l'avenir, à donner davantage de souplesse à ces procédures ainsi qu'à trouver les moyens d'une meilleure articulation entre les structures nouvelles et celles qui leur préexistaient avant la mise en œuvre du plan Alzheimer.

Je souhaite attirer votre attention sur les difficultés que pose la sous consommation chronique de l'OGD. Nous ne disposons pas encore de données définitives pour l'année 2012, mais nous savons qu'en 2011, seuls 271 millions d'euros ont été consommés. Cela signifie que le Parlement vote chaque année un Ondam médico-social dont la progression ne se traduit pas entièrement par des moyens supplémentaires accordés aux établissements et services médico-sociaux, alors même que les besoins sont patents. Parmi les raisons évoquées pour expliquer cette situation figure, notamment la lourdeur de la procédure de délégation des crédits aux ARS, qui conduit à diminuer considérablement la période de l'année durant laquelle les établissements sont en mesure de dépenser les moyens qui leur sont effectivement alloués. Cet enjeu devra faire l'objet d'une attention particulière dans les prochaines années. Il serait en effet regrettable de continuer à se féliciter chaque année du rythme d'évolution de l'Ondam médico-social tout en sachant pertinemment que ces crédits ne sont quasiment jamais consommés dans leur totalité.

Deux articles du PLFSS ne sont pas directement rattachés au secteur médico-social mais constituent de premiers jalons vers la mise en œuvre de la réforme de la perte d'autonomie, tant attendue et annoncée pour l'année 2014 : l'article 16 traduit la volonté du Gouvernement de mobiliser dès à présent les ressources qui seront nécessaires au financement de cette réforme, et l'article 41 vise à expérimenter de nouveaux modes d'organisation des soins de façon à améliorer le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. En autorisant des dérogations aux règles de facturation et de tarification pour le parcours de santé dans son ensemble, cette expérimentation devrait contribuer au décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social.

Au sein même du secteur médico-social, des marges de manœuvre existent pour mieux faire travailler entre eux les intervenants auprès des personnes âgées dépendantes. C'est pourquoi je vous proposerai un amendement portant article additionnel demandant au Gouvernement la

remise d'un rapport au Parlement sur le dispositif des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad). Sont dénommés ainsi les services qui exercent à la fois les missions de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et de services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad). Alors qu'elles pourraient être les vecteurs d'une meilleure articulation entre les services intervenant auprès des personnes âgées dépendantes, ces structures n'ont jusqu'à présent fait l'objet d'aucune évaluation. La proposition d'amendement que je vous soumettrai vise à remédier à cette situation.

Dans le projet de loi initial du Gouvernement, quatre articles se rattachaient spécifiquement au secteur médico-social. Ils ont été complétés par deux articles en première lecture à l'Assemblée nationale. Je m'arrêterai quelques instants sur les principaux d'entre eux.

L'article 53 a pour objet de limiter à un an le délai dont disposent les établissements accueillant des personnes handicapées, et tarifés au prix de journée pour émettre et rectifier leurs données de facturation à l'assurance maladie. S'il s'agit avant tout d'une mesure technique et de bonne gestion destinée à assurer un meilleur suivi de la consommation des crédits alloués à ces établissements, cet article a suscité des craintes quant aux difficultés que pourrait soulever son application immédiate. En effet, pour réceptionner les factures qui leur sont transmises, certaines caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) exigent qu'y soient annexées les notifications des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) relatives à la décision d'orientation de la personne accueillie dans l'établissement concerné. Or les délais de notification de ces dernières sont généralement longs, ce qui peut rendre très difficile le respect du délai d'un an. Face à cette situation, le Gouvernement s'est engagé - à juste titre - à mettre en place des mesures d'accompagnement des établissements et des CPAM. Afin de laisser à ces mesures le temps de produire pleinement leurs effets, je vous proposerai un amendement tendant à reporter du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2013 la date d'entrée en vigueur de l'article 53.

L'article 55 fixe, pour l'année 2013, le montant du plan d'aide à l'investissement (PAI) financé par la CNSA à près de 50 millions d'euros. La politique menée dans ce domaine par la Caisse sur la période 2006-2011 a conduit à la mobilisation de près d'1,6 milliard d'euros pour accompagner 2 296 opérations d'investissement. L'article 55 permet à la CNSA de continuer dans cette voie au service de la modernisation des établissements médico-sociaux.

Je souhaite cependant vous alerter sur un point. Que ce soit en 2011 ou en 2012, les crédits du PAI votés en LFSS ont été en grande partie, voire entièrement gelés en raison des mesures de régulation de l'Ondam. Les montants finalement notifiés s'en sont trouvés fortement diminués en 2011. Pour l'année 2012, la mobilisation des réserves de la CNSA devrait finalement conduire à augmenter le montant du PAI initialement voté en loi de financement. Quoi qu'il en soit, il me semble que ces mesures de gel et de dégel successives ne peuvent qu'être source d'incertitude pour les établissements et risquent en définitive de nuire à la lisibilité de la politique d'aide à l'investissement menée par la CNSA.

J'en viens maintenant à l'article 55 bis, inséré à l'initiative du Gouvernement à l'Assemblée nationale, qui vise à mettre en place un fonds de restructuration de 50 millions d'euros à destination des services d'aide à domicile. Un premier dispositif d'un montant équivalent avait été créé par la loi de finances pour 2012, destiné à être versé en deux temps, cette année puis en 2013. Au mois de septembre dernier, 576 services d'aide et d'accompagnement à domicile avaient bénéficié de la première tranche. Contrairement au premier fonds, abondé à partir du budget de l'Etat, ce nouveau dispositif sera financé par un prélèvement effectué sur les réserves de la CNSA. Comme en 2012, il donnera lieu à la signature de conventions de financement pluriannuelles devant organiser le retour à l'équilibre pérenne des comptes des services concernés. Ce fonds constitue à mon sens une mesure indispensable dans l'attente d'une réforme plus profonde du secteur des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Celle-ci devra notamment porter sur leur tarification. Or, en même temps qu'elle créait le premier fonds d'urgence, la loi de finances pour 2012 a autorisé des expérimentations sur ce sujet, et plusieurs départements se sont d'ores et déjà engagés dans de telles démarches. Afin que le nouveau fonds constitue un outil à part entière de restructuration du secteur, je vous proposerai donc un amendement tendant à préciser que les conventions de retour à l'équilibre sont conclues prioritairement dans le cadre des expérimentations de tarification prévues par la loi de finances pour 2012.

Il y a un an, je suis intervenu devant vous en exprimant ma profonde déception face à l'abandon du projet de réforme de la dépendance par le gouvernement précédent, alors même que des travaux nombreux et riches avaient été menés dans le cadre du débat national organisé au cours du premier semestre 2011. Aujourd'hui, je suis particulièrement satisfait de ce qu'un projet de loi sur la prise en charge de la perte d'autonomie soit clairement annoncé pour l'année 2014. Nombreux sont les enjeux qui devront être traités, notamment ceux du reste à charge pour les personnes âgées dépendantes en établissement ou du vieillissement des personnes handicapées.

L'un d'entre eux me semble devoir être abordé plus spécifiquement dans le cadre de l'examen de ce PLFSS. Il s'agit de la tarification dans les Ehpad. Aujourd'hui, le processus de tarification dit « au Gir moyen pondéré soins » est encore loin d'être achevé. La tarification à la ressource prévue par la LFSS pour 2009 reste ineffective faute de publication du décret nécessaire à sa mise en œuvre. Enfin, l'expérimentation d'une modulation du forfait soins en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience, inscrite dans la LFSS pour 2012, demeure au point mort faute, là encore, de la parution des textes réglementaires indispensables à sa mise en place. Certes, le sujet est particulièrement complexe. Force est cependant de constater que le gouvernement précédent n'est pas parvenu à fixer de cap clair à une réforme pourtant essentielle pour le secteur. Il faut donc reprendre ce chantier, afin que le Gouvernement et le Parlement travaillent ensemble pour mettre en place les fondements d'un mode de tarification plus adapté dans les Ehpad.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure pour la branche famille. - En 2010, le déficit de la branche famille a atteint un niveau sans précédent, de 2,7 milliards. Dégradation imputable à la fois à la crise économique, qui a causé la perte de près de 3 milliards de recettes entre 2008 et 2010, et aux transferts de charges au titre des droits familiaux de retraite, qui ont représenté une dépense de près de 22 milliards sur cette même période.

Depuis, un certain redressement se dessine, mais il est extrêmement lent ; le déficit 2011 s'élevait encore à 2,6 milliards. En 2012, le solde de la branche ne marquera pratiquement pas d'amélioration, se stabilisant au niveau élevé de 2,5 milliards. Cette tendance diffère de celle des trois autres branches de la sécurité sociale, lesquelles enregistrent une diminution continue et significative de leur déficit depuis 2010.

C'est dans ce contexte particulièrement tendu que la branche a vu la loi de financement pour 2011 fragiliser ses recettes, avec le transfert de 0,28 point de la CSG vers la Cades, pour financer la dette sociale. Un marché de dupes avéré puisque, sur les trois taxes affectées à la Cnaf en contrepartie de cette perte de CSG, le prélèvement de la CSG au fil de l'eau sur les contrats multisupports d'assurance vie voit son rendement diminuer d'année en année, la taxe exceptionnelle sur les réserves de capitalisation des entreprises d'assurance ne rapportera plus rien à compter de 2013, seule la taxe sur les contrats d'assurance maladie dits « solidaires et responsables » (TSCA) ayant un rendement stable. Si le bilan de l'opération a été quasiment neutre en 2011, la Caf devrait enregistrer un manque à gagner de 100 millions en 2012 et de 400 millions en 2013.

Fort heureusement, l'actuel Gouvernement a pris le contrepied de cette politique en décidant d'affecter 1 milliard de recettes supplémentaires à la branche famille. Dans le cadre de la loi de finances rectificative votée cet été, celle-ci s'est vu attribuer un surcroît de recettes de 400 millions par an, provenant principalement du maintien de la hausse de deux points du prélèvement social sur les revenus du capital, qui couvre intégralement le coût de la majoration de 25 % de l'allocation de rentrée scolaire entrée en vigueur à l'occasion de la rentrée de septembre. Dans le cadre du présent projet de loi de financement, sur les 3,4 milliards de recettes supplémentaires pour la sécurité sociale, environ 600 millions reviennent à la branche famille, dont 400 millions au titre de la réforme de la taxe sur les salaires et 200 millions au titre de la réduction des niches sociales et de la hausse de la fiscalité sur les tabacs.

Ces apports constituent une véritable bouffée d'oxygène pour la branche, qui stabilisera ainsi son déficit à 2,6 milliards en 2013 au lieu des 3,3 milliards initialement prévus par la commission des comptes de la sécurité sociale.

Cette première étape dans le redressement des comptes ne règle cependant pas la question de l'avenir. Les prévisions disponibles témoignent de la difficulté d'un retour à l'équilibre financier à moyen terme, dans un contexte de progression modeste des recettes et de relatif dynamisme des

dépenses. Sur la période 2013-2016, le solde de la branche continuerait à s'améliorer, mais à rythme très lent. En 2017, il afficherait encore un déficit de 1,2 milliard.

Je regrette que le Gouvernement ait maintenu le report de trois mois de la date de la revalorisation des prestations familiales, mis en œuvre par la précédente majorité. Trois mois définitivement perdus pour les familles. La revalorisation de 1,75 % envisagée au 1^{er} avril équivaldra, en réalité, à une hausse de 1,6 % en moyenne sur l'année, ce report de trois mois minorant d'un quart son effet en moyenne annuelle.

J'en viens aux mesures concernant les dépenses de la branche. Le projet de loi initial n'en contenait qu'une : l'expérimentation sur deux ans du versement en tiers payant du complément mode de garde (CMG) pour les familles modestes. Ce dispositif, déjà expérimenté par la Caf de l'Essonne, poursuit un double objectif : faciliter l'accès des familles dont les ressources sont inférieures au revenu garanti dans le cadre du RSA à un mode d'accueil individuel en les dispensant d'une avance de frais ; permettre aux assistants maternels en sous-activité au regard de leur agrément d'en accueillir davantage.

L'initiative est intéressante, mais il faut être conscient qu'elle exigera, en un temps où le climat social dans les Caf est très détérioré, un dialogue renforcé entre les services chargés de sa mise en œuvre.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale est ressorti de l'Assemblée nationale enrichi de deux dispositions pour la branche famille. La première prévoit le rétablissement automatique des droits aux allocations de logement à caractère familial et social (ALF et ALS), lorsqu'un dossier de surendettement a été déclaré recevable par la commission de surendettement. Un tel droit existe déjà pour les bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement (APL) depuis la loi du 1^{er} juillet 2010 portant réforme du crédit à la consommation. Son extension, je m'en réjouis, va permettre d'éviter les expulsions de certaines familles en grande difficulté.

La seconde disposition, largement relayée par les médias ces derniers jours, est la transformation du congé de paternité en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant, ouvert à la personne vivant avec la mère. Sont concernés par cette mesure, d'une part, les couples hétérosexuels, au sein desquels le compagnon de la mère n'est pas le père de l'enfant, d'autre part, les couples homosexuels féminins, au sein desquels l'une des deux partenaires a donné naissance à un enfant. C'est reconnaître, pour la première fois, le rôle du ou de la partenaire de la mère dans l'éducation de l'enfant. Le congé de paternité avait été conçu pour permettre une meilleure répartition des tâches éducatives au moment de la naissance et favoriser un lien entre l'enfant et la personne l'élevant. Il est donc logique que le ou la partenaire de la mère, qui va vivre quotidiennement avec l'enfant, puisse y être éligible au même titre que le père de l'enfant. Un tel élargissement est, en outre, conforme à la préconisation formulée par la Haute Autorité de lutte contre les discriminations (Halde) en 2007, selon laquelle « il serait utile de substituer à

la notion de congé de paternité, fondée exclusivement sur le lien de filiation, un congé d'accueil du jeune enfant ouvert au partenaire du parent, contribuant à l'éducation de l'enfant ». J'ajoute que certaines entreprises SFR, Eaux de Paris - et collectivités - les conseils généraux de Seine et Marne et de l'Essonne - ont déjà mis en place un tel congé. En revanche, je regrette le choix du Gouvernement de ne pas étendre le bénéfice de ce congé aux couples homosexuels masculins, qui crée ainsi une nouvelle rupture d'égalité en fonction du genre.

Je conclurai sur la situation des Caf, qui, à l'heure où se négocie la prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la Cnaf et l'Etat, est extrêmement préoccupante. Les représentants syndicaux des salariés des caisses, que j'ai reçus à l'occasion d'une table ronde, ont unanimement dénoncé trois causes majeures de dégradation des conditions de travail : la politique salariale menée ces dernières années, qui s'est traduite par la réduction des effectifs et la généralisation du recours aux contrats à durée déterminée et aux heures supplémentaires ; l'augmentation de la charge de travail induite par l'évolution de la législation et la crise économique ; l'inflation des missions de gestion des processus au détriment du cœur de métier. Tous dénoncent également une réduction de l'offre de services : fermeture, dans certaines Caf, du service d'accueil des allocataires plusieurs jours par mois ; développement d'un système d'accueil sur rendez vous ; généralisation des réponses téléphoniques ; suppression des antennes locales. A quoi s'ajoute la départementalisation du réseau qui s'est achevée fin 2011 par la création de treize Caf départementales au lieu des trente caisses infradépartementales. Présentée aussi bien par la Cnaf que par l'Etat comme « une réussite technique », cette réforme a, sur le terrain, engendré de nombreuses difficultés - je pense en particulier à la Caf du Nord - et exacerbé les tensions sociales. En séance publique, je demanderai donc à la ministre de dresser, dans les prochains mois, un bilan exhaustif de l'opération de départementalisation et, plus globalement, de nous faire connaître ses intentions quant au règlement de cette situation de crise.

Mme Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 s'inscrit dans la continuité de l'engagement du Gouvernement depuis son entrée en fonctions.*

L'objectif est double : remédier au manque d'équité des régimes de retraite et inscrire l'assurance vieillesse dans un cadre financier durablement équilibré. Le décret du 2 juillet 2012 a ainsi élargi aux personnes ayant commencé à travailler avant vingt ans la possibilité de partir en retraite à soixante ans lorsqu'elles ont cotisé une carrière complète. C'est une première mesure de justice, financée, au moyen d'un relèvement des taux de cotisations d'assurance vieillesse d'un demi-point d'ici 2016. Parallèlement, la dernière loi de finances rectificative a engagé les régimes de retraite sur la voie du redressement. Dès 2012, le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse sera réduit de près d'un milliard par rapport à ce qu'il aurait été sans mesures correctrices.

Ce texte poursuit dans cette voie : l'année prochaine, le régime général et le FSV bénéficieront au total d'environ 7 milliards de recettes supplémentaires compte tenu des mesures adoptées au cours de l'été dernier et de celles qui sont contenues dans les lois financières pour 2013. A lui seul, le texte abonde d'un milliard les ressources du FSV.

Ce surcroît de recettes fait plus que compenser la croissance des prestations d'assurance vieillesse, qui restera très soutenue. Le déficit de la branche retraite, tous régimes de base confondus, sera ainsi ramené de 7,1 milliard en 2012 à 5,4 milliards et celui du FSV de 4,1 milliards en 2012 à 2,6 milliards.

Contrairement à l'an passé, des réponses sont apportées aux difficultés financières croissantes d'autres régimes de retraite de base que le régime général. C'est le cas de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) dont le solde est déficitaire depuis 2010, principalement en raison du dynamisme des charges assumées par la caisse tant au titre des prestations sociales que des transferts de compensation démographique et de décentralisation. Son déficit sera ramené de 786 millions en 2012 à 96 millions et ses réserves seront remises à niveau. Le régime bénéficiera en outre d'un surcroît de recettes de 630 millions en 2013, issues de la hausse du taux des cotisations employeur de 1,35 point.

De même, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, le régime de retraite des exploitants agricoles ainsi que le régime spécial de retraites des industries électriques et gazières se verront attribuer, en 2013, plus de 500 millions de recettes supplémentaires.

Le texte prévoit également de nouvelles mesures d'équité en faveur de certains assurés : renforcement des droits à retraite des exploitants agricoles contraints d'interrompre leur activité pour cause de maladie ou d'infirmité graves ; amélioration des modalités d'attribution des pensions de réversion pour les professions médicales et dans le régime de retraite des marins.

Je formulerai, cependant, trois observations. La première porte sur les perspectives pluriannuelles de l'assurance vieillesse après 2013. Contrairement à ce que l'on nous affirmait lors de la réforme des retraites de 2010, il faut s'attendre, à compter de 2014, à une détérioration de la situation de la branche, dont les déficits, en l'absence de mesures correctrices nouvelles, passeraient de 5,6 milliards en 2014 à 7,9 milliards en 2017 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. Et on nous affirmait, en 2010, que l'équilibre serait atteint en 2018 !

Mme Catherine Procaccia. - *Les règles ont été changées depuis !*

Mme Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *Heureusement ! Pour venir corriger les inégalités que vous aviez introduites !*

Dès 2015, le déficit de la branche vieillesse du régime général deviendrait supérieur au déficit de la branche maladie. En 2017, il représenterait plus de 85 % du déficit consolidé de l'ensemble des régimes de base. La charge supportée par la Cades se maintiendrait donc à niveau très élevé, ainsi que l'a souligné le rapporteur général.

L'amortissement des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse et du FSV ont de surcroît conduit à mobiliser de façon anticipée le fonds de réserve pour les retraites (FRR), décision qui a remis en cause la vocation d'origine du FRR, fait pour diminuer, à partir de 2020, le déficit prévisible des régimes de retraite de base.

Voilà qui confirme la nécessité, sans préjuger des décisions qui seront prises à l'issue de la concertation prévue au premier semestre 2013 sur le fondement des nouvelles projections démographiques et financières du COR et des travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale, de nouvelles évolutions structurantes.

Deuxième observation, la place de la solidarité et le rôle du FSV dans notre système de retraite feront inévitablement partie des réflexions à engager dès le début de l'an prochain sur la réforme globale du système. Le FSV visait notamment à isoler clairement les avantages à caractère non contributif, et à leur garantir un financement adapté par des impôts généraux bien identifiés. Or, il a été maintenu dans une situation de déficit durable au cours des dernières années et son financement est devenu insuffisant, instable, illisible. La CSG constitue sa principale recette, mais la fraction qui lui en est attribuée a été considérablement réduite. Fixée à 1,13 % à l'origine, elle ne s'élève plus qu'à 0,83 % sur les revenus d'activité et à 0,85 % sur les autres formes de revenus. En 2009 en particulier, le FSV s'est vu retirer 0,2 point de CSG affecté à la Cades en contrepartie de la reprise des déficits qu'il avait enregistrés jusqu'en 2008. Quant aux autres recettes affectées au FSV, leur rendement se révèle souvent erratique, au risque de déstabiliser les mécanismes de solidarité mis en place au profit des assurés dont les parcours professionnels sont les moins favorables.

Or, compte tenu des tendances démographiques et économiques, la charge des avantages non contributifs ira croissant, avec l'arrivée à l'âge de la retraite d'un nombre toujours plus important de personnes ayant eu des carrières incomplètes, qui pourrait augmenter, ainsi que nous le faisait observer la Cour des comptes, le nombre de personnes éligibles à l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Au vrai, le FSV a surtout servi à réduire artificiellement les déficits des régimes d'assurance vieillesse, notamment depuis 2011, lorsque lui a été transférée la charge d'une partie des dépenses jusqu'alors engagées par le régime général et les régimes alignés pour le financement du minimum contributif.

Dernière observation, enfin. Les craintes que nous avons formulées à l'occasion de la réforme des retraites de 2010 ont, hélas, trouvé confirmation. Ainsi de la question de la pénibilité qui, au vu des disparités persistantes dans l'espérance de vie par catégories socioprofessionnelles, constitue un enjeu

majeur d'équité. Or, comme nous le craignons, les critères réglementaires se sont avérés trop restrictifs et le nombre de demandes très inférieur aux prévisions. A la mi-octobre, la Cnav recensait moins de 5 500 demandes de retraite pour pénibilité et environ 3 400 avaient fait l'objet d'une attribution : nous sommes loin des 30 000 demandes annuelles sur lesquelles tablait le précédent gouvernement.

Mme Catherine Procaccia. - Tant mieux !

Mme Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - C'est une façon de voir...

En outre, le volet prévention ne donne pas toute satisfaction. L'obligation de négocier des accords de prévention de la pénibilité ne s'applique pas aux entreprises comptant moins de 50 % de leurs effectifs exposés à des facteurs de risque.

Je pense aussi aux inégalités entre hommes et femmes devant la retraite. Lorsqu'elles n'ont pas bénéficié d'un parcours professionnel continu, les femmes sont plus souvent touchées par les conséquences du report à soixante-sept ans de l'âge d'attribution de plein droit du taux plein. Jusqu'à présent, le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue bénéficiait surtout aux hommes. L'assouplissement introduit par le décret du 2 juillet 2012, avec la prise en compte de trimestres supplémentaires au titre de la maternité, permettra d'augmenter le nombre de femmes bénéficiaires.

Je pense enfin, à la situation des seniors. Les mesures d'âge portées par la réforme de 2010, au-delà de leur visée financière, avaient pour ambition d'améliorer le taux d'emploi des seniors. C'était d'ailleurs l'une des conditions du retour à l'équilibre. Or, selon les dernières données publiées par Pôle emploi, l'augmentation sur un an du nombre de demandeurs d'emploi de cinquante ans et plus est de 17,5 % alors qu'elle est de 10,1 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi. Dans ce contexte, la suppression de l'allocation équivalent retraite (AER) n'a pu qu'accroître les situations de grande précarité parmi les demandeurs d'emploi les plus âgés lorsqu'ils arrivent en fin de droits. Des évolutions devront donc rapidement intervenir.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - Avec un objectif de dépenses pour 2013 de 13,3 milliards pour l'ensemble des régimes de base et de 11,9 milliards pour le régime général, la branche AT MP devrait renouer avec les excédents après quatre années de déficit. Les prévisions qui figurent à l'annexe B laissent espérer que la capacité de la branche à dégager un solde financier positif va non seulement se maintenir mais même s'accroître sur les cinq prochaines années.

On peut se réjouir de ces perspectives. Mais elles apparaissent surtout comme un retour à la normale pour une branche dont la vocation assurantielle est établie depuis 1898, qui est, à ce titre, tenue à l'équilibre, et dont les charges doivent être assumées par les cotisations patronales à l'exclusion de toute autre forme de financement, ainsi que l'a rappelé le Premier président de la Cour des comptes que nous avons entendu.

Le cumul de déficits entre 2009 et 2012 a entraîné un besoin de financement de 2,2 milliards de la branche dans les comptes de l'Acoss, qui n'a pas été traité de manière satisfaisante par la majorité précédente. Le premier objectif est donc d'apurer ce déficit. Le Gouvernement et les partenaires sociaux se sont ainsi engagés à affecter les excédents de la branche à la réduction du déficit cumulé, et une augmentation modérée de 0,05 point de cotisation est prévue pour 2013. D'après les prévisions de l'annexe B, la branche aura couvert ses déficits en 2016. Cette perspective est néanmoins lointaine et j'ai tendance à penser qu'une augmentation légèrement supérieure des cotisations aurait été préférable afin d'accélérer le processus. Le Gouvernement a préféré faire un choix acceptable pour l'ensemble des partenaires sociaux, conformément au paritarisme qui caractérise la branche.

Plusieurs sujets d'inquiétude demeurent néanmoins. Le premier est que les excédents modestes de 2013 - 400 millions reposent, pour une large part sur la baisse de deux des transferts à la charge de la branche, celui à la Cnav et celui au Fiva. Le transfert à la branche vieillesse lié à la pénibilité est nul cette année et, même s'il doit augmenter, a sans doute vocation à rester modeste étant donné le caractère assez restrictif du dispositif. Mais tel n'est pas le cas du transfert au Fiva dont la dotation est réduite de 200 millions pour 2013, en raison de l'importance de son fonds de roulement, mais qui a vocation à retrouver dès 2014 son niveau de 2012, à 315 millions, sans compter que le budget de la santé pour lequel notre collègue Dominique Watrin est rapporteur, prévoit que l'Etat ne dotera pas le fonds au cours des trois prochaines années, ce qui n'est guère conforme aux souhaits de la mission amiante. D'autres transferts supportés par la branche sont susceptibles d'augmenter au cours des années à venir. La commission Diricq, chargée d'évaluer le montant de la sous-déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles, doit se réunir en 2014 et chacun de ses rapports a conduit jusqu'à présent à une augmentation du transfert vers la Cnam.

Enfin, les recettes sur les prochaines années sont particulièrement sensibles à l'évolution de la masse salariale.

Dans ce contexte, comme Catherine Deroche et moi-même l'avions souligné dans notre rapport devant la Mecss, il est crucial de ne pas grever la branche de dépenses excessives ou qui ne lui incombent pas. Or, une dotation de 10 millions en faveur du fonds national de soutien relatif à la pénibilité lui a été demandée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, alors même que ce fonds, créé par la loi portant réforme des retraites, ne distribue d'aides aux entreprises que depuis le mois d'avril 2012 et que les résultats de son premier semestre paraissent particulièrement décevants moins de 15 000 euros ont été distribués.

En dehors du régime général, la tentation d'affecter les excédents des régimes AT-MP aux régimes déficitaires perdure, comme le montre cette année la ponction de 450 millions sur le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (Atiacl) au profit de la CNRACL.

Les régimes AT-MP ont besoin de marges financières pour faire face aux questions essentielles qui se posent à eux. Qu'on ne se fasse pas d'illusions, c'est l'existence même de ces régimes qui est en cause s'ils ne parviennent pas à transformer leur approche de la prévention et de la réparation, qui constituent leur raison d'être.

Dix ans après les critiques sévères faites par la Cour des comptes dans son rapport sur la gestion du risque AT-MP, les dépenses de prévention ne représentent que 3 % des dépenses de la branche et les crédits alloués restent sous-utilisés par les entreprises. Parallèlement, le taux de reconnaissance des maladies professionnelles continue à varier en fonction des caisses, et le caractère forfaitaire de la réparation est l'objet de critiques constantes. Les partenaires sociaux, conscients de ces limites, ont déjà engagé des réformes, notamment celle de la tarification qui entre en application à partir de cette année. Dans le cadre de l'élaboration de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, la prévention et la meilleure prise en charge des victimes du travail figurent aux premiers rangs des orientations approuvées par le patronat et les syndicats de salariés.

Soulignons combien ce régime, mis en place en 1898 et si décrié par la doctrine juridique, suscite pourtant l'adhésion des partenaires sociaux qui souhaitent le faire vivre et évoluer, en s'engageant dans une démarche d'innovation qui prend en compte les meilleures pratiques européennes. L'évolution de la branche AT-MP sera l'un des sujets importants des prochaines années. Si ce sont les partenaires sociaux qui font vivre la branche AT MP, il ne leur en faut pas moins des moyens.

J'en viens aux articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale concernés, au nombre de sept après le passage à l'Assemblée nationale. Au-delà de ceux dont j'ai déjà abordé les enjeux, quatre articles méritent un examen plus particulier.

L'article 65 met en place une réforme de la prise en charge de la tierce personne pour les victimes du travail ayant besoin d'une aide dans les actes de la vie quotidienne. L'ancien système, fondé sur une majoration de la rente, aboutissait à calculer le montant alloué à la victime sur la base de ses revenus antérieurs. Le Gouvernement propose de mettre en place un système de prestation fondé sur les besoins de la personne handicapée. Sous réserve d'une précision que la ministre pourra apporter en séance pour nous assurer que les aidants familiaux sont bien inclus dans le périmètre de la mesure, cet article ne me paraît pas nécessiter d'amendement.

L'article 66 tend à résoudre une difficulté pratique et procédurale et à garantir que la branche, qui avance à la victime d'une faute inexcusable de l'employeur le montant total de son indemnisation, pourra obtenir le remboursement de cette somme par l'employeur fautif. Les sommes dues seront ainsi perçues en capital et non plus sous la forme d'une majoration de cotisation, ce qui limitera le risque lié à la disparition de l'entreprise. En outre, l'employeur ne pourra plus se prévaloir des carences de la caisse, dans le cadre de la procédure administrative, pour faire échec au recouvrement des

sommes avancées en application d'une décision du juge judiciaire. Cette pratique, essentiellement celle de grands groupes industriels, coûte plusieurs millions chaque année à la branche et il est heureux qu'il y soit mis fin. Dans le cadre de la discussion en séance, j'aborderai la question plus large de l'indemnisation des victimes d'une faute inexcusable, qui n'est pas pleinement tranchée depuis la décision du Conseil constitutionnel de 2010, qui a élargi le nombre des préjudices indemnisables.

L'article 67 prévoit pour sa part les mesures techniques qui permettront à l'ensemble des polypensionnés titulaires d'une allocation de cessation anticipée au titre de leur exposition à l'amiante de liquider leur pension de retraite à l'âge de soixante ans. C'est là l'aboutissement de la mesure que le Sénat avait adoptée à l'unanimité dans le cadre de la réforme des retraites de 2010.

Enfin l'article 69 bis, inséré par les députés, repose pour sa part la question d'une voie d'accès individuelle au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), qui n'est toujours accessible qu'aux employés ayant travaillé sur certains sites limitativement énumérés. Il est regrettable que nous en soyons encore à la demande de rapport, puisque l'étude publiée par l'Anses en mai 2011 a clairement établi la faisabilité technique de cet accès. Nous aurons encore une fois ce débat en séance avec la ministre. Espérons que nous aboutirons un jour...

Je vous proposerai trois amendements techniques tendant à étudier la possibilité pour les ayants droit d'une personne bénéficiaire de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante de bénéficier de l'assurance décès ; à reconnaître que le lien entre le décès d'une victime de l'amiante et sa maladie une fois établi par la caisse n'a pas à être réexaminé par le Fiva ; à garantir la possibilité pour les représentants des salariés au sein des comités techniques de la branche d'exercer leur mandat.

Puisse l'examen en séance nous aider à approfondir plusieurs points avec la ministre et à poser des jalons pour l'avenir.

Mme Annie David, présidente. - *Nous passons à la discussion générale sur le rapport.*

M. Jean-Noël Cardoux. - *Je remercie les rapporteurs de la densité de leur travail, même si je ne souscris pas à l'essentiel de leurs conclusions.*

Une remarque générale, tout d'abord. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, dans son volet recettes, fait significativement appel au monde de l'entreprise : déplafonnement des cotisations des travailleurs indépendants, suppression de l'abattement de 10 % pour les gérants de SARL majoritaires, majoration des cotisations des auto-entrepreneurs, taxe sur les salaires, suppression de l'assiette de cotisation forfaitaire pour les emplois familiaux. Autant de mesures qui pèseront lourd sur l'emploi. Il faut pallier les difficultés liées à la crise, nous dit le rapporteur général, mais ces dispositions, si on les ajoute à celles qui ont été prises en loi de finances rectificative, à celles de la loi de finances à venir et à celles qu'a déclinées

hier le Premier ministre, donnent le sentiment d'un Gouvernement déboussolé, sans ligne directrice. Et je crains qu'in fine, l'addition de tous ces textes épars, sans cohérence, n'aient un impact très négatif sur l'économie. Il faudra qu'un bilan précis soit réalisé sur leur impact concret pour différents types d'entreprises, petites, grandes ou moyennes, impact qui risque à mes yeux d'être d'autant plus négatif que leurs effets sur l'emploi aboutiront à diminuer les recettes.

L'article 40 m'inquiète. Il est vrai qu'il n'est pas facile de trouver des médecins, mais je crains que l'on ne marque ici une inflexion vers une médecine salariée de fonctionnaires, au rebours de la médecine libérale sur laquelle le système français a toujours été fondé en France, pour le plus grand bien des patients.

Je souscris, en revanche, à ce qu'a dit notre rapporteur pour le médico-social : il est urgent de trouver des solutions de financement pour les services à domicile. La création des Spasad, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile, est, de ce point de vue, une excellente chose, qui doit produire des économies d'échelle, et je suis prêt à m'investir pour faire avancer ce projet.

Mme Catherine Génisson. - A mon tour de remercier l'ensemble des rapporteurs, et le rapporteur général au premier chef. Je m'attacherai à l'assurance maladie, dont le budget témoigne d'un effort non seulement sur les recettes mais aussi sur les dépenses, selon une approche véritablement qualitative. L'augmentation de 2,5 % à 2,7 % de l'Ondam est, de ce point de vue, une bonne chose, tant pour la médecine libérale que pour la médecine hospitalière.

Côté économies, j'observe que l'effort drastique demandé aux industries pharmaceutiques devra trouver un jour son terme, ainsi que l'a souligné le rapporteur général, pour préserver leur compétitivité en Europe et leur capacité à financer la recherche : l'effort devra surtout porter, désormais, sur la prescription médicale.

L'accord, relatif aux dépassements d'honoraires, est central. Le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie nous a dit hier comment il se déclinerait. Nous devons être vigilants sur l'efficacité de la régulation, d'autant qu'elle laisse des échappatoires. Les dépassements excessifs sont rares, ainsi que le soulignent les syndicats de médecins. Raison de plus pour les sanctionner sans faillir, afin que le blâme n'en rejaillisse pas sur l'ensemble de la profession. Pour le reste, j'admets que dans le cadre contraint que nous connaissons, il est difficile de s'attaquer aux causes qui sont à la racine des dépassements, dus pour beaucoup à la sous-cotation de nombreux actes médicaux, mais nous ne pourrons pas faire l'économie d'une analyse, de même qu'il nous faudra revisiter, pour l'hôpital, le statut de praticien hospitalier - car si tant de ces praticiens recourent à l'activité privée, c'est que ce statut n'est pas satisfaisant.

J'approuve le rapporteur général qui propose la suppression de l'article 42 bis pour mener la réflexion plus avant après la remise des deux rapports attendus.

Les mesures qui diversifient l'exercice de l'activité libérale sont bienvenues. Notre collègue Cardoux craint le développement du salariat ? Mais les nouvelles générations d'étudiants le préfèrent souvent à l'activité libérale conventionnée, et c'est même une des causes de la désertification. C'est bien pourquoi ces dispositions vont dans le bon sens.

Je me félicite de la redéfinition du service public hospitalier. L'article 1^{er} de la loi HPST était une catastrophe. Le service public est un tout : sa vente à la découpe aboutit à des dysfonctionnements inacceptables, et pour le public et pour le privé.

La suppression de la convergence tarifaire est une excellente nouvelle, et je remercie les rapporteurs de la Mecss de leur unanimité. Quant à l'informatisation, plusieurs systèmes sont possibles pour l'hôpital ; le choix relève du ministère de la santé, sachant que la réponse sera déterminante pour améliorer les relations entre public et privé.

Je me réjouis, enfin, du remboursement de l'IVG à 100 %.

Un mot sur le médico-social. J'espère que la médicalisation des Ehpad sera enfin efficace, pour une prise en charge des patients à la fois conforme à nos valeurs humanistes et financièrement soutenable.

Pour ce qui est des retraites, il est clair qu'il faudra répondre à la question de la pénibilité. Je remercie notre rapporteure d'avoir souligné les inégalités entre les hommes et les femmes. Quant au rétablissement de l'AER, ce serait une mesure indispensable de justice sociale.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. - *Je remercie nos rapporteurs du travail analytique complet qu'ils ont mené. Leurs conclusions, hormis celles de Mme Pasquet et de M. Godefroy, ne m'en semblent pas moins euphoriques à l'excès.*

J'ai mal compris, monsieur le rapporteur général, votre démonstration relative à l'effort de redressement des comptes, fondée sur les soldes tendanciels. A quand le retour à l'équilibre ? D'autant que vous soulignez, ensuite, que la projection pour 2012-2017 laisse un déficit de 34,6 milliards pour les branches maladie et famille, sans en tirer aucune conséquence. Le rôle des commissions parlementaires n'est pas de rester à la remorque du Gouvernement, mais bien de tracer quelques perspectives.

Pour la branche maladie, vous relevez, à juste titre, qu'un certain nombre des remarques de la Mecss ont été prises en compte. Mais je regrette que vous ne fassiez pas état des 28 % d'actes médicaux superflus qu'elle avait mentionnés. Leur réduction serait source d'économies considérables puisqu'ils ne représentent pas moins de 12 milliards sur les 55 milliards soumis à la T2A. Or, vous n'en dites rien. Ne serait-il pas judicieux de le signaler au ministre, qui ne semble pas tirer les mêmes conclusions que nous ?

Vous vous réjouissez de l'expérimentation de l'appel d'offres sur les transports sanitaires. Mais quel besoin d'expérimenter une procédure parfaitement connue ? Procédons dès à présent à ces appels d'offres ! Quant à la facturation individuelle, sa prise d'effet n'interviendra, au mieux, qu'en 2016, au motif que l'hôpital ne serait, techniquement, pas au point. Mais elle est en place, dans le privé, depuis 2005-2006 !

Bref, j'estime que nous devrions être plus offensifs. Il ne s'agit pas de critiquer ce Gouvernement, mais l'action jusqu'à présent menée dans le secteur.

Sur la vieillesse, je partage l'avis de Mme Demontès : nous ne sommes pas au bout du compte. Et l'on risque de voir les déficits s'aggraver. Nous verrons ce qu'en dit le rapport du Conseil d'orientation des retraites, attendu en 2013. Je regrette cependant que notre rapporteure ne fasse pas état de l'une des conclusions essentielles de la Mecss, à savoir la nécessité d'étudier la retraite par points. A quand le rapport que nous doit le Gouvernement ?

Je souscris, pour l'essentiel, aux conclusions de M. Godefroy. J'ai entendu la ministre dire, au sujet du bénéfice de l'Acaata, que la liste serait rouverte. Pour les demandes individuelles ou collectives ? Ce serait une bonne question à poser. Quant à la décision de la cour d'appel de Douai, c'est peut-être une bonne nouvelle pour le Fiva, mais la ministre n'avait-elle pas déclaré qu'elle avait prévu l'enveloppe nécessaire pour que le Fiva ne demande pas le remboursement des trop perçus ?

M. Dominique Watrin. - *La crise a mis en relief le rôle d'amortisseur que joue notre système de protection sociale, mais beaucoup font encore porter la responsabilité des difficultés économiques sur les cotisations sociales, indispensables à son financement, au motif qu'elles pèseraient sur la compétitivité de nos entreprises. Analyse à courte vue !*

Le précédent gouvernement n'avait déjà eu de cesse de réduire la portée de notre protection sociale, à coups de franchises, de remboursements, de fiscalisation des indemnités journalières, de taxation des contrats mutualistes, et j'en passe. Le groupe CRC estime qu'il faut rompre avec cette logique qui, reposant sur la réduction des dépenses sociales et publiques, interdit toute politique de relance par la demande intérieure et tout investissement dans la dépense sociale, pourtant indispensable en période de crise.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne réduit ni les droits, ni la protection, certes, mais il ne mobilise pas les moyens financiers nécessaires. La prise en charge de l'IVG, la gratuité de la pilule, les dispositions relatives à l'intervention des tierces personnes sont autant de mesures bienvenues, mais elles ne sont financées que par des ressources non pérennes quant elles ne sont pas injustes.

D'autres solutions sont possibles. Nous ne désespérons pas de convaincre le Gouvernement et la majorité du Sénat, et c'est pourquoi, bien que le projet, en l'état, ne nous paraisse pas acceptable, nous voterons ce rapport, pour que le débat en séance soit, comme il doit l'être, un lieu de discussion et d'échange.

M. René-Paul Savary. - *J'appelle les membres de la majorité à un peu plus d'humilité et de retenue. Vous dénoncez le gouvernement précédent pour avoir creusé le déficit, mais proposez, dans le même temps, des dépenses supplémentaires qu'il faudra bien payer demain. Vous dénoncez les niches fiscales, mais vous en créez une de 20 milliards, financée par une hausse de TVA que vous condamniez naguère...*

Vous dénoncez, à juste titre, le fait que 271 millions dévolus à la CNSA n'aient pas été utilisés, mais sans rien proposer pour remédier au problème. L'augmentation de l'Ondam médico-social ne sera donc pas consommée : ce n'est qu'une mesure d'affichage.

Si la médicalisation des Ehpad ne fonctionne pas, c'est parce qu'elle entraîne les départements dans des dépenses subies. La CNSA ne joue pas son rôle : conçue comme outil de financement des dépenses médico-sociales liées à la dépendance des personnes âgées ou des handicapées, elle est devenue un outil de financement des dépenses sanitaires de sécurité sociale.

De même, dans le secteur de la famille, il faudrait revaloriser chaque année le fonds national de protection de l'enfance : je ne vois rien sur ce sujet.

M. Marc Laménie. - *Je félicite les rapporteurs pour l'importance du travail fourni. Je partage l'analyse de notre collègue Kerdraon sur le plan Alzheimer, en particulier sur la rigidité des liens avec les ARS. J'ai connu dans des Ehpad quelques exemples d'unités Alzheimer qui n'étaient pas reconnues comme telles ; la création des pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) est toujours aussi difficile alors qu'elle devrait être encouragée.*

M. Gérard Roche. - *Je ne suis ni paranoïaque ni obsessionnel, et pourtant j'évoquerai l'article 16, puisque nous avons voté au Sénat une proposition de loi que j'avais présentée sur la compensation des charges supportées par les départements pour l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Je me réjouis de ce dispositif qui va dans le sens de ma proposition de loi : la contribution de 0,3 % sur les pensions de retraites fournira une recette d'environ 380 millions d'euros. Cependant, la lecture détaillée de l'article m'inquiète, et je m'adresse ici à tous les conseillers généraux, quel que soit leur bord. Son dernier paragraphe traite des modifications d'imputation de la CSG sur les différents chapitres ; le 0,1 point de CSG alloué à la section II du budget de la CNSA, qui rapportait 1 milliard de recettes pour les concours aux départements, est ramené à 0,064 point, soit l'équivalent de la recette de la nouvelle contribution sur les personnes âgées. Ce qui est donné d'un côté est donc repris de l'autre et, cette année, les départements n'auront aucune compensation supplémentaire pour l'Apa. Je proposerai donc un amendement et j'espère que mes collègues de droite comme de gauche le signeront !*

Mme Catherine Procaccia. - *En entendant notre rapporteur général, j'ai une pensée pour Alain Vasselle qui était beaucoup plus critique vis-à-vis du gouvernement que vous ne l'êtes. De manière générale, le discours de l'ensemble des rapporteurs est très laudatif alors que je ne vois pas de pistes de retour à l'équilibre dans les rapports présentés.*

Concernant la politique familiale, je remercie Mme Pasquet de confirmer dans son rapport ma première analyse à la lecture du projet de loi : rien à signaler en matière de politique familiale ! Je m'étonne juste de ses louanges concernant le rendement de la taxe sur les contrats d'assurance, à laquelle la gauche, comme moi-même, avons toujours été opposée. Enfin, vous évoquez les Caf et notamment les revendications de leurs personnels : est-ce bien du domaine du PLFSS ? Ce message s'adresse plutôt, il me semble, à la ministre. En revanche, le texte est bien maigre en termes de propositions...

M. Jean-François Husson. - *Vous énumérez les mesures prises depuis 2005 en soulignant leur injustice : pourquoi ne revenez-vous pas dessus ? Vous évoquez le dispositif très intéressant d'aide à la complémentaire santé : à mon sens, il faudrait l'ouvrir davantage. Quant au tiers payant, non seulement il déresponsabilise les assurés et en particulier ceux qui peuvent s'offrir un dispositif d'assurance, mais il accroît les dépenses de 10 % à 15 %. Pourquoi ne pas mettre en place un système de débit différé comme pour les cartes bancaires ? Enfin, s'agissant des indemnités journalières, il est inexact de dire que le dispositif comble un vide juridique car demeurent des professions, notamment les travailleurs indépendants, qui n'ont accès à aucune indemnité journalière.*

Mme Annie David, présidente. - *Quelles que soient les majorités, j'ai toujours trouvé les rapporteurs élogieux vis-à-vis de leurs gouvernements respectifs, et la dimension critique n'est pas absente des rapports que j'ai entendus aujourd'hui.*

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Je vous remercie de ce débat constructif.*

M. Cardoux pose le problème central de la participation des acteurs économiques au financement de la protection sociale. Soyons bien d'accord : j'estime que les acteurs économiques jouent un rôle fondamental pour l'équilibre de notre société et que les pouvoirs publics doivent avoir comme mission de favoriser leur environnement, leur développement, l'innovation et l'emploi. C'est tout le sens des dispositions que le Gouvernement entend prendre dans le cadre du pacte de compétitivité. De même, je souhaite que notre système de protection sociale, dans la ligne historique des décisions prises en 1945 et ultérieurement, procure aux citoyens les meilleures garanties contre les aléas de la vie. Nous devons donc rechercher un équilibre dans les modes de financement et j'estime que les acteurs économiques ne peuvent en être exclus.

La mesure la plus importante de ce PLFSS en la matière concerne le régime social des indépendants (RSI). Personne n'en niera l'importance : un milliard d'euros est en jeu. Il s'agit cependant moins de créer une nouvelle

taxe que de résorber une niche sociale ou de mettre fin à une sorte d'anomalie. A cet égard, les réactions des responsables du RSI sont éloquentes. Je rappelle que ce régime était structurellement déficitaire et qu'il était équilibré par une affectation de recettes de 2,4 milliards d'euros provenant de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). La suppression de certaines particularités en matière de cotisations va permettre de redéployer la C3S vers le FSV. Cette mesure répond à un objectif de justice dans la répartition des efforts des partenaires économiques au financement de notre protection sociale.

Le débat sur le mode de rémunération des médecins a été ouvert. Si le système du paiement à l'acte est bien loin de vivre ses derniers jours, nous sommes ici nombreux à penser qu'il ne suffit plus à prendre en compte les évolutions des pratiques médicales, en particulier dans les secteurs ruraux. Plus les pratiques collectives se développeront, plus nous prendrons en compte les parcours de soins, plus nous devons imaginer des modes de rémunération forfaitaires en complément du paiement à l'acte. C'est le sens des propositions de ce PLFSS. L'article 40 propose une garantie de rémunération dans le cas particulier des jeunes médecins venant s'installer à côté d'un praticien déjà en place, mais il ne remet pas en cause le principe du paiement à l'acte. Le débat reste donc ouvert, en particulier dans le cadre de la médecine de ville.

Quelques compliments dans une matinée comme celle-ci sont appréciables : merci à Mme Génisson.

Monsieur Vanlerenberghe, le solde tendanciel est celui qui serait obtenu si nous ne prenions aucune mesure pour modérer les dépenses de santé, compte tenu de leur évolution normale. C'est un ratio intéressant qui met en valeur les efforts de modération réalisés.

Au sujet des actes inutiles, une stratégie de long terme s'impose et nous pouvons nous éclairer des riches travaux de la Mecss dans ce domaine. Dans le PLFSS, la mise en place de l'expérimentation des parcours de santé pour les personnes âgées a bien pour objet d'éviter des hospitalisations inutiles et donc des actes inutiles. Je vous concède qu'il ne s'agit que d'un premier pas et que bien d'autres cas sont à régler, notamment les prescriptions faites par souci de sécurité juridique, quand le médecin craint d'être attaqué parce qu'il n'a pas prescrit tel ou tel acte. Mais le PLFSS ne peut tout régler à la fois.

Nous avons constaté d'immenses difficultés à mettre en place un dispositif de facturation au fil de l'eau. Il est envisagé de généraliser ce système pour les consultations externes en 2013 et 2014, et d'engager une expérimentation pour les GHS aujourd'hui facturés globalement par l'hôpital, sans identification entre la dépense et le patient. La facturation au fil de l'eau devrait permettre cette identification, mais elle s'avère complexe à mettre en place.

Je prends acte, monsieur Watrin, de vos déclarations : nous ne sommes pas en phase sur tous les points en discussion.

M. Savary m'enjoint à plus d'humilité : je n'ai pas le sentiment d'avoir été euphorique... Nous savons tous que les 160 milliards de déficit ont été créés en une dizaine d'années et qu'ils sont pour une bonne part d'ordre structurel, comme le dit la Cour des comptes elle-même. Personne ne nie la crise, mais elle n'explique pas à elle seule l'état de nos comptes sociaux. Nous faisons notre maximum pour réduire le déficit, mais nous ne pouvons pas tout traiter en un seul PLFSS.

Monsieur Roche, la suite des événements nous dira s'il est opportun ou non d'apporter un complément au dispositif adopté à l'article 16 par l'Assemblée nationale. Le budget de la CNSA n'est pas traité dans le cadre du PLFSS, mais nous avons bien noté les 350 millions de recettes supplémentaires prévus par le projet initial, portés à 450 millions par l'Assemblée nationale. Sera-t-il possible d'influencer le parcours de ces 100 millions supplémentaires qui font beaucoup d'envieux ? Pour l'instant, nous n'avons pas d'amendement à ce sujet.

Madame Procaccia, je suis flatté de la comparaison avec mon prédécesseur, mais si notre comportement était le même, ce serait inquiétant !

Monsieur Husson, il n'existe pas d'études prouvant un lien entre la mise en place du tiers payant et l'augmentation des dépenses. Je défends pour ma part l'idée qu'il soit réservé aux plus défavorisés et aux étudiants, comme le prévoit ce PLFSS.

Enfin, ce point est à vérifier, mais il me semble qu'il existe bien des indemnités journalières dans le RSI.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *Je remercie MM. Cardoux, Savary et Laménie d'aller dans mon sens. Nous l'avons constaté au cours de nos auditions : acteurs médico-sociaux et élus dénoncent la lourdeur administrative qui freine et pénalise les projets. Que l'Ondam soit fixé à 4 % ou à 10 % ne fait pas grande différence si les projets ne peuvent voir le jour à cause des opérations de gel de crédits ou des procédures particulièrement pénalisantes. Le PLFSS est voté à la fin de l'année, et les notifications budgétaires ne sont délivrées qu'en juillet : en réalité, il ne reste que cinq mois pour monter les dossiers.*

Le cas des pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa), évoqué par M. Laménie, confirme que l'excès de normes tue la norme : les cahiers des charges sont si contraignants que bien des places supplémentaires ne voient pas le jour.

Il faudra bien un jour se pencher sur ces questions : le respect des délais entre le vote du PLFSS et les circulaires, et l'assouplissement des cahiers des charges.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure pour la branche famille. - *Le fonds national de financement de la protection de l'enfance n'est pas abondé, mais le Gouvernement envisage une réflexion globale sur le sujet, après concertation avec les citoyens et les acteurs nationaux et locaux. Le fonds en fera vraisemblablement partie.*

Mme Procaccia déplore l'absence de mesures pour la branche famille. Jusqu'en 2008, cette branche était excédentaire ; ce n'est plus le cas depuis le transfert de 0,28 point de CSG à la Cades et les marges de manœuvre s'en trouvent limitées. Une réflexion de fond sur le financement s'impose.

Je réaffirme ne pas être favorable à la taxe sur les contrats d'assurance complémentaires. Je me suis contentée de dire que son rendement était stable. Les mutuelles n'ont pas demandé sa suppression car elles sont engagées dans une discussion avec le Gouvernement sur les termes d'un nouveau dispositif. Nous verrons où ces discussions aboutiront.

Enfin, il ne m'a pas semblé inintéressant de rencontrer les personnels des Caf dans le contexte de tensions sociales qui est le leur et au moment où sont engagées les discussions sur la future convention d'objectifs et de gestion (COG). Ces personnels sont en première ligne dans la mise en place des politiques de la Cnaf sur le terrain.

Mme Christiane Demontès, rapporteure pour la branche vieillesse. - *Madame Procaccia, nous avons combattu la réforme des retraites de 2010 parce que nous pensions qu'elle aurait des effets négatifs et la situation actuelle des seniors face à la dégradation de l'emploi nous donne hélas raison. Sur le supposé caractère laudatif de ce rapport, je vous invite à consulter les passages relatifs à l'AER, à la pénibilité, au FSV ou encore au travail des seniors : sur tous ces sujets, nous interpellons le Gouvernement.*

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - *Merci à M. Vanlerenberghe de ses propos. La liste des bénéficiaires du Fcaata n'a jamais été fermée, mais l'accès en était bloqué pour des raisons faciles à comprendre. La ministre s'est engagée à la rouvrir pour les entreprises, mais pas pour les demandes individuelles, ce que je regrette, car ce sont les plus urgentes. Les suites du jugement de la cour d'appel de Douai ont été évoquées bien qu'elles ne concernent pas le PLFSS. La ministre a demandé à ne pas recouvrer les sommes demandées : c'est au conseil d'administration du Fiva de gérer la situation.*

Enfin, à titre personnel, je tiens à souligner que le président et les responsables du RSI ont fait preuve d'un sens aigu du devoir, dans un contexte particulier de renouvellement des instances.

Mme Annie David, présidente. - *Nous allons procéder à l'examen des amendements. Je rappelle que le PLFSS ne fait pas partie des projets de loi pour lesquels la discussion en séance porte sur un texte établi par la commission.*

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Article 14 (supprimé)

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 1 propose de rétablir l'article 14 supprimé par l'Assemblée nationale à la demande du Gouvernement. Il s'agit, dans un esprit de justice, de soumettre*

au forfait social les plus-values réalisées par les gestionnaires de fonds de capital risque, les « carried interests ».

L'amendement n° 1 est adopté.

Article 17

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Dans sa rédaction actuelle, l'article 17 supprimerait toute faculté d'affiliation au régime général pour les élus dont les indemnités de fonction sont inférieures à 1 516 euros par mois et qui n'ont aucune activité professionnelle. L'amendement n° 2 vise à leur assurer une protection sociale.*

L'amendement n° 2 est adopté.

Article 21

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Une disposition de l'article prévoit que, dans le nouveau mode de remboursement de la CMU-c, il y aura un plafonnement de remboursement pour les mutuelles et pas pour l'assurance maladie. Je propose que les mutuelles soient traitées comme l'assurance maladie, en tout état de cause dans la limite des excédents du fonds CMU.*

L'amendement n° 3 est adopté.

Article 22

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Il est proposé de faire figurer la colonne des taux proportionnels au tableau contenant les taux de taxation sur les tabacs. C'est une mesure de clarification.*

L'amendement n° 4 est adopté.

Article 23

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 5 supprime le dernier alinéa de l'article 23, qui demande au Gouvernement un rapport sur les boissons alcoolisées ; je préfère que le Parlement s'en charge.*

L'amendement n° 5 est adopté.

Article 23 bis

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Il s'agit de préciser que la nouvelle taxe sur les boissons énergisantes est due en raison de l'addition de deux excitants, caféine et taurine, et non pas de l'un ou de l'autre.*

M. Alain Milon. - *Cela me semble logique, mais certains produits ne contiennent-ils pas que de la taurine ?*

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Nous avons constaté que les deux produits étaient toujours associés dans ces boissons.*

L'amendement n° 6 est adopté.

Article additionnel après l'article 23 bis

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Je propose d'introduire une première taxe nutritionnelle sur les aliments, en visant l'huile de palme, dont la consommation excessive peut comporter des risques pour la santé. A la différence de la fiscalité du tabac, il ne s'agit pas ici de pénaliser les consommateurs. La taxe a été calculée afin d'envoyer un signal aux industriels, pour qu'ils modifient la composition de leurs produits. Si elle est reportée, la taxe ne devrait pas faire augmenter le prix de vente au détail de façon significative. En revanche, les montants seront substantiels rapportés aux quantités utilisées par les industriels.

On entend souvent dire que l'huile de palme est utilisée pour la fabrication de produits bas de gamme. Ce n'est pas toujours vrai. En revanche, beaucoup de produits bio en contiennent.

Mme Aline Archimbaud. - Je me réjouis de cet amendement auquel notre groupe avait réfléchi. Il va dans le bon sens ; notre groupe y est très favorable.

Mme Catherine Procaccia. - Dans le cadre de mon groupe d'amitié, j'organise un colloque qui abordera le sujet de l'huile de palme ; un producteur bio, Alter Eco, m'a dit utiliser de l'huile de palme, indispensable à certains produits selon lui ; incorporée dans la plupart des produits bio, elle n'est pas plus mauvaise que l'huile de colza ou une autre graisse. Je m'étonne également que les exportations ne soient pas interdites si on estime que l'huile de palme est dangereuse. Enfin, en termes d'environnement, les rendements de l'huile de palme sont beaucoup plus élevés que ceux d'autres huiles. Si on la supprime, c'est la déforestation qui va progresser. N'ayant pas de certitudes en ce domaine, je ne voterai pas cet amendement.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - La taxe ne serait pas applicable aux exportations car la fiscalité française, par définition, s'applique en France et ne peut porter sur les produits vendus dans un autre pays.

L'amendement n° 7 est adopté.

Article 24

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 8 concerne la date de versement du solde de différentes contributions dues par les entreprises pharmaceutiques.

L'amendement technique n° 8 est adopté.

Article 34

L'amendement de cohérence n° 9 est adopté.

Article 39

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Je propose d'harmoniser l'article 39 avec le droit commun régissant les conventions avec les professions de santé. Cet article concerne les conventions

pluriprofessionnelles, par exemple entre l'assurance maladie d'une part, et des médecins, des infirmières, des sages femmes d'autre part. Tel qu'il est rédigé, l'article requiert l'accord de tous les syndicats pour établir la convention, ce qui donne un droit de veto à chacun. Or, dans le domaine de la santé, l'entrée en vigueur des conventions ne requiert pas l'unanimité.

Mme Annie David, présidente. - Par exemple, l'accord conclu sur les dépassements d'honoraires pourra être valable en dépit de l'opposition de quelques organisations syndicales.

Mme Catherine Deroche. - Comment conclure une convention interprofessionnelle si une profession y est opposée ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Il suffirait qu'un nombre suffisant de syndicats la signent pour chaque profession concernée.

Mme Catherine Deroche. - Un accord de chaque profession est donc nécessaire, même en l'absence d'unanimité des syndicats ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. - Ne convient-il pas de prévoir une exception en cas de refus de l'ensemble d'une profession ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Chaque profession doit donner son accord, mais au sein de chaque profession l'unanimité des organisations syndicales n'est pas requise.

L'amendement n° 10 est adopté.

Article 40

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 11 inverse les deux phrases de l'alinéa 6 pour inscrire d'abord le principe général de pratique des tarifs opposables, avant d'évoquer un cas particulier.

Mme Catherine Deroche. - Nous nous abstenons.

L'amendement n° 11 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'Assemblée nationale a introduit l'idée que les établissements de santé puissent signer un contrat avec l'ARS pour qu'un de leurs praticiens exerce, dans le cadre de ses missions, une activité ambulatoire dans une zone sous-dotée. L'amendement n° 12 élargit cette possibilité aux praticiens n'exerçant pas à temps plein.

L'amendement n° 12 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Avec l'amendement n° 13, les conditions d'indemnisation des sujétions des médecins, comme les frais de transport, seront prévus dans le contrat entre l'ARS, l'établissement et le médecin, plutôt que dans la convention qui lie l'ARS, l'établissement et la structure d'accueil.

Mme Catherine Génisson. - Qu'en sera-t-il en l'absence de structure d'accueil, en particulier dans les zones sous-dotées dépourvues de cabinet médical ou de centre de santé ? Avec qui signer ?

Mme Annie David, présidente. - Dans ce cas, aucun contrat de mise à disposition d'un médecin ne pourra être conclu.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'Assemblée nationale a élargi le champ de l'article par rapport à son objet initial. Il me semble logique que la prise en charge des sujétions figure dans le contrat.

Mme Catherine Génisson. - Qui paierait les frais de transport?

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'ARS. L'article 40 ouvre la possibilité à différents organismes de déléguer des praticiens vers des zones sous-dotées sans que l'établissement de départ ne soit perdant d'un point de vue financier.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. - Il est logique que les conditions d'indemnisation soient fixées dans le contrat.

M. Alain Milon. - Cet article relatif au « praticien territorial de médecine générale » (PTMG). Concerne-t-il les jeunes médecins non encore installés en libéral mais ayant effectué des remplacements ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Le dispositif les intègre à la suite d'un amendement adopté à l'Assemblée. Les médecins qui ne sont pas encore installés bénéficieront, dans le cadre d'un contrat avec l'ARS, d'une garantie de revenu pendant trois ans.

M. Alain Milon. - Nous nous abstiendrons.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Cette mesure devrait faciliter l'installation de 200 médecins pour toute la France. L'amendement n° 13 ne traite pas spécifiquement du contrat de PTMG mais de la seconde partie de l'article 40.

M. Alain Milon. - Si les médecins ne s'installent pas dans les déserts médicaux, ce n'est pas pour des raisons pécuniaires, mais en raison de la qualité de vie. Il faut donc rechercher d'autres solutions. Entre médecine libérale et médecine salariée, il faudra choisir.

L'amendement n° 13 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 14 prévoit que le médecin soit signataire non seulement du contrat mais aussi de la convention.

L'amendement n° 14 est adopté.

Article 40 bis

L'amendement rédactionnel n° 15 est adopté.

Article 41

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 16 inclut explicitement les « services » médico-sociaux dans la liste des organismes concernés par l'expérimentation relative au parcours de soins des personnes âgées.

L'amendement n° 16 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 17 supprime l'alinéa 9 ajouté par l'Assemblée nationale, relatif à l'accès des ARS à certaines données et à la garantie de leur sécurité. Cette disposition est inutile car elle est déjà prévue dans le code de la santé publique.*

L'amendement n° 17 est adopté.

Article 42 bis

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 18 supprime l'article 42 bis, introduit par l'Assemblée nationale, qui concerne les modalités d'exercice libéral à l'hôpital. Sans porter de jugement sur le fond, cet article ne semble pas opportun au moment où une mission de réflexion sur ce sujet a été confiée à Dominique Laurent.*

Mme Annie David, présidente. - *Le groupe CRC s'abstient.*

L'amendement n° 18 est adopté.

Article 43 ter

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'article 43 ter revient à la double facturation pour les analyses biologiques. L'amendement n° 19 maintient la facturation unique pour les établissements publics comme les CHU.*

M. Alain Milon. - *Les CHU ne sont pas les seuls à être hostiles à la double facturation. Nous nous abstiendrons.*

L'amendement n° 19 est adopté.

Article 43 quinquies

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement complète le rapport sur l'accès à la contraception prévu dans cet article par une étude médico-économique qui pourra être conduite par la Haute Autorité de santé.*

L'amendement n° 20 est adopté.

Article 43 sexies

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 21 concerne les expérimentations de tiers payant pour les étudiants : il les étend aux étudiants qui ne sont pas couverts par une complémentaire santé, pour la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.*

Mme Catherine Procaccia. - *Avec M. Kerdraon nous remettrons un rapport. Je ne comprends pas cet article : si les étudiants possèdent une complémentaire, ils n'ont déjà, chez de nombreux praticiens, pas de dépenses à avancer. L'amendement voté à l'Assemblée nationale incite les étudiants à ne pas prendre d'assurance complémentaire, ce qui est contraire au but recherché. Je voterai contre cet article.*

L'amendement n° 21 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 22 propose une amélioration rédactionnelle de l'expérimentation du tiers payant pour les étudiants.

L'amendement n° 22 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 23 est adopté.

Article 44

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Le Comité économique des produits de santé peut, aux termes de l'article 44, fixer des pénalités financières en cas de retrait ou d'interdiction de publicité décidés par l'Agence nationale de sécurité du médicament sur les dispositifs médicaux. L'amendement n° 24 étend cette possibilité aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, afin d'homogénéiser les dispositifs.

M. Alain Milon. - Nous nous abstenons.

L'amendement n° 24 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'inspiration de cet amendement est identique : homogénéiser les mécanismes et les sanctions entre les médicaments et les dispositifs médicaux.

L'amendement n° 25 est adopté.

Article additionnel après l'article 44

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 26 améliore les possibilités de substitution de dispositifs médicaux génériques quand le médecin inscrit un nom de marque sur l'ordonnance.

Mme Catherine Génisson. - Cela devient-il interdit pour le médecin ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Non. Par exemple un médecin reste libre de prescrire tel ou tel lecteur de glycémie.

Mme Annie David, présidente. - Mais le pharmacien pourra opérer une substitution.

Mme Catherine Génisson. - Certains lecteurs de glycémie fonctionnent mieux que d'autres.

Mme Annie David, présidente. - Les groupes centriste, UMP et CRC s'abstiennent.

L'amendement n° 26 est adopté.

Articles additionnels avant l'article 45

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 27 avance d'un an, au 1^{er} janvier 2014, l'obligation de prescrire en « dénomination commune internationale » (DCI). J'ai conscience que le délai de mise au point des logiciels risque d'être long. Débattons-en.

L'amendement n° 27 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 28 crée un cadre juridique sécurisé pour permettre la substitution d'un médicament biologique par un similaire.*

Mme Catherine Procaccia. - *Je suis contre.*

M. Bruno Gilles. - *Moi aussi.*

Mme Annie David, présidente. - *Le groupe UMP s'abstient.*

Mme Laurence Cohen. - *Est-ce la même démarche que pour les génériques ?*

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Oui, mais le mécanisme est davantage encadré.*

L'amendement n° 28 est adopté.

Article 45

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *Aujourd'hui, la délivrance d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour un médicament n'est possible qu'en cas de risque avéré pour la santé publique et en l'absence d'une solution thérapeutique existante. Le Gouvernement propose de pouvoir déroger à cette dernière condition. L'objectif est de faire pression sur les laboratoires pour les inciter à demander une AMM. A titre d'exemple, deux médicaments issus de deux laboratoires, non dépourvus de tout lien, proposent des traitements contre la dégénérescence maculaire, l'un pour un prix de 50 euros, l'autre de 800 euros, seul ce dernier disposant d'une AMM permettant la commercialisation en France. Un laboratoire étant libre de demander, ou non, une AMM, l'objectif du Gouvernement est de faire pression sur les laboratoires, même si le risque d'annulation par un juge est élevé.*

La rédaction actuelle de l'article dispose qu'une RTU pourrait être décidée, non seulement pour des motifs de santé publique, mais aussi pour ménager les finances de l'assurance maladie. L'amendement n° 29 supprime cette phrase, sans mentionner dans le corps du texte l'objectif financier. Par ailleurs, un amendement de l'Assemblée nationale restreint les RTU « à titre exceptionnel ».

Mme Catherine Génisson. - *Les RTU sont destinées à des situations thérapeutiques exceptionnelles, notamment l'expérimentation clinique de molécules dans des cas graves voire désespérés.*

Mme Annie David, présidente. - *Dans ce cas il s'agit d'une autorisation temporaire d'utilisation.*

Mme Catherine Génisson. - *Certes mais leur usage reste exceptionnel. Ne risquons-nous pas de remettre en cause le dispositif de l'AMM, dont le but est avant tout la vérification du bien-fondé et de l'utilité thérapeutique des molécules ? Laissons les laboratoires assumer la responsabilité de ne pas la demander pour des raisons bassement économiques ou d'ententes commerciales.*

Mme Annie David, présidente. - *Cet amendement ne supprime pas l'article 45 qui modifie la RTU, mais seulement la seconde phrase de l'alinéa 2.*

M. Alain Milon. - *Nous proposerons en séance un amendement de suppression de l'article 45. N'oublions pas que certains médicaments disposent d'une RTU pour certaines maladies, et d'une AMM pour d'autres pathologies.*

L'amendement n° 29 est adopté.

Articles additionnels après l'article 47

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 30 modifie la composition de la commission de contrôle de la tarification à l'activité, dans le prolongement du rapport présenté par MM. Le Menn et Milon.*

L'amendement n° 30 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 31, dans la suite du précédent, associe les praticiens au travail des équipes de contrôle.*

L'amendement n° 31 est adopté.

Article 48

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 32 propose que l'Acosse accorde des avances de trésorerie aux établissements de santé, plutôt que d'engager ceux-ci dans l'émission de billets de trésorerie.*

M. Alain Milon. - *Nous nous abstenons. Nous proposerons des amendements en séance.*

L'amendement n° 32 est adopté.

Article additionnel après l'article 49

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 33 vise à supprimer les pénalités financières en cas de non-respect des indicateurs de performance dans les établissements de santé.*

L'amendement n° 33 est adopté.

Article 51

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'article 51 modernise les soins pour les personnes détenues et l'amendement n° 34 leur garantit l'application des tarifs opposables.*

L'amendement n° 34 est adopté.

Article 53

M. Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *L'amendement n° 35 reporte au 1^{er} juillet 2013 l'entrée en vigueur de l'article 53 sur les délais de facturation aux caisses d'assurance maladie des dépenses des établissements pour personnes handicapées.*

L'amendement n° 35 est adopté.

Article 54

L'amendement rédactionnel n° 36 est adopté.

Article 55 bis

M. Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *L'article 150 de la loi de finances pour 2012 avait instauré une aide d'urgence de 50 millions d'euros destinée aux services d'aide à domicile, tout en prévoyant la possibilité d'expérimentations tarifaires.*

L'article 55 bis reconduit ce fonds pour l'année 2013, la ministre déléguée aux personnes âgées ayant expliqué, lors de l'examen de l'article à l'Assemblée nationale, que ce fonds devait permettre une véritable restructuration du secteur.

Or, la tarification constitue un élément central de cette restructuration. L'amendement n° 37 établit un lien explicite entre les deux.

L'amendement n° 37 est adopté.

Articles additionnels après l'article 55 bis

M. Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *L'amendement n° 38 consiste à demander un rapport sur les services polyvalents d'aide et de soins à domicile, comme précédemment évoqué.*

L'amendement n° 38 est adopté.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. - *L'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 autorisait l'expérimentation, dans les Ehpad volontaires, de modulations du forfait global relatif aux soins en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité. L'amendement n° 39 propose de supprimer cet article, comme l'avait fait le Sénat l'an passé, pour ouvrir la discussion avec le Gouvernement afin qu'il nous éclaire sur ses intentions, car la réforme de la tarification des Ehpad n'a pas avancé.*

L'amendement n° 39 est adopté.

Article 56

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 40 associe le ministre en charge de la sécurité sociale à la signature des statuts et règlements des organismes d'assurance maladie agricoles, en lien avec le ministre de l'agriculture.*

L'amendement n° 40 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 42 concerne les indemnités journalières. Il s'agit de s'assurer que les modalités exposées dans l'étude d'impact seront bien respectées.*

L'amendement n° 41 est adopté.

Article 57

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 42 vise à verser directement à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip) la contribution de l'assurance maladie, sans qu'elle transite par le Fmespp.

L'amendement n° 42 est adopté

Articles additionnels après l'article 57

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 43 prévoit que l'enveloppe du fonds d'intervention régional (FIR) soit votée en loi de financement, comme l'avait souhaité le Sénat l'an passé.

L'amendement n° 43 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 44 inscrit explicitement la démocratie sanitaire parmi les actions relevant du FIR.

L'amendement n° 44 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 45 prévoit qu'un rapport annuel sera présenté au Parlement sur les ARS.

Mme Catherine Procaccia. - Ce rapport sera-t-il détaillé par régions ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - Le rapport inclut les politiques menées en faveur de la résorption des inégalités territoriales de santé. Il est possible de demander des analyses par région.

L'amendement n° 45 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 46 propose que le rapport d'activité du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins soit transmis au Parlement avant le 1^{er} septembre.

L'amendement n° 46 est adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 47 supprime la redondance entre deux articles du code la santé publique.

L'amendement n° 47 est adopté.

Article 60

Mme Christiane Demontès, rapporteure. - L'amendement n° 48 garantit la bonne application de cet article aux personnes exerçant leur activité dans un département d'outre-mer.

L'amendement n° 48 est adopté.

Article additionnel après l'article 67

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - L'amendement n° 49 étend aux membres des comités techniques nationaux (CTN) et régionaux (CTR) les garanties dont disposent les administrateurs des caisses de sécurité sociale en matière de temps de formation et de protection contre le licenciement notamment.

L'amendement n° 49 est adopté.

Articles additionnels après l'article 69

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. - La reconnaissance d'une maladie professionnelle liée à l'amiante par une caisse s'impose au Fiva qui n'a pas à réexaminer lui-même le lien avec l'amiante. Mais il n'existe aucune procédure analogue en cas de décès, ce qui entraîne des procédures de contrôle longues et mal comprises. L'amendement n° 50 harmonise les dispositions en cas de maladie comme de décès.

L'amendement n° 50 est adopté.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - Le versement d'un capital aux ayants droit d'un assuré social décédé fait partie des garanties offertes par la sécurité sociale. Mais cette garantie ne joue pas dans le cas de l'allocation de cessation anticipée d'activité amiante (Acaata). L'amendement n° 51 prévoit la réalisation d'une étude, par les services de l'État, sur l'extension de l'assurance décès, qui relève du domaine réglementaire. Elle pourra être transmise au conseil de surveillance du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Parlement.

L'amendement n° 51 est adopté.

Article 71 bis

L'amendement rédactionnel n° 52 est adopté.

Article 71 ter

L'amendement rédactionnel n° 53 est adopté.

Mme Catherine Procaccia. - Nous votons contre l'article 71 ter.

Article additionnel avant l'article 75

M. Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 54 ouvre le service du contrôle médical à des infirmiers-conseils ; c'est une demande de la Cnam.

L'amendement n° 54 est adopté.

Mme Annie David, présidente. - Je mets aux voix le rapport.

Le rapport est adopté.

Article 14 Réforme des prélèvements sociaux applicables aux <i>carried interests</i>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	1	Rétablissement de la taxation au forfait social des « <i>carried interests</i> »	Adopté

Article 17 Elargissement de la couverture sociale des élus locaux			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	2	Faculté pour les élus locaux percevant moins de 1 516 euros d'indemnité de fonction chaque mois de cotiser au régime général s'ils ne sont pas affiliés par ailleurs	Adopté

Article 21 Remboursement par le fonds CMU des dépenses des organismes gestionnaires de la CMU-c			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	3	Application de la majoration à l'ensemble des organismes gestionnaires et en cas d'excédent du fonds	Adopté

Article 22 Mesures relatives à la fiscalité des tabacs			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	4	Clarification des tarifs par la publication d'un tableau avec le taux normal, le taux spécifique et le taux proportionnel	Adopté

Article 23 Hausse de la fiscalité sur les bières			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	5	Suppression de la demande de rapport sur la parafiscalité des alcools	Adopté

Article 23 bis Introduction d'une contribution sur les boissons énergisantes			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	6	Précision sur l'assiette des taxes sur les boissons énergisantes	Adopté

Article additionnel après l'article 23 bis			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	7	Introduction d'une taxe additionnelle sur les huiles de palme, de palmiste et de coprah	Adopté

Article 24 Sécurisation et simplification des prélèvements spécifiques portant sur des produits de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	8	Maintien du droit en vigueur pour la date de versement du solde d'une contribution	Adopté

Article 34 Trésorerie du régime des mines et rationalisation des comptes d'encaissement des Urssaf			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	9	Amendement rédactionnel	Adopté

Article 39 Valorisation des nouvelles organisations professionnelles en santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	10	Représentativité des signataires des conventions	Adopté

Article 40 Praticien territorial de médecine générale			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	11	Amendement rédactionnel	Adopté
Rapporteur général	12	Elargissement aux médecins exerçant à temps partiel	Adopté
Rapporteur général	13	Clauses du contrat et de la convention	Adopté
Rapporteur général	14	Signature de la convention par le médecin	Adopté

Article 40 bis Contrat d'engagement de service public			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	15	Amendement rédactionnel	Adopté

Article 41 Expérimentation d'un parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	16	Intégration des services médico-sociaux	Adopté
Rapporteur général	17	Suppression de la dérogation en ce qui concerne l'accès aux données	Adopté

Article 42 bis Exercice libéral à l'hôpital			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	18	Suppression de l'article	Adopté

Article 43 ter Facturation séparée lors de la transmission d'échantillons biologiques entre laboratoires de biologie médicale			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	19	Maintien de la facturation unique pour les établissements publics de santé	Adopté

Article 43 quinquies Rapport au Parlement sur l'amélioration de l'accès à la contraception adaptée			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	20	Présentation d'une analyse médico-économique et élaboration du rapport conjointement avec la Haute Autorité de santé	Adopté

Article 43 sexies Expérimentation du tiers payant étudiants			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	21	Ouverture de l'expérimentation aux étudiants qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire	Adopté
Rapporteur général	22	Amendement rédactionnel	Adopté
Rapporteur général	23	Amendement rédactionnel	Adopté

Article 44 Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	24	Application aux dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i>	Adopté
Rapporteur général	25	Calcul de la pénalité	Adopté

Article additionnel après l'article 44			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	26	Substitution pour certains dispositifs médicaux	Adopté

Articles additionnels avant l'article 45			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	27	Anticipation au 1 ^{er} janvier 2014 de la prescription en DCI	Adopté
Rapporteur général	28	Substitution des médicaments biologiques	Adopté

Article 45 Elargissement de la recommandation temporaire d'utilisation			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	29	Suppression des objectifs de la procédure dérogatoire de RTU	Adopté

Articles additionnels après l'article 47			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	30	Composition paritaire de la commission des sanctions de la T2A	Adopté
Rapporteur général	31	Composition des équipes de contrôles de la T2A	Adopté

Article 48 Emission de titres de créances négociables par certains centres hospitaliers régionaux			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	32	Remplacement du dispositif par des avances de l'Acoss	Adopté

Article additionnel après l'article 49			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	33	Suppression des sanctions liées au non-respect d'engagements relatifs aux indicateurs de performance des établissements de santé	Adopté

Article 51 Prise en charge et financement des soins destinés aux personnes détenues			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	34	Application des tarifs opposables	Adopté

Article 53			
Réduction à un an du délai de facturation pour les établissements pour personnes handicapées			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur médico-social	35	Report au 1 ^{er} juillet 2013 de la date d'entrée en vigueur de l'article	Adopté

Article 54			
Fin de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur médico-social	36	Amendement rédactionnel	Adopté

Article 55 bis			
Aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur médico-social	37	Lien entre l'aide à la restructuration et les expérimentations tarifaires autorisées par la loi de finances pour 2012	Adopté

Articles additionnels après l'article 55 bis			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur médico-social	38	Demande de rapport sur les services polyvalents d'aide et de soins à domicile	Adopté
Rapporteur pour le secteur médico-social	39	Suppression de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012	Adopté

Article 56			
Création d'indemnités journalières maladie pour les exploitants agricoles			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	40	Signature du ministre de la sécurité sociale pour les statuts des organismes agricoles	Adopté
Rapporteur général	41	Equilibre du fonds relatif aux nouvelles indemnités journalières maladie	Adopté

Article 57			
Dotations 2013 de l'assurance maladie à divers fonds et organismes			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	42	Suppression du financement de l'Asip par le Fmespp	Adopté

Articles additionnels après l'article 57			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	43	Montant du FIR fixé par la loi de financement	Adopté
Rapporteur général	44	Inscription de la démocratie sanitaire dans les missions du FIR	Adopté
Rapporteur général	45	Rapport annuel au Parlement sur les ARS	Adopté
Rapporteur général	46	Transmission du rapport d'activité du Fiqcs au Parlement	Adopté
Rapporteur général	47	Simplification	Adopté

Article 60 Attribution de points gratuits de retraite proportionnelle aux non-salariés agricoles contraints d'interrompre leur activité en raison de maladie ou d'infirmité graves			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur assurance vieillesse	48	Application aux départements d'outre-mer	Adopté

Article additionnel après l'article 67			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur AT-MP	49	Protection des membres des comités techniques	Adopté

Articles additionnels après l'article 69			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur AT-MP	50	Reconnaissance par les caisses du lien causal entre la maladie liée à l'amiante et le décès d'une victime	Adopté
Rapporteur pour le secteur AT-MP	51	Rapport sur l'extension de l'assurance décès aux titulaires de l'Acaata	Adopté

Article 71 bis Rétablissement du droit aux allocations de logement familiale et sociale à l'occasion de la recevabilité d'une demande de traitement d'une situation de surendettement			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur famille	52	Amendement rédactionnel	Adopté

Article 71 <i>ter</i> Transformation du congé de paternité en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur famille	53	Amendement de clarification rédactionnelle	Adopté

Article additionnel avant l'article 75			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	54	Recours du service du contrôle médical à des infirmiers-conseils	Adopté