

N° 61

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002

Annexe au procès-verbal de la séance du 7 novembre 2001

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi de **financement de la sécurité sociale pour 2002**, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

Par M. Alain JOYANDET,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Alain Lambert, président ; Jacques Oudin, Gérard Miquel, Claude Belot, Roland du Luart, Mme Marie-Claude Beaudeau, M. Aymeri de Montesquiou, vice-présidents ; MM. Yann Gaillard, Marc Massion, Michel Sergent, François Trucy, secrétaires ; Philippe Marini, rapporteur général ; Philippe Adnot, Bernard Angels, Bertrand Auban, Denis Badré, Jacques Baudot, Roger Besse, Maurice Blin, Joël Bourdin, Gérard Braun, Auguste Cazalet, Michel Charasse, Jacques Chaumont, Jean Clouet, Yvon Collin, Jean-Pierre Demerliat, Eric Doligé, Thierry Foucaud, Yves Fréville, Adrien Gouteyron, Hubert Haenel, Claude Haut, Alain Joyandet, Jean-Philippe Lachenaud, Claude Lise, Paul Loridant, François Marc, Michel Mercier, Michel Moreigne, Joseph Ostermann, Jacques Pelletier, René Trégouët.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (11^{ème} législ.) : 3307, 3319, 3345 et T.A. 717

Sénat : 53 et 60 (2001-2002)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|--|--------------|
| INTRODUCTION | 7 |
| CHAPITRE PREMIER : LES RECETTES ET LES COMPTES | 11 |
| I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DEPUIS 1997 | 11 |
| A. LES PRÉVISIONS DE RECETTES | 11 |
| B. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES | 14 |
| C. LES SOLDES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | 16 |
| 1. <i>Le solde en encaissements / décaissements</i> | 16 |
| 2. <i>Le solde en droits constatés</i> | 17 |
| 3. <i>Le solde cumulé 1998-2000</i> | 18 |
| II. LE PLFSS 2002, PREMIER « COLLECTIF SOCIAL » | 19 |
| A. UNE INNOVATION CONSTITUTIONNELLE | 19 |
| 1. <i>La question récurrente des « collectifs sociaux »</i> | 20 |
| 2. <i>Les annulations prononcées par le Conseil constitutionnel</i> | 22 |
| 3. <i>Les rectifications opérées pour 2001 par le projet de loi de financement pour 2002</i> | 25 |
| B. LE RÉÉQUILIBRAGE DU FOREC EN 2001 | 29 |
| 1. <i>Comment effacer le déficit de 2001 ? (article 6)</i> | 29 |
| 2. <i>La création rétroactive du FOREC (article 5)</i> | 31 |
| C. LA NÉCESSITÉ D'UN COLLECTIF SOCIAL EN 2002 ? | 34 |
| 1. <i>Les doutes entourant le cadrage macroéconomique</i> | 34 |
| 2. <i>Les doutes entourant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses</i> | 41 |
| III. LES MESURES RELATIVES AUX RESSOURCES | 43 |
| A. LE FINANCEMENT DES 35 HEURES EN 2002 : DE PIRE EN PIRE ! | 43 |
| 1. <i>Comblant un déficit prévisionnel de 2,76 milliards d'euros en 2002 (articles 6 et 6 bis)</i> | 44 |
| 2. <i>Des critiques nombreuses, y compris au sein de la « majorité plurielle »</i> | 47 |
| B. LE FEUILLETON DES FRAIS D'ASSIETTE ET DE RECOUVREMENT (ARTICLE 4 BIS) | 48 |
| 1. <i>Un nouvel épisode dans une comédie ridicule</i> | 48 |
| 2. <i>L'urgence d'une réforme globale</i> | 52 |
| C. LES MESURES EN MATIÈRE DE COTISATIONS SOCIALES | 54 |
| 1. <i>L'exonération de cotisations et de contributions sociales des indemnités complémentaires de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (article 2)</i> | 54 |
| 2. <i>L'exonération de cotisations pour les services prestataires d'aide à domicile (article 2bis)</i> | 56 |
| 3. <i>L'affiliation sociale des dirigeants d'associations et de SAS (article 3)</i> | 57 |
| 4. <i>La création d'un contrat de travail propre aux vendanges (article 3 bis)</i> | 61 |
| 5. <i>L'affiliation au régime général de sécurité sociale des élus mutualistes (article 3ter)</i> | 62 |
| 6. <i>L'ouverture du bénéfice de l'allègement lié aux 35 heures lors de l'embauche d'un premier salarié (article 4)</i> | 63 |

| | |
|---|------------|
| 7. La mise en place d'une majoration de l'allègement lié aux 35 heures pour les entreprises de transport routier de marchandises (article 7) | 64 |
| 8. La mise en place d'une majoration de l'allègement lié aux 35 heures pour les entreprises situées en zone de redynamisation urbaine (article 7) | 65 |
| IV. LES MESURES DE CONTRÔLE, COMPTABILITÉ ET TRÉSORERIE | 65 |
| A. L'INSERTION DANS LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRÔLE | 65 |
| 1. Les questionnaires | 65 |
| 2. Les pouvoirs de contrôle sur pièces et sur place | 67 |
| B. LA NOUVELLE ORGANISATION DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ARTICLE 33 TER) | 68 |
| 1. Une réforme attendue | 68 |
| 2. La nouvelle organisation | 69 |
| 3. Les effets prévisibles de la réforme | 71 |
| C. LE DÉBAT SUR LE NIVEAU DES PLAFONDS DE TRÉSORERIE | 72 |
| 1. La fixation des plafonds (article 34)..... | 72 |
| 2. La codification du rapport au Parlement en cas de dépassement des plafonds (article 1 ^{er} quater)..... | 75 |
| 3. La modernisation des modes de recouvrement pour les régimes de non salariés (article 33) | 75 |
| 4. La fixation de la date de reversement à l'ACOSS de l'acompte de CSG (article 33 bis)..... | 77 |
| V. DES FINANCES SOCIALES TOUJOURS PLUS COMPLEXES ET DÉGRADÉES | 78 |
| A. L'UTILISATION SYSTÉMATIQUE DES EXCÉDENTS DES CAISSES ET DES FONDS | 78 |
| 1. La poursuite de la dégradation des soldes du régime général | 78 |
| 2. La complexification continue des finances sociales | 82 |
| B. LES LIENS AVEC LE PLF 2002 | 86 |
| 1. Un environnement économique commun | 86 |
| 2. Les relations financières entre l'État et les organismes du champ des lois de financement de la sécurité sociale | 88 |
| 3. Les transferts de recettes et de dépenses | 89 |
| C. L'ABSENCE DE SIGNIFICATION DES COMPTES | 94 |
| 1. La réouverture des comptes 2000 du régime général : le déficit 2000 du FOREC finalement pris en charge par la sécurité sociale | 94 |
| 2. Les questions comptables | 101 |
| CHAPITRE II : LES DÉPENSES | 107 |
| I. LA BRANCHE MALADIE | 107 |
| A. LA DÉRIVE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : ANALYSE RÉTROSPECTIVE | 107 |
| 1. Évolutions générales..... | 107 |
| 2. Évolution des différents secteurs entrant dans le champ de l'ONDAM | 110 |
| 3. Analyse des dépassements de l'ONDAM depuis 1997 | 117 |

| | |
|--|------------|
| B. LA BRANCHE MALADIE EN DÉSÉQUILIBRE STRUCTUREL..... | 126 |
| 1. Les comptes de la CNAMTS | 126 |
| 2. Les objectifs de dépenses de la branche maladie en 2002 | 130 |
| C. UNE SECTION « MALADIE » DU PLFSS 2002 EN TROMPE L'ŒIL..... | 135 |
| 1. La politique du médicament (articles 10, 11, 11 bis, 11 ter, 12 et 12 bis), ou comment le gouvernement tente de « sauver la face » | 135 |
| 2. L'alimentation des fonds médicaux et hospitaliers (articles 13, 14 et 15) | 148 |
| 3. La réforme de la tarification des établissements médico-sociaux (article 16)..... | 159 |
| 4. L'emploi dans l'hôpital public : 35 heures et fonds pour l'emploi hospitalier (articles 17 et 18) | 161 |
| 5. L'aide à l'installation et à la formation du personnel médical (articles 15 bis et 18 septies) | 164 |
| 6. La régulation des dépenses de santé et les mécanismes conventionnels (articles 10 A, 15 ter, 18 ter, 18 quater) : des mesures improvisées | 165 |
| 7. L'amélioration de la protection des populations fragiles (articles 18 bis, 18 quinquies, 18 sexies)..... | 170 |
| D. QUID DES RÉFORMES DE FOND ? | 172 |
| 1. Politique du médicament : mieux vaut tard que jamais ! | 172 |
| 2. Quid des mécanismes de régulation ? | 176 |
| 3. Quid des réformes hospitalières ? | 180 |
| 4. Quid des cliniques privées ? | 183 |
| II. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL | 185 |
| A. LA POURSUITE DE LA MISE EN PLACE DU CADRE DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE..... | 187 |
| 1. Les fonds amiante | 188 |
| 2. Les mesures proposées pour élargir le champ de l'indemnisation | 194 |
| B. DE L'EXTENSION DU REVERSEMENT À L'ASSURANCE MALADIE À L'ATTENTE D'UNE PLUS LARGE RÉFORME | 196 |
| 1. L'extension du reversement à l'assurance maladie (article 21)..... | 196 |
| 2. La réforme à venir de la branche accidents du travail / maladies professionnelles..... | 197 |
| C. LES DIVERSES MESURES EN MATIÈRE D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL | 198 |
| 1. La reconnaissance comme accident du travail pour les employés de groupe (article 20 bis) | 199 |
| 2. L'ouverture du bénéfice de la majoration pour tierce personne (article 20 ter) | 199 |
| 3. L'ouverture du statut d'ayant droit aux concubins et partenaires d'un PACS (article 20 quater) | 199 |
| III. LA BRANCHE FAMILLE..... | 200 |
| A. LES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE : DES EXCÉDENTS PONCTIONNÉS | 200 |
| 1. Un excédent comptable conforté | 200 |
| 2. Un excédent en réalité ponctionné | 208 |
| B. UNE MESURE PHARE EN GUISE DE SYMBOLE : LE CONGÉ DE PATERNITÉ..... | 211 |
| 1. Le dispositif proposé (article 22) | 211 |
| 2. Le financement du dispositif proposé (article 23)..... | 214 |

| | |
|---|------------|
| C. DES MESURES DE « SÉDIMENTATION » | 215 |
| 1. <i>L'alimentation du Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance dit fonds d'investissement pour les crèches (article 24)</i> | 215 |
| 2. <i>La poursuite de la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfants (article 25)</i> | 218 |
| 3. <i>La suppression du délai de carence prévu pour l'allocation de présence parentale (article 23 bis)</i> | 219 |
| 4. <i>La mise en place d'un mécanisme d'allocation de rentrée scolaire différentielle (article 25 bis)</i> | 220 |
| 5. <i>La poursuite de la réforme réglementaire des aides au logement</i> | 221 |
| IV. LA BRANCHE VIEILLESSE | 222 |
| A. LES COMPTES DE LA VIEILLESSE | 222 |
| 1. <i>L'évolution des objectifs de dépenses de la branche vieillesse</i> | 222 |
| 2. <i>Les comptes de la CNAVTS</i> | 223 |
| 3. <i>Les comptes du FSV</i> | 224 |
| B. LES DIVERSES MESURES EN MATIÈRE DE VIEILLESSE | 229 |
| 1. <i>La revalorisation des pensions ou la politique des coups de pouce (article 26)</i> | 229 |
| 2. <i>Cavalier social et question pendante : l'allocation supplémentaire des travailleurs âgés (article 26 A)</i> | 231 |
| 3. <i>Les mesures catégorielles en matière de dépenses</i> | 235 |
| C. LA VIE AGITÉE DU FONDS DE RÉSERVE DES RETRAITES | 237 |
| 1. <i>La mise en place du FRR</i> | 237 |
| 2. <i>Des ressources évolutives...</i> | 237 |
| 3. <i>... à l'utilisation encore incertaine</i> | 245 |
| D. L'URGENCE DE RÉFORMES D'ENSEMBLE | 249 |
| 1. <i>La politique des rapports</i> | 249 |
| 2. <i>La doctrine de la commission des finances en matière de réformes des retraites</i> | 251 |
| CONCLUSION | 254 |
| EXAMEN EN COMMISSION | 256 |
| ANNEXE 1 : SOMMAIRE DES ARTICLES | 264 |
| ANNEXE 2 : LISTE DES SIGLES UTILISÉS | 268 |
| ANNEXE 3 : PRODUIT DES IMPOSITIONS DE TOUTES NATURES AFFECTÉES A LA SÉCURITÉ SOCIALE DEPUIS 1997 | 272 |
| ANNEXE 4 : AMENDEMENT ADOPTÉ PAR LA COMMISSION | 283 |

INTRODUCTION

« Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de leur équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique. »¹

« Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique. »²

La création des lois de financement de la sécurité sociale constitue une innovation majeure qui a permis de replacer le Parlement au cœur du débat sur le niveau de prélèvements que les Français sont disposés à consentir pour le cadre collectif de leur protection sociale, et sur l'utilisation qui doit en être faite.

Cet objectif a été rempli. Le débat parlementaire sur les lois de financement est désormais ancré dans les esprits et nul ne remet plus en cause sa légitimité.

Mais une fois l'outil installé, encore faut-il s'interroger sur son utilisation. L'objectif affiché de 1996 était d'introduire de la clarté et de la transparence, de parler des priorités décidées par la représentation nationale. Or de ce double point de vue, force est de constater la déception. Depuis 1997, chaque année a apporté son lot de brouillage des comptes, de création de flux et transferts nouveaux, de remise en cause d'un principe essentiel de notre sécurité sociale : la séparation des branches. Depuis 1997, la place donnée aux priorités se réduit à des déclarations générales, sans que la santé publique, le champ des accidents du travail, l'avenir des retraites ou la place de la famille dans la société ne se trouvent au cœur du débat. Le gouvernement a, par le biais de réformes pour certaines condamnables sur leur mode de financement, 35 heures, couverture maladie universelle, allocation prestation d'autonomie, à la fois profondément remis en cause l'équilibre financier de la sécurité sociale, jeté le doute et la suspicion sur la réalité des comptes, vidé de toute substance le concept d'autonomie des branches, déresponsabilisé les acteurs de la protection sociale, découragé les promoteurs de réformes innovantes et utiles.

¹ Article 34 de la Constitution.

² Article 47-1 de la Constitution.

Le gouvernement qui prétend avoir rétabli les comptes de la sécurité sociale les a dégradés volontairement pour financer la politique d'aménagement et de réduction du temps de travail. Pour ce faire, un montage complexe, sans cesse perfectionné, de mécanismes d'affectations revus chaque année, de transferts de charges et de ressources, a été mis en place qui fait que l'observateur qui jugeait compliqué notre système de protection sociale en 1997 doit le trouver illisible aujourd'hui.

Votre commission des finances a, de ce point de vue, plusieurs remarques à formuler.

En tant que commission des comptes économiques de la Nation, elle constate que les comptes de la santé montrent une hausse continue comprise entre 4 et 5 % par an de la consommation des soins et des biens médicaux, que les comptes de la protection sociale augmentent de 3 % par an, que les prélèvements obligatoires sociaux atteignent 21,7 % du produit intérieur brut. Mais aussi que personne ne peut aujourd'hui décrire précisément l'amélioration de la protection sociale, de la santé des Français que cela représente.

Elle remarque aussi les pratiques éminemment contestables à l'œuvre en matière de lisibilité et de fiabilité des pratiques comptables. Alors que depuis 1993 un travail considérable de modernisation comptable de la sécurité sociale a été entrepris, le gouvernement est parvenu à ce que personne ne puisse plus même s'accorder sur le niveau exact du solde du régime général depuis 2000. Ainsi, faire, comme le gouvernement l'a décidé dans le présent projet de loi de financement, le choix de rouvrir les comptes clôturés, approuvés, transmis et publiés du régime général en 2000 afin d'y imputer l'annulation de la créance détenue sur le FOREC constitue une manœuvre comptable arbitraire. Il en va de même du financement sur excédents de trésorerie des déficits du Fonds de solidarité vieillesse, des prélèvements successifs sur la moindre branche ou le moindre fonds au solde positif, voire sur la branche maladie qui ne peut sortir de sa situation structurellement déficitaire.

Le financement des 35 heures apparaît plus que jamais comme un lourd handicap placé par le gouvernement au cœur même de notre protection sociale qui l'affaiblit, la fragilise dans ses fondements, écarte le débat public des vrais enjeux et le noie dans l'examen de mouvements divers profondément éloignés des attentes des Français.

Mais pendant combien de temps encore la « politique des fonds » et la « politique des rapports » empêcheront-elles de se poser les vraies questions ? Celle de l'évolution de nos rapports sociaux. Celle des choix de santé publiques. Celle de la politique du vieillissement. Celle du coût des innovations technologiques. Celle des inégalités régionales. Celle des régimes de retraite par répartition. Celle du temps de la vie entre travail et non travail.

Celle de la place donnée à la contribution de chacun pour sa propre protection. Celle du niveau de richesse nationale que les Français acceptent de dépenser pour leur protection sociale.

Or nos concitoyens sont inquiets face à ces enjeux.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale répond-il à cette inquiétude ?

De toute évidence, il n'en est rien. Il accentue au contraire les tendances observées et dénoncées à la complexité des comptes. Il continue à laisser les dépenses augmenter naturellement pariant sur des recettes de plus en plus incertaines pour y faire face, oubliant peut-être que si les dépenses croissent naturellement et inexorablement, les recettes n'augmentent qu'à mesure de l'activité économique. Il privilégie toujours les fonds et les rapports, les affectations de recettes et les mesures nouvelles de dépenses, les prélèvements sur des excédents, fruits éphémères de la conjoncture, pour les affecter à des dépenses, lourdes pierres qui pèseront durablement sur nos finances sociales. Quant aux conditions du débat démocratique, elles ont atteint cette année un niveau de dégradation rarement connu, le projet de loi de financement passant de 31 à 70 articles le temps de la lecture à l'Assemblée nationale, certains amendements étant adoptés suite à une interprétation novatrice et ô combien assouplie de la recevabilité financière.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 apparaît donc comme l'instrument d'une politique qui a dilapidé les bienfaits de la croissance, a complexifié à outrance le système de protection sociale, préférant hypothéquer l'avenir au profit d'un bénéfice immédiat qui reste à démontrer.

CHAPITRE PREMIER :

LES RECETTES ET LES COMPTES

I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DEPUIS 1997

A. LES PRÉVISIONS DE RECETTES

L'analyse rétrospective du montant des recettes affectées en lois de financement aux régimes de sécurité sociale est rendue difficile par le changement des systèmes de comptabilité, intervenu de manière définitive en 2002 et amorcé dans la présentation des comptes de la sécurité sociale par la commission des comptes dès 1999. Le passage d'une comptabilité d'encaissements / décaissements à une comptabilité en droits constatés rend en effet difficile une comparaison exhaustive et juste des recettes de la sécurité sociale depuis 1997.

Les différents rapports de la Cour des comptes sur le financement de la sécurité sociale depuis 1997 ainsi que les chiffres publiés par la commission des comptes de la sécurité sociale ont cependant permis de reconstituer le tableau suivant faisant apparaître, depuis la première loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 jusqu'au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, une croissance continue du niveau des recettes de la sécurité sociale.

Evolution des recettes des lois de financement

(en milliards d'euros)

| | 1997 (exécuté) (1) E-D | 1998 (exécuté) (1) E-D | 1999 (exécuté) (2) DC | 2000 (exécuté) (2) DC | 2001 (révisé) (2) DC | 2002 (prévisions) (3) DC | 2002/1999 Ecart | 2002/1999 Evolution annuelle moyenne (en %) |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------|---|
| Cotisations effectives | 176,06 | 158,97 | 164,7 | 162,6 | 168,8 | 176,1 | + 11,4 | + 2,3 |
| Impôts et taxes affectées | 33,69 | 61,16 | 68,8 | 79,9 | 87,8 | 89,8 | + 21 | + 10,2 |
| Sous-total : cotisations et impôts | 209,75 | 220,13 | 233,5 | 242,5 | 256,6 | 265,9 | + 32,4 | + 4,6 |
| Cotisations fictives | 27,62 | 28,52 | 28,6 | 29,2 | 30,4 | 31,9 | + 3,3 | + 3,8 |
| Contributions publiques | 10,45 | 10,15 | 11,0 | 11,5 | 10,9 | 10,7 | - 0,3 | - 0,9 |
| Transferts reçus | 0,73 | 0,73 | 0,61 | - 0,12 | 0,34 | 0,15 | - 0,46 | - 25,1 |
| Revenus des capitaux | 0,21 | 0,21 | 2,5 | 3,5 | 4,2 | 5,4 | + 2,9 | + 38,7 |
| Autres ressources | 4,97 | 4,95 | 1,9 | 1,8 | 2,3 | 2,3 | + 0,4 | + 7,0 |
| Total | 253,75 | 264,71 | 278,1 | 288,5 | 304,4 | 316,5 | + 38,4 | + 4,6 |

(1) Cour des comptes

(2) Annexe C au projet de loi de financement pour 2002

E-D : encaissements – décaissements

DC : droits constatés.

En outre, sur la période 1999-2002, la seule pertinente en termes de comparaison en raison de l'unité du système de comptabilité utilisé, la croissance moyenne annuelle des recettes a été de 4,6 %, ce qui correspond à une augmentation des recettes affectées en loi de financement de près de 40 milliards d'euros en trois ans. Au total, entre 1999 et 2002 (d'après les prévisions de recettes contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002), le montant total des recettes de la sécurité sociale a connu une progression de près de 14 %, ce qui témoigne de leur dynamisme.

Les deux principales catégories de recettes de la sécurité sociale sont les cotisations effectives ainsi que les impôts et taxes affectés, cette dernière catégorie témoignant du dynamisme le plus fort. Entre 1999 et 2002, le montant résultant de la catégorie des cotisations effectives s'est en effet accru de 6,9 % tandis que celui des impôts et taxes affectés a augmenté de 30,5 %.

En outre, depuis le basculement sur la CSG d'une partie des cotisations maladie en 1998, le produit des cotisations effectives a recommencé à croître de 2,3 % par an. Les impôts et taxes affectés ont, pour leur part, augmenté de 21 milliards d'euros (137 milliards de francs) en trois ans, compte tenu de la croissance spontanée des assiettes des prélèvements et, surtout, de la poursuite des transferts de ressources au profit de la sécurité sociale.

Ces deux lignes agrégées expliquent, au total, 85 % de la croissance des recettes de la sécurité sociale retracées dans les lois de financement.

En ce qui concerne l'exercice 2002, les prévisions de recettes sont fixées par l'article 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, en milliards d'euros et en droits constatés :

- cotisations effectives : 176,12 (soit 1.155 milliards de francs) ;
- impôts et taxes affectés : 89,66 (soit 588 milliards de francs) ;
- cotisations fictives : 31,95 (soit 209,6 milliards de francs) ;
- contributions publiques : 10,66 (soit près de 70 milliards de francs) ;
- transferts reçus : 0,15 (soit 2 milliards de francs) ;
- revenus des capitaux : 0,83 (5,44 milliards de francs) ;
- autres ressources : 6,93 (soit 45,46 milliards de francs).

Au total, les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement atteignent pour 2002, en droits constatés, 316,50 milliards d'euros (2.076 milliards de francs). Par rapport aux prévisions de recettes votées en loi de financement pour 2001 (301,45 milliards d'euros), il s'agit d'une augmentation de 15 milliards d'euros (98 milliards de francs), soit + 5%. Cependant l'article 9 du présent projet de loi de financement fixe une prévision révisées de recettes, en encaissements/décaissements, à 1.980 milliards de francs (301,85 milliards d'euros). Retraitées en droits constatés, cette prévision révisée de recettes s'élève à 304,4 milliards d'euros d'après l'annexe c au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, ce qui représente donc entre 2001 et 2002 une augmentation de 12 milliards d'euros (80 milliards de francs), soit + 4%.

Quoiqu'il en soit, le dynamisme des recettes affectées à la sécurité sociale ne se démentit pas d'année en année.

Evolution des recettes prévues en 2002

(en milliards d'euros-en droits constatés)

| | Prévisions initiales LFSS 2001 (1) | LFSS 2001 révisée (2) | Prévisions PLFSS 2002 (3) | Ecart prévisions PLFSS 2002/LFSS 2001 initiale | Ecart prévisions PLFSS 2002/LFSS 2001 initiale (en %) | Ecart prévisions PLFSS 2002/LFSS 2001 révisée | Ecart prévisions PLFSS 2002/LFSS 2001 révisée (en %) |
|------------------------------|---|--------------------------------|---------------------------------|---|---|--|--|
| Cotisations effectives | 165,64 | 168,7 | 176,12 | + 10,48 | + 6,3 | + 7,4 | + 4,4 |
| Cotisations fictives | 30,69 | 30,4 | 31,95 | + 1,26 | + 4,1 | + 1,6 | + 5,1 |
| Contributions publiques | 10,41 | 11,0 | 10,66 | + 0,25 | + 2,4 | - 0,3 | - 3,1 |
| Impôts et taxes affectées | 84,50 | 87,4 | 89,86 | + 5,36 | + 6,3 | + 2,5 | + 2,8 |
| Transferts reçus | 0,44 | 0,34 | 0,15 | - 0,29 | - 65,9 | - 0,2 | - 55,9 |
| Revenus des capitaux | 0,49 | 0,64 | 0,83 | + 0,34 | + 69,4 | + 0,2 | + 29,9 |
| Autres ressources | 9,30 | 5,9 | 6,93 | - 2,37 | - 25,5 | + 1,0 | + 17,5 |
| Total des recettes | 301,45 | 304,41 | 316,5 | 15,05 | + 5,0 | + 12,25 | + 4,0 |

(1) Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001

(2) Annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

(3) Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

B. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES

Les deux tableaux suivants montrent une accélération des dépenses d'une année sur l'autre et surtout un dépassement quasi systématique des objectifs de dépenses fixés en loi de financement, le plus notable se situant au niveau de la branche maladie-maternité-invalidité-décès.

Dès lors, il semble que tous les ans la fixation d'objectifs de dépenses sous-évalués soit la règle. Cette année le projet de loi de financement de la sécurité sociale innove sur le plan méthodologique puisque son article 31 fixe un objectif révisé des dépenses 2001 pour chaque branche ce qui représente un progrès en termes de lisibilité et de sincérité des comptes de la sécurité sociale.

OBJECTIFS DES DÉPENSES VOTÉS EN LOIS DE FINANCEMENT DEPUIS 1998

| | Branche maladie- maternité Invalidité-décès | Branche Vieillesse- veuvage | Branche AT | Branche famille | TOTAL |
|-----------------------------------|--|--|-------------------|------------------------|--------------|
| 1998 (ED) | | | | | |
| MdF | 678,5 | 755 | 50,8 | 246,9 | 1.731,2 |
| Md € | 103,44 | 115,10 | 7,74 | 37,64 | 236,92 |
| 1999 (ED) | | | | | |
| MdF | 697,8 | 781,4 | 53,0 | 256,9 | 1.789,1 |
| Md € | 106,38 | 119,12 | 8,08 | 39,16 | 272,75 |
| 2000 (ED) | | | | | |
| MdF | 731,0 | 802,9 | 54,7 | 264,0 | 1.852,6 |
| Md € | 111,4 | 122,4 | 8,3 | 40,25 | 282,4 |
| 2001 (ED) | | | | | |
| MdF | 770,7 | 827,8 | 57,7 | 278,1 | 1.933,8 |
| Md € | 117,5 | 126,2 | 8,8 | 42,4 | 294,8 |
| 2001 révisé * (DC) | | | | | |
| MdF | 789,8 | 858,6 | 55,8 | 261,1 | 1.965,2 |
| Md € | 120,4 | 130,9 | 8,5 | 39,8 | 299,6 |
| 2002 (DC) | | | | | |
| MdF | 821,7 | 892,6 | 55,95 | 275,6 | 2.045,9 |
| Md € | 125,27 | 138,08 | 8,53 | 42,01 | 311,89 |

* Hors revalorisation de 1,3 MdF de l'objectif branche maladie, votée à l'Assemblée nationale et comptabilisée en E-D.

(DC) : droits constatés

E-D : encaissement/décaissement

**RÉALISATIONS DES DÉPENSES DE LOIS DE FINANCEMENT DEPUIS 1998
(ENCAISSEMENTS/DÉCAISSEMENTS)**

| | Branche maladie- maternité Invalidité-décès | Branche Vieillesse- veuvage | Branche Accidents du travail | Branche famille | TOTAL |
|---|--|--|---|----------------------------|--------------|
| 1998 | | | | | |
| MdF | 687,00 | 735,50 | 51,10 | 253,30 | 1.744,80 |
| Md € | 104,70 | 112,10 | 7,80 | 38,60 | 266,00 |
| 1999 | | | | | |
| MdF | 705,80 | 777,80 | 52,70 | 260,90 | 1.797,20 |
| Md € | 107,60 | 118,60 | 8,03 | 39,80 | 274,00 |
| 2000 (p) | | | | | |
| MdF | 749,00 | 799,60 | 52,90 | 264,40 | 1.865,90 |
| Md € | 114,20 | 121,09 | 8,06 | 40,30 | 284,45 |
| 2001 (p) | | | | | |
| MdF | 784,30 | 830,80 | 56,50 | 275,90 | 1.947,50 |
| Md € | 119,60 | 126,65 | 8,60 | 42,06 | 296,09 |
| Évolution des dépenses entre 1998 et 2001 | + 14,2 % | + 13 % | + 10,6 % | + 8,9 % | + 11,6 % |

C. LES SOLDES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Le solde en encaissements / décaissements

En dépit de l'accélération du rythme de croissance des dépenses, et notamment des dépenses de la branche maladie, les comptes du régime général se sont améliorés depuis 1999. Après un déficit de 16 milliards de francs en 1998 et le retour à l'équilibre en 1999, le régime général présentait, en encaissements / décaissements, un excédent de 5,2 milliards de francs en 2000 et une prévision d'excédent de 9,8 milliards de francs en 2001 d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001.

Solde de l'exercice en encaissements/décaissements (variation du fonds de roulement)*

(en MdF et Md€)

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | | 2000 | | 2001 | |
|--|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Maladie | - 35,9 | - 14,4 | - 15,9 | - 8,9 | - 1,4 | - 6,1 | - 0,9 | - 5,0 | - 0,76 |
| Accidents du travail et maladies professionnelles | + 0,2 | + 0,3 | + 1,5 | + 1,6 | + 0,2 | + 2,4 | + 0,4 | + 2,5 | + 0,38 |
| Famille | + 9,6 | - 14,5 | - 1,6 | + 4,8 | + 0,7 | + 7,9 | + 1,2 | + 3,8 | + 0,58 |
| Vieillesse | - 7,9 | - 5,2 | + 0,2 | + 3,7 | + 0,6 | + 1,0 | + 0,2 | + 8,5 | + 1,30 |
| Total régime général | - 53,2 | - 33,8 | - 16,2 | + 0,7 | + 0,1 | + 5,2 | + 0,8 | + 9,8 | + 1,49 |

* au sens de la commission des comptes de la sécurité sociale, hors prise en compte des créances sur l'Etat et le FOREC.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2001.

Ce résultat permet donc au régime général de redevenir excédentaire en apparence, malgré la persistance inquiétante du déficit de la branche maladie, les autres branches étant plus ou moins excédentaires.

**Consolidation des soldes prévisionnels des régimes et organismes
couverts par le projet de loi de financement**

(en millions d'euros-en droits constatés)

| | |
|---|----------------|
| Opérations courantes des régimes de base (1) | + 669 |
| Dont : - régime général | + 940 |
| - régimes spéciaux | 0 |
| - régimes des non-salariés non agricoles | - 217 |
| - régimes agricoles | - 54 |
| Effet des mesures nouvelles sur le régime général (2) | + 110 |
| Fonds de réserve pour les retraites (2) | + 6.500 |
| Fonds de solidarité vieillesse (2) | - 612 |
| Total | + 6.670 |

Sources : (1) Rapport de septembre 2001 de la commission des comptes de la sécurité sociale.

(2) Annexes c et f du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

2. Le solde en droits constatés

En droits constatés, les résultats sont cependant différents comme l'indique le tableau suivant, surtout si l'on tient compte de l'annulation de la créance du régime général sur le FOREC correspondant à l'insuffisance de financement des exonérations de cotisations patronales en 2000, annulation qui s'impute sur l'exercice 2000 et non sur l'exercice 2001 comme prévu par la commission des comptes de la sécurité sociale.

Résultats du régime général en droits constatés

(Hors mesures nouvelles du PLFSS 2002)

(En milliards d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 (p) |
|---|-------------|---------------|-------------|-----------------|
| Maladie | - 0,73 | - 1,63 | - 1,04 | - 2,00 |
| Accidents du travail | 0,21 | 0,35 | 0,34 | 0,63 |
| Vieillesse | 0,75 | 0,51 | 0,72 | 0,68 |
| Famille | 0,25 | 1,44 | 1,25 | 1,64 |
| <u>Régime général</u> | | | | |
| Résultat net avant annulation de créances | 0,49 | 0,66 | 1,27 | 0,94 |
| Résultat net (après annulation de créances)* | 0,49 | - 1,63 | 1,27 | 0,94 |

* Annulation de créances sur le FOREC, à hauteur de 2,29 milliards d'euros, au titre de l'année 2000.

3. Le solde cumulé 1998-2000

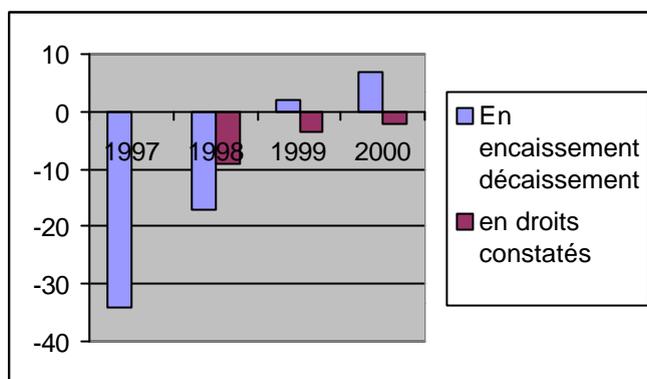
Depuis le dernier apurement des déficits du régime général concernant les exercices 1996 et 1997, les résultats des exercices 1998-1999-2000 font apparaître, malgré une amélioration en 1999 et en 2000, un déficit cumulé de 10,3 milliards de francs (1,6 milliard d'euros) en encaissements/décaissements et de 12 milliards de francs (1,8 milliard d'euros) en droits constatés.

La Cour des comptes dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2001 précise ainsi que *« si le FOREC avait été doté conformément à la loi, le régime général aurait été quasiment équilibré sur trois ans, c'est-à-dire à l'issue d'une excellente conjoncture économique et alors que la progression des charges de retraite a été faible. Cela montre bien que l'équilibre des comptes reste à conforter »*.

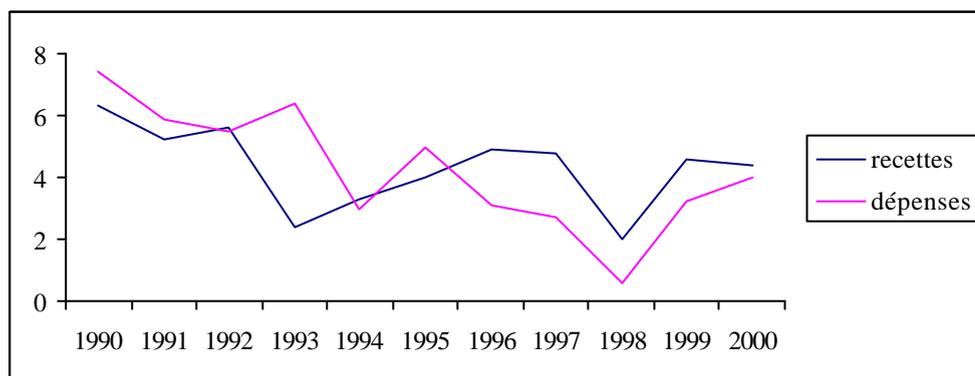
Votre rapporteur pour avis ne saurait mieux exprimer ce que lui inspire l'analyse des comptes de la sécurité sociale depuis cinq ans.

Enfin, votre rapporteur pour avis rappellera les propos explicites du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale s'agissant de l'interprétation du solde du régime général de la sécurité sociale : *« sur l'ensemble des trois dernières années, [le régime général] aura dégagé un excédent d'une quinzaine de milliards [de francs, en encaissement / décaissement]. Ces excédents restent néanmoins très modestes en regard des montants de dépenses et de recettes de la sécurité sociale. Ils le sont surtout si l'on tient compte du caractère assez exceptionnel, et très favorable aux recettes de la sécurité sociale, de la conjoncture des deux dernières années marquée par une forte progression de l'emploi et de la masse salariale. Ces conditions auraient dû conduire à des excédents plus importants. Le régime général aborde la période la plus difficile qui s'ouvre à présent sans avoir suffisamment rétabli sa situation financière »*.

Solde annuel du régime général de la sécurité sociale depuis 1997
(En milliards de francs)



TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DES RECETTES ET DES DÉPENSES CONSOLIDÉES DU RÉGIME GÉNÉRAL DEPUIS 1990 (%)



Source : Rapport de la Cour des comptes sur le financement de la sécurité sociale (septembre 2001)

II. LE PLFSS 2002, PREMIER « COLLECTIF SOCIAL »

A. UNE INNOVATION CONSTITUTIONNELLE

Alors que le Sénat, depuis 1998, demande sans succès au gouvernement le dépôt de projets de loi de financement rectificative de la sécurité sociale, le projet de loi de financement pour 2002 innove en comprenant trois articles constituant une sorte de loi de financement rectificative pour 2001. Le gouvernement a été contraint de déférer à cette

réclamation répétée du Sénat suite aux décisions du Conseil constitutionnel de décembre 2000.

1. La question récurrente des « collectifs sociaux »

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale a prévu la possibilité pour un gouvernement de déposer des projets de loi de financement rectificative et a donné à ces derniers le caractère de projet de loi de financement de la sécurité sociale, leur rendant ainsi applicables les formalités d'annexes et d'examen.

Ainsi, comme le prévoit le deuxième alinéa du II de l'article LO 111--3 du code de la sécurité sociale, « *seules des lois de financement peuvent modifier les dispositions prises* » en vertu du domaine obligatoire et réservé des lois de financement.

Le Sénat a depuis 1997 regretté que le gouvernement n'utilise pas les lois de financement rectificatives afin de prendre en compte, en cours d'exercice, soit des écarts manifestes observés sur les prévisions de recettes ou les objectifs de dépenses, soit des mesures nouvelles ayant un impact sur eux. En l'absence de loi de financement de règlement, qui n'aurait guère de sens dans la mesure où les dispositions financières des lois de financement n'ont – à l'exception près des plafonds de trésorerie – aucun caractère limitatif ni contraignant, et de loi de financement rectificative, le Parlement n'est en effet jamais amené à débattre de l'exécution d'une loi de financement et des dérives éventuelles qu'elle a pu connaître.

Dans son rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur les lois de financement de la sécurité sociale¹, en 1999, Charles Descours souhaitait ainsi que soit définie une « *pratique des lois de financement rectificatives* » qu'il percevait essentiellement comme ayant pour but d'ajuster le niveau des plafonds de trésorerie.

¹ « *Les lois de financement de la sécurité sociale* », *Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales, Charles Descours, Sénat, n° 433 (1998-1999)*.

Ce que serait une pratique des lois de financement rectificatives

« L'une des interrogations majeures de la représentation nationale à l'égard des lois de financement est probablement celle de l'évolution en cours d'année des masses financières tant en dépenses qu'en recettes sur lesquelles elle s'est prononcée en loi de financement initiale. Force est de constater que les deux dernières lois de financement ont vu une lente dégradation des « conditions générales de l'équilibre » sans que le Parlement en ait été saisi par la voie d'un projet de loi de financement rectificatif pourtant explicitement prévu par la loi organique. Votre rapporteur avait ainsi souligné que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 devrait probablement faire l'objet d'une révision en cours d'année, car fondé sur des hypothèses macro-économiques trop favorables et sur le pari que la dérive des dépenses d'assurance maladie allait être contenue par le plan Aubry de juillet 1998.

Le Gouvernement peut être amené à revenir vers le Parlement en cours d'année pour deux raisons : lorsque le plafond d'avances de trésorerie aux régimes de sécurité sociale devient insuffisant ; ou lorsque l'adoption de mesures correctrices est jugée nécessaire en cours d'année.

Il est vrai que ces mesures correctrices relèvent largement du pouvoir réglementaire, à l'exception des mesures portant sur le taux et l'assiette des prélèvements affectés à la sécurité sociale. Dès lors, il est indispensable de redonner à l'instrument du plafond d'avances de trésorerie son rôle originel de contrôle du déficit.

Votre commission des affaires sociales a manifesté ce souci à deux reprises :

- une première fois, en refusant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 une « majoration de confort » du plafond de recours à l'emprunt. A l'époque, le rapporteur de l'Assemblée nationale avait souhaité une telle majoration « afin d'éviter au Gouvernement de se voir reprocher de tarder à adresser un rapport au Parlement en cas de décret visant à relever ce plafond »⁸¹⁽²⁾. Votre commission n'aurait pas songé à adresser un tel reproche au Gouvernement car elle estimait que ce relèvement exigeait un projet de loi de financement rectificatif et qu'en outre, il convenait, en loi de financement initiale, de calculer au plus juste les plafonds d'avances de trésorerie ;

- une deuxième fois, en refusant dans le projet de financement de la sécurité sociale pour 1999 de ratifier le décret du 26 août 1998 qui, en dépit de la majoration finalement décidée en loi de financement initiale, avait dû procéder à un relèvement supplémentaire. La commission avait alors estimé qu'il convenait de porter un coup d'arrêt au recours systématique à la voie réglementaire et privilégier le dépôt d'un projet de loi rectificatif.

Votre rapporteur estime en effet que le plafond d'avances de trésorerie, qui est la disposition la plus « normative » ou contraignante des lois de financement, doit être, en cas de relèvement, l'occasion d'un débat au Parlement sur l'évolution des masses financières votées en loi de financement initiale.

Pour le reste, un débat d'orientation budgétaire élargi aux finances publiques permettrait de faire le point à la fin du premier semestre sur l'évolution des comptes sociaux, à partir du moment où la commission des comptes de la sécurité sociale du mois de mai deviendrait une commission « tous régimes ».

Votre rapporteur souhaite vivement que cesse la pratique systématique d'un relèvement par voie réglementaire des plafonds d'avances de trésorerie.

Il estime qu'il revient à une loi de financement rectificative de procéder à cet ajustement conforme à la lettre et l'esprit de la loi organique.

Cette autorisation parlementaire constitue une contrainte salutaire conduisant le Gouvernement à devoir s'expliquer devant la représentation nationale sur une dérive des comptes sociaux. »

Source : « Les lois de financement de la sécurité sociale », Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales, Charles Descours, Sénat, n° 433 (1998-1999).

Aujourd'hui, la question des lois de financement rectificatives a pris une dimension encore plus importante suite à la nécessité de financer les allègements de cotisations sociales par le FOREC, et donc aux transferts très complexes de ressources et de charges que la création de ce fonds a suscités. Une autre raison pour justifier des lois de financement rectificatives se trouve dans la pratique du rebasage de l'ONDAM qui revient à faire adopter par le Parlement un ONDAM calculé non pas à partir du dernier ONDAM voté par lui mais de sa prévision de réalisation, qui, elle, n'a aucun caractère législatif puisque communiquée lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale. Enfin, chaque année d'exécution a révélé des écarts importants, de l'ordre de 4 %, entre les prévisions de recettes, et les objectifs de dépenses, et les réalisations. Le Parlement n'ayant pas la possibilité de prendre acte et de réviser les valeurs en cause n'a alors l'occasion ni de s'interroger sur la manière dont les surcroûts de recettes ont pu être financés, ni de se pencher sur les causes de la dérive des dépenses. La « *cagnotte sociale* » issue de la croissance a ainsi pu être dilapidée sans débat démocratique.

Malgré les déficits chroniques du FOREC, malgré le rebasage et les dépassements de l'ONDAM, malgré les écarts entre prévisions et réalisations, le gouvernement s'est ainsi toujours opposé à déposer un projet de loi de financement rectificative.

C'est pourquoi le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui comprend trois articles constituant en son sein une sorte de projet de loi de financement rectificative, apparaît comme une innovation, dont l'origine se trouve non pas dans une volonté du gouvernement mais dans les conséquences des décisions du Conseil constitutionnel.

2. Les annulations prononcées par le Conseil constitutionnel

Dans sa décision n° 2000-437 DC sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le Conseil a ainsi estimé qu'une loi de financement de la sécurité sociale peut servir de loi de financement rectificative.

« Considérant, en troisième lieu, que le législateur a pu légitimement fixer le montant des prévisions de recettes du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale à 7 milliards de francs, compte tenu de la modification de l'assiette de la taxe générale sur les activités polluantes prévue par le projet de loi de finances rectificative pour 2000 en cours de discussion au Parlement ; que, toutefois, dans l'hypothèse où la promulgation de cette loi conduirait à une baisse significative du rendement attendu de la taxe et aurait pour effet de diminuer corrélativement les recettes du fonds prévues lors de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, il appartiendrait à une loi de financement de la sécurité sociale ultérieure de prendre en compte les incidences sur les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale des mesures en définitive arrêtées par la loi de finances rectificative pour 2000 ».

Cette jurisprudence a trouvé à s'appliquer dès la décision n° 2000-441 DC sur la (seconde) loi de finances rectificative pour 2000, puisque le Conseil constitutionnel a alors annulé le transfert du reliquat de droits sur les tabacs de l'Etat vers le FOREC, ce transfert de 3 milliards de francs n'ayant pas été prévu dans une loi de financement de la sécurité sociale et modifiant donc l'équilibre de cette dernière, ce qu'une loi de finances ne peut faire.

« Considérant que l'article 3 de la loi déferée affecte au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale le reliquat du droit de consommation sur les tabacs manufacturés perçu par l'Etat au titre de l'année 2000 ;

Considérant que, selon les sénateurs requérants, l'article 3 ne respecterait pas les dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dans la mesure où il méconnaîtrait le champ respectif des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale, « une loi de finances ne pouvant modifier une mesure contenue dans une loi de financement de la sécurité sociale » ;

Considérant qu'aux termes du deuxième alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale : « Seules les lois de financement peuvent modifier les dispositions prises en vertu des 1° à 5° du I » ; que cette dernière disposition a pour objet de faire obstacle à ce que les conditions générales de l'équilibre financier, telles qu'elles résultent de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année, modifiée le cas échéant, par des lois de financement rectificatives, ne soient affectées par l'application de textes législatifs ou réglementaires dont les incidences sur les conditions de cet équilibre, dans le cadre de l'année, n'auraient pu au préalable, être appréciées et prises en compte par une des lois de financement susmentionnées ;

Considérant que le transfert du reliquat du produit du droit de consommation sur les tabacs du budget de l'Etat vers le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale est évalué à trois milliards de francs ; que ce transfert affecterait les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2000, alors qu'aucune loi de financement de la sécurité sociale n'a pris en compte cette incidence et qu'aucune ne pourra plus le faire d'ici à la fin de l'exercice ; qu'il convient à cet égard de relever que le IX de l'article 16 de la loi susvisée du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 rend seulement applicable, dès le 1er janvier 2000, l'affectation des droits sur les boissons au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale ;

Considérant, en conséquence, que l'article 3 de la loi déferée doit être déclaré non conforme à la Constitution comme contraire aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ».

A contrario, dans la même décision, à propos de la majoration du prélèvement de la C3S affecté au BAPSA, le Conseil constitutionnel a estimé qu'un tel transfert de 350 millions de francs n'affectait pas cet équilibre et n'était donc pas contraire à l'article LO 111-3.

« Considérant que l'article 4 de la loi déferée majore de 350 millions de francs le prélèvement opéré sur le produit de la contribution sociale des sociétés au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles pour 2000 ; que cette disposition a pour effet de diminuer du même montant les ressources affectées au fonds de solidarité vieillesse ;

Considérant que les sénateurs auteurs de la requête soutiennent que « cette disposition aurait dû être adoptée en loi de financement » et qu'« en modifiant les prévisions de recettes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 », le législateur n'aurait pas respecté l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ;

Considérant que la mesure prévue par l'article critiqué, qui trouve sa place dans une loi de finances, n'a pas sur les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2000 une incidence telle qu'elle aurait dû, au préalable, être prise en compte par une loi de financement de la sécurité sociale ; que le grief tiré du non respect de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale doit donc être rejeté ».

On peut donc considérer que toute décision législative affectant l'équilibre de la sécurité sociale pour un montant significatif, 457 millions d'euros étant considéré comme tel et 53 millions d'euros ne l'étant pas, encourt un risque d'invalidation si elle n'a pas été prise en compte dans une loi de financement de la sécurité sociale.

Pour cette raison, le gouvernement a pris la décision de rectifier, en prévision des dispositions législatives que la prochaine loi de finances rectificative pourrait comprendre, le contenu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Le Sénat demandait depuis longtemps une loi de financement rectificative. Le Conseil constitutionnel a contraint le gouvernement à y consentir.

3. Les rectifications opérées pour 2001 par le projet de loi de financement pour 2002

a) Rectifications des prévisions de recettes (article 9)

L'article 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 rectifie les prévisions de recettes figurant à l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Afin de respecter les conventions comptables alors en vigueur, les nombres inscrits figurent en francs et en encaissements – décaissements.

Révisions des prévisions de recettes 2001

(en milliards de francs et en encaissements - décaissements)

| | LFSS 2001 (A) | Prévisions exécution (B) | Ecart (B) – (A) | PLFSS 2002 (C) | Ecart (B) – (C) |
|--------------------------|--------------------------|---|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Cotisations effectives | 1.085,1 | 1.086,1 | + 1 | 1.086,1 | - |
| Cotisations fictives | 201,3 | 202,6 | + 1,3 | 202,6 | - |
| Contributions publiques | 67,4 | 68,6 | + 1,2 | 68,6 | - |
| Impôts et taxes affectés | 554,4 | 565,2 | + 10,8 | 568,2 | + 3 |
| Transferts reçus | 2,6 | 3 | + 0,4 | 3 | - |
| Revenus des capitaux | 3,2 | 3,9 | + 0,7 | 3,9 | - |
| Autres ressources | 58,3 | 40,6 | - 17,7 | 47,6 | + 7 |
| Total | 1.972,3 | 1.970 | - 2,3 | 1.980 | + 10 |

Ce tableau révisé comporte ainsi deux types de révisions : il actualise les prévisions de recettes en fonction des prévisions d'exécution ; il prend en compte des mesures nouvelles de recettes ayant des conséquences sur 2001 prévues par le présent projet de loi de financement.

(1) L'actualisation des prévisions de recettes en fonction de l'exécution

L'actualisation des prévisions en fonction des prévisions d'exécution constitue une innovation. Votre rapporteur pour avis se réjouit de ce que le gouvernement, quoique un peu contraint par le Conseil constitutionnel, se soit livré à cet exercice très important qui, pour la première fois, permet au Parlement d'examiner la réalité des recettes de la sécurité sociale.

Le solde de 2,3 milliards de francs de recettes de moins que prévu en décembre 2000 cache des évolutions contradictoires. Le dynamisme des recettes de la sécurité sociale se lit dans les résultats en matière d'impôts et taxes affectés (10,8 milliards de francs en plus malgré l'annulation par le Conseil constitutionnel de l'extension de la TGAP au profit du FOREC). A l'inverse, les incertitudes entourant le fonds de réserve pour les retraites pèsent sur les autres ressources des régimes, pour 17,7 milliards de francs

(2) La prise en compte de l'affectation de 10 milliards de francs supplémentaires

Le tableau prend en compte les deux modifications relatives aux recettes 2001 qu'anticipe le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, afin d'éviter, comme en 2000, que les dispositions en cause – qui doivent trouver leur place dans le projet de loi de finances rectificative pour 2001 – ne soient annulées par le Conseil constitutionnel au motif que leurs conséquences sur l'équilibre des lois de financement de la sécurité sociale n'ont pas été prises en compte.

Le I de l'article 6 du projet de loi de financement, que devra compléter une disposition miroir dans le projet de loi de finances rectificative pour 2001, affecte ainsi 3 milliards de francs supplémentaires au FOREC par le biais d'une augmentation de la part du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance dont il bénéficie, au détriment du budget de l'Etat.

Par ailleurs, les 7 milliards de francs supplémentaires figurant à la ligne « autres ressources » correspondraient, d'après le rapport de notre collègue député Alfred Recours, à l'anticipation d'un tel versement au FRR au titre du produit de la vente des licences UMTS en 2001. Or, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait prévu 18,5 milliards de francs à ce titre. La révision de 17,7 milliards de francs et la prise en compte d'un versement de 7 milliards de francs s'expliqueraient donc par la reconnaissance par le gouvernement de ce que le FRR a bien été privé de

10,7 milliards de francs de recettes en 2001 en raison de la révision des modalités d'attribution des licences UMTS et de l'attribution de seulement deux licences sur les quatre prévues initialement. Finalement il recevra, d'après l'article 9, 7,8 milliards de francs, correspondant au prix total des deux licences déjà attribuées, soit 1,2 milliard d'euros. Le gouvernement avait donc, dès le dépôt du projet de loi de financement, anticipé cette révision.

b) Rectifications des objectifs de dépenses (article 31)

L'article 31 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 rectifie les objectifs de dépenses figurant à l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Par ailleurs, l'article 31 a été modifié en cours de discussion à l'Assemblée nationale pour tenir compte de l'annonce, par le gouvernement, d'un transfert de 300 millions de francs de la CNAMTS vers le Fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) et de l'augmentation d'un milliard de francs de la dotation hospitalière.

Révisions des objectifs de dépenses 2001

(en milliards de francs et en encaissements - décaissements)

| | LFSS 2001 (A) | Prévisions exécution (B) | Ecart (B) - (A) | PLFSS 2002 (C) | Ecart (B) - (C) |
|---------------------------------|--------------------------|---|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Branche maladie maternité | 769,2 | 784,3 | + 15,1 | 785,6 | + 1,3 |
| Branche vieillesse veuvage | 830,4 | 830,8 | + 0,4 | 830,8 | - |
| Branche accidents du travail | 56,2 | 56,5 | + 0,3 | 57,9 | + 1,4 |
| Branche famille | 277,1 | 275,9 | - 1,2 | 275,9 | - |
| Total | 1.932,9 | 1.947,5 | + 14,6 | 1.950,2 | + 2,7 |

Ce tableau comporte lui aussi deux types de révisions : il actualise les objectifs de dépenses en fonction des prévisions d'exécution ; il prend en compte des mesures nouvelles de dépenses ayant des conséquences sur 2001 prévues par le présent projet de loi de financement.

(1) L'actualisation des objectifs de dépenses en fonction de l'exécution

L'analyse des écarts entre les prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et les prévisions de réalisations illustre parfaitement si besoin en était la place de la dérive de l'assurance maladie dans les

dépenses de sécurité sociale en France. Alors que l'ensemble des objectifs de dépenses augmente spontanément de 14,6 milliards de francs, ceux de la branche maladie progressent de 15,1 milliards de francs sans prendre en compte les 1,3 milliard de francs supplémentaires décidés par le gouvernement et qui viennent accentuer la tendance. Parallèlement, les dépenses de la branche famille devraient être inférieures aux prévisions en raison de la hausse des revenus des ménages (qui a des conséquences sur les prestations sous condition de ressources).

(2) La prise en compte des mesures nouvelles

Suite aux annonces du gouvernement en matière hospitalière, l'objectif de dépenses de la branche maladie augmente de 1,3 milliard de francs, dont 300 millions de francs pour le FMES et un milliard de francs au titre de la dotation hospitalière.

Au titre de la branche accidents du travail, l'article 31 intègre l'affectation de 1,375 milliard de francs supplémentaires au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

c) Rectifications de l'ONDAM (article 32 bis)

Le gouvernement, malgré l'augmentation des prévisions de dépenses de la branche maladie, n'avait pas prévu initialement de faire adopter par le Parlement un ONDAM 2001 révisé.

Cependant, sa décision d'augmenter d'un milliard de francs la dotation hospitalière 2001 le contraint à l'exercice de l'ONDAM révisé et donc à faire figurer, à l'article 32 *bis*, un nouvel ONDAM 2001 tenant compte de cette mesure nouvelle comme de la progression des dépenses. Ce faisant, et pour la première fois, le gouvernement propose au Parlement de voter le rebasage de l'ONDAM.

Révisions de l'ONDAM 2001

(en milliards de francs et en encaissements - décaissements)

| LFSS 2001 (A) | Prévisions exécution (B) | Ecart (B) - (A) | PLFSS 2002 (C) | Ecart (B) - (C) | Ecart (A) - (C) | Ecart (A) - (C) en % |
|--------------------------|---|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| 693,3 | 709,2 | + 15,9 | 710,3 | + 1,1 | + 17 | + 2,45 % |

Ainsi, l'ONDAM 2001 a spontanément dérivé de 15,9 milliards de francs, et le gouvernement a accru cette dérive par des mesures nouvelles aggravant le déficit de l'assurance maladie de 1,1 milliard de francs pour porter le dérapage total à 17 milliards de francs supplémentaires, sans que nul

ne sache aujourd'hui expliquer en quoi cet argent a été profitable à la santé des Français ou a correspondu à des priorités de santé publique proposées par le gouvernement, définies par le Parlement.

Au total, la présentation de ces agrégats révisés confirme les attentes exprimées par le Sénat en matière de loi de financement rectificative.

Sans prendre en compte les mesures nouvelles du présent projet de loi de financement, par rapport à décembre 2000, le gouvernement a vu les prévisions de recettes diminuer de 2,7 milliards de francs et les objectifs de dépenses augmenter de 14,7 milliards de francs. En prenant en compte les mesures nouvelles, les dépenses augmenteront au total de 17,5 milliards de francs, et les recettes de 7,7 milliards de francs seulement. Le rapprochement de ces deux nombres suffit à lui seul à donner une image de la politique du gouvernement en matière de finances sociales.

B. LE RÉÉQUILIBRAGE DU FOREC EN 2001

1. Comment effacer le déficit de 2001 ? (article 6)

Comme pour 2000, le FOREC, en 2001, n'a pu assurer le financement des 35 heures en respectant l'obligation d'équilibre qui s'impose à lui.

Une fois encore, le gouvernement se voit donc contraint de « boucler » le financement des 35 heures, en assurant l'équilibre du FOREC *ex post*, faute d'avoir pu le faire *ex ante*.

Les recettes du FOREC sont définies à l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale. Elles se sont révélées une fois encore insuffisantes pour couvrir l'ensemble des dépenses du fonds.

La « course aux recettes » se poursuit donc en 2001 cette fois-ci, le déficit à couvrir s'élevant à 853,71 millions d'euros (5,60 milliards de francs).

Le présent projet de loi de financement comporte deux dispositions rétroactives visant à affecter au FOREC, à compter du 1^{er} janvier 2001 :

- une part plus importante de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait fixé cette part à 14,1 % du produit de cette taxe ; le B du I de l'article 6 du présent projet de loi indique que, pour l'année 2001, cette fraction s'établit à 24,7 %, et non plus à 14,1 % - le A du I du même article abroge d'ailleurs la

disposition de l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 qui fixait à 14,1 % la part du produit de la taxe affectée au FOREC¹ ;

- la totalité des droits de consommation sur les alcools : alors que l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoyait de verser au FOREC, à compter du 1^{er} janvier 2000, une part importante du produit des droits sur les boissons (droit de consommation sur les produits intermédiaires ; droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels ; droit sur les bières et les boissons non alcoolisées ; et 55 % du produit du droit de consommation sur les alcools) alors affecté au fonds de solidarité vieillesse (FSV), le A du III de l'article 6 du présent projet de loi affecte au FOREC, au détriment de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui continuait de percevoir les 45 % restants, l'intégralité du produit des droits de consommation sur les alcools² !

En outre, le gouvernement escompte également une meilleure rentrée des recettes affectées au FOREC.

**L'accélération des circuits de remontées financières
des recettes recouvrées par les douanes**

L'annexe f au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte des développements relatifs à une amélioration du recouvrement des recettes affectées au FOREC afin de mieux équilibrer les dépenses de celui-ci :

« La direction générale des douanes et des droits indirects a prévu de modifier ses circuits informatiques pour permettre une accélération des circuits de reversement.

Ce projet, baptisé « transmission des données quotidiennes », sera mis en place en octobre 2001.

Il a pour conséquence, qu'à partir de cette date, les impositions recouvrées au jour J dans les recettes des douanes seront centralisées au jour J+1 dans les trésoreries générales (actuellement, il s'écoule un délai d'un mois entre le paiement du droit et sa centralisation dans les trésoreries générales).

Il s'ensuit que la recette collectée au mois de décembre 2001 (823 millions d'euros) sera centralisée en décembre 2001 au lieu de l'être en janvier 2002, comme cela le serait sans mise en place du projet ».

¹ Il convient de préciser qu'une disposition « miroir » similaire devra figurer dans le projet de loi de finances rectificative pour 2001.

² Les présentes dispositions sont sans incidence sur les prélèvements sur le produit de ce droit spécifiques aux départements corses et au budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA).

Au total, et après des contorsions législatives frisant le ridicule, l'« équilibre » du FOREC devrait finalement s'établir de la façon suivante en 2001 :

L'équilibre du FOREC en 2001

en milliards d'euros (en droits constatés)

| | |
|--|-------------|
| RECETTES | |
| . Droits de consommation tabac | 8,4 |
| . Contribution sociale sur les bénéfiques des sociétés | 0,9 |
| . Taxe générale sur les activités polluantes | 0,5 |
| . Droits de consommation alcools et boissons | 2,8 |
| . Taxe sur les véhicules des sociétés | 0,7 |
| . Taxe sur les conventions d'assurances | 1,1 |
| . Contribution de l'État | - |
| | 14,5 |
| DEPENSES | |
| Allégements 35 heures | |
| . Aide incitative loi Aubry I | 2,1 |
| . Aubry II : aide structurelle | 2,5 |
| . Majorations | 0,2 |
| Allégements bas salaires | |
| . Ristourne dégressive (entreprises à 39 heures) | 4,3 |
| . Aubry II : aide bas salaires 1,3 Smic | 2,8 |
| . Aubry II : extension jusqu'à 1,8 Smic | 2,2 |
| . Aide incitative loi de Robien/ Exonération AF | 0,6 |
| | 14,5 |

Source : PLFSS 2002 ; annexe f

Alors que le coût initial des 35 heures devait s'élever à 12,96 milliards d'euros (85 milliards de francs) en 2001, il s'établira finalement à 14,47 milliards d'euros (94,90 milliards de francs), soit une progression - un dérapage - de 11,7 % en cours d'exercice.

2. La création rétroactive du FOREC (article 5)

L'article 5 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 a créé un fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, dénommé FOREC, dont les dispositions figurent aux articles L. 131-8 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le FOREC a pour objet de financer :

- d'une part, les allègements de charges sociales patronales ;
- et, d'autre part, l'ensemble des aides à la réduction du temps de travail mises en place d'abord par la « loi de Robien »¹ puis, surtout, par les « lois Aubry ».

Par ailleurs, l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a transféré du budget de l'emploi vers le FOREC les exonérations de cotisations d'allocations familiales concernant les salariés des exploitations agricoles et des entreprises relevant de certains régimes spéciaux de sécurité sociale² (visées aux articles L. 241-6-4 du code de la sécurité sociale, et L. 741-4 à L. 741-6 du code rural), ainsi que les salariés des entreprises situées dans les zones de revitalisation rurale et des entreprises nouvelles exonérées d'impôt (article L. 241-6-2 du code de la sécurité sociale et article 7 de la loi n° 93-1313 du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle, modifiés par l'article 120 de la loi de finances pour 2001).

Le FOREC a - enfin ! - reçu une existence effective, grâce à la publication, au *Journal officiel* du 26 octobre 2001, du décret n° 2001-968 du 25 octobre 2001 relatif au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale, en application de l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Les principales dispositions du décret n° 2001-968 du 25 octobre 2001 relatif au FOREC

Ce décret insère au titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale un chapitre I^{er} *quater* intitulé «Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale ».

Ce fonds de financement est un établissement public national à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'emploi et du ministre chargé du budget.

Son conseil d'administration comprend cinq membres, nommés pour trois ans, et se réunit au moins deux fois par an. Il a notamment pour mission d'adopter le budget du fonds, d'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité, de présenter des prévisions et des bilans sur ses activités, et de proposer au gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds.

¹ L'accès à ce dispositif a toutefois cessé à compter de l'entrée en vigueur de la loi «Aubry I» du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation à la réduction du temps de travail.

² SNCF, RATP, EDF-GDF, Banque de France, Comédie française, Opéra de Paris, Ports autonomes de Strasbourg et de Bordeaux, Chambre de commerce et d'industrie de Paris.

Son conseil de surveillance est composé de 23 membres, dont deux députés et deux sénateurs, six représentant des régimes obligatoires de sécurité sociale, cinq personnes désignées par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles les plus représentatives au plan national, cinq autres désignées par les organisations professionnelles d'employeurs, et trois personnalités qualifiées. Il se réunit au moins une fois par an. Il concourt à la définition des orientations du fonds en rendant, lorsqu'il l'estime nécessaire, des avis publics sur les documents qui lui sont transmis.

Le fonds est dirigé par un directeur.

Il passe des conventions avec l'Etat ou l'organisme de sécurité sociale auquel le fonds compense les allègements de cotisations sociales. Ces conventions ont notamment pour objet de préciser les pièces justificatives qui doivent être communiquées au fonds ainsi que les modalités et la périodicité de versement de recettes.

Par ailleurs, le I de l'article 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que les produits fiscaux perçus par l'ACOSS à compter du 1^{er} janvier 2001 seront transférés au FOREC et comptabilisés par ce dernier sur l'exercice 2001.

Le III du même article 5 permet d'ajuster les textes constitutifs du FOREC à une comptabilité en droits constatés.

Le IV confie la gestion du FOREC au FSV.

La création du FOREC est donc, elle aussi, réalisée de manière rétroactive, à compter du 1^{er} janvier 2001.

Votre rapporteur pour avis voit dans les travaux du Sénat, qu'il s'agisse de ceux de sa commission des affaires sociales comme de ceux de sa commission des finances, l'origine directe de la création du FOREC par le gouvernement. Sans les contrôles entrepris par notre Haute Assemblée, qui ont mis en pleine lumière les méfaits du gouvernement s'agissant du financement de la réduction du temps de travail - improvisation, mensonges répétés, dissimulation volontaire, manipulations des comptes...-, le FOREC n'aurait très probablement jamais été créé.

C. LA NÉCESSITÉ D'UN COLLECTIF SOCIAL EN 2002 ?

1. Les doutes entourant le cadrage macroéconomique

a) *Un cadrage macroéconomique commun aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale*

Les deux textes sont construits sur les mêmes hypothèses macroéconomiques, à savoir un taux de croissance du PIB pour 2002 de 2,5 %, une progression de la masse salariale du secteur privé de 5 %, et une hausse des effectifs salariés de 1,7 %.

Principaux éléments de cadrage macroéconomique 2000 – 2001 – 2002

(en moyenne annuelle, en %, sauf indications contraires)

| | 2000 | 2001 Prév. | 2002 Prév. |
|--|----------------------|---------------|---------------|
| Environnement international | | | |
| PIB : | | | |
| Monde | 4,6 | 2,4 | 3,1 |
| OCDE ⁽¹⁾ | 3,4 | 1,4 | 1,8 |
| Etats-Unis | 4,1 | 1,4 | 1,9 |
| Japon | 1,5 | - 0,4 | 0,4 |
| Zone euro | 3,4 | 1,9 | 2,3 |
| dont Allemagne | 3,0 | 0,9 | 1,7 |
| France | Comptes nationaux | | |
| PIB (montant en milliards de francs) | 9.214,7 | 9.574,3 | 9.980,9 |
| PIB (évolution en volume) | 3,1 | 2,3 | 2,5 |
| PIB (évolution prix) | 0,9 | 1,6 | 1,7 |
| PIB (évolution en valeur) | 4,0 | 3,9 | 4,2 |
| Exportations (évolution en volume) | 12,6 | 3,5 | 4,1 |
| Importations (évolution en volume) | 14,2 | 2,7 | 4,1 |
| Pouvoir d'achat du revenu disponible | 3,1 | 3,4 | 2,6 |
| Consommation des ménages (en volume) | 2,5 | 2,6 | 2,7 |
| Investissement des entreprises (en volume) | 7,2 | 4,8 | 3,8 |
| Prix à la consommation des ménages | | | |
| Ensemble (100 %) | 1,7 | 1,7 | 1,6 |
| Hors tabac (98,1 %) | 1,6 | 1,6 | 1,5 |
| Masse salariale du secteur privé ⁽²⁾ | 5,8 | 5,8 | 5,0 |
| Salaire moyen par tête | 2,4 | 2,9 | 3,3 |
| Effectifs salariés | 3,3 | 2,8 | 1,7 |

Source : direction de la prévision

(1) OCDE à 18 : Etats-Unis, Canada, Japon et Union européenne à 15. (2) Entreprises non financières.

S'agissant des hypothèses sociales, le projet de loi de financement de la sécurité sociale est assis notamment sur le choix, par le gouvernement, de revaloriser les pensions de 2,2 % et la base mensuelle des allocations familiales de 2,1 %.

Hypothèses sociales pour 2001 et 2002

(Évolution en moyenne en %)

| | 2001 | 2002 |
|--|-------------|-------------|
| Assiette des encaissements du secteur privé du RG ⁽¹⁾ | 5,9 % | 5 % |
| Plafond de la sécurité sociale | | |
| Valeur annuelle en euros au 1 ^{er} janvier | 27.349 | 28.224 |
| Evolution annuelle | 1,0 % | 3,2 % |
| Pensions de vieillesse | | |
| Revalorisation au 1^{er} janvier | 1,7 % | 2,2 % |
| BMAF | | |
| Revalorisation au 1^{er} janvier | 1,8 % | 2,1 % |

Source : direction de la sécurité sociale

(1) évolutions régime général 2000 et 2001 y compris mesures jeunes, y compris réduction du temps de travail

b) Les incertitudes entourant ce cadrage macroéconomique

Depuis les attentats perpétrés aux Etats-Unis le 11 septembre 2001, les conjoncturistes ont revu à la baisse leurs prévisions de croissance pour l'économie française en 2002. Celles-ci sont désormais de l'ordre de 1,8 %. Pourtant, le gouvernement a maintenu inchangée sa prévision de croissance pour l'année 2002, à 2,5 % (avec une fourchette de 2,25 % à 2,75 %). Cette divergence conduit à s'interroger sur la pertinence de la prévision de croissance présentée dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

(1) Les doutes pesant sur la croissance avant le 11 septembre

L'économie française a connu de 1998 à 2000 une croissance soutenue, supérieure à son potentiel (qu'on estime généralement compris entre 2 % et 2,5 % en volume), qui a grandement favorisé la situation financière des régimes sociaux en faisant progresser leurs recettes de manière très dynamique.

Cette croissance a été rendue possible par l'assainissement budgétaire effectué par les gouvernements précédents à partir de la récession de 1993 et par le desserrement de la politique monétaire à partir de 1995. Elle s'est

appuyée sur une demande intérieure dynamique. Celle-ci a en effet pris le relais de la demande extérieure, à l'origine de la reprise de l'année 1997.

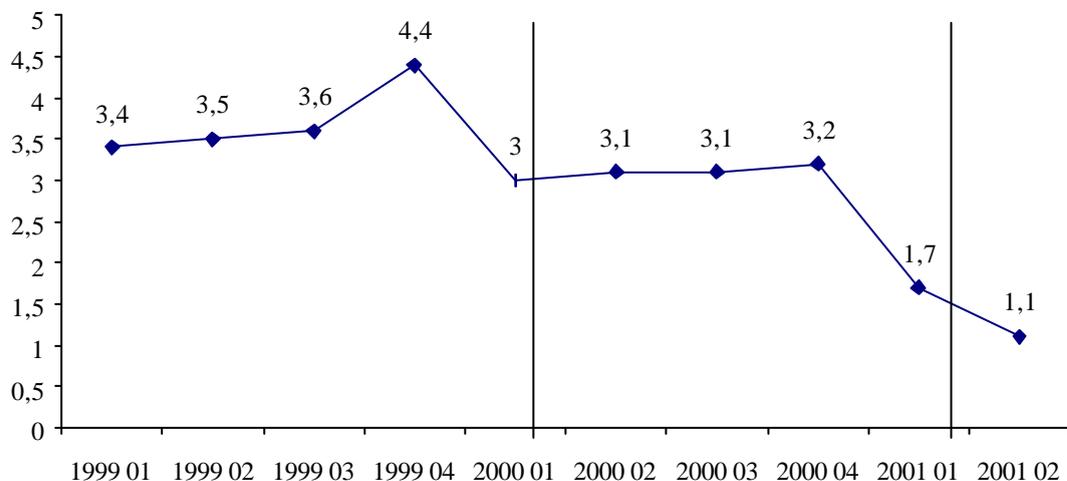
Cette croissance était cependant vulnérable aux aléas extérieurs. Elle pouvait diminuer, notamment, du fait d'un ralentissement de l'économie américaine ou européenne. En particulier, le risque d'une accélération de l'inflation dans certains pays de la zone euro, avec ses conséquences sur la politique monétaire et sur la consommation des ménages, ne pouvait pas être écarté.

Ces craintes sur une éventuelle dégradation de l'environnement international se sont malheureusement révélées fondées. Tout d'abord, le prix du pétrole a atteint en septembre 2000 son maximum depuis 1991. Ensuite, l'économie américaine connaît un net ralentissement depuis le dernier trimestre 2000 : depuis ce moment, la croissance trimestrielle de l'économie américaine a chuté, en rupture avec le rythme, de l'ordre de 5 %, observé auparavant. Ainsi, au troisième trimestre 2001, la croissance a été de - 0,4 %. Enfin, en partie à cause de ces deux phénomènes, la croissance de la zone euro a connu un ralentissement marqué au cours de 2000, avant de devenir presque nulle au deuxième trimestre 2001. En effet, l'atterrissage de l'économie des Etats-Unis a surpris par son ampleur et sa rapidité. Par ailleurs, une inflation plus forte qu'anticipée au sein de la zone euro érode le pouvoir d'achat des ménages, tout en réduisant la probabilité d'un assouplissement de la politique monétaire.

En conséquence de ces phénomènes, la croissance trimestrielle de l'économie française a été plus faible en 2000 qu'en 1999, avant de s'effondrer en 2001.

Croissance du PIB en France

(en %, rythme annualisé)



Source : INSEE

En effet, des taux de croissance quasiment identiques du PIB français en 1999 et en 2000 (respectivement 2,9 % et 3,1 %) ne doivent pas dissimuler un ralentissement de la croissance en l'an 2000, que traduit son rythme d'évolution infra-annuelle. Alors que la croissance, mesurée de trimestre à trimestre, est passée au cours de l'année 1999 de 3,4 % à 4,4 % en rythme annuel, elle a ensuite été inférieure à ces taux. Cette inflexion en l'an 2000 semble s'expliquer principalement par le renchérissement des produits pétroliers. En effet, celui-ci a affecté le pouvoir d'achat des ménages tout en les incitant à épargner davantage.

La croissance de l'économie française a encore diminué aux premier et deuxième trimestres 2001, pour atteindre un taux, en rythme annualisé, de respectivement 1,7 % et 1,1 %. Si la croissance se maintenait en 2001 au rythme du deuxième trimestre, ce qui ne semble pas improbable, elle serait cette année de 2,1 %. Telle est la dernière prévision de croissance avancée par l'INSEE. On peut rappeler que l'objectif du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 était de 3,3 %. Ce ralentissement s'explique par une dégradation du contexte international plus marquée que prévu. Celle-ci a notamment résulté en un recul de l'investissement au deuxième trimestre 2001, de 0,8 % en rythme annualisé. La consommation des ménages demeure cependant soutenue.

(2) L'irréalisme des prévisions 2002 s'est aggravé depuis le 11 septembre 2001

Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la pertinence de la prévision de croissance du gouvernement pour l'année 2002, de 2,5 %.

Ces prévisions pouvaient sembler plausibles jusqu'au 11 septembre 2001. En effet, une prévision de 2,5 % pour l'année 2002 pouvait s'appuyer sur l'hypothèse d'une amélioration de l'environnement international. Les prévisions actuelles du gouvernement étaient ainsi conformes à celles des principaux organismes indépendants jusqu'au 11 septembre 2001¹.

¹ *Le pessimisme de Rexecode pour l'année 2002 s'expliquant par la prévision d'un recul (-0,3 %) de l'investissement des entreprises.*

Prévisions de croissance antérieures au 11 septembre 2001

(prévisions de croissance du PIB, en %)

| | 2001 | 2002 |
|--|--------------------------------|-----------------|
| Gouvernement (PLF 2002) | 2,3 (1) | 2,5 |
| Pour mémoire : | | |
| - objectif de la loi de finances pour 2001 | 3,3 (3,0 / 3,6) | - |
| - objectif de la programmation pluriannuelle des finances publiques à l'horizon 2004 | 3,0 | |
| - DOB pour 2002 | 2,9 (2,7 / 3,1) ⁽¹⁾ | 3,0 (2,8 / 3,2) |
| Prévisions des principaux organismes indépendants | | |
| <i>Juillet 2001</i> | | |
| BIPE | 2,5 | 2,8 |
| OCDE | 2,6 | 2,7 |
| Rexecode | 2,4 | 2,2 |
| Insee | 2,3 | - |
| <i>Septembre 2001</i> | | |
| BIPE (11 septembre) | 2,3 | 2,5 |

(1) Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie a déclaré 21 octobre 2001 que « Nous devrions être autour de 2,1% ».

Ces prévisions ne semblent plus d'actualité en raison de l'appréciation récente de la conjoncture intérieure de l'année 2001, et de la montée incontestable des périls extérieurs.

L'INSEE a donc revu à la baisse son estimation de la croissance du PIB de l'économie française au premier et au deuxième trimestres de cette année. Les estimations, de respectivement 0,5 % et 0,4 %, ont été ramenées à 0,4 % et 0,3 %, soit 1,7 % et 1,1 % en rythme annualisé. L'économie française connaît donc déjà depuis le début 2001 un ralentissement important qui pourrait être aggravé suite aux événements du 11 septembre.

L'impact prévisible des attentats du 11 septembre sur la croissance mondiale

Les attentats commis aux Etats-Unis le 11 septembre 2001 pourraient avoir un impact négatif sur l'économie mondiale, du fait notamment d'une dégradation de la confiance des ménages, en particulier américains.

Les prévisions présentées du gouvernement reposent cependant déjà sur des hypothèses de croissance de l'économie des Etats-Unis en 2002 que l'on peut considérer comme optimistes : 1,9 % en 2002. Or, l'économie des Etats-Unis ralentit depuis le dernier trimestre 2000, et a reculé de 0,4 % au troisième trimestre 2001.

La reprise anticipée par le gouvernement n'allait donc pas de soi avant les attentats, du fait notamment des incertitudes sur l'évolution du comportement des ménages américains. Compte tenu, notamment, de l'impact vraisemblable des attentats sur la confiance de ces derniers, les principaux prévisionnistes sont moins optimistes sur la croissance de l'économie des Etats-Unis en 2002. Ils estiment que les Etats-Unis ne connaîtront pas de reprise avant le deuxième trimestre 2002. Leurs prévisions de croissance pour 2002 sont donc comprises entre environ 1 % et 1,5 %, l'OCDE tablant par exemple sur une croissance américaine de 1,3 %.

Le gouvernement français n'exclut pas un tel scénario. Ainsi, il estime¹ que « *les attentats des Etats-Unis pourraient déprimer la croissance européenne et française de l'ordre de 0,5 point à l'horizon 2002* ».

Les derniers chiffres relatifs à l'économie des Etats-Unis rendent ce scénario crédible. Ainsi, le 30 octobre 2001 l'indice de confiance des consommateurs américains était à son niveau le plus bas depuis février 1994. Par ailleurs, au troisième trimestre 2001, la croissance du PIB a été de - 0,4 %. On peut dès lors se demander si les prévisions de croissance du gouvernement ne devraient pas être revues à la baisse, tant pour l'économie américaine que pour l'économie française.

De même, les six principaux instituts de conjoncture allemands ont récemment revu à la baisse leur perspective de croissance de l'économie allemande pour l'année 2002. En effet, celle-ci n'est plus que de 1,3 % de croissance, contre 2,2 % dans leur dernier rapport. A titre de comparaison, le gouvernement français retient l'hypothèse d'une croissance de 1,7 % de l'économie allemande.

Tous ces facteurs font que les conjoncturistes tendent à retenir des prévisions de croissance de l'économie française moins optimistes que celles avancées par le gouvernement.

Ainsi, la croissance de l'investissement des entreprises serait de seulement 2,8 % selon les instituts réunis au sein de la Conférence économique de la nation (contre 3,8 % selon le gouvernement).

Cette faible confiance s'expliquerait, notamment, par les incertitudes quant à la consommation des ménages. Du fait de l'augmentation du taux de chômage prévue pour 2002, la croissance de la consommation des ménages serait de seulement 2,2 % selon les instituts réunis au sein de la Conférence économique de la nation (contre 2,7 % selon le gouvernement).

Ainsi, les prévisions de croissance de l'économie française pour l'année 2002 sont aujourd'hui de l'ordre de 1,8 %.

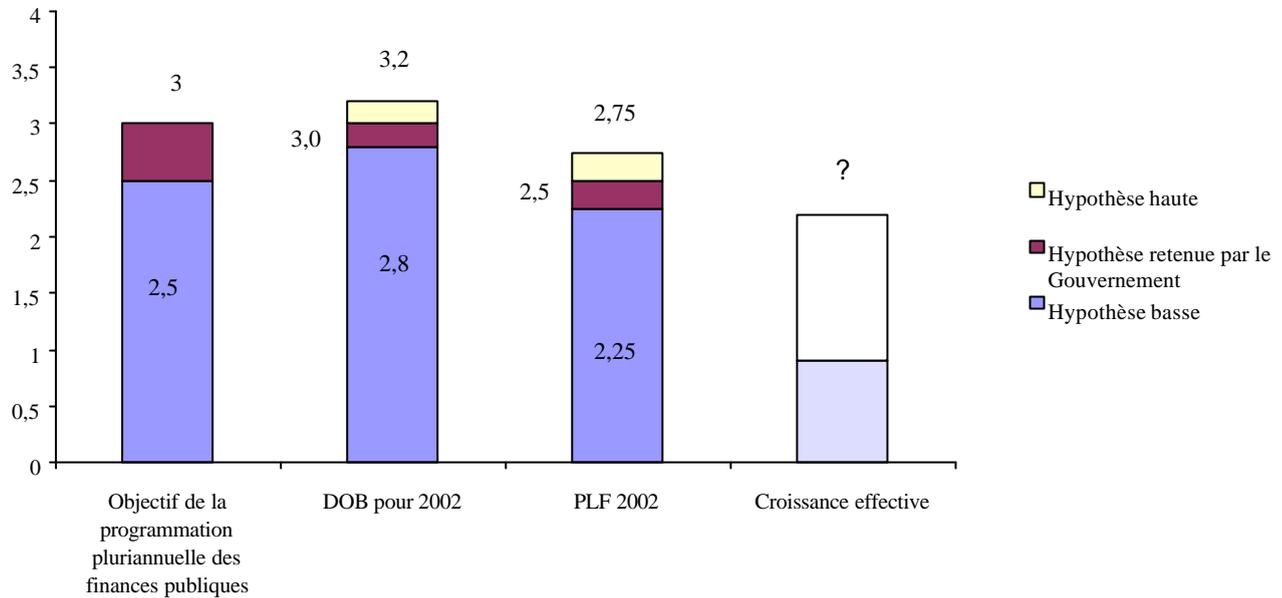
¹ Réponse au questionnaire adressé au gouvernement par votre commission des finances dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances pour 2002.

Les principales prévisions de croissance de l'économie française pour l'année 2002

| Organisme | Prévision de croissance (en % du PIB) |
|---|--|
| Gouvernement | 2,5 (2,25/2,75) |
| <i>Principaux panels de conjoncturistes</i> | |
| Conférence économique de la nation (15 octobre) | 2,1 (instituts)/2,2 (privés) |
| <i>Consensus Forecasts</i> (20 octobre) | 1,8 |
| Enquête trimestrielle réalisée par Reuters auprès de vingt économistes (25 octobre) | 1,8 |
| <i>Principaux instituts français</i> | |
| BIPE (septembre, prévisions actualisées après les attentats) | 1,3-1,8 |
| Rexecode (septembre, prévisions actualisées après les attentats) | 1,5 |
| OFCE (octobre) | 2,2 |
| OCDE (rapport provisoire, octobre) | 1,6 |

Il faut souligner que la croissance pourrait être encore plus faible que ce que suggèrent ces prévisions si le ralentissement s'accompagnait d'une crise financière aux Etats-Unis ou d'une augmentation du prix du pétrole, ou si les ménages français réduisaient leur consommation, comme ils l'ont fait pendant la guerre du Golfe. Dans tous les cas, la croissance serait donc vraisemblablement inférieure aux prévisions successives faites par le gouvernement.

La croissance en 2002 : évolution des prévisions du gouvernement
(en points de PIB)



Ainsi donc, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, tout comme le projet de loi de finances, est assis sur un cadrage macroéconomique qui n'était guère réaliste avant le 11 septembre et n'a pas vu sa crédibilité renforcée depuis, bien au contraire. Cela conduit votre rapporteur pour avis à nourrir les doutes les plus sérieux sur la réalité des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses contenus dans le présent projet de loi de financement.

2. Les doutes entourant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses

L'irréalisme du cadrage macroéconomique du gouvernement ajouté à l'absence de mécanisme de régulation des dépenses d'assurance maladie pèsent lourdement sur la réalité des comptes sociaux.

L'expérience des lois de financement passées montre que pas une seule n'a été exécutée conformément aux prévisions votées par le Parlement.

Votre rapporteur pour avis estime en tout état de cause qu'il conviendra dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, en l'absence de « collectif social », de prendre exemple sur les articles 9, 31 et 32 *bis* du présent projet de loi de financement et de présenter au vote du Parlement la révision des principales données de l'équilibre financier de la sécurité sociale en 2002.

a) Les prévisions de recettes

Comme pour le budget de l'État, l'influence des hypothèses sur les résultats des régimes sociaux est très importante.

Par exemple, une variation d'un point de la masse salariale se traduit par une différence de 1,22 milliard d'euros de recettes de cotisations sociales et par une perte totale de ressources de 1,687 milliard d'euros pour le régime général de sécurité sociale. L'effet de la croissance économique sur les recettes de cotisation sociale généralisée est encore plus fort. En prenant pour hypothèse une élasticité de 1,2 de la CSG à la croissance¹, ce qui se trouve en deçà de la réalité, alors une erreur de 0,5 point sur la prévision de croissance économique se traduirait par une perte de 0,6 point de CSG, soit 360 millions d'euros.

Évolution du produit de la CSG

(en milliards d'euros)

| 2000 | 2001 | Écart 2000/2001 | 2002* | Écart 2001/2002 |
|--------|--------|-----------------|--------|-----------------|
| 57,923 | 60,850 | + 5,05 % | 62,665 | + 3 % |

* *Hypothèses du gouvernement*

D'après une projection réalisée par l'OFCE pour votre commission des finances dans le cadre du collectif budgétaire 2000, une erreur d'un point de croissance se traduirait par une moins-value de recettes sociales de 3,1 milliards d'euros.

L'incertitude entourant le taux de croissance et le taux d'évolution de la masse salariale pour 2002 pèse donc comme une épée de Damoclès sur les comptes sociaux.

b) Les objectifs de dépenses

Parallèlement, les objectifs de dépenses risquent eux aussi de ne pas être respectés : en raison des incertitudes sur la situation économique d'ensemble (une erreur sur le taux d'inflation se répercute, par les mécanismes d'indexation, sur de nombreuses prestations sociales, amorçant un effet de ciseaux dangereux), mais aussi, à l'image des années précédentes, de la dérive naturelle des dépenses d'assurance maladie.

Un point de dérapage de l'ONDAM représente 1 milliard d'euros de dépenses en plus pour l'assurance maladie. Or le dérapage naturel, sans effet de la croissance, aura été en 2001, dans un contexte économique encore favorable, de 2,4 milliards d'euros... Cela signifie que toute révision à la

¹ *La hausse du produit de la CSG prévue entre 2002 et 2001 serait de 3% pour une croissance du PIB de 2,5%, soit un rapport de 1,2.*

baisse du taux de croissance accentuera cette tendance naturelle qui est de faire progresser les dépenses d'assurance maladie entre 4 et 5 % par an. Parallèlement, une incertitude majeure propre à 2002 s'ajoute à ces éléments : le coût réel des 35 heures pour les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux.

Or la prévision que constitue l'objectif national des dépenses d'assurances maladie (ONDAM) porte en elle, par les incertitudes fortes entourant sa réalisation, à terme, des besoins d'ajustement des recettes de l'assurance maladie, sous forme de prélèvements obligatoires ¹. Les propos du secrétaire général de la commission des comptes en septembre 2001 illustrent parfaitement ces incertitudes : *« l'hypothèse retenue en matière de dépenses d'assurance maladie est particulièrement ambitieuse. L'objectif de 3,8 % fixé pour 2002, qui inclut le financement de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, correspond à un objectif inférieur pour les autres dépenses. Sa réalisation supposerait un freinage considérable par rapport à la tendance moyenne des deux dernières années, supérieur à 5 % ».*

Au total, votre rapporteur pour avis ne nourrit guère de doute : les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et l'ONDAM de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ne seront pas respectés.

III. LES MESURES RELATIVES AUX RESSOURCES

A. LE FINANCEMENT DES 35 HEURES EN 2002 : DE PIRE EN PIRE !

Dans son avis portant sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le rapporteur de l'époque, notre collègue Jacques Oudin, écrivait qu'il fallait probablement *« s'attendre à voir se renouveler l'année prochaine un même exercice de tentative de bouclage équilibriste du FOREC »*. Il avait malheureusement raison. Le financement des 35 heures revient ainsi à jouer des affectations de recettes, avec des tuyauteries « branchées » et « débranchées » au gré des besoins du moment.

¹ Voir *infra* les développements consacrés à l'ONDAM dans le I du deuxième chapitre.

1. Comblent un déficit prévisionnel de 2,76 milliards d'euros en 2002 (articles 6 et 6 bis)

Avant l'impact des mesures nouvelles proposées par le présent projet de loi de financement, le solde du FOREC prévu pour 2002 s'établit à 2,76 milliards d'euros (18,10 milliards de francs), les recettes du fonds ne couvrant pas l'ensemble de ses dépenses.

Le présent projet de loi évalue en effet à 15,5 milliards d'euros (101,67 milliards de francs) le coût de la réduction du temps de travail en 2002, après 14,5 milliards d'euros (95,11 milliards de francs) en 2001, une fois entrées en vigueur les mesures destinées à assurer l'équilibre financier du FOREC au cours du présent exercice, soit une augmentation de 6,9 % (après + 27 % l'année dernière).

L'« équilibre » du fonds de financement en 2002 s'établirait donc comme suit :

L'équilibre du FOREC en 2002

en milliards d'euros (en droits constatés)

| RECETTES | |
|---|-------------|
| . Droits de consommation tabac | 8 |
| . Contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés | 0,9 |
| . Taxe générale sur les activités polluantes | 0,5 |
| . Droits de consommation alcools et boissons | 2,7 |
| . Taxe sur les véhicules des sociétés | 0,7 |
| . Taxe sur les conventions d'assurances | 1,4 |
| . Prélèvement sur les véhicules terrestres à moteur | 0,9 |
| . Taxe prévoyance | 0,4 |
| . Contribution de l'État | - |
| | 15,5 |
| DEPENSES | |
| Allègements 35 heures | |
| . Aide incitative loi Aubry I | 2 |
| . Aubry II : aide structurelle | 3 |
| . Majorations | 0,2 |
| Allègements bas salaires | |
| . Ristourne dégressive (entreprises à 39 heures) | 3,6 |
| . Aubry II : aide bas salaires 1,3 Smic | 3,5 |
| . Aubry II : extension jusqu'à 1,8 Smic | 2,6 |
| . Aide incitative loi de Robien/ Exonération AF | 0,5 |
| | 15,5 |

Source : PLFSS 2002 ; annexe f

Pour couvrir l'augmentation des dépenses, et compte tenu de la stagnation du produit des deux nouvelles impositions spécifiquement créées pour financer les 35 heures, la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)¹ et la contribution sociale sur le bénéfice des sociétés (CSB), l'article 6 du présent projet de loi de financement propose **quatre mesures relatives aux recettes** :

1°) le D du I de cet article 6 prend acte de ce que l'article 19 du projet de loi de finances pour 2002 propose de porter la part du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance affectée au FOREC à 30,56 % à compter du 1^{er} janvier 2002, le montant de recettes attendu à ce titre s'établissant à 1,4 milliard d'euros (9,18 milliards de francs) ; il convient de rappeler que la part de cette taxe affectée au FOREC avait été fixée à 14,1 % par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, puis relevée à 24,7 % pour cette même année 2001 par le présent projet de loi de financement ;

2°) le même article 6 propose deux nouvelles affectations de recettes au FOREC pour 2002 : son II prévoit le transfert, en provenance de la CNAMTS, le produit de la cotisation additionnelle sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur, soit une recette d'environ 900 millions d'euros (5,90 milliards de francs)² ; son V vise à transférer du FSV vers le FOREC le produit de la taxe sur les contributions des employeurs au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance, soit un montant de 438 millions d'euros (2,87 milliards de francs) ;

3°) une nouvelle modification de la répartition du produit des droits de consommation sur les tabacs manufacturés : en effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait affecté au FOREC 97 % du produit de ce droit de consommation, initialement réparti entre le budget de l'Etat et la CNAMTS, cette dernière ne se voyant dès lors plus verser, en 2001, que 2,61 % de cette recette ; or, le présent projet de loi de financement, dans le IV de son article 6, propose de réduire la part affectée au FOREC, de 97 % à 90,77 %, et, par conséquent, d'accroître celle qui est versée à la CNAMTS, de 2,61 % à 8,84 %³ ; il s'agit d'éviter que le FOREC ne se trouve en situation de « suréquilibre » en 2002 !

¹ *Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 28 décembre 2000, a annulé une disposition du projet de loi de finances rectificative pour 2000 qui prévoyait d'étendre l'assiette de la TGAP aux consommations intermédiaires d'énergie. Cette mesure aurait permis, selon le gouvernement, de doubler le rendement de cette taxe.*

² *Le statut de ce prélèvement est adapté à cette occasion pour en faire une imposition de toute nature.*

³ *Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, créé par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, continuera de bénéficier de 0,39 % du produit du droit de consommation sur les tabacs manufacturés.*

Cette dernière disposition est sans doute la meilleure illustration, d'une part, des « acrobaties financières » auxquelles se livre, année après année, le gouvernement pour assurer le « bouclage » financier du « monstre » qu'il a engendré, et, d'autre part, du mépris qu'il manifeste non seulement pour le principe d'autonomie des branches de la sécurité sociale mais, plus généralement, pour la clarté des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, ainsi qu'au sein de celle-ci.

Le 25 octobre dernier, au cours de la première lecture du présent projet de loi de financement, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de M. Alfred Recours, un article 6 *bis* majorant les minima de perception applicables aux cigarettes de 9 %, désormais fixés à 90 euros (590,36 francs) pour les cigarettes blondes et à 87 euros (570,68 francs) pour les cigarettes brunes. Cette distinction sera donc maintenue l'année prochaine, mais devrait disparaître l'année suivante au regard de la réglementation communautaire.

Le minimum de perception applicable aux tabacs à rouler est également augmenté, étant fixé à 45 euros (295,18 francs), de même dans le cas des cigares, soit 55 euros (360,78 francs).

Il convient de préciser que, plus généralement, le relèvement de 9 % du prix des tabacs vise à compenser partiellement, en montant, le transfert au régime général d'une partie des droits de consommation sur les tabacs.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale avait également adopté, après l'article 6, un amendement de M. Alfred Recours tendant à créer une contribution assise sur la valeur ajoutée des entreprises, dont le produit aurait été affecté au FOREC, cet amendement ayant été présenté comme « *l'amorce d'une véritable réforme du financement de la sécurité sociale* » !

Toutefois, au cours d'une seconde délibération, le gouvernement a obtenu de l'Assemblée nationale qu'elle supprime finalement ce nouvel article, rappelant que cette mesure aurait élargi l'assiette des cotisations à d'autres éléments que les rémunérations et que son effet sur l'emploi n'était en rien garanti.

Votre rapporteur pour avis ne peut que s'étonner de la précipitation de la « majorité plurielle » à adopter des dispositions aux conséquences aussi lourdes, et aux effets néfastes potentiels considérables, sans la moindre étude préalable ni concertation. En effet, la mesure proposée entraînerait très probablement une fuite de capitaux et une régression de l'innovation consécutive à de moindres perspectives de profit.

2. Des critiques nombreuses, y compris au sein de la « majorité plurielle »

Votre rapporteur pour avis constate que cette situation, très préjudiciable à la transparence des comptes de la sécurité sociale, est l'objet de nombreuses critiques, parfois au sein même de la « majorité plurielle », même si elles y restent voilées ou exprimées à demi-mot.

De surcroît, votre rapporteur pour avis ne peut que regretter, une fois encore, l'absence totale de cohérence, au sein du FOREC, entre les affectations proposées de recettes à des dépenses dont l'objet est sans lien avec l'origine des ressources : même si, en 2002, la part du produit des droits de consommation sur les tabacs affectée à la CNAMTS sera un peu plus importante que l'année précédente, il n'en reste pas moins vrai que ce droit de consommation est devenu un impôt de rendement dont le gouvernement a intérêt à maximiser le produit, d'autant plus que l'équilibre du FOREC est extrêmement difficile à atteindre. L'objectif de santé publique passe dès lors au second plan.

Les critiques émises par des parlementaires de la majorité à l'encontre de l'opacité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale

M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale : « *il est utile de stabiliser les sources de financement du FOREC mais, les recettes de l'assurance maladie qui sont en relation directe avec les risques encourus, comme les droits sur les alcools, doivent être conservées autant que possible en raison de l'aspect pédagogique de l'affectation de la taxation* »¹ (audition de la ministre de l'emploi et de la solidarité par la commission sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, réunion du 25 septembre 2001).

M. Maxime Gremetz, député, a « *regretté que l'analyse de la Cour des comptes n'ait pas été prise en compte par le gouvernement. Celle-ci fait en effet apparaître que, compte tenu des conditions économiques favorables que la France a connues, la sécurité sociale devrait être en excédent considérable ; or, ce n'est pas le cas [...]* » (au cours de la même réunion).

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, au nom de la commission des finances de l'Assemblée nationale s'est « *interrogé sur la possibilité de simplifier les flux de financement de la sécurité sociale qui sont sans cesse modifiés* », d'autant plus que « *les mécanismes actuels d'affectation sont beaucoup trop complexes* »² (audition de la ministre de l'emploi et de la solidarité sur ce projet de loi de financement, réunion du 10 octobre 2001).

¹ *Bulletin des commissions de l'Assemblée nationale n° 19.*

² *Bulletin des commissions de l'Assemblée nationale n° 20.*

M. Alfred Recours, rapporteur des recettes et de l'équilibre général du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale : « *il relève de la mission pédagogique du rapporteur de présenter de la manière la plus claire possible les circuits financiers de la sécurité sociale et d'analyser de manière rigoureuse les multiples et nouveaux flux de financement induits par le présent projet de loi et les projets de loi de finances en ce qui concerne la sécurité sociale* ». Il indique, probablement avec ironie : « *par rapport à l'année dernière, il n'y a pas de complexification ni de nouveaux flux ; seuls les branchements et la taille de certains « tuyaux » sont modifiés* », même si, à la lecture des tableaux et flux qu'il présente, « *il apparaît toujours plus nécessaire de simplifier et de stabiliser les circuits financiers de la sécurité sociale* »¹.

M. Jérôme Cahuzac, de nouveau : « *chaque nouveau projet de loi de financement prévoit en effet son « lot » de changements d'affectation de recettes publiques pour faire face aux besoins de financement des divers organismes inclus dans le périmètre de la loi, et le projet pour 2002 perpétue ce qui pourrait déjà apparaître comme une tradition obligée* ». Il précise : « *la récurrence des modifications a néanmoins pour effet de rendre l'ensemble des affectations de recettes particulièrement peu lisibles. Le « jeu de pistes » financier continue donc [...]* ». Il regrette visiblement que « *le choix des recettes affectées apparaît le plus souvent plus lié à l'adéquation des montants disponibles aux besoins prévus, qu'à la nature des prélèvements* », d'autant plus que « *la procédure d'affectations de recettes fiscales à titre partiel s'accompagne d'une grande instabilité* »².

B. LE FEUILLETON DES FRAIS D'ASSIETTE ET DE RECOUVREMENT (ARTICLE 4 BIS)

1. Un nouvel épisode dans une comédie ridicule

a) Un nouvel épisode

L'article 4 *bis* a été inséré par l'Assemblée nationale par le vote unanime d'un amendement de son rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, notre collègue député Alfred Recours. Cet amendement qualifié par son auteur de « *fermier général* » supprime les frais d'assiette et de recouvrement perçus par les services fiscaux en matière de fiscalité affectée à la sécurité sociale.

¹ Rapport n° 3345, tome I, Assemblée nationale, XI^{ème} législature.

² Rapport n° 3319, Assemblée nationale, XI^{ème} législature.

Il s'agit de supprimer la retenue pour frais d'assiette et de perception, perçue par les services fiscaux, sur le produit de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus du patrimoine versée à la CNAMTS, à la CNAF et au FSV, ainsi que :

- l'article L. 133-1 du code de la sécurité sociale (frais de perception pour les cotisations recouvrées par le Trésor public) ;
- l'article L. 135-5 du code de la sécurité sociale (frais d'assiette et de recouvrement des impôts et taxes affectés au Fonds de solidarité vieillesse) ;
- le paragraphe III de l'article 1647 du code général des impôts, qui pose le principe général instituant ces frais d'assiette et de recouvrement sur les recettes des organismes de sécurité sociale perçues par les services fiscaux ;
- et l'article 8 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 (frais d'assiette et de recouvrement de la contribution pour le remboursement la dette sociale).

Le dernier paragraphe gage les pertes de recettes du présent article en majorant à due concurrence la taxe sur la valeur ajoutée.

Lors de la discussion de l'amendement, le gouvernement, représenté par le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner, a renouvelé sa position défavorable constante, se contentant de demander que, si une réforme intervient, elle soit globale.

b) La 4^{me} suppression des frais d'assiette et de recouvrement depuis 1998, en attendant son 4^{me} rétablissement

Déjà à l'occasion des lois de financement de la sécurité sociale pour 1999, 2000 et 2001 et des lois de finances rectificative pour 1998, 1999 et 2000 (collectif d'hiver) s'était déroulé un feuilleton équivalent.

Les épisodes du feuilleton

En 1998, lors de l'examen en première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, l'Assemblée nationale avait supprimé le prélèvement sur l'ACOSS à l'initiative de sa commission des affaires culturelles. Cette disposition avait alors été supprimée en seconde délibération à la demande du gouvernement.

Réintroduite en première lecture au Sénat, à l'initiative de la commission des affaires sociales, elle a été maintenue en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale, après l'échec de la commission mixte paritaire. Curieusement, bien que le gouvernement ait également demandé une seconde délibération à ce dernier stade de la procédure législative, il n'avait pas alors cru utile de proposer de nouveau la suppression de cette disposition contestée.

En revanche, lors de l'examen du projet de loi de finances rectificative pour 1998, le prélèvement avait été rétabli en première lecture à l'Assemblée nationale. Au Sénat, votre commission des finances, en accord avec la commission des affaires sociales, avait proposé de revenir sur le rétablissement. En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale avait repris son texte et donc maintenu les frais de recouvrement.

En 1999, ce cheminement, qualifié de « *mascarade* » par notre collègue député Germain Gengenwin en 1998¹, s'est reproduit exactement dans les mêmes conditions : l'Assemblée nationale a supprimé à l'unanimité le prélèvement sur l'ACOSS en première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 à l'initiative de nos collègues députés Jean-Louis Debré, Philippe Douste-Blazy et José Rossi (ainsi que les membres de leurs groupes) ; le Sénat a maintenu cette suppression ; l'Assemblée a confirmé la suppression lors de la nouvelle lecture et de la lecture définitive.

Faute d'avoir été suivi dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le gouvernement a donc proposé à nouveau de maintenir le prélèvement incriminé, par voie d'amendement dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 1999. Il a été suivi à l'Assemblée nationale en première lecture. Le Sénat, fidèle à ses convictions, avait supprimé le rétablissement des frais de recouvrement. Mais en nouvelle lecture et en lecture définitive, l'Assemblée nationale avait suivi le gouvernement².

En 2000, lors de l'examen en première lecture de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le rapporteur de la commission des affaires culturelles de l'Assemblée nationale notre collègue député Alfred Recours, a fait adopter malgré un avis défavorable du gouvernement, la suppression de l'ensemble des prélèvements pour frais de recouvrement des impositions sociales. Il a ainsi présenté son amendement³ : « *je crois qu'il faut avoir de la suite dans les idées* » même s'il reconnaissait, avec de dépit par avance, « *le gouvernement fera ce qu'il voudra. La commission des finances lorsque nous aurons une loi de finances rectificative, fera de nouveau ce qu'elle veut, mais, en tout cas, il me semblait tout à fait normal de présenter à nouveau cet amendement pour que l'Assemblée reste cohérente et ne se dédise pas par rapport à un vote unanime de tout le Parlement* ».

¹ In JO Débats, Assemblée nationale, deuxième séance du 3 décembre 1998.

² Malgré, d'ailleurs, le maintien de l'intégration dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, publiée au Journal officiel, d'un total de recettes prenant en compte la suppression des frais de recouvrement.

³ In JO Débats, Assemblée nationale, 3^{ème} séance du 25 octobre 2000, page 7517.

Le Sénat, au cours de la première lecture de la loi de financement de la sécurité sociale a, après un débat avec le gouvernement, adopté conforme cet article qui figurait donc la bi adoptée par l'Assemblée nationale en lecture définitive et promulguée au *Journal officiel*.

Au cours de l'examen du second projet de loi de finances rectificative pour 2000, le gouvernement a alors proposé à l'Assemblée nationale, qui l'a accepté, de maintenir le prélèvement. Le Sénat, en première lecture, a une nouvelle fois maintenu sa position en faveur d'une suppression des frais d'assiette et de recouvrement. L'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, les a définitivement rétablis, se contredisant une nouvelle fois.

Enfin, le 25 octobre 2001, l'Assemblée nationale dans le cadre du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, a à nouveau supprimé les frais d'assiette et de recouvrement.

Le présent article 4 *bis* a ainsi toutes les chances de suivre l'exemple de courte vie de ses prédécesseurs en étant adopté conforme par le Sénat, adopté définitivement par l'Assemblée nationale, en attendant que l'examen du projet de loi de finances rectificative pour 2000 donne à l'Assemblée nationale l'occasion de se contredire...

Votre rapporteur pour avis estime les conditions de ce débat choquantes.

Depuis 1999, le gouvernement préfère ridiculiser le débat parlementaire plutôt que de prendre ses responsabilités sur un sujet qui n'est pas à son honneur. Le cheminement de cet article atteint le comble du ridicule. En effet, voilà une disposition supprimée quatre fois et réintroduite pour l'instant trois fois en attendant la quatrième, en trois ans, sur huit textes différents, dans des conditions identiques de débat entre le Parlement et le gouvernement et entre les différentes commissions de l'Assemblée nationale.

Sur le même vote, la majorité de l'Assemblée nationale se sera donc déjà déjugée à six reprises : suppression en loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, rétablissement en loi de finances rectificative pour 1999, suppression en loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, rétablissement dans le projet de loi de finances rectificative pour 2000, suppression en loi de financement 2001, rétablissement en seconde loi de finances rectificative 2000, suppression en loi de financement pour 2002 ! Votre rapporteur pour avis attend le septième revirement.

Heureusement, à cette inconstance et à cette versatilité, le Sénat a opposé une parfaite continuité, estimant à chaque occasion que les prélèvements ne se justifiaient pas.

2. L'urgence d'une réforme globale

a) Un problème plus large que les seuls frais d'assiette et de recouvrement

Il s'agit à travers l'article 4 *bis* d'aborder de manière large la question de l'ensemble des frais prélevés par État à l'occasion de la perception d'impositions sociales et, en contrepartie, celle de frais que supportent les organismes de sécurité sociale pour certaines prestations accomplies pour le compte de l'État

Le principe selon lequel l'État fait rémunérer ses services lorsqu'il prend en charge le recouvrement de droits, taxes et redevances pour le compte d'autres personnes est bien établi. L'exemple le plus connu est celui des impôts locaux, dont le produit transite par un compte d'avances de l'État aux collectivités locales et donne lieu à un prélèvement de 4,4 % pour frais d'assiette et de recouvrement. Le Sénat considère, s'agissant des frais perçus sur le produit des impôts locaux, que la rémunération des services fournis par l'État est légitime, mais que ces frais ne sauraient donner lieu à un enrichissement « indu » de l'État. A l'occasion de l'examen du projet de loi de finances pour 2000, le Sénat avait adopté un amendement tendant à porter le taux applicable au produit de chacune des quatre taxes directes locales au niveau correspondant au coût réel des travaux d'assiette et de recouvrement. En outre, à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances pour 2001, le Sénat a adopté un amendement tendant à supprimer la fraction des frais d'assiette et de recouvrement destinée initialement à financer la révision des bases cadastrales, celle-ci étant devenue sans objet. Il faut donc aborder de manière globale et réaliste cette question.

Les frais d'assiette et de recouvrement perçus par l'État en matière sociale

Le recouvrement des impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale est réparti entre trois directions du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie :

- la direction générale de la comptabilité publique recouvre principalement les impositions qui font l'objet de l'émission d'un rôle (CSG, CRDS et prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine, mais également contribution sociale de 3,3 % sur les bénéfices des sociétés) ;

- la direction générale des impôts a en charge le recouvrement des prélèvements sociaux (CSG, CRDS et prélèvement de 2 %) assis sur les revenus de placements. Elle perçoit en outre les taxes sur les véhicules de sociétés et sur les conventions d'assurance, affectées jusque là au budget de l'État et reversées en tout ou partie au FOREC ;

- la direction générale des douanes et des droits indirects recouvre les droits sur les tabacs, sur les boissons alcoolisées ainsi que la taxe générale sur les activités polluantes.

Source : Cour des comptes

La question des frais de gestion entre État et la sécurité sociale ne se limite pas aux frais de recouvrement. Elle devrait englober l'ensemble des charges de gestion supportés par l'État comme les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers.

L'État est le premier à facturer ses frais de recouvrement, mais le dernier à rembourser ce qu'il doit aux organismes de sécurité sociale. L'État est ainsi jusqu'à aujourd'hui « gagnant sur tous les tableaux » : il prélève des frais proportionnels pour des tâches (le recouvrement) qu'il assume pour le compte des organismes de sécurité sociale ; mais, dans le même temps, il n'acquitte rien pour la gestion par ces mêmes organismes des prestations sociales de l'État comme le revenu minimum d'insertion, l'allocation pour adulte handicapé, l'allocation de parent isolé, etc. Le coût du seul service du RMI s'élèverait à plus de 130 millions d'euros. De plus, l'ACOSS supporte le coût en trésorerie des nombreuses avances qu'elle effectue.

Votre rapporteur pour avis estime donc qu'une clarification de l'ensemble de ces relations s'impose.

b) La première pierre d'une réforme : l'étude de la Cour des comptes

Le gouvernement avait indiqué en 2001 qu'il attendait les conclusions de la Cour des comptes pour prendre des décisions.

La Cour a livré cette étude dans le cadre de son rapport sur le financement de la sécurité sociale, en septembre 2001.

Elle se livre d'abord à une analyse juridique fine des bases juridiques des frais d'assiette et de perception en soulignant la « *disparité* », la diversité des taux pratiqués, des assiettes retenues, voire de l'interprétation faite d'un même prélèvement.

La Cour met ensuite en exergue une « *relation tenue entre les frais facturés et les coûts supportés* », qui révèle surtout l'absence de connaissance précise des coûts faute de comptabilité analytique.

Rapport entre les montants perçus et l'estimation des charges supportées en 2000

(en millions d'euros)

| | Montants recouverts | Montants des frais d'assiette perçus | Estimations des charges supportées | Rapport frais perçus / charges supportées |
|-------|---------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| DGCP | 7.854,5 | 31,9 | 26,2 | 0,8 |
| DGI | 3.763 | 6,1 | 1,2 | 0,2 |
| DGDDI | 10.491,2 | 13,9 | 126,4 (*) | 9,1 |

Source : Cour des comptes

(*) 1999

Du côté des organismes sociaux, la Cour a montré que la compensation des charges supportées par la branche famille n'est que partielle puisqu'elle ne s'applique qu'à certaines prestations « logement » comme l'aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement social (ALS), et l'allocation de logement temporaire, les frais étant forfaitairement remboursés à 4 % du montant versé pour l'APL et à 2 % pour les deux autres allocations. En revanche, l'État ne prend pas en charge les frais de versement du RMI, de l'AAH, et de l'allocation spécifique d'attente¹(ASA). Cependant, la Cour constate, comme pour l'État, que la CNAF ne dispose pas des instruments de comptabilité analytique lui donnant une connaissance suffisamment précise de ses coûts de gestion.

En attendant une inévitable réforme globale, couvrant les frais d'assiette et de perception comme les frais de gestion, votre rapporteur pour avis estime qu'il convient de supprimer cet article afin de confirmer les positions constantes du Sénat sur le sujet et de mettre l'État et les organismes de sécurité sociale sur un pied d'égalité dans les futures négociations.

C. LES MESURES EN MATIÈRE DE COTISATIONS SOCIALES

1. L'exonération de cotisations et de contributions sociales des indemnités complémentaires de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (article 2)

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait créé un dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs ayant été exposés à l'amiante. Ce dispositif comprend deux éléments légaux : une allocation mensuelle et une indemnité (correspondant au montant de

¹ Il convient de noter que les caisses d'allocation familiales ne perçoivent aucune rémunération pour le service de l'ASA aux allocataires du RMI totalisant plus de 40 années de cotisations à l'assurance vieillesse, alors que l'UNEDIC, pour le service de la même prestation, perçoit une rémunération de 1 % des allocations versées !

l'indemnité de départ volontaire à la retraite). Par ailleurs, certaines conventions collectives ou certains contrats de travail prévoient l'existence d'une indemnité complémentaire.

L'allocation constituant un revenu de remplacement, elle est soumise aux cotisations et contributions sociales, sur le modèle de ce que le code de la sécurité sociale prévoit pour les allocations de préretraite. En revanche, l'assujettissement de l'indemnité légale a fait l'objet de longs développements. L'article 3 de la loi de finances rectificative du 13 juillet 2000, complété ensuite par l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹, a prévu son exonération totale de cotisations et contributions sociales, ainsi qu'une défiscalisation au regard de l'impôt sur le revenu, en raison des délais importants nécessaires à la mise en place du dispositif en faveur des victimes de l'amiante. Cela aboutissait cependant à faire de cette indemnité un dispositif hybride en considérant le départ comme volontaire (à l'image d'une indemnité de départ volontaire en retraite) mais en le traitant fiscalement comme un départ à l'initiative de l'employeur (à l'image d'une indemnité de mise à la retraite).

L'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 aborde quant à lui la question de l'indemnité complémentaire de cessation anticipée d'activité qui, faute de dispositions particulières, est aujourd'hui soumise, dans les conditions du droit commun, aux cotisations et contributions sociales ainsi qu'à l'impôt sur le revenu.

Il propose d'exonérer de cotisations et contributions sociales l'indemnité complémentaire, sans plafond. Il ne traite bien entendu pas de la situation de cette indemnité au regard de l'impôt sur le revenu. Le coût de l'exonération serait, d'après le gouvernement, de 6,6 millions d'euros. Ce coût ne prend pas en compte l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de son rapporteur prévoyant la rétroactivité de la mesure à 1999. Cette perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale n'est pas intégrée dans les prévisions de ressources pour 2002, ni dans les prévisions révisées pour 2001, sans parler de l'inconnue que représente son traitement comptable par les organismes de sécurité sociale et la CADES qui devront ainsi rembourser des sommes perçues en 1999 et 2000.

Votre rapporteur pour avis ne peut que saluer une mesure destinée à améliorer la situation des travailleurs de l'amiante, à supprimer les charges payées par les employeurs sur les indemnités qu'ils consentent librement, et à éviter que les organismes de sécurité sociale ne tirent un quelconque profit des efforts consentis par l'employeur à l'égard de leurs salariés exposés.

¹ *Le rapporteur général de votre commission avait lors de l'examen de la disposition dans le cadre du collectif budgétaire critiqué l'absence de compensation par État des pertes de recettes occasionnées pour les organismes de sécurité sociale et la CADES par cette mesure.*

Cependant, il souhaite relever plusieurs points contestables dans le dispositif prévu.

Le premier concerne l'absence de compensation par l'État des mesures d'exonération qu'il consent pour d'autres organismes que lui-même, en contradiction avec le principe de la compensation totale posée par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. L'argumentation selon laquelle l'État n'aurait pas à compenser des mesures de soustraction de sommes de l'assiette des cotisations et contributions sociales contrevient à l'intention du législateur de 1994 sinon à la lettre même de l'article L. 131-7.

La seconde remarque porte sur l'absence, dans le projet de loi de finances pour 2002, tel qu'adopté en première lecture par l'Assemblée nationale, de mesures relatives à la situation de l'indemnité complémentaire de cessation anticipée d'activité au regard de l'impôt sur le revenu. Elle reste imposable dans les conditions de droit commun. Votre rapporteur pour avis s'étonne donc de ce que le gouvernement soit aussi prompt à consentir des exonérations sociales, et oublie ce qui relève de sa propre compétence. Le dispositif d'exonération totale de juillet 2000 n'avait pas cet inconvénient, peut-être parce qu'il s'agissait d'un amendement d'origine parlementaire.

La troisième remarque a trait à la complexité supplémentaire qu'apporte le choix de ce mode particulier d'exonération sociale totale et d'absence d'exonération fiscale. L'indemnité légale et complémentaire était déjà considérée de manière hybride. Elle accentue sa spécificité. Au lieu de soumettre l'indemnité légale et complémentaire à un régime fiscal et social complexe exonérant totalement la partie légale, puis exonérant socialement la partie complémentaire mais maintenant une fiscalisation de cette dernière, il aurait vraisemblablement été plus simple de la soumettre au régime de droit commun des indemnités de mise à la retraite à l'initiative de l'employeur : exonération fiscale et sociale dans les limites de l'indemnité légale et conventionnelle ; droit commun au-delà.

2. L'exonération de cotisations pour les services prestataires d'aide à domicile (article 2bis)

Contre l'avis du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté à l'unanimité un amendement déposé par son rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, notre collègue député Alfred Recours, tendant à permettre aux services prestataires d'aide à domicile de bénéficier de l'exonération des charges sociales dans les mêmes conditions que les particuliers lorsque ceux-ci sont employeurs.

Cet amendement fait suite à une décision juridictionnelle ayant assimilé les activités mandataires pour les personnes de plus de 70 ans dépendantes aux activités prestataires, les empêchant ainsi, d'après le

rapporteur, de bénéficiaire de l'exonération de cotisations sociales. Par ce biais, c'est l'ensemble du secteur de l'aide à domicile qui se retrouve fragilisé. L'article 2 *bis* lève la difficulté en étendant l'exonération de cotisation pour aide à domicile à toutes les activités prestataires. Cette mesure se traduit par une baisse des recettes de cotisations sociales, selon le gouvernement, de 40 millions d'euros.

Le gouvernement a contesté cette argumentation en estimant que l'arrêt de la Cour de cassation dont il est question ne remet pas en cause l'ensemble de l'activité mandataire mais seulement les associations mandataires versant directement aux aides à domicile leur salaire et ne permettant pas aux personnes âgées de choisir la personne dont elle souhaite l'aide.

Derrière ce débat se trouve une question importante. Les personnes âgées ont besoin de pouvoir s'adresser à la fois à des structures qui prennent en charge les formalités liées à l'emploi d'une aide à domicile, et à d'autres structures qui offrent un service complet, allant de la rémunération des aides à leur recrutement. Il ne faudrait pas qu'une décision de justice rapide ou mal comprise ne fragilise ce secteur qui apporte de nombreux services aux personnes âgées dans leur vie quotidienne, services dont l'utilité ne risque pas de se démentir, mais aussi dont l'équilibre économique reste encore précaire.

3. L'affiliation sociale des dirigeants d'associations et de SAS (article 3)

Le présent article vise à affilier au régime général certains dirigeants d'associations et de sociétés par actions simplifiées (SAS). Ce faisant, il fait entrer la loi de financement de la sécurité sociale dans le champ du droit des sociétés et soulève une nouvelle fois la question des contours précis des SAS.

a) Un droit existant ni satisfaisant ni vraiment amélioré

(1) Les dirigeants d'association

(a) Le régime actuel

Actuellement, les dirigeants rémunérés d'une association ne peuvent pas prétendre au régime général. La Cour de cassation a estimé dans plusieurs arrêts que les indemnités qu'ils perçoivent au titre de leur fonction ne pouvaient pas être assimilées à un salaire.

Pour autant, ils ne peuvent pas bénéficier du régime des travailleurs indépendants dans la mesure où les caisses d'assurance vieillesse et de

maladie leur refusent cette affiliation. En conséquence, ils se retrouvent affiliés à aucun régime.

(b) Le dispositif proposé

Le présent article propose de compléter l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale afin d'affilier au régime général les dirigeants d'associations.

En ce qui concerne les dirigeants d'associations ayant un objet agricole, le II du présent article complète l'article L. 722-20 du code rural afin d'affilier ces derniers au régime de protection sociale des salariés des professions agricoles.

Parallèlement, le projet de loi de finances pour 2002 modifie l'article 80 et le d du 1° de l'article 261-7 du code général des impôts afin que le salaire versé aux dirigeants d'association ne remette pas en cause le caractère désintéressé de la gestion de l'association, ce qui conduirait à l'imposition de ses activités.

(2) Les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées

(a) Le dispositif existant

Jusqu'à présent, une instruction du ministère de l'emploi et de la solidarité en date du 17 mars 1995 assujettit les présidents et les dirigeants des sociétés par actions simplifiées (SAS) au régime général en assimilant les SAS aux sociétés anonymes. Toutefois, le ministère a estimé que l'absence de texte législatif sur ce sujet créait une insécurité juridique pour les assujettis. La Cour de cassation pourrait remettre en cause ce dispositif, notamment parce qu'elle interprète strictement les dispositions de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale aux termes desquelles certaines activités emportent obligatoirement affiliation au régime général, sans qu'il soit nécessaire de rechercher l'existence d'un lien de subordination entre les personnes exerçant ces activités et celles pour le compte desquelles le travail est accompli.

Par ailleurs, le ministère de l'emploi et de la solidarité a estimé que la modification du régime de la SAS intervenue dans la loi n°99-587 du 12 juillet 1999 avait remis en cause l'assimilation pure et simple des SAS aux sociétés anonymes.

Ainsi, il fait remarquer qu'à la différence des sociétés anonymes, les SAS peuvent se constituer avec un seul associé. Or, si l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale affine au régime général des personnes qui ne sont pas forcément salariées pour l'application du code du travail, elles ont néanmoins généralement la particularité d'être, ou de pouvoir être présumées, dans une certaine dépendance à l'égard de la structure assimilée à

l'employeur. Dans le cas d'une société par actions simplifiée unique, on peut légitimement s'interroger sur l'assimilation du président associé unique à un salarié. En réalité, il n'est pas en situation de subordination à l'égard de qui que ce soit.

(b) Le dispositif proposé

Compte tenu de ces éléments, le présent article propose d'assujettir les présidents et gérants de SAS au régime général dans les conditions applicables aux gérants de société à responsabilité limitée et aux gérants de sociétés d'exercice libérale à responsabilité limitée.

Lorsque le gérant de SARL est minoritaire ou égalitaire (cela signifie concrètement qu'il possède moins de la moitié ou la moitié du capital de la société et qu'il est rémunéré), il est affilié au régime général. Lorsqu'il est majoritaire, il relève du régime des non salariés.

Par ailleurs, le II du présent article complète l'article L. 722-20 du code rural afin d'affilier au régime de protection sociale des salariés des professions agricoles les dirigeants des SAS qui relèvent des dispositions des 1° à 4° de l'article L. 722-1 du même code. Il s'agit des exploitations de culture et d'élevage, des entreprises de travaux agricoles, des entreprises de travaux forestiers et des établissements de conchyliculture et de pisciculture.

b) Le choix de la simplicité

Votre commission s'est interrogée sur l'opportunité d'appliquer aux présidents et aux gérants de SAS le régime social des gérants de SARL.

(1) Les faux arguments en faveur du régime général

Elle a estimé que les arguments juridiques concernant le statut des SAS et son assimilation aux sociétés anonymes ou, au contraire, aux SARL n'étaient pas déterminants, la doctrine étant très divisée sur ce sujet. En effet, la SAS est une nouvelle catégorie de société par actions qui bénéficie de règles de fonctionnement très souples.

De même, les avantages supposés du régime général par rapport au régime des non salariés relèvent plus du cliché que d'une analyse rigoureuse.

Le choix du régime général est le plus avantageux si aucune rémunération n'est versée ou si elle est dérisoire puisqu'il n'y a alors tout simplement pas affiliation. Au contraire, chez les non salariés, il y a affiliation dans tous les cas et perception de cotisations minimales pour certains risques (4.664 F pour l'assurance maladie, 1.374 F pour l'assurance vieillesse).

Toutefois, contrairement aux idées reçues, le poids des charges dues par un non salarié n'est pas forcément supérieur, pour un même revenu net, à celui d'une personne assimilée à un salarié.

Ainsi, lorsque les revenus annuels d'un non salarié sont inférieurs à 12 fois la base de calcul des prestations familiales, il est exempté de cotisations personnelles d'allocations familiales, de CSG et de CRDS, alors qu'un dirigeant assimilé salarié paye CSG et CRDS au 1^{er} franc et que les allègements de charges d'allocations familiales prévus pour les « vrais » salariés ne le concernent pas.

De même, si les dirigeants assimilés aux salariés ne sont pas soumis à charges d'assurance chômage, ils sont en revanche assujettis à l'AGIRC dès lors qu'il y a affiliation au régime général.

A titre d'exemple, pour un revenu net de 120.000 F, le total des charges à déboursier en cas d'affiliation au régime général d'un dirigeant artisan est de l'ordre de 86.400 F (dont 66.200 F pour la sécurité sociale) et de 56.400 F (dont 49.200 F pour la sécurité sociale) s'il y a affiliation comme non salarié.

(2) Les deux arguments en faveur du régime général

Votre commission a retenu deux arguments en faveur de l'affiliation générale des présidents et des gérants de SAS au régime général.

D'abord, une telle affiliation garantit la sécurité juridique du dispositif actuel. En effet, jusqu'à présent, tous les présidents et les gérants de SAS sont soumis au régime général. L'article proposé ne prévoit pas de distinction entre les actuels et futurs assujettis. Les premiers verraient donc leur statut modifié, ce qui ne manquerait pas d'alourdir leurs formalités auprès des organismes sociaux. En effet, ces derniers sont amenés à faire de multiples demandes et contrôles auprès des sociétés pour déterminer le caractère minoritaire ou majoritaire de la participation de leur gérant.

Par ailleurs, la soumission des dirigeants de SAS au même régime social que ceux des SARL va à l'encontre de la volonté du gouvernement et du Parlement d'encourager les PME à se créer sous forme de SAS et de réserver le statut des sociétés anonymes aux sociétés par actions dont les titres sont admis aux négociations sur un marché réglementé.

En effet, avant la modification du statut de la SAS en 1999, nombre d'entrepreneurs créaient des sociétés anonymes uniquement dans le souci d'échapper aux règles sociales régissant les gérants de SARL. L'assouplissement du régime des SAS en 1999 et leur ouverture aux personnes physiques, tout en leur garantissant le même régime social que celui prévu pour les dirigeants de société anonyme visaient à remédier à cette situation.

L'application aux dirigeants de SAS du régime social des gérants de SARL proposée par cet article remettrait en cause cet équilibre.

C'est la raison pour laquelle il convient de continuer à affilier tous les présidents et dirigeants de SAS au régime général. Votre rapporteur pour avis vous proposera donc un amendement en ce sens.

4. La création d'un contrat de travail propre aux vendanges (article 3 bis)

Après un débat ayant opposé les députés au gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de notre collègue député Charles de Courson, rapporteur spécial du budget autonome des prestations sociales agricoles, visant à instaurer un contrat de travail propre aux vendanges.

Les vignerons sont en effet confrontés à des difficultés de plus en plus grandes de recrutement de vendangeurs, ayant pour conséquence un recours à des pratiques illégales. Le contrat vendange devrait leur donner une souplesse supplémentaire tout en restant dans la légalité.

Ce contrat est défini comme ayant pour objet « *la réalisation de travaux de vendanges. Ces travaux s'entendent des préparatifs de la vendange, de la réalisation des vendanges jusqu'aux travaux de rangement inclus* ». La durée de chaque contrat ne pourrait excéder un mois, un salarié ne pouvant avoir recours à ce type de contrat pendant une durée supérieure à deux mois sur un an. Les salariés en congés payés, ainsi que les fonctionnaires et assimilés peuvent en bénéficier. Les personnes ainsi employées seraient exonérées du paiement des cotisations sociales salariales.

Cette disposition s'est heurté à l'opposition du gouvernement qui, par la bouche de Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, a avancé quatre types d'arguments :

- la limitation à deux mois précariserait la situation des salariés titulaires de ce contrat ;
- son ouverture à des salariés en congés payés serait défavorable au chômeurs ;
- son ouverture aux fonctionnaires et assimilés remettrait en cause le principe de la fonction publique de l'exclusivité du travail pour l'Etat ;
- l'exonération de charges salariales ne serait pas répercutée sur les salaires nets.

Votre rapporteur pour avis ne peut se laisser convaincre par ces arguments quelque peu technocratiques et éloignés des réalités des besoins des entreprises viticoles et des attentes de vendangeurs. Limiter à deux mois le contrat semble relever du bon sens dans la mesure où rarement les vendanges s'échelonnent sur une durée plus longue. Croire que des salariés prenant des congés payés allant donner un coup de main pour les vendanges prendraient la place de chômeurs souligne à la fois le peu d'ambition de la politique du gouvernement en matière de lutte contre le chômage – puisque Mme Guigou semble, *a contrario*, préférer que lesdits chômeurs occupent justement des emplois de très petite durée – et sa faible connaissance des réalités – puisque souvent les vigneronns se plaignent de ne pouvoir recruter des vendangeurs parmi les chômeurs du bassin d'emploi, et que la plupart des personnes concernées par ce contrat sont pour beaucoup surtout attirées par le caractère festif des vendanges. Par ailleurs, estimer qu'un fonctionnaire prêtant ponctuellement son concours aux vendanges briserait le statut de la fonction publique semble, d'une part, oublier qu'il vaut mieux qu'il travaille dans les vignes en toute légalité que sur ses congés et rémunéré de façon détournée et occulte, et, d'autre part, estimer que le cumul emploi public / activité annexe doit rester réservé aux hauts fonctionnaires autorisés à enseigner ou à être rémunérés pour des missions ponctuelles plutôt que pour les fonctionnaires de niveau plus subalterne qui devraient se contenter de leur traitement. Enfin, ne pas croire que l'exonération de charges sera répercutée sur le salaire net reviendrait à considérer que les employeurs, confrontés à de fortes difficultés de recrutement, préféreraient continuer à se plaindre plutôt que d'utiliser cette possibilité d'augmenter l'attractivité du travail proposé par une hausse des rémunérations.

Au total, votre rapporteur pour avis ne peut que saluer cette mesure de bon sens de nature à préserver une certaine tradition des vendanges, et espérer que l'expérimentation ainsi réalisée sera concluante pour, éventuellement, être étendue par la suite à d'autres types de récoltes.

5. L'affiliation au régime général de sécurité sociale des élus mutualistes (article 3^{ter})

Sur proposition du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un dispositif de nature à améliorer les conditions d'exercice des élus mutualistes. La commission a retiré son propre amendement en la matière, qui se distinguait de celui du gouvernement par la possibilité, pour les élus mutualistes, de se constituer à ce titre une retraite supplémentaire.

L'article 3 *ter* prévoit ainsi l'affiliation au régime général de sécurité sociale des administrateurs de groupement mutualistes percevant une indemnité de fonction et ne relevant pas à titre obligatoire d'un régime de sécurité sociale.

Par ailleurs, le texte supprime la condition posée par le code de la sécurité sociale pour le bénéfice d'une indemnité de fonction. Les articles L. 114-26 et L. 114-27 prévoient en effet qu'une telle indemnité ne peut être allouée à un président de conseil d'administration ou à un administrateur auquel des compétences permanentes ont été confiées que si, pour l'exercice de leurs fonctions, ils « *doivent cesser tout ou partie de leur activité professionnelle* ». L'amendement du gouvernement lève cette condition.

6. L'ouverture du bénéfice de l'allègement lié aux 35 heures lors de l'embauche d'un premier salarié (article 4)

Depuis la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, l'embauche d'un premier salarié par les travailleurs non salariés ou certaines catégories de personnes morales ouvre droit à une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale dues pour l'intéressé pendant deux ans lorsqu'il est embauché sous contrat à durée indéterminée (CDI) ou pendant la durée initiale du contrat, dans la limite de 18 mois pour un salarié embauché sous contrat de travail à durée déterminée (CDD).

Ce dispositif a été reconduit à cinq reprises, en dernier lieu par l'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, jusqu'au 31 décembre 2001.

L'article 4 du présent projet de loi de financement propose de substituer, à compter du 1^{er} janvier 2002, l'allègement de charges sociales lié à la législation sur les 35 heures à cette exonération, en adaptant les conditions d'accès à cet allègement pour tenir compte des spécificités de la première embauche.

Pour bénéficier de cet allègement, l'employeur devra inscrire dans le contrat de travail, CDI ou CDD d'une durée supérieure ou égale à un an, son engagement d'appliquer de manière effective une durée du travail hebdomadaire de 35 heures, ou de 1.600 heures sur l'année. Il s'agit en effet d'inciter les nouvelles entreprises à appliquer au plus vite la législation relative à la réduction du temps de travail.

Dès lors, l'embauche d'un premier salarié serait prise en charge par le FOREC, tandis que l'exonération de charges qui lui est jusqu'à présent liée serait supprimée, dès lors que ce salarié travaillerait plus de 35 heures.

Le dispositif actuel disparaîtrait donc progressivement, la présente disposition ne s'appliquant qu'à la première embauche intervenue à compter du 1^{er} janvier 2002.

Cette évolution conduira les régimes de sécurité sociale à dégager une économie de 330 millions d'euros (2,16 milliards de francs) par an, puisque cette exonération n'est en effet pas compensée par l'État. En revanche, elle induira une dépense supplémentaire pour le FOREC, qu'il n'est pas possible d'évaluer pour le moment.

7. La mise en place d'une majoration de l'allègement lié aux 35 heures pour les entreprises de transport routier de marchandises (article 7)

Certaines catégories de salariés relevant de dispositions spécifiques en matière de durée maximale du travail peuvent, en application de l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, adapter la formule de calcul de l'allègement lié aux 35 heures, de manière à tenir compte du salaire minimum de référence correspondant à cette durée maximale.

Cette adaptation concerne notamment les conducteurs « longue distance » des entreprises de transport routier de marchandises.

Le I de l'article 7 du présent projet de loi de financement propose de majorer l'allègement de charges lié aux 35 heures, afin d'inciter les entreprises de transport routier à passer à une durée hebdomadaire du travail de 35 heures, ou de 1.600 heures dans l'année.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du gouvernement, précisant que le bénéfice de la majoration appliquée par les entreprises de transport routier de marchandises est subordonné à la fixation de la durée des temps de service de leurs salariés à 35 heures hebdomadaires maximum, par un accord collectif, sur le modèle retenu pour la majoration appliquée par les entreprises qui appliquent une durée de travail collective de 32 heures.

La majoration de cet allègement serait fixée à 556,74 euros (3.651,98 francs) par salarié à temps plein par an.

Il convient de préciser que cette disposition s'apparente à une validation législative, puisqu'une circulaire du 19 juillet 2000 relative aux entreprises de transport routier de marchandises avait déjà prévu une majoration de l'allègement lié aux 35 heures, alors fixée à 534 euros (3.502,81 francs).

8. La mise en place d'une majoration de l'allègement lié aux 35 heures pour les entreprises situées en zone de redynamisation urbaine (article 7)

Une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale est actuellement applicable aux entreprises situées dans les 416 zones de redynamisation urbaine (ZRU), dans la limite de la fraction de la rémunération égale à 1,5 SMIC pendant les 12 mois qui suivent la date d'effet d'une embauche se traduisant par une augmentation de l'effectif.

Ce dispositif est aujourd'hui plus favorable que l'allègement de charges lié aux 35 heures.

C'est pourquoi le II de l'article 7 du présent projet de loi de financement tend à accorder à ces entreprises une majoration de l'allègement lié à la réduction du temps de travail - majoration qui devrait s'établir à 214 euros (1.403,75 francs) par salarié à temps plein et par an -, sur le modèle existant pour les entreprises situées dans les zones de revitalisation rurale. Il s'agit en effet, selon le gouvernement, de conserver aux ZRU leur attractivité, mais aussi, et surtout, d'inciter les entreprises qui s'y sont implantées à passer aux 35 heures.

IV. LES MESURES DE CONTRÔLE, COMPTABILITÉ ET TRÉSORERIE

A. L'INSERTION DANS LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRÔLE

1. Les questionnaires

L'Assemblée nationale a introduit, suite à un amendement conjoint des quatre rapporteurs de sa commission des affaires culturelles, un article 1^{er} *bis* qui, dans le but d'instaurer un dispositif pour les lois de financement semblable à celui en vigueur pour les lois de finances, d'une part, introduit dans la loi les questionnaires, d'autre part, leur fixe des délais.

Le droit existant en la matière est flou dans la mesure où une pratique désormais bien installée permet aux rapporteurs, au fond ou pour avis, d'interroger le gouvernement dans le cadre de la préparation de l'examen d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale par la voie d'un questionnaire écrit. Cette règle n'aurait probablement pas nécessité une

législation particulière si le gouvernement n'avait mis un soin tout particulier à ne pas répondre aux questions à lui adressées¹, et si la nouvelle loi organique relative aux lois de finances² n'avait pas pris le soin d'institutionnaliser les questionnaires budgétaires.

L'article 1^{er} *bis* comprend ainsi tout à la fois le principe des questionnaires, leur auteur – les commissions chargées des affaires sociales et les autres commissions concernées – ainsi que les délais pour leur envoi (avant le 10 juillet) et les réponses (le 8 octobre). Il fait ainsi écho à l'article 49 de la loi organique relative aux lois de finances qui dispose que : « *En vue de l'examen et du vote du projet de loi de finances de l'année, et sans préjudice de toute autre disposition relative à l'information et au contrôle du Parlement sur la gestion des finances publiques, les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des finances et les autres commissions concernées adressent des questionnaires au gouvernement avant le 10 juillet de chaque année. Celui-ci y répond par écrit au plus tard huit jours francs après [le premier mardi d'octobre]* ».

Outre ces dispositions, cet article revient à institutionnaliser dans le code de la sécurité sociale le rôle des commissions chargées des affaires sociales pour l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale, consacrant ainsi six années de pratique.

Sans remettre en cause le fond de cet article, que votre rapporteur pour avis soutient d'autant plus que son prédécesseur a, à de nombreuses reprises, été confronté à des difficultés d'accès à l'information sur les lois de financement de la sécurité sociale, sa forme semble soulever deux questions.

La première concerne la compatibilité de la rédaction retenue avec l'exigence du III de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, qui prévoit qu'une loi de financement de la sécurité sociale peut comprendre des dispositions « *améliorant le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* ». Il aurait peut-être été préférable sur un plan purement rédactionnel de rapprocher plus étroitement les questionnaires de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale en cours.

La seconde question tient à la nature juridique de cet article. S'agissant de la « disposition mère » relative aux lois de finances, l'Assemblée nationale comme le Sénat avaient estimé qu'elle revêtait un caractère organique, ce qui justifiait sa présence dans la loi organique du 1^{er} août 2001. Le Conseil constitutionnel a reconnu le bien fondé de cette interprétation en

¹ Il n'est qu'à rappeler que le jour de l'examen par la commission des finances du Sénat de son avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2001, deux réponses sur cinq seulement étaient parvenues au rapporteur pour avis. Votre rapporteur pour avis tient à souligner que les choses se sont considérablement améliorées en la matière cette année.

² Loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (Journal officiel du 2 août 2001).

considérant cependant, de même que pour un certain nombre d'autres dispositions prévoyant des formalités strictes pour le gouvernement, « *qu'une éventuelle méconnaissance de ces procédures ne saurait faire obstacle à la mise en discussion d'un projet de loi de finances ; que la conformité de la loi de finances à la Constitution serait alors appréciée au regard tant des exigences de la continuité de la vie nationale que de l'impératif de sincérité qui s'attache à l'examen des lois de finances pendant toute la durée de celui-ci*¹ ».

Ceci tend ainsi à relativiser la portée de l'article 1^{er} *bis* qui, d'abord, pour être pleinement compatible avec les dispositions de l'article LO 111-3 ne devrait concerner que des questions relatives à l'application de la loi de financement de la sécurité sociale en cours, ensuite ne revêt pas de caractère organique, enfin dont le non-respect ne saurait en aucun cas entacher d'inconstitutionnalité un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Votre rapporteur pour avis estime donc que ces questionnaires s'inscrivent dans le cadre de l'exercice normal par le Parlement de ses prérogatives de contrôle sur les lois de financement de la sécurité sociale, et que, avec ou sans inscription dans le code de la sécurité sociale, le gouvernement a le devoir d'apporter à la représentation nationale l'information dont elle estime avoir besoin s'agissant *in fine* de l'emploi de sommes prélevées sur les Français.

2. Les pouvoirs de contrôle sur pièces et sur place

L'article 1^{er} *ter* du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 intègre au code de la sécurité sociale, sous la forme d'un article L. 111-9, les pouvoirs de contrôle des rapporteurs, reprenant presque les termes mêmes des dispositions figurant à l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997.

Suite au souhait de la commission des affaires culturelles de l'Assemblée nationale et à un sous-amendement de notre collègue député Charles de Courson, l'article L. 111-9 est cependant plus précis s'agissant du champ des organismes pouvant faire l'objet de contrôles sur pièces et sur place au titre de l'application des lois de financement de la sécurité sociale : administrations d'État, organismes de sécurité sociale, mutualité sociale agricole, tout organisme privé gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire, établissements compétents. Cette précision se justifie pleinement dans la mesure où les organismes gérant des régimes de base ont aujourd'hui la forme d'organismes de droit privé, non visés par le texte de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, et pourtant constituant un champ particulièrement riche pour le contrôle.

¹ *Décision n° 2001-448 DC du 25 juillet 2001.*

S'agissant d'une disposition relative au contrôle, utilement précisée, votre rapporteur pour avis ne voit pas d'obstacle à son inscription dans le code de la sécurité sociale, tout en espérant qu'une éventuelle réforme des dispositions organiques régissant les lois de financement de la sécurité sociale prévoie, ainsi qu'il l'a été pour les lois de finances, des procédures permettant de constater et de lever d'éventuelles entraves au travail des rapporteurs.

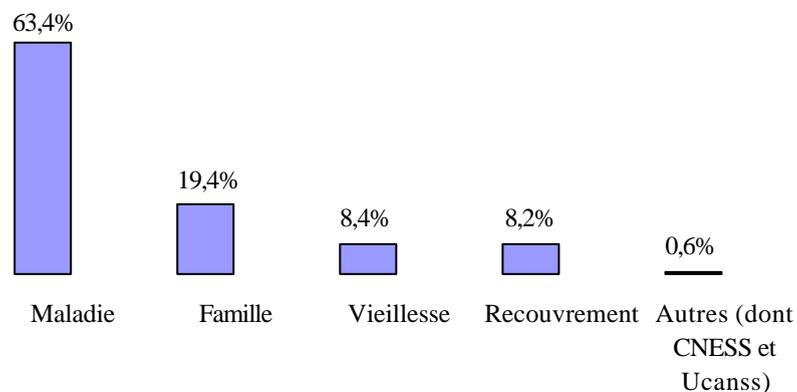
B. LA NOUVELLE ORGANISATION DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ARTICLE 33 TER)

Au cours de la discussion à l'Assemblée nationale, les députés ont adopté, sur amendement du gouvernement, une refonte globale du cadre législatif concernant l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss).

1. Une réforme attendue

Créée en 1970, l'Ucanss offre aux 513 organismes de sécurité sociale et à leurs 167.000 salariés, des conseils, des services, et une expertise technique sur des sujets de préoccupation communs aux caisses nationales de sécurité sociale (CNAMTS, CNAVTS, CNAF) et à l'ACOSS. L'une de ses tâches principales réside dans les négociations avec les fédérations syndicales nationales d'agents de la sécurité sociale et la conclusion d'accords nationaux, notamment la convention collective nationale. L'Ucanss intervient également pour définir la politique de formation professionnelle des agents, instruire les dossiers d'opérations immobilières, etc.

Répartition des effectifs de la sécurité sociale au 31 décembre 2000



Source : Ucanss

Organisme paritaire, l'Ucanss souffre depuis plus d'un an d'une situation de blocage consécutive à la démission, en octobre 2000, du président de son conseil d'administration. L'organisme, engagé notamment dans la négociation de l'accord national sur le passage aux 35 heures, a ainsi vu l'ensemble de son activité suspendue, le conseil d'administration ne pouvant plus se réunir. Saisi par les syndicats de cette situation de blocage, le gouvernement a confié à M. Michel Laroque, inspecteur général des affaires sociales, une étude sur la réforme des structures de directions de l'Ucanss. L'article 33 *ter* du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 reprend l'essentiel de ses propositions.

Il s'agit ni plus ni moins d'une refonte globale du cadre législatif régissant le fonctionnement de l'Ucanss.

2. La nouvelle organisation

a) Les missions

La mission générale de l'Ucanss est déterminée au I de l'article 33 *ter*. L'union «*exerce pour le compte des caisses et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes*».

Le IV de l'article précise ces missions. L'Ucanss a en charge les «*tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines*» et donc négocie et conclut les conventions collectives nationales. Elle «*évalue, coordonne et participe à la mise en œuvre*» des politiques de formation, mais aussi s'occupe de la gestion prévisionnelle de l'emploi, de la masse salariale et des politiques de recrutement – fonction qu'elle assumait *de facto* et qu'elle se voit ainsi reconnaître – ainsi que de la promotion de la santé au travail – mission nouvelle. Enfin, les caisses nationales et l'ACOSS, ainsi que l'Etat – nouveauté par rapport au droit existant – peuvent la saisir de questions relatives aux conditions de travail du personnel ou de sujets de fonctionnement des organismes (dont les opérations immobilières). Elle peut aussi agir en la matière pour le compte d'autres régimes de sécurité sociale, ce qui constitue une compétence nouvelle.

Au total, L'Ucanss voit ses missions confirmées pour l'essentiel, certaines qu'elle assumait déjà étant désormais inscrites dans le code de la sécurité sociale, tandis que d'autres lui sont ajoutées.

b) L'organisation financière

Le II refond le dispositif de financement de l'Ucanss puisqu'il prévoit que les ressources nécessaires à sa gestion administrative seront directement prélevées sur les encaissements du régime général. Désormais, les organes de direction de l'Ucanss adopteront un projet de budget de l'organisme qui sera transmis au ministère de tutelle. Ce dernier le validera et, par arrêté, demandera à l'ACOSS de prélever sur les ressources globales du régime général les sommes correspondantes.

Le système précédent était fondé sur le libre vote, par les conseils d'administration des caisses nationales, d'une quote-part au budget de l'Ucanss. Cette dernière était répartie en trois tiers égaux entre les caisses nationales, l'ACOSS ne versant rien. Théoriquement donc, les caisses nationales avaient un droit de regard sur le budget de l'Ucanss et pouvaient refuser de lui allouer son budget. Ce dernier s'élève à environ 29 millions d'euros.

c) Les organismes de direction

Le V de l'article 33 *ter* supprime le conseil d'administration composé de représentants des partenaires sociaux pour lui substituer une organisation bicéphale faisant intervenir les directeurs des caisses nationales.

(1) Le conseil d'orientation

Le conseil d'orientation sera composé à parité de représentants des assurés sociaux et des employeurs, ainsi que du président et du vice-président de l'ACOSS. Cette composition assure une représentation paritaire totale des représentants des employeurs et des salariés. Il élit en son sein son président.

Le conseil a pour rôle de définir les «*orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale*». Dans ce cadre, il arrête le «*programme de la négociation collective*» sur proposition du collège exécutif des directeurs. Le conseil d'orientation donne son avis sur le rapport d'activité. Il nomme le directeur, le directeur adjoint et l'agent comptable de l'Ucanss sur proposition du comité exécutif et approuve le budget de gestion administrative de la même manière. Le principal pouvoir du conseil d'orientation réside dans la possibilité, pour lui, de s'opposer à un accord collectif national, à la majorité qualifiée des trois quarts de ses membres, dans le mois suivant sa signature. Il peut à la même majorité demander que le comité exécutif évoque un sujet lors de la négociation d'un accord collectif national.

(2) Le comité exécutif

Le comité exécutif des directeurs est composé des directeurs des trois caisses nationales, du directeur de l'ACOSS et de quatre directeurs d'organismes de sécurité sociale du régime général – un décret précisant leurs conditions de nomination – ainsi que, éventuellement, de deux personnalités qualifiées. Le texte ne prévoit pas les conditions dans lesquelles le comité peut « *s'adjoindre* » ces personnalités. Le comité élit en son sein son président qui ne peut être une personnalité qualifiée et dispose d'une voix prépondérante.

Ses missions sont : l'élaboration du budget de gestion administrative et la prise des décisions de gestion budgétaire ; la proposition au conseil d'orientation des nominations, et du programme de la négociation collective ; la possibilité de déléguer le directeur pour négocier les accords collectifs ; la mise en place d'une instance de concertation entre les caisses et les fédérations syndicales.

3. Les effets prévisibles de la réforme

Sur le fond, votre rapporteur pour avis estime que la question sous-jacente à cet article a trait à la nécessité ou non de l'existence de l'Ucanss. Dans la mesure où l'Ucanss ne traite pas des questions concernant l'ensemble des personnels des régimes de sécurité sociale, mais seulement de ceux du régime général, il aurait été envisageable de supprimer cet organisme, chaque caisse négociant alors séparément avec ses propres agents.

Puisqu'un tel choix n'a pas été fait, votre rapporteur pour avis ne peut que se réjouir qu'une solution soit trouvée au blocage de l'Ucanss. Il convient cependant de constater que le principal effet de la période transitoire aura été de permettre à chaque organisme local de sécurité sociale de négocier séparément son passage aux 35 heures, sans cadre national de référence. La conséquence directe de cette « mise entre parenthèses » de l'Ucanss durant le temps de la négociation sur la réduction et l'aménagement du temps de travail empêche aujourd'hui la représentation nationale d'appréhender le coût pour les organismes relevant de l'Ucanss, et donc pour les cotisants et les contribuables, du passage aux 35 heures.

Parallèlement, votre rapporteur pour avis ne peut que constater que le nouveau dispositif opère un partage inégalitaire du pouvoir entre les directeurs des caisses et les partenaires sociaux. Les premiers disposent désormais de très larges pouvoirs au détriment des seconds réduits à avaliser les décisions proposées. S'agissant de l'activité principale de l'Ucanss, la négociation et la conclusion des accords collectifs, les partenaires sociaux ne peuvent, de plus, que s'opposer, et ce à une majorité qualifiée des trois quarts particulièrement difficile à réunir. S'il est probablement logique d'associer étroitement les

directeurs de caisse aux décisions de l'Ucanss, ce qui ne se faisait pas auparavant alors qu'ils sont les premiers concernés par l'application de ses décisions, le texte proposé par le gouvernement risque fort de faire basculer d'un extrême à l'autre.

D'un point de vue financier, les conseils d'administration des caisses perdent tout droit de regard sur le budget de l'Ucanss. Le projet inaugure une méthode innovante de financement par le recours au prélèvement direct sur les encaissements du régime général. Or il n'existe pas de ressources propres à ce dernier mais seulement des ressources réparties entre les caisses ou directement affectées à elles. Il conviendra donc de mettre en place un mécanisme d'imputation sur ces ressources. S'agira-t-il d'une répartition par tiers équivalents comme aujourd'hui, ou le gouvernement choisira-t-il une clef différente, par exemple fonction du nombre d'agents relevant de chaque caisse nationale ? Cette question a des conséquences financières sur l'équilibre des caisses et votre rapporteur pour avis regrette qu'aucune réponse n'y soit apportée.

Enfin, s'agissant de la procédure suivie pour l'adoption de cet article, votre rapporteur pour avis constate que le gouvernement a choisi de déposer un amendement important en cours de discussion alors même que le problème en cause dure depuis un an. Il est inacceptable que le gouvernement, saisi du problème depuis un an, n'ait pu inscrire cette disposition dans le projet de loi initial examiné par le conseil des ministres le 11 octobre, mais l'ait fait à l'Assemblée quinze jours plus tard.

C. LE DÉBAT SUR LE NIVEAU DES PLAFONDS DE TRÉSORERIE

1. La fixation des plafonds (article 34)

Conformément au 5° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale doit fixer les autorisations de recours à l'emprunt pour financer des besoins de trésorerie pour les régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants, les autres régimes n'y étant pas autorisés à partir du moment où ils disposent d'une trésorerie autonome.

L'article 34 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 propose ainsi de reconduire les plafonds déjà fixés pour 2000 et 2001 pour le régime général, la CANSSM et le FSPOEIE, et d'augmenter ceux de la CNRACL (120 millions d'euros en plus) et du régime des exploitants agricoles (300 millions d'euros en plus). Depuis 1998, il n'est intervenu que deux décrets de révision, en 1998 et en 1999, à chaque fois pour le régime général.

Évolution des plafonds de besoins de trésorerie

(en milliards d'euros)

| | 1998 | | 1999 | | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | LFSS | Révisé | LFSS | Révisé | LFSS | LFSS | PLFSS |
| Régime général | 3,049 | 4,726 | 3,659 | 4,421 | 4,421 | 4,421 | 4,42 |
| Régime des exploitants agricoles | 1,296 | - | 1,601 | - | 1,906 | 1,906 | 2,21 |
| CNRACL | 0,381 | - | 0,381 | - | 0,381 | 0,381 | 0,5 |
| CANSSM | 0,351 | - | 0,351 | - | 0,351 | 0,351 | 0,35 |
| FS/POEIE | 0,076 | - | 0,076 | - | 0,076 | 0,076 | 0,08 |

Ces autorisations revêtent un caractère largement disproportionné dans la mesure où l'analyse des profils de trésorerie pour 2001 et des prévisions pour 2002 fait apparaître que la réalité des besoins des régimes, au moins s'agissant de la Caisse des mines et du Fonds des pensions des ouvriers d'Etat. Par exemple, en 2001, le régime général n'a utilisé son autorisation d'emprunt qu'à hauteur de 58 %, et le même projet de loi de financement de la sécurité sociale qui prévoit une autorisation de 4,42 milliards d'euros en 2002 indique que le besoin prévisionnel se limite à 60 % de ce plafond.

Ecart entre les autorisations et les réalisations en matière de besoins de trésorerie pour le régime général

(en milliards d'euros)

| 2001 | | | 2002 | | |
|-------------------|-------------------|-------|-------------------|-------------------|-------|
| Autorisation LFSS | Point bas réalisé | Ecart | Autorisation LFSS | Point bas réalisé | Ecart |
| 4,421 | 2,59 | 1,831 | 4,42 | 2,767 | 1,653 |

Il convient de noter par ailleurs que la convention liant l'ACOSS à la Caisse des dépôts et consignations pour le recours à des avances de trésorerie a été modifiée à partir du 1^{er} octobre 2001.

Les relations de trésorerie entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations

La gestion de la trésorerie s'opère via le compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Ces deux établissements sont liés par une convention du 18 juin 1980, modifiée par un avenant en date du 8 juillet 1998, au terme de laquelle la CDC consent dans la limite de 3 milliards d'euros, des avances à l'ACOSS destinées à couvrir son besoin de trésorerie. Le taux de rémunération de ces avances, ainsi que celui des produits financiers engendrés par les liquidités du compte courant sont fixés par référence au taux moyen pondéré en euro calculé par la Banque centrale européenne (EONIA) à échéance quotidienne.

Après plusieurs mois de discussions entre l'ACOSS et la CDC, une nouvelle convention doit entrer en application le 1^{er} octobre 2001. Cette convention qui remplacera celle de 1980 a un champ beaucoup plus large. Elle vise à la fois à améliorer les conditions de rémunération des excédents de trésorerie et à diminuer le coût des avances par rapport à ce qui était défini jusqu'à présent, et à organiser un véritable partenariat bancaire entre l'ACOSS et la CDC. Ainsi, la rémunération des disponibilités inférieures à 3 milliards d'euros s'effectuera à des conditions plus avantageuses pour l'ACOSS que celles fixées dans la convention de 1980 (EONIA-0,0652 contre EONIA-0,125 jusqu'à présent), la rémunération des excédents supérieurs à 3 milliards d'euros restant au niveau inchangé de l'EONIA.

Par ailleurs, les conditions de taux appliquées aux avances consenties par la CDC sont modifiées. Dans le cadre de la convention de 1980, les avances étant consenties sur la base d'un calendrier trimestriel élaboré par l'ACOSS est soumis à l'approbation expresse des ministres de tutelle, en distinguant les avances normales jusqu'au 21^{ème} jour facturées à EONIA+0,5 et au-delà, les avances exceptionnelles facturées à EONIA+1. Dans la nouvelle convention, la notion d'avances normales et exceptionnelles disparaît. L'ACOSS informe chaque mois la CDC du montant prévisionnel des avances qu'elle entend solliciter pour le mois en cours et le mois suivant. Le coût des avances s'établit à EONIA+0,20 lorsque leur montant est inférieur à 3 milliards d'euros et à EONIA+0,25 au-delà. Dans le cas où le montant de l'avance dont l'ACOSS a besoin excède sa prévision, l'avance est facturée au taux EONIA+0,7 pour la partie de l'avance supérieure à 500 millions d'euros.

Source : annexe C au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2002

Si votre rapporteur pour avis souhaite ajouter sa voix au concert des protestations parlementaires contre le niveau dénué de fondement proposé pour ces plafonds de recours à l'emprunt, c'est en raison des deux vices qu'il souligne.

Le premier vice a trait à la nature même des lois de financement de la sécurité sociale. Elles souffrent assez de l'absence de dispositions financières contraignantes pour ne pas galvauder le seul article en prévoyant : celui relatifs aux plafonds de trésorerie. Or, l'intention du gouvernement est bien de ne pas se sentir lié par cette disposition. Ainsi, en première lecture à l'Assemblée nationale, Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, a justifié cette opposition par son souhait de ne pas « *prendre un décret à chaque apparition d'un besoin de trésorerie supplémentaire* », eu

égard aux fluctuations quotidiennes de la trésorerie de l'Acoss. Mais tel est justement l'utilité de ces autorisations.

Le second vice a trait à la signification réelle d'un plafond volontairement et systématiquement trop élevé : il est alors la preuve même de l'irréalité complète des prévisions tant en matière d'environnement macro-économique que d'évolution des dépenses d'assurance maladie. Votre rapporteur pour avis comprend d'autant moins le refus du gouvernement devant toute proposition de rapprochement de ces plafonds avec des niveaux réalistes¹, qu'il dispose de tous les instruments permettant en cas d'urgence de faire face aux aléas de trésorerie, la seule sanction étant de se justifier devant la représentation nationale de l'erreur de ses prévisions par le biais d'un rapport.

2. La codification du rapport au Parlement en cas de dépassement des plafonds (article 1^{er} *quater*)

L'Assemblée nationale a souhaité poursuivre son travail de codification des différentes mesures contenues dans des dispositions isolées des lois de financement de la sécurité sociale.

L'article 1^{er} *quater* insère ainsi dans le code de la sécurité sociale un article L. 111-10 reprenant les termes mêmes de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 et prévoyant le dépôt, par le gouvernement, d'un rapport devant le Parlement dans les quinze jours suivant la prise d'un décret de relèvement des plafonds d'autorisation de trésorerie afin de justifier les conditions d'urgence l'ayant exigé, et les raisons du dépassement.

3. La modernisation des modes de recouvrement pour les régimes de non salariés (article 33)

Après de nombreuses mesures tendant à développer la dématérialisation du paiement des cotisations², le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 propose cette fois de simplifier les formalités

¹ *Le gouvernement émet un avis défavorable systématique à tout amendement tendant à réduire ces niveaux d'autorisation du recours à l'emprunt.*

² *Voir les articles 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 instaurant un virement obligatoire en cas de paiement de plus de six millions de francs de cotisations, 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 imposant aux URSSAF de transférer directement à l'ACOSS le produit des cotisations collectées par chèques, et 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 abaissant à un million de francs le seuil de cotisations à partir duquel le virement est obligatoire.*

de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en développant l'usage des déclarations et du règlement des cotisations par internet.

L'article comporte trois séries de dispositions.

Les premières concernent l'ensemble des assujettis. L'article autorise ainsi les déclarations sociales obligatoires par voie électronique, soit directement auprès des organismes de recouvrement – ce qui pouvait déjà se faire – soit par le biais d'un organisme spécialisé désigné par les organismes de sécurité sociale et agréé par l'Etat. Il s'agit du groupement d'intérêt public MDS (modernisation des déclarations sociales) créé en mars 2000 et regroupant, outre les caisses nationales et l'ACOSS, d'autres organismes de sécurité sociale. Le récépissé pourra prendre alors la même forme que la déclaration, reconnaissant ainsi la validité d'un message électronique comme acte administratif. L'article ouvre également droit à une aide à l'élaboration des déclarations et des bulletins de paye. Enfin, outre des dispositions relatives à la collecte et à la conservation des fichiers, il assouplit les formalités de télé-règlement en cas de déclaration par voie électronique. A ces dispositions s'ajoutent des mesures techniques concernant les modalités de la prise en charge par l'Etat des cotisations sociales des apprentis dans les entreprises ayant moins de dix salariés, et la proratisation des cotisations dues par les employeurs d'un multisalarié (y compris les multisalariés agricoles).

La deuxième série de dispositions traitent du cas particulier des formalités des travailleurs indépendants. L'article 33 prévoit une information « *concertée et coordonnée* » sur leurs droits et obligations en matière de protection sociale. Il organise la création d'un document unique recensant les diverses échéances s'ouvrant au travailleur indépendant, ainsi que le principe d'un recouvrement « *amiable et contentieux conjoint, concerté et coordonné* » en cas de dettes sociales envers plusieurs organismes.

La troisième série a été ajoutée à l'initiative du rapporteur pour avis de la commission des finances de l'Assemblée nationale, notre collègue député Jérôme Cahuzac. Il s'agit d'étendre le mécanisme, instauré par l'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, d'obligation de règlement des cotisations sociales par virement au delà d'un certain seuil aux ressortissants de la mutualité sociale agricole. Le dispositif prévu prévoit qu'un arrêté fixera ce seuil, qui ne pourra dépasser 150.000 euros, et qu'une majoration de 0,2 % des sommes dues sera appliquée en cas d'utilisation d'un autre moyen de paiement. Il s'agit ainsi de rendre plus prévisible l'évolution de la trésorerie des organismes de recouvrement, et de diminuer le nombre des opérations matérielles de traitement des chèques. Cette mesure entraînera des coûts d'adaptation pour les employeurs de salariés agricoles mais constituera une simplification indéniable des opérations, et minorera les frais financiers des organismes bénéficiaires.

Votre rapporteur pour avis se félicite de ces mesures adaptées à l'évolution du temps et inspirée par l'idée du guichet unique. Il se réjouit aussi de noter que pour une fois des dispositions relatives au recouvrement occasionnent des charges dans les organismes de recouvrement plutôt que pour les travailleurs indépendants et les entreprises (à l'exception de l'obligation nouvelle pesant sur les employeurs de salariés agricoles).

4. La fixation de la date de reversement à l'ACOSS de l'acompte de CSG (article 33 bis)

La trésorerie de la sécurité sociale traverse traditionnellement un « creux » à la fin de la première décade du mois d'octobre.

Afin d'atténuer ce besoin de trésorerie coûteux en frais financier, l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a avancé au 30 septembre la date de versement, par les banques, de l'acompte de la CSG sur les placements financiers, soit 910 millions d'euros. Cette mesure, appliquée pour la première fois le 30 septembre 2001, a permis à la direction générale des impôts de recouvrer cette somme dans les délais prévus, mais l'Etat ne l'a reversée à l'ACOSS que le 15 octobre. En conséquence de ce retard, l'ACOSS a dû avoir recours à un prêt exceptionnel de la Caisse des dépôts pour un coût de 500.000 euros.

L'article 33 bis du projet de loi de financement cherche donc à améliorer ce dispositif, suite à ces dysfonctionnements coûteux pour les cotisants et les contribuables. Adopté à l'initiative du rapporteur pour les équilibres généraux, notre collègue député Alfred Recours, il prévoit ainsi tout à la fois :

- la fixation au 25 septembre au lieu du 30 septembre de la date de versement de l'acompte ;
- et le reversement de cet acompte par l'Etat à l'ACOSS dans les dix jours suivants.

Tout comme l'année dernière, votre rapporteur pour avis considère comme utile cette mesure destinée à limiter les frais financiers de l'ACOSS. En même temps, il ne peut que s'interroger sur le mode de fonctionnement des structures gouvernementales, dans la mesure où il n'aura fallu pas moins de trois lois de financement¹ pour arriver à un dispositif dont, il faut l'espérer, le résultat sera peut-être atteint à l'automne 2002.

V. DES FINANCES SOCIALES TOUJOURS PLUS COMPLEXES ET DÉGRADÉES

A. L'UTILISATION SYSTÉMATIQUE DES EXCÉDENTS DES CAISSES ET DES FONDS

1. La poursuite de la dégradation des soldes du régime général

Depuis 1997, le gouvernement a érigé la dépense nouvelle en règle de conduite et le prélèvement supplémentaire en principe de gouvernement, faisant des soldes des finances sociales une variable d'ajustement n'ayant d'importance que le temps d'un communiqué de presse.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ne fait guère exception dans la mesure où les différentes dispositions qu'il contient n'ont toutes qu'un seul objectif : plus de dépenses et des prélèvements supplémentaires sur les recettes du régime général afin de couvrir après le financement des 35 heures, de minorer les charges budgétaires du BAPSA, de contribuer à financer l'APA, etc.

a) Les soldes 2000

Trois mesures affectent les soldes du régime général pour 2000, quoique déjà arrêtés par les comptes et présentés comme tels dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001.

La première concerne l'annulation rétroactive, par l'article 5 du présent projet de loi de financement, de la créance détenue par les branches du

¹ *Le principe de cet acompte à la fin du mois de septembre avait été proposé dans la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et retiré après un avis défavorable du gouvernement ; lors de la discussion sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, les députés de la majorité avaient résisté à un nouvel avis défavorable du gouvernement et adopté la mesure.*

régime général sur le FOREC. Elle dégrade le solde en droits constatés des quatre branches de 2,3 milliards d'euros (plus de 15 milliards de francs).

La seconde concerne la dotation rétroactive au fonds d'investissement pour les crèches prélevée sur l'excédent de l'exercice 2000 de la branche famille, prévue par l'article 24 du projet de loi de financement, qui dégrade le solde de la branche famille de 230 millions d'euros (1,5 milliard de francs).

La troisième est le versement « *exceptionnel* » de la CNAF au fonds de réserve des retraites, prévu par l'article 29 du projet de loi de financement, pour 760 millions d'euros (5 milliards de francs) qui achève de ponctionner la branche famille en contradiction flagrante avec le principe de l'autonomie des branches.

Au total, l'effet de ces trois dispositions consiste à faire passer le régime général d'un excédent 2000 en droits constatés de 665 millions d'euros (4,36 milliards de francs) à un déficit de 2,6 milliards d'euros (17,1 milliards de francs). Votre rapporteur pour avis tient ainsi à saluer l'habileté du gouvernement qui, grâce à la réouverture des comptes 2000, peut ainsi faire annoncer un déficit 2000 après s'être enorgueilli du « *retour à l'équilibre de la sécurité sociale* ».

Variation du résultat net comptable du régime général en 2000

(en millions d'euros et en droits constatés)

| | Maladie | AT/MP | Vieillesse | Famille | Total |
|---|-----------|---------|------------|-----------|-----------|
| Solde arrêté par la commission des comptes de septembre 2001 | - 1.634,1 | + 350 | + 507,7 | + 1.441,8 | + 665,5 |
| Annulation des créances FOREC | - 981 | - 1.759 | - 710,6 | - 421,7 | - 2.289,2 |
| Dotation Fonds crèches | | | | - 228,7 | - 228,7 |
| Versement au FRR | | | | - 762,2 | - 762,2 |
| Solde après mesures nouvelles du PLFSS 2002 | - 2.615,1 | + 174,1 | - 202,9 | + 29,2 | - 2.614,6 |

b) Les soldes 2001

Le présent projet de loi de financement dégrade également les comptes prévisionnels du régime général en 2001, tels que présentés à la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001.

Ainsi, l'article 19 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit d'affecter 210 millions d'euros (1,37 milliard de francs) au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, réduisant d'autant l'excédent prévisionnel de la branche accidents du travail.

De même, l'article 31 prévoit, en révisant l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2001, l'augmentation de la dotation hospitalière pour 154 millions d'euros (un milliard de francs) et le déblocage de 45,7 millions d'euros (300 millions de francs) supplémentaires au profit du fonds de modernisation des établissements de santé (FMES).

Enfin, l'article 6 du projet de loi de financement prive la CNAMTS de 853,7 millions d'euros (5,6 milliards de francs) de recettes tirées des droits sur les alcools, transférés au FOREC.

Au total, le solde prévisionnel du régime général en 2001 se dégradera suite à la présente loi de financement de 1,26 milliard d'euros (8,275 milliards de francs).

Variation du résultat net comptable du régime général en 2001

(en millions d'euros et en droits constatés)

| | Maladie | AT/MP | Vieillesse | Famille | Total |
|--|------------------|----------------|-------------------|------------------|--------------|
| Solde prévu par la commission des comptes de septembre 2001 | - 1 042 | + 336,6 | + 719,7 | + 1.251,8 | + 1.266,1 |
| Dotation au FIVA | | - 209,7 | | | - 209,7 |
| Transferts des droits alcool au FOREC | - 853,7 | | | | - 853,7 |
| Dotation supplémentaire au FMES | - 45,7 | | | | - 45,7 |
| Dotation globale hospitalière supplémentaire | - 154 | | | | - 154 |
| Solde après mesures nouvelles du PLFSS 2002 | - 2.095,4 | + 126,9 | + 719,7 | + 1.251,8 | + 3 |

c) Les soldes 2002

Plusieurs éléments pèsent sur les soldes prévisionnels du régime général de sécurité sociale en 2002. Cet avis détaille les différentes mesures législatives du projet de loi de financement de la sécurité sociale tel qu'adopté par le gouvernement. A celles-ci s'ajoutent des mesures réglementaires intégrées dans les comptes présentés lors de la commission des comptes de la sécurité sociale, dont le Parlement n'a pas à connaître, mais qu'il convient de

mentionner afin de montrer dans quelle mesure le gouvernement dégrade le solde tendanciel de chacune des branches.

Au total, les comptes du régime général révèlent une dégradation volontaire, toutes mesures confondues¹, du solde tendanciel de 2,75 milliards d'euros (18 milliards de francs), faisant passer le solde du régime général d'un excédent tendanciel de près de 940 millions d'euros (6,16 milliards de francs) à un déficit de plus de 1,8 milliard d'euros (11,8 milliards de francs).

Variation du résultat net comptable du régime général en 2002

(en millions d'euros et en droits constatés)

| | Maladie | AT/MP | Vieillesse | Famille | Total |
|---|------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Solde tendanciel | - 2.002,3 | + 628,5 | + 676,1 | + 1.638 | + 939,8 |
| Mesures réglementaires | - | - 59 | - | - 265 | - 324 |
| Dotation supplémentaire FCAATA | | - 39 | | | |
| Mesures nouvelles AT | | - 20 | | | |
| Réforme aides au logement des jeunes | | | | - 27 | - 27 |
| Dotation fonds d'action sociale CNAF | | | | - 200 | - 200 |
| Réforme allocation d'éducation spéciale | | | | - 38 | - 38 |
| Mesures législatives | - 1.208 | - 248 | - 491 | - 478 | - 2.425 |
| Examination des cotisations amiante | - 4 | | - 2 | - 1 | - 7 |
| Transferts de aux FOREC | - 1.227 | | | | - 1.227 |
| Taxe publicité pharmaceutique | + 100 | | | | + 100 |
| Transferts AT | + 152 | - 152 | | | 0 |
| Revalorisation des rentes | - 9 | - 10 | - 167 | | - 186 |
| Transfert 2 % capital | | | - 302 | | - 302 |
| Dotation FIVA | | - 76 | | | - 76 |
| Transfert FSV | | | | - 457 | - 457 |
| FMES | - 110 | | | | - 110 |
| Prévention bucco-dentaire | - 50 | | | | - 50 |
| Aléa thérapeutique | - 40 | | | | - 40 |
| Autistes | - 20 | | | | - 20 |
| Validation service national | | | - 20 | | - 20 |
| Majoration tierce personne et rentes viagères | | - 10 | | | - 10 |
| Divers articles famille | | | | - 20 | - 20 |
| Solde après mesures nouvelles 2002 | - 3.210,3 | + 321,5 | + 185,1 | + 895 | - 1.808,7 |

¹ Mais hors revalorisations « traditionnelles » des prestations familiales (2,1 %) et de pensions (1,9 %).

Outre cet effet sur les soldes du régime général, la politique du gouvernement a pour conséquence de ponctionner le FSV, de sous-alimenter le FRR, et de continuer à accroître les recettes et les dépenses du FOREC, tout en alimentant des fonds de plus en plus divers par des recettes qui ne seront que faiblement utilisées.

La loi de financement de la sécurité sociale ne présentant pas de tableau d'équilibre, le gouvernement habille de mots la seule réalité visible dans les comptes : les dépenses progressent sous le coup des évolutions spontanées non maîtrisées par des mécanismes de régulation efficaces, et par les conséquences directes des décisions éparses du gouvernement.

Outre la fragilisation de nos finances sociales, en une période où les hausses exceptionnelles de recettes liées à la croissance économique se feront rares, cette politique « à la petite semaine » accentue leur complexité.

2. La complexification continue des finances sociales

a) La question des incessantes affectations de ressources

En 2002, quatre des cinq principaux impôts et taxes affectés à la sécurité sociale auront vu leur clef d'affectation modifiée, soit par la loi créant l'APA, soit par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale. Au total, ainsi que le note le rapporteur pour avis de la commission des finances de l'Assemblée nationale, notre collègue député Jérôme Cahuzac, « *cette année, sur les douze principales recettes fiscales et non fiscales affectées à la sécurité sociale (hors CRDS et contributions pharmacie), huit sont modifiées en 2002 : droits sur les alcools, droits sur les tabacs, contribution additionnelle sur les assurances de voitures, taxe sur les conventions d'assurance, taxe de prévoyance, C3S, prélèvement social de 2 %, redevances UMTS* ».

Il convient d'ajouter à cette liste la modification de la répartition de la CSG au profit du fonds de financement de l'APA et au détriment du FSV.

Clefs de répartition des principaux impôts et taxes affectés à la sécurité sociale

| | 2000 | 2001 | 2002 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| CSG | | | |
| - CNAF | 1,1 % | 1,1 % | 1,1 % |
| - CNAMTS | 5,1 % | 5,25 % | 5,25 % |
| - FSV | 1,3 % | 1,15 % | 1,05 % |
| - APA | - | - | 0,1 % |
| 2 % CAPITAL | | | |
| - CNAM | 8 % | - | - |
| - CNAF | 13 % | - | - |
| - CNAV | 30 % | 30 % | 15 % |
| - FRR | 49 % | 50 % | 65 % |
| - FSV | - | 20 % | 20 % |
| DROITS TABACS | | | |
| - CNAM | 13,48 % | 2,61 % | 8,84 % |
| - FOREC | 80 % | 97 % | 90,77 % |
| - fonds amiante | 0,4 % | 0,39 % | 0,39 % |
| - Etat | 6,12 % | - | - |
| DROITS ALCOOLS | | | |
| - FSV | 8 % | - | - |
| - CNAM | 45 % | 45 % | - |
| - FOREC | 47 % | 55 % | 100 % |
| TAXE ASSURANCE | | | |
| - FOREC | - | 24,7 % | 30,56 % |
| - Etat | 100 % | 75,3 % | 69,44 % |

Votre rapporteur pour avis ne peut que déplorer cette tendance, récurrente au gré des lois de financement, à multiplier ces changements d'affectations de recettes selon les besoins de tel ou tel fonds ou de présentation comptable de tel ou tel solde.

Ces affectations successives, outre leur manque de lisibilité pour le citoyen et le peu de cas qu'elles font de l'objectif d'intelligibilité de la loi, appellent deux remarques.

Elles ôtent toute incitation à la maîtrise des dépenses dans la mesure où, d'une part, le gouvernement ne craint pas de jouer avec une recette pour « colmater les brèches » s'ouvrant ici ou là et où, d'autre part, en supprimant tout lien entre la recette et la dépense, une des variables potentielles pour une maîtrise des dépenses disparaît.

Elles se font en dehors de toute prise en considération de l'objet de la ressource affectée. Ceci soulève un problème de fond : l'affectation des ressources ne peut se justifier, en droit financier public, qu'en raison de l'existence d'un lien direct entre une dépense et une recette. La suppression de tout lien enlève de ce fait la justification de l'affectation et donne des arguments supplémentaires aux tenants de l'application, aux organismes de sécurité sociale, du principe d'universalité budgétaire¹. En multipliant les modifications d'affectations, le gouvernement fait le lit d'une remise en cause profonde de la séparation de branches.

b) Les transferts financiers

(1) Les transferts 2001

De nombreux transferts sont prévus au titre de 2001 soit dans le présent projet de loi de financement, soit dans d'autres supports législatifs :

- la branche accidents du travail verse au FIVA une dotation de 210 millions d'euros ;
- la CNAMTS transfère au FOREC 908 millions d'euros de droits indirects sur les alcools ;
- l'Etat transfère au FOREC 457 millions d'euros de taxe sur les conventions d'assurance ;
- l'Etat verse au FRR une somme indéterminée au titre des redevances UMTS, mais qui pourrait s'élever à 1,24 millions d'euros ;
- le FSV verse au FRR 290 millions d'euros correspondant à son excédent 2000.

¹ C'est un argument qui explique la définition plus précise donnée par la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances des affectations des recettes au sein des comptes d'affectation spéciale du budget de l'Etat : « **les comptes d'affectation spéciale retracent, dans les conditions prévues par une loi de finances, des opérations budgétaires financées au moyen de recettes particulières qui sont, par nature, en relation directe avec les dépenses** ».

(2) Les transferts 2002

Les transferts supplémentaires – qui ne prennent donc pas en compte ceux existants – prévus par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale illustrent bien la complexité du champ des finances sociales :

- la branche accidents du travail verse au FIVA une dotation de 76 millions d'euros ;
- la branche accidents du travail verse à la CNAMTS au titre de la sous-déclaration des accidents du travail 154 millions d'euros ;
- la CNAMTS transfère au FOREC 900 millions d'euros de produit de la cotisation additionnelle sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur ;
- la CNAMTS transfère au FOREC 887 millions d'euros de produit des droits indirects sur les alcools ;
- le FOREC transfère à la CNAMTS 549 millions d'euros de droits sur les tabacs ;
- la CNAF verse 229 millions d'euros au fonds d'investissement des crèches ;
- la CNAF verse au FSV 457 millions d'euros au titre des majorations de pensions ;
- la CNAVTS transfère au FRR 302 millions d'euros de produit du prélèvement de 2 % sur le capital ;
- l'Etat verse au FRR une somme qui pourrait s'élever à 1,24 milliard d'euros, au titre des redevances UMTS ;
- l'Etat verse au FRR une somme qui pourrait s'élever à 1,24 milliard d'euros, au titre des privatisations ;
- l'Etat transfère au FOREC 765 millions d'euros de produit de la taxe sur les conventions d'assurance ;
- le FSV transfère au FOREC 437 millions d'euros de produit de la taxe sur la prévoyance.
- Le FSV transfère au fonds de financement de l'APA 0,1 point du produit de la CSG.

Au total, l'examen des gains et des pertes nets de ressources montre que le FOREC, le FRR, le fonds crèches, le FIVA et le fonds APA bénéficient d'apports nets, synonymes de dépenses nouvelles alors que les accidents du travail, la CNAMTS, la CNAF, la CNAVTS et l'Etat contribuent sans que pour autant leurs dépenses diminuent.

Ceci constitue aux yeux de votre rapporteur pour avis un raccourci frappant d'une tendance lourde à l'œuvre au sein des organismes de sécurité sociale : la création des fonds est constitutive de pertes de recettes et de complexité des relations financières, mais ne se traduit pas par une meilleure maîtrise des dépenses ; bien au contraire, la création d'un fonds doit s'analyser comme l'implantation d'un germe inflationniste en matière de dépenses sociales.

B. LES LIENS AVEC LE PLF 2002

Le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale constituent deux textes financiers de nature différente, mais qui entretiennent des relations étroites conduisant, année après année, à rendre délicate l'appréhension globale de l'état de nos finances publiques comme des conséquences réelles des décisions proposées par le gouvernement à l'approbation du Parlement.

Par rapport aux années précédentes, il existe pour 2002 peu de dispositifs miroirs entre les deux textes. Cependant, cela ne peut cacher ni une complexité intrinsèque porteuse d'obscurité et de manipulations, ni que le jeu combiné des deux textes ne peut faire oublier que les dépenses sociales ne se maîtrisent pas, que les prélèvements sociaux augmentent, et que le prétendu rééquilibrage des comptes de la sécurité sociale n'est que le fruit d'un dynamisme des recettes que la fragilité de l'environnement international pourrait remettre en cause.

1. Un environnement économique commun

La loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale reposent sur les mêmes hypothèses macroéconomiques et constituent, l'une comme l'autre, un élément des engagements européens de la France en matière de finances publiques.

a) Des hypothèses macroéconomiques communes liant les deux textes dans l'incertitude

Les deux textes sont construits sur les mêmes hypothèses macroéconomiques, à savoir un taux de croissance du PIB pour 2002 de 2,5 %, une progression de la masse salariale du secteur privé de 5 %, et une hausse des effectifs salariés de 1,7 %¹.

Par ailleurs certaines décisions prises dans le cadre de l'un des deux textes influence directement le niveau des dépenses de l'autre. Ainsi, s'agissant des hypothèses sociales, le projet de loi de financement de la sécurité sociale est assis notamment sur le choix, par le gouvernement, de revaloriser les pensions de 1,9 % et la base mensuelle des allocations familiales de 2,1 %. Cette dernière décision a un effet direct sur le budget de l'Etat puisque ce taux s'applique à certaines prestations sociales familiales servies par l'Etat à ses agents.

Par ailleurs, et bien évidemment, toute remise en cause des ces hypothèses aura des effets sur l'un comme l'autre texte. Ainsi une baisse du taux de croissance et une reprise du chômage auraient des conséquences, certes différenciées, sur les recettes comme sur le niveau des dépenses.

b) Les finances sociales, partie intégrante des engagements européens de la France

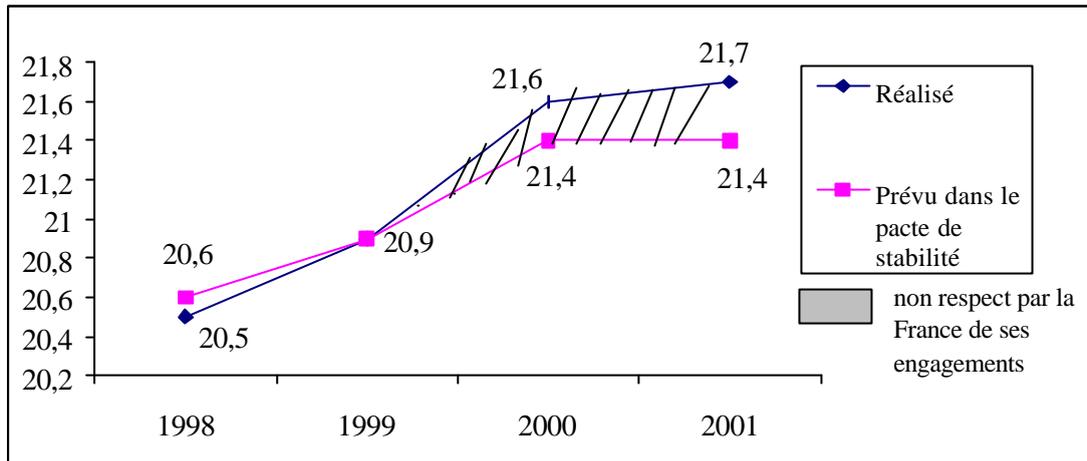
Comme son nom l'indique, le programme pluriannuel de finances publiques concerne l'ensemble du champ des finances publiques, c'est-à-dire autant les finances sociales que celles de l'État.

Du point de vue des prélèvements obligatoires, les administrations de sécurité sociale prélèvent chaque année une part croissante de la richesse nationale qui contraste avec le discours du gouvernement sur la baisse des prélèvements et avec les engagements européens de la France.

¹ Voir l'analyse du cadrage macroéconomique dans le II du chapitre premier.

Comparaison des taux de prélèvements sociaux avec les engagements européens de la France en la matière.

Taux de prélèvements sociaux
(en % PIB)



Source : ministère de l'emploi et de la solidarité

Parallèlement, les dépenses sociales progressent elles aussi sur un rythme élevé, de 3,1 % en 2001 et, d'après les prévisions du gouvernement, de 2,4 % en 2002. Les différentes mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (congé parental, revalorisation des prestations, hausse des cotisations au fonds pour l'emploi hospitalier, affectations de recettes au FOREC, etc.) tout comme les autres mesures en matière sociale décidées par le gouvernement (APA, CMU par exemple) ou l'absence de mécanismes de régulation ne contribueront pas à freiner la hausse des dépenses sociales, sans compter les conséquences d'un éventuel ralentissement de l'économie.

Le solde des administrations de sécurité sociale, qui dégagait un excédent de 0,6 % du PIB en 2000, ne serait plus excédentaire, en 2001, que de 0,4 % du PIB. Ce résultat encore positif ne vient pas des organismes composant le champ de la loi de financement de la sécurité sociale, mais, en grande partie, des résultats de l'assurance chômage, ainsi que du dynamisme des recettes dans un contexte de forte croissance économique.

2. Les relations financières entre l'État et les organismes du champ des lois de financement de la sécurité sociale

En 2002, le budget de l'État comprendra 56,2 milliards d'euros de dépenses entrant dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale, soit 150 millions d'euros de moins qu'en 2001.

L'État versera, comme employeur, 42,1 milliards d'euros en 2002, correspondant aux charges de pensions, aux charges de compensation vieillesse et aux autres charges.

Comme puissance publique, l'État contribuera à hauteur de 20,7 milliards d'euros aux recettes de la sécurité sociale, sous forme de prises en charge de cotisations, de prestations, de subventions à divers régimes de protection sociale, dont il convient de déduire les versements des organismes sociaux.

Synthèse des charges nettes du budget de l'État en matière de protection sociale

(en millions d'euros)

| | 2000 | Prévision 2001 | 2002 |
|-----------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| Etat-employeur | 32 651 | 33 117 | 35 490 |
| Engagements sociaux | 38 907 | 39 579 | 42 086 |
| Cotisations des assurés | - 4 454 | - 4 625 | - 4 741 |
| Recettes atténuatives diverses | - 1 802 | - 1 837 | - 1 854 |
| Etat-puissance publique | 26 994 | 23 251 | 20 723 |
| Cotisations prises en charge | 4 710 | 3 056 | 2 972 |
| Prestations prises en charge | 19 290 | 18 649 | 18 157 |
| Subventions aux régimes | 4 900 | 4 465 | 3 917 |
| Versements des organismes sociaux | - 1 906 | - 2 919 | - 4 325 |
| Total | 59 645 | 56 367 | 56 213 |

Source : Bilan des relations financières entre l'État et la protection sociale, annexe au projet de loi de finances pour 2002.

3. Les transferts de recettes et de dépenses

Les deux projets de loi pour 2002 contiennent plusieurs dispositions communes ou étroitement liées, sous forme de transferts de recettes et de dépenses.

a) Les transferts de recettes

(1) De l'État vers le champ de la loi de financement de la sécurité sociale

Deux types de transferts de recettes sont prévus dans les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2002 : le premier concerne l'équilibrage du Fonds de réforme des cotisations sociales patronales (FOREC) ; le second concerne l'alimentation du Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Pour les besoins du FOREC, c'est-à-dire du financement des 35 heures, l'État va ainsi transférer à nouveau à ce fonds des recettes fiscales, à hauteur de 765 millions d'euros au titre de la taxe sur les conventions d'assurance¹.

Il convient de rappeler que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit par ailleurs, au titre de 2001, des transferts de ressources fiscales à hauteur de 457 millions d'euros en provenance de la même taxe sur les conventions d'assurance².

S'agissant de l'abondement du FRR³, lors de leur présentation, les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoyaient l'affectation au fonds en 2001 et en 2002 de 2,82 milliards d'euros provenant de la cession par l'Etat des licences de téléphonie mobile de 3^{ème} génération, dites licences UMTS, auxquels devaient suivre pendant treize ans un versement de 720 millions d'euros au fonds. L'attribution de deux licences au lieu de quatre a conduit le gouvernement à diviser ces nombres par deux dans le cadre de la présentation des projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002⁴, se traduisant donc par l'affectation au fonds de 1,24 milliards d'euros en 2002.

La décision du gouvernement, par voie d'amendement à l'article 17 du projet de loi de finances pour 2002 en première lecture à l'Assemblée nationale, de ramener à 620 millions d'euros par opérateur le droit d'entrée et d'y ajouter une redevance fonction des résultats des entreprises attributaires a pour conséquence de minorer les recettes du Fonds de réserve des retraites. Au titre de 2001, il ne devrait percevoir que 1,24 milliard d'euros si le collectif budgétaire de 2001 décide l'affectation au FRR de la totalité des recettes liées

¹ Article 19 du projet de loi de finances pour 2002 et I de l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

² I de l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale et article à venir du futur projet de loi de finances rectificatives pour 2001.

³ Voir les développements sur ce point dans le III du chapitre second, consacré à la branche vieillesse.

⁴ Article 17 du projet de loi de finances, compris dans les prévisions de recettes du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

à l'UMTS. Au titre de 2002, le transfert de recettes pour l'UMTS serait également de 1,24 milliard d'euros.

Afin de compenser cette perte de recettes déjà subies par le FRR – qui ne serait que venu s'ajouter à toutes celles précédemment subies par le biais de l'affectation au FOREC de ressources fiscales destinées à alimenter le FRR par le biais du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – le gouvernement a décidé d'alimenter pour 1,24 milliard d'euros le FRR à partir des excédents du compte d'affectation spéciale n° 902-24 retraçant le produit des privatisations¹.

En pratique, cela signifie que le projet de loi de finances organise le transfert vers le FRR, outre le produit de la vente des licences UMTS, d'une partie du produit des cessions à venir des parts détenues par l'Etat dans plusieurs entreprises : Thomson CSF, Thomson Multimédia, Compagnie financière Hervet, Banque Hervet, fonds de capital investissement, Société des autoroutes du sud de la France.

- (2) De la sécurité sociale vers l'Etat : l'allègement des charges budgétaires par le prélèvement sur le produit de la C3S au profit du BAPSA et au détriment du FRR

L'article 18 du projet de loi de finances pour 2002 prévoit l'affectation au BAPSA, au titre de 2002, de 520 millions d'euros de produit de la C3S destiné à financer le déficit du régime vieillesse des exploitants agricoles et, notamment, la dernière étape du plan pluriannuel de revalorisation des petites retraites agricoles².

La conséquences de ce prélèvement est double :

- la subvention d'équilibre versée par le budget général, donc les dépenses budgétaires, se voit minorée d'autant ;
- la part de C3S destinée au Fonds de réserve des retraites se voit aussi minorée d'autant.

En conséquence, l'article 18 du projet de loi de finances pour 2002 opère, par une voie détournée, un prélèvement indirect du Fonds de réserve des retraites afin de minorer le déficit budgétaire de l'Etat.

¹ *II de l'article 17 bis du projet de loi de finances pour 2002, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.*

² *Cette dernière étape est prévue par l'article 57 du projet de loi de finances pour 2002.*

b) Les transferts de dépenses de l'État vers le champ de la loi de financement de la sécurité sociale

(1) Le transfert explicite de dépenses budgétaires : 61 millions d'euros

Le budget de la santé et de la solidarité a prévu pour 2002 un transfert de dépenses de l'État vers l'assurance maladie de 61 millions d'euros correspondant à la prise en charge des dépenses des écoles de formation relevant d'un établissement public de santé et des dépenses liées aux stages extrahospitaliers des résidents.

Ce transfert de dépenses fait suite à des mouvements similaires réalisés depuis 1998 qui tendent, au nom de la clarification des relations financières avec la sécurité sociale, à débudgétiser des dépenses de l'État en les mettant à la charge de l'assurance maladie.

(2) L'inconnue du financement du protocole hospitalier : 305 millions d'euros

Le gouvernement a signé, le 14 mars 2000, un protocole d'accord sur la fonction publique hospitalière avec plusieurs organisations syndicales représentatives.

Parmi les nombreuses dispositions de ce protocole, la plus importante en termes financiers concerne l'accroissement des moyens budgétaires pour la prise en charge des dépenses liées aux remplacements. Deux milliards de francs par an étaient ainsi prévus, sous forme de crédits « *pérennes au niveau national* ». Ils furent inscrits dans le budget de l'État, par voie de collectif budgétaire, en juin 2000.

Texte du protocole hospitalier du 14 mars 2000 relatif aux remplacements

Les hôpitaux rencontrent, à des degrés divers, des difficultés de fonctionnement qui tiennent en particulier à l'insuffisance des possibilités de remplacement des agents absents. Des moyens seront dégagés à ce titre et répartis en enveloppes régionales. L'attribution aux établissements se fera après examen de leur situation existante.

2 000 MF seront attribués aux établissements pour faire face aux remplacements des congés maternité, maladie, de formation, congés bonifiés et pour activité syndicale, ainsi que ceux résultant de la mise en oeuvre des temps partiels ;

*30 % de ces crédits seront spécifiquement affectés aux remplacements des agents en formation au titre de la promotion professionnelle ; les **crédits ainsi dégagés sont pérennes au niveau national** ;*

Ils ont vocation à évoluer, pour chaque établissement, en fonction de sa situation et des actions qui y sont menées.

En revanche, s'agissant de 2001, le gouvernement s'était engagé lors de la discussion du projet de loi de finances pour 2001 à les inscrire en collectif budgétaire. Le projet de loi de finances rectificative n'ayant pas encore été déposé, votre rapporteur pour avis ne peut pour l'instant que constater que les établissements hospitaliers, donc le champ de la loi de financement de la sécurité sociale, supportent sur leur trésorerie ces 305 millions d'euros manquants.

S'agissant de l'exercice 2002, il n'existe pour l'instant aucune déclaration du gouvernement explicitant la manière dont il entend rendre pérennes, au moins pour cet exercice, ces crédits. Là aussi, votre rapporteur pour avis craint qu'ils ne soient mis à la charge des établissements hospitaliers.

Il existe donc 305 millions d'euros de dépenses hospitalières certaines pour 2002 dont on ne sait où les trouver, dans le projet de loi de finances ou dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

*

Dans ce sombre tableau, la réforme de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances, apporte quelques lueurs d'espoir quant à des améliorations possibles dès l'exercice 2003.

En effet, si lors de l'élaboration de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances il avait été clairement posé comme principe que la réforme s'arrêterait aux frontières constitutionnelles, plusieurs dispositions ont été introduites, principalement à l'initiative du Sénat, afin d'apporter des clarifications quant à l'articulation des deux textes :

- introduction d'une limite à l'affectation d'impositions de toute nature, ces dernières ne pouvant être attribuées à un tiers qu'à raison des missions de service public confiées à lui¹ ;
- annexion au projet de loi de finances de la liste et l'évaluation, par bénéficiaire ou catégorie de bénéficiaires, des impositions de toute nature affectées à des personnes morales autres que l'État² ;
- introduction d'un rapport sur les prélèvements obligatoires déposé avant l'examen, par le Parlement, du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale, et pouvant faire l'objet d'un débat³.

¹ *Second alinéa de l'article 2.*

² *1° de l'article 51.*

³ *Article 52.*

Cependant, la différence entre les propos tenus à l'occasion de la réforme de la loi organique, par exemple sur le thème de la nécessaire transparence des comptes, et les mesures mises en place par le gouvernement qui, cette année encore, brouillent un peu plus le paysage des finances publiques, ne peut qu'étonner. Il n'est qu'à rappeler la réouverture des comptes 2000 de la sécurité sociale, la création du fonds de financement de la l'allocation prestation autonomie (APA), les transferts d'impositions de toutes natures entre le FOREC d'une part, l'État, la sécurité sociale et le FSV d'autre part, les « impasses budgétaires », les tours de passe-passe autour du Fonds de réserve des retraites, pour prendre la mesure des progrès à réaliser.

C. L'ABSENCE DE SIGNIFICATION DES COMPTES

1. La réouverture des comptes 2000 du régime général : le déficit 2000 du FOREC finalement pris en charge par la sécurité sociale

a) Un déficit de 1,6 milliard d'euros en 2000, qui place le régime général en situation déficitaire

(1) Un déficit prévisible

Le Sénat, au cours des débats parlementaires consacrés aux projets de loi de finances comme aux projets de loi de financement de la sécurité sociale, a toujours affirmé que la réduction du temps de travail n'était pas financée, le gouvernement lui assurant le contraire.

Nos collègues Charles Descours, Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, rapporteurs des lois de financement de la sécurité sociale de notre commission des affaires sociales, avaient rendu public un excellent rapport consacré aux fonds sociaux¹, dans lequel ils présentaient les chiffres de ce non-financement, ainsi que les contorsions législatives auxquelles le gouvernement avait dû recourir pour sortir de l'impasse de financement dans laquelle son propre entêtement l'avait conduit. Nos collègues avaient également parfaitement montré que le gouvernement avait constamment cherché à désinformer le Parlement et avait négligé les partenaires sociaux.

¹ *Les fonds sociaux - Une prolifération nuisible à la transparence du financement de la sécurité sociale, rapport n° 382 (2000-2001). Voir en particulier la deuxième partie, intitulée « Le fonds de financement des 35 heures - Un déficit structurel, une existence virtuelle, une menace réelle sur les comptes de la sécurité sociale ».*

Par ailleurs, dans un souci de complémentarité avec le contrôle effectué par la commission des affaires sociales, notre collègue Joseph Ostermann, rapporteur spécial des crédits de l'emploi, s'était attaché à comprendre comment on avait pu en arriver là¹. Il avait cherché à analyser la façon dont les services du gouvernement avaient envisagé, au cours des années 1999 et 2000, la question du financement des 35 heures, et dont ils avaient tenu informé les autorités ministérielles de l'évolution de la situation. Il avait également voulu savoir comment avait été abordée la question des éventuelles conséquences de ce dérapage sur le budget de l'Etat, l'absence de financement assuré de la réduction du temps de travail faisant supporter un risque au budget de l'Etat, celui de « financeur en dernier ressort » des 35 heures, en raison des dispositions de la loi Veil de 1994, en vertu desquelles les nouvelles exonérations de cotisations de sécurité sociale doivent être compensées par le budget de l'Etat.

En 2000, l'équilibre du FOREC n'a donc pas été réalisé, les dépenses s'établissant à un niveau bien supérieur à celui des recettes.

¹ 35 heures : comment en est-on arrivé là ?, rapport n° 414 (2000-2001).

Le tableau ci-dessous rappelle le montant du déficit du FOREC en 2000 :

Les "comptes" du FOREC en 2000

en MdF et (Md€)

| | Prévision LFSS 2000 | Prévision de septembre 2000 ⁽¹⁾ | Réalisations en E/D ⁽²⁾ | Réalisations en droits constatés ⁽³⁾ |
|--|------------------------------------|---|---|--|
| RESSOURCES | 63,9 | 67,0 | 59,1 | 65,0 |
| | (9,7) | (10,2) | (9,0) | (9,9) |
| Ressources fiscales | 59,6 | 62,7 | 54,7 | 60,7 |
| | (9,1) | (9,6) | (8,3) | (9,3) |
| Droits sur tabacs | 39,5 | 44,6 | 38,4 | 42,3 |
| Droits sur les alcools dont versement du FSV | 5,6 | 11,5 | 10,9 | 11,9 |
| | | 5,4 | 5,4 | 5,9 |
| Contribution sociale sur le bénéfice des sociétés | 4,3 | 3,8 | 2,8 | 3,8 |
| Taxe générale sur les activités polluantes | 3,2 | 2,8 | 2,6 | 2,7 |
| Taxe heures supplémentaires | 7,0 | | | |
| Contribution de l'Etat | 4,3 | 4,3 | 4,3 | 4,3 |
| | (0,7) | (0,7) | (0,7) | (0,7) |
| EMPLOIS | 63,9 | 67,0 | 72,4 | 75,2 |
| | (9,8) | (10,2) | (11,0) | (11,5) |
| Ristourne dégressive 1,3 SMIC | 39,5 | 31,3 | 37,5 | 36,4 |
| Aide incitative Aubry I | 7,5 | 14,7 | 14,5 | 15,2 |
| Allègement Aubry II | 16,9 | 21,0 | 20,4 | 23,6 |
| Solde | 0,0 | 0,0 | -13,3 | -10,2 |
| | | | (-2,0) | (-1,6) |

Source : Cour des comptes

(1) Telle qu'elle figure dans le tableau annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001

(2) Encaissement-décaissement janvier-décembre 2000

(3) Il s'agit des droits constatés au titre de 2000 : exonérations de février 2000 à janvier 2001, correspondant aux salaires versés de janvier à décembre 2000

Il apparaît donc que, en encaissement/décaissement, le déficit du FOREC s'établit à 2,03 milliards d'euros (13,30 milliards de francs), et, en droits constatés, à 1,55 milliard d'euros (10,2 milliards de francs).

Dès lors, et conformément aux dispositions de la loi Veil de 1994 rappelées ci-dessus, c'est l'Etat qui doit prendre à sa charge le déficit du FOREC, puisqu'il doit assurer son équilibre. L'Etat, au titre du FOREC, se trouve donc en situation de créancier des organismes de sécurité sociale.

Or, la ministre de l'emploi et de la solidarité, au cours de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale du 7 juin 2001, a annoncé que l'Etat ne rembourserait jamais cette créance, au mépris de la loi. Elle a confirmé cette position lors de la seconde réunion de cette commission, le 20 septembre dernier.

A cette occasion, la ministre a déclaré que « *nous avons refusé l'artifice qui aurait consisté à « pousser devant nous » cette créance sans en tirer les conséquences dans les comptes* » ! Votre rapporteur pour avis considère que « tirer les conséquences dans les comptes » aurait tout simplement consisté à compenser au régime général le déficit du FOREC pour 2000.

Tel ne sera cependant pas le cas, le deuxième alinéa du II de l'article 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale annulant la créance inscrite dans les comptes des régimes de sécurité sociale au titre des montants d'allègements de charges non compensés par les réaffectations de recettes fiscales reçues par le FOREC.

(2) L'annulation de la créance de l'Etat sur la sécurité sociale au titre du FOREC

Il convient de rappeler que l'ACOSS¹ avait versé aux différentes branches du régime général et au régime des salariés agricoles les recettes encaissées au titre du FOREC au 31 décembre 2000, en les ventilant de la manière suivante² ;

- 3,66 milliards d'euros (24,01 milliards de francs) à la branche maladie du régime général ;

- 659 millions d'euros (4,32 milliards de francs) à la branche accidents du travail ;

- 2,65 milliards d'euros (17,38 milliards de francs) à la branche vieillesse ;

- 1,54 milliard d'euros (10,09 milliards de francs) à la branche famille ;

- 494 millions d'euros (3,24 milliards de francs) au régime des salariés agricoles.

¹ En raison de l'absence de publication des décrets donnant une existence effective au FOREC, les ressources de ce dernier ont été versées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et centralisées par elle, à titre transitoire, et jusqu'à la création effective du fonds de financement.

² Conformément aux instructions du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et de la ministre de l'emploi et de la solidarité des 22 et 23 février 2001.

Soit un total de 9 milliards d'euros (59,06 milliards de francs).

Toutefois, l'insuffisance des recettes pour couvrir ces dépenses se traduit par l'existence d'une créance sur le FOREC au titre des exonérations de cotisations sociales de 2000, dont la répartition, au 31 décembre 2000, est la suivante :

- 984 millions d'euros (6,45 milliards de francs) pour la branche maladie du régime général ;

- 177 millions d'euros (1,16 milliard de francs) pour la branche accidents du travail ;

- 713 millions d'euros (4,68 milliards de francs) pour la branche vieillesse ;

- 423 millions d'euros (2,77 milliards de francs) pour la branche famille ;

- 162 millions d'euros (1,06 milliard de francs) pour le régime des salariés agricoles.

Soit un total de 2,46 milliards d'euros (16,13 milliards de francs).

L'impact est très fort et diffère donc selon les branches. Il aboutit par exemple à rendre déficitaire la CNAVTS, minorant ainsi directement les ressources du Fonds de réserve des retraites. A ces chiffres, il convient de plus d'ajouter les 162 millions d'euros perdus par le régime des salariés agricoles suite à l'annulation de la créance sur le FOREC, dont le coût pèsera aussi indirectement sur le FRR car il sera compensé par un prélèvement sur la C3S.

Impact sur les comptes du régime général de l'annulation de la créance du régime général sur le FOREC

(en millions d'euros)

| | CNAMTS | CNAMTS AT | CNAF | CNAVTS | Total |
|---------------------------------------|---------------|------------------|-------------|---------------|--------------|
| Résultat net arrêté pour 2000 | - 1.634 | + 350 | + 1.442 | + 508 | + 666 |
| Annulation de la créance sur le FOREC | - 948 | - 177 | - 423 | - 713 | - 2.261 |
| Résultat net 2000 après annulation | - 2.582 | + 173 | - 1.019 | - 205 | - 1.595 |

Le I de l'article 5 du présent projet de loi de financement valide les opérations effectuées par l'ACOSS au titre du FOREC en 2000, tandis que le premier alinéa du II donne une base légale à la répartition effectuée par l'ACOSS sur la base des instructions ministérielles précitées.

b) Le FOREC, source du déficit du régime général

Au-delà des appréciations politiques relatives à cette décision, les conséquences comptables de cette annulation de créance sont importantes, puisqu'elle aboutit à placer le régime général de la sécurité sociale dans une situation déficitaire, alors que, sans elle, il aurait été excédentaire pour la première fois depuis de très nombreuses années.

En effet, selon les conclusions de la commission des comptes de la sécurité sociale du 7 juin dernier, le régime général devait être pour la première fois excédentaire en 2000 : cet excédent atteignait près de 800 millions d'euros (5,2 milliards de francs) en encaissement/décaissement, et 670 millions d'euros (4,4 milliards de francs) en droits constatés.

Or, la Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale en 2000, a dû réviser le solde en droits constatés ainsi annoncé, qui intégrait la créance des organismes de sécurité sociale sur l'Etat au titre du FOREC, puisque le gouvernement a précisément décidé de ne pas honorer cette créance, qui restera dès lors à la charge de la sécurité sociale. La Cour des comptes est obligée de conclure, *in fine*, que le régime général est en réalité déficitaire de 137,20 millions d'euros (900 millions de francs) en 2000¹.

**Le traitement comptable des exonérations de cotisations sociales :
Des artifices dénoncés par la Cour des comptes**

Dans son rapport sur la sécurité sociale en 2000, la Cour des comptes analyse le traitement comptable des exonérations de cotisations sociales, et note que «*la création du FOREC a conduit à des modes de comptabilisation différents en loi de financement et dans les comptes du régime général*».

Sans entrer dans les détails de cette question très complexe, la Cour des comptes indique que «*ces présentations comptables présentent plusieurs incohérences* :

- d'abord, dans la présentation même de la loi de financement de la sécurité sociale, qui fait apparaître la transformation de la contribution budgétaire en impôts et taxes affectés comme étant un transfert de cotisations effectives en impôts et taxes affectés ;

¹ Dans son rapport précité, la Cour des comptes note ainsi que «*si le FOREC avait été doté conformément à la loi, le régime général aurait donc été quasiment équilibré*» [sur les trois dernières années].

- ensuite, selon que les exonérations sont prises en charge par l'Etat ou par le FOREC ;

- enfin, entre les comptes du régime général selon qu'ils sont présentés en encaissement/décaissement ou en droits constatés ».

La Cour des comptes conclut : « il apparaît nécessaire à l'avenir qu'un mode de comptabilisation plus conforme à la réalité soit adopté et que celui-ci soit le même en loi de financement, dans les comptes des régimes et dans ceux présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale ».

Votre rapporteur pour avis ne peut donc que constater que le gouvernement avait cherché à fausser les comptes de la sécurité sociale.

c) Le FOREC accentue l'opacité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale

Le rapport élaboré à l'occasion de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale du 20 septembre 2001 indique, dans son avant-propos, que « les comptes présentés à la commission gagnent progressivement en qualité, en homogénéité et en transparence », mais reconnaît que « cette évolution positive n'est pas toujours perçue par le lecteur qui tend parfois à imputer aux comptes le sentiment d'opacité qu'il éprouve devant la complexité croissante de la sécurité sociale et notamment de ses circuits de financement. Mais elle est réelle » !

Votre rapporteur pour avis voit dans cette laborieuse et piètre démonstration, qui ne recule pas du reste devant la contradiction la plus flagrante, une tentative d'auto-persuasion en décalage complet avec la réalité, qui n'a toutefois pas échappé à la Cour des comptes.

Dans son rapport précité sur la sécurité sociale en 2000, la haute juridiction financière se montre en effet extrêmement critique sur le fait que, en 2000, l'état des comptes de la sécurité sociale est rendu plus complexe encore par le FOREC.

L'Etat et la sécurité sociale : des relations financières incompréhensibles

Dans son rapport précité, la Cour des comptes note que *« la complexité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale est le signe le plus net à la fois du désordre où il est parvenu et de la nécessité de réformes : les flux de financement croisés, les dettes et restes à recouvrer qui en résultent, les règles hétérogènes de facturation des services rendus par l'Etat à la sécurité sociale, et par la sécurité sociale à l'Etat, l'existence de fonds à vocations très disparates, multiples, financés de façon diverse et variable d'une année sur l'autre, l'existence de structures « à part », qui ne sont ni dans l'Etat ni dans la sécurité sociale, mais qui jouent un grand rôle comme la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), tout tend à rendre la situation incompréhensible »*.

Assurément, l'existence du FOREC a encore accentué la complexité de ces relations financières, la Cour des comptes identifiant notamment, parmi les causes de cette situation, *« l'affectation aux organismes sociaux de ressources de nature fiscale »* et *« le remboursement d'exonérations de cotisations sociales décidées par l'Etat »*.

Elle estime ainsi que *« la multiplication, au cours des dernières années, de différents fonds [...] constitue un élément supplémentaire de complexité »*. Or, jusqu'à présent, le FOREC, par ses montants, est le principal de ces fonds.

Sur ce dernier, la Cour des comptes note du reste que *« le non-respect de l'équilibre du FOREC [...] met en cause les fondements mêmes de ce fonds. s'il devait être la règle, les efforts entrepris pour clarifier des relations entre l'Etat et la sécurité sociale seraient compromis »*.

Enfin, et plus généralement, elle estime que *« l'expérience malheureuse du FOREC montre les difficultés auxquelles se heurte la mise en œuvre de l'idée même de fonds. Dès lors que les droits ne sont pas limitatifs et que les recettes ne peuvent être que prévisionnelles, la réalisation de l'équilibre, qui découle de leur autonomie juridique, ne peut être qu'incertaine »*.

2. Les questions comptables

a) Une manipulation comptable ouvrant « la porte à l'arbitraire »

La réouverture des comptes 2000 après leur clôture pour imputer sur cet exercice l'annulation de la créance détenue par les caisses de sécurité sociale sur le FOREC constitue, aux yeux de votre rapporteur pour avis, une

manipulation comptable de la plus haute gravité qui, si elle avait été pratiquée dans les entreprises, aurait constitué un délit des comptables et dirigeants les rendant passible du tribunal correctionnel.

Le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, François Monnier, a fait part d'un sentiment assez proche dans son avant propos au rapport de la septembre 2001 de la commission, lui qui justifiait ainsi une imputation sur 2001 de l'annulation de la créance : *« l'application de cette règle [de transparence totale et d'absence de retraitement des comptes] trouve une illustration dans la comptabilisation d'une charge exceptionnelle dans les comptes en droits constatés du régime général pour 2001. Les comptes 2000 des organismes sociaux, établis conformément aux dispositions législatives et réglementaires, comportent une créance à hauteur de la partie non compensée des exonérations de cotisations. Des décisions prises après l'arrêté des comptes rendent cette créance irrécouvrable. Elle sera annulée par la comptabilisation d'une charge exceptionnelle dans les comptes 2001 des organismes. Nous procéderons de la même façon dans nos comptes, nous interdisant tout retraitement des comptes 2000 qui justifierait inévitablement d'autres corrections et ouvrirait la porte à l'arbitraire ».*

Le simple fait qu'une telle manipulation comptable ait été possible illustre à merveille le manque de rigueur dont fait preuve le gouvernement dans l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale et les limites intrinsèques de l'instrument. Imagine-t-on un instant que le projet de loi de finances pour 2002 décide de l'imputation sur l'exercice 2000 d'une charge nouvelle ? En dehors de l'impossibilité juridique d'une telle manipulation dans le cadre organique actuel, cette opération serait retraitée par les comptables européens et ne rendraient dupe personne. Même s'il est probable que les comptables européens retraiteront les comptes du régime général pour imputer sur 2001 l'annulation de la créance, le mal aura été fait et le gouvernement comme l'Assemblée nationale auront préféré la manipulation à la vérité des chiffres : les 35 heures auront dégradé le solde du régime général en 2001 pour le rendre déficitaire de plus d'un milliard d'euros. Et ce, sans prendre en compte les pertes de recettes nombreuses subies par les organismes de sécurité sociale pour le financement des 35 heures.

La transparence comptable voulue par Mme Simone Veil, alors ministre des affaires sociales en 1993, mise en place par l'action de la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS), devant se traduire enfin par une harmonisation du plan comptable, et par l'absence de retraitement entre les comptes des organismes, ceux publiés par la commission des comptes et les agrégats de la loi de financement de la sécurité sociale se retrouve ainsi mise à mal alors même qu'elle devait prendre forme.

b) Des questions comptables encore pendantes

Le nouveau plan comptable des organismes de sécurité sociale, mis au point par la MIRCOSS et dont l'application sera surveillée et actualisée par le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale entrera pleinement en vigueur pour les organismes du champ de la loi de financement de la sécurité sociale le 1^{er} janvier 2002.

La nouvelle organisation comptable de la sécurité sociale

Améliorer les délais de production des comptes de la sécurité sociale et mettre en place des structures pour traiter de la comptabilité des organismes de sécurité sociale : tels sont les deux objectifs d'un décret publié au *Journal officiel* du 20 septembre 2001. Il s'agit du décret d'application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹ qui a posé le principe de la mise en œuvre d'un « plan comptable unique ». Un texte qui répond en partie aux attentes de la Cour des comptes qui, dans son premier rapport annuel sur la sécurité sociale, s'est montrée critique sur la production des comptes de la sécurité sociale.

En premier lieu, le décret met en œuvre ce plan comptable unique des organismes de sécurité sociale et fixe les dates butoir de transmission ou d'arrêtés de comptes :

- 31 janvier pour les organismes de base de sécurité sociale ;
- 28 février pour les organismes nationaux.

Une dérogation est toutefois prévue pour les comptes annuels 2002, 2003 et 2004 qui seront transmis au plus tard le 31 mars suivant l'exercice comptable clos.

Haut conseil interministériel

Il est créé un Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, placé auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Il est chargé notamment de :

- fixer les orientations et de superviser l'ensemble des travaux de la mission comptable permanente ;
- donner un avis sur toute proposition de modification du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale ;
- présenter toutes recommandations nécessaires pour améliorer la lisibilité et la production des comptes des organismes de sécurité sociale.

¹ Décret n°2001-859 du 19 septembre 2001 (JO du 20 septembre).

Il élaborera chaque année un rapport qui sera transmis au Parlement « en vue d'améliorer son information sur les principes et les règles qui régissent les comptes des organismes de sécurité sociale ». Cette instance consultative réunit diverses personnalités parmi lesquelles figurent un magistrat de la Cour des comptes, le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, des hauts fonctionnaires, des représentants de l'ACOSS et des caisses nationales de sécurité sociale.

Mission comptable permanente

Autre instance créée par le décret : la mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale rattachée pour sa gestion administrative aux services du ministère chargé de la sécurité sociale. Cette mission interministérielle est notamment chargée :

- d'organiser les travaux nécessaires aux arrêtés de comptes annuels ;
- de centraliser les comptes annuels et infra-annuels des organismes de sécurité sociale et de s'assurer de leur qualité ;

- de mettre les informations comptables à disposition des destinataires habilités ;
- de proposer toute évolution jugée nécessaire du plan comptable unique ;
- de veiller à l'exacte application des principes comptables par les organismes de sécurité sociale.

La mission peut faire tout commentaire et porter toute application jugée nécessaire sur la qualité des comptes produits par les organismes de sécurité sociale. Elle prépare le rapport annuel du Haut-Conseil et assure son secrétariat.

Le secrétaire général de la mission est nommé, sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale, par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

Source : Liaisons sociales, 21 septembre 2001

Néanmoins, ainsi que le montre le rapport 2001 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, de nombreuses questions restent en suspens :

- Quelle harmonisation avec les organismes ne faisant pas partie du champ de la loi de financement mais appartenant à la sphère de la protection sociale ?
- A quand des comptes infra-annuels et non plus des prévisions ?

- Quelles clefs de passage entre les différentes notions que sont le solde du régime général, le compte de la protection sociale et les comptes sociaux de la Nation ?
- Quelle harmonisation à l'intérieur de l'Etat dans le traitement comptable de concepts identiques comme celui des sommes que représente la prise en charge par l'Etat de cotisations sociales ?

Votre rapporteur pour avis, tout en saluant les avancées déjà réalisées en matière de comptabilité de la sécurité sociale, souhaite condamner une nouvelle fois la manipulation quasi-délictuelle consistant à faire rouvrir les comptes 2000 du régime général et restera particulièrement attentif à la poursuite de progrès en matière de comptabilité des organismes de sécurité sociale.

CHAPITRE II :

LES DÉPENSES

I. LA BRANCHE MALADIE

A. LA DÉRIVE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : ANALYSE RÉTROSPECTIVE

1. Évolutions générales

Depuis 1997, année qui a suivi l'adoption de la réforme de la sécurité sociale, la branche maladie de la sécurité sociale n'a cessé d'être déficitaire. Certes ce déficit s'est réduit au fil des années, mais il reste symptomatique que cette branche soit la seule déficitaire de tout le régime général.

Solde financier du régime général de l'assurance maladie en encaissements / décaissements (*)

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 (p) |
|-----|--------|--------|--------|--------|----------|
| MDF | - 14,4 | - 15,9 | - 8,9 | - 6,1 | - 5,0 |
| MD€ | - 2,2 | - 2,4 | - 1,36 | - 0,93 | - 0,76 |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) septembre 2001

(*) : avant annulation de la créance sur le FOREC au titre de l'exercice 2000 (6,5 MDF, soit 1 MD €)

Solde financier du régime général de l'assurance maladie en droits constatés

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 (p) |
|-----|--------|---------|--------|----------|
| MDF | - 4,79 | - 10,69 | - 6,82 | - 13,12 |
| MD€ | - 0,73 | - 1,63 | - 1,04 | - 2,00 |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2001

Il faut préciser que les comptes présentés ici ne prennent pas en compte l'annulation de la créance du FOREC sur la branche maladie décidée par le gouvernement au moment de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Cette annulation de créance est rétroactive et s'impute à l'exercice 2000 et non à l'exercice 2001 comme l'avait prévu la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2001. La CCSS dans son rapport de septembre 2001 précisait à cet égard : « *les comptes présentés à la Commission se déduisent de ceux des organismes sans retraitement. C'est une condition de transparence. Nous présentons les comptes de l'an 2000 tels qu'ils ont été établis par les différents régimes. Dans les prévisions pour 2001 nous intégrons une charge exceptionnelle qu'ils devront comptabiliser* ». En outre, ces soldes ne tiennent pas n'ont plus compte au titre de l'exercice 2001 des dispositions de l'article 6 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale qui prévoit de manière rétroactive un transfert des droits indirects des alcools de la CNAM vers le FOREC à hauteur de 908 millions d'euros (5,95 milliards de francs) en 2001.

Dès lors, si l'on tient compte de l'annulation rétroactive de cette créance du FOREC sur la branche maladie du régime général (984 millions d'euros), cette dernière présente en 2000 un déficit record en droits constatés de 2,61 milliards d'euros (17,125 milliards de francs).

Solde financier du régime général de l'assurance maladie en droits constatés après annulation de la créance du FOREC

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 (p) |
|-----|--------|----------|--------|----------|
| MDF | - 4,79 | - 17,125 | - 6,82 | - 13,12 |
| MD€ | - 0,73 | - 2,61 | - 1,04 | - 2,00 |

En outre, l'analyse de l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie depuis 1997, montre que l'amélioration relative du solde de la branche maladie du régime général, à savoir la diminution progressive de son déficit, s'explique essentiellement par la hausse des recettes. Il convient donc de s'interroger sur la raison de la persistance d'un déficit élevé de la branche maladie de régime général en 1999, 2000 et 2001 notamment, alors même que ces années ont été marquées par une forte croissance des recettes.

**Dépenses du champ de l'ONDAM : objectifs fixés dans les lois de financement
(en septembre n-1 pour l'année n) et réalisations**

(en milliards d'euros et en %)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 (p)(*) |
|--|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| Objectif de la loi de financement | 93,57 | 96,03 | 100,36 | 105,70 |
| Réalisation | 95,07 | 97,58 | 103,1 | 108,11 |
| Ecart entre réalisation et objectif en milliards | + 1,50 | + 1,55 | + 2,65 | + 2,41 |
| Variation constatée par rapport à l'année précédente en % | + 4,0 % | + 2,6 % | + 5,6 % | + 5,0 % |

Source : CCSS septembre 2001

(*) hors mesures nouvelles du PLFSS 2002

En cinq ans, les dépenses d'assurance maladie incluses dans le champ de l'ONDAM ont augmenté de plus de 110 milliards de francs, près de 17 milliards d'euros dont 54,4 milliards de francs (8,3 milliards d'euros de dépassements). La France est l'un des pays les plus dépensiers au monde en matière de santé. Pour autant, le système de santé reste très critiqué, et par les professionnels et par l'opinion publique. Comment expliquer ce hiatus qui existe entre la croissance incontrôlée des dépenses d'assurance maladie et les défaillances du système de santé en France ?

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

(en milliards de francs courants)

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 ⁽¹⁾ | 2002 ⁽²⁾ |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|----------------------------|
| Objectif voté | 600,2 | 613,8 | 629,9 | 658,3 | 693,3 | 739,7 |
| Objectif réalisé | 599,5 | 623,6 | 641,2 | 675,7 | 709,2 | - |
| Dépassement | - 0,7 | + 9,8 | + 11,3 | + 17,4 | + 15,9 | - |

⁽¹⁾ Prévisions ⁽²⁾ PLFSS 2002

Sources : Commission des comptes de la sécurité sociale

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

(en milliards d'euros)

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 ⁽¹⁾ | 2002 ⁽²⁾ |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|---------------------|
| Objectif voté | 91,5 | 93,6 | 96 | 100,4 | 105,7 | 112,77 |
| Objectif réalisé | 91,4 | 95 | 97,8 | 103 | 108,1 | - |
| Dépassement | - 0,1 | + 1,4 | + 1,8 | + 2,6 | + 2,4 | - |

⁽¹⁾ Prévisions ⁽²⁾ PLFSS 2002

Sources : Commission des comptes de la sécurité sociale

2. Évolution des différents secteurs entrant dans le champ de l'ONDAM

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie comprend pour la métropole et les départements d'outre-mer les dépenses remboursées par les régimes de base pour les prestations suivantes : dépenses de soins de santé (soins ambulatoires et hospitalisation) pour les risques maladies, maternité et accidents du travail, ainsi que les dépenses de prestations en espèces pour les risques maladie et accidents du travail. Pour le risque accident du travail, seules sont retenues les dépenses liées à l'incapacité temporaire. Depuis l'année 2000, l'ONDAM est défini en retranchant à ces dépenses les remises conventionnelles versées par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au titre de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, et la contribution, visée par l'article L. 132-8 du même code, des entreprises n'ayant pas signé de convention avec le comité économique des produits de santé (il s'agit de la « clause de sauvegarde »).

En outre, l'ONDAM est traditionnellement décliné par le gouvernement en quatre objectifs prévisionnels : soins de ville, établissements sanitaires publics, secteur médico-social et cliniques privées.

a) L'exercice 1999

En 1999, l'objectif avait été fixé à 96,03 milliards d'euros (629,9 milliards de francs) en progression de 2,5 % par rapport à 1998. Les réalisations ont atteint 97,75 milliards d'euros (641,2 milliards de francs) en progression de 2,9 % par rapport à l'année précédente. L'ONDAM a donc été dépassé de 1,72 milliard d'euros (11,3 milliards de francs). En outre, les différents postes au sein de l'ONDAM ont évolué de manière divergente.

**Objectif national de dépenses d'assurance maladie
(1999 - Métropole)**

(en %)

| | Objectif voté | Objectif réalisé |
|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| Soins de ville | + 2,7 | + 3,8 |
| Etablissements sanitaires | + 2,3 | + 2,3 |
| Secteur médico-social | + 5,8 | + 2,1 |
| Cliniques privées | - 0,2 | + 1,7 |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

(1) Les soins de ville

Les réalisations pour 1999 atteignent 43,64 milliards d'euros (soit 286,26 milliards de francs), en augmentation de 3,8 % par rapport à l'année précédente alors que le taux d'évolution voté était de + 2,7 %.

Cette progression a résulté de la croissance des dépenses de pharmacie et du tarif interministériel des prestations sanitaires (+ 6%) et d'indemnités journalières (+ 6,1 %). Pour la seule Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, les dépenses de médicaments ont progressé de 6,3 % contre 8,1 % en 1998. Cette évolution concernait l'ensemble des produits mais plus particulièrement les médicaments les plus remboursés dont la croissance soutenue s'est maintenue au cours de l'année 1999 (+ 8,2 % pour les médicaments remboursés à 100 %).

En revanche, les honoraires (+ 0,5 %) et les dépenses des professionnels paramédicaux (+ 3,2 %) ont progressé de façon plus modérée. Les dépenses d'analyse biologique se sont ralenties (+2,6 %) sous l'effet de la baisse du tarif de la lettre-clé.

(2) Les établissements sanitaires publics

Les réalisations pour 1999 atteignent 38,62 milliards d'euros (253,33 milliards de francs) dont 37,85 milliards d'euros pour les établissements sanitaires sous dotation globale, ce qui correspond à un taux d'évolution de + 2,3 %, c'est-à-dire l'objectif qui fut voté en 1998.

(3) Le secteur médico-social

Les dépenses réalisées atteignent, en 1999, 6,73 milliards d'euros (44,15 milliards de francs). L'objectif a été légèrement dépassé mais en raison essentiellement de la forte progression des dépenses en 1998 ; en réalité, pour les seules dépenses liées à l'exercice 1999, la progression s'est fortement ralentie (+ 2,1 % réalisés au lieu des + 5,8 % votés), particulièrement pour les établissements pour enfants inadaptés ou adultes handicapés (+ 0,8 %). En revanche les dépenses de médicalisation et de soins à domicile ont crû de 5,5 %.

(4) Les cliniques privées

Les dépenses réalisées atteignent, en 1999, 6,27 milliards d'euros (41,13 milliards de francs). Le dépassement atteint 30,5 millions d'euros (200 millions de francs) pour les cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN) hors consommations intermédiaires, ce qui correspond donc à une augmentation de + 1,7 % entre 1998 et 1999, alors que le taux d'évolution voté était de - 0,2 %. Toutefois, globalement, c'est-à-dire en y intégrant les dépenses hors OQN, l'économie atteint 30,5 millions d'euros par rapport à l'objectif voté, compte tenu des modifications de champ intervenues en 1999 ; le prix de journée a été baissé en cours d'année en raison du dépassement enregistré en 1998. Soit, globalement, une diminution de 0,6 % pour le poste cliniques privées.

b) L'exercice 2000

Le montant de l'ONDAM (net de la remise de l'industrie pharmaceutique) avait été fixé pour 2000 à 100,36 milliards d'euros (658,3 milliards de francs) soit une progression de 2,5 % par rapport à l'objectif 1999 rebasé. Les réalisations 2000 se sont élevées à 103,01 milliards d'euros (675,7 milliards de francs), ce qui correspond à une augmentation record de 5,6 % par rapport à 1999 et à un dépassement de l'objectif de 2,65 milliards d'euros (17,3 milliards de francs). Pour la seule métropole, c'est-à-dire hors les dépenses des ressortissants français à l'étranger et les départements d'outre-mer, l'objectif était de 97,81 milliards d'euros. Avec une réalisation de 100,48 milliards d'euros, en augmentation de 5,5 % par rapport à l'année précédente, le dépassement de l'objectif atteint 2,67 milliards d'euros.

En outre, ces évolutions sont intervenues alors que la dernière loi de financement avait entendu rénover les modes de régulation de nombreux postes de dépenses.

**Objectif national de dépenses d'assurance maladie
(2000 - Métropole)**

(en %)

| | Objectif voté | Objectif réalisé |
|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| Soins de ville | + 2,0 | + 7,8 |
| Etablissements sanitaires | + 2,4 | + 3,3 |
| Secteur médico-social | + 4,9 | + 5,6 |
| Cliniques privées | + 2,2 | + 2,9 |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

(1) Les soins de ville

S'agissant de l'évolution des soins de ville en 2000, la direction de la sécurité sociale souligne que leur taux de croissance serait surestimé du fait de l'allongement des délais de liquidation des remboursements de soins de ville par le régime général en 1999, qui a minoré les dépenses, et du rattrapage qui serait intervenu en 2000.

Les dépenses de soins de ville ont fortement progressé en 2000 : le taux de croissance a atteint + 7,8 %. L'objectif « soins de ville » net de la remise de l'industrie pharmaceutique fixé à 44,45 milliards d'euros a été nettement dépassé : les réalisations sur ce poste se sont montées à 47,04 milliards d'euros soit un dépassement de 2,59 milliards d'euros, représentant 7,8 % de l'objectif.

Les dépenses de pharmacie et d'indemnités journalières sont les dépenses qui augmentent le plus rapidement et qui contribuent le plus au dépassement de l'objectif (notamment le médicament). Toutefois, la croissance des honoraires des professionnels de santé contribue également au dépassement de l'objectif des soins de ville. La progression des honoraires privés est sensiblement plus forte que l'année précédente (+ 4,1 % en 2000 contre 0,5 % en 1999). Toutefois, l'analyse en date de soins conduit à relativiser cette accélération. Si l'on replace les dépenses à la date de réalisation des actes, la croissance des honoraires privés n'est plus que de 2,6 % (contre + 2,2 % en 1999).

Ce sont les honoraires des professionnels paramédicaux qui progressent le plus rapidement : + 6,2 % pour les laboratoires d'analyses médicales (contre + 2,6 % en 1999) et + 7,5 % pour les auxiliaires médicaux (+ 3,2 % en 1999).

Les indemnités journalières s'élèvent, en 2000, à 6,3 milliards d'euros contre 5,9 milliards d'euros en 1999, soit une progression de + 8,2 %. En 1999, ces dépenses avaient augmenté de + 6,1 %.

Les dépenses de remboursement de médicaments s'élèvent, hors remises de l'industrie pharmaceutique, à 15,1 milliards d'euros en 2000 contre 13,7 milliards d'euros en 1999 soit une très forte progression de 10,4 %. L'accélération est sensible par rapport à 1999 où l'on enregistrait déjà une augmentation de 5,5 % par rapport à 1998.

(2) Les établissements sanitaires publics

L'objectif de dépenses des établissements sanitaires publics pour 2000 avait été fixé à 39,75 milliards d'euros, hors transferts liés aux protocoles hospitaliers. Les réalisations ont été supérieures et se sont élevées à 39,88 milliards d'euros en progression de + 3,3 % par rapport à 1999.

Le dépassement de 0,13 milliard d'euros de l'objectif hors protocoles hospitaliers est essentiellement lié au financement des établissements sous dotation globale. En effet, les versements de l'assurance maladie à ces établissements s'élèvent à 39,07 milliards d'euros en 2000, soit une progression de + 3,2 % par rapport aux réalisations 1999, alors que l'objectif pour la dotation globale était de 38,97 milliards d'euros. Cette évolution est la conséquence de la signature des protocoles hospitaliers en mars 2000.

(3) Le secteur médico-social

En 2000, les dépenses des établissements médico-sociaux ont progressé de 5,6 % par rapport aux réalisations 1999 pour atteindre 7,11 milliards d'euros. L'objectif de dépenses, fixé à 7,19 milliards d'euros en 2000, a donc été respecté avec une économie de l'ordre de 90 millions d'euros.

(4) Les cliniques privées

Les dépenses des cliniques privées dans le champ de l'ONDAM ont augmenté de + 2,9 % par rapport aux réalisations de 1999. Le dépassement atteint 40 millions d'euros. Ce dépassement s'explique par une forte évolution des dépenses des cliniques privées à la fin de l'année 2000.

Dans le champ de l'objectif quantifié national (OQN) on observe un dépassement de 146 millions d'euros en 2000. Une part de ce dépassement est toutefois imputable à l'année 1999 : sur ces 146 millions d'euros, 52 millions d'euros ont été versés au titre de l'année 1999. Net de ce versement, le dépassement atteint donc un peu moins de 94 millions d'euros.

ONDAM
Réalisation 2000
(nette de la remise de l'industrie pharmaceutique ⁽¹⁾ en 1999 et 2000)

(en milliards d'euros et %)

| | Réalisations tous régimes 1999 | Objectif 2000 | Réalisations tous régimes 2000 | Evolution des réalisations 2000/1999 | Dépassement |
|--|---|--------------------------|---|---|--------------------|
| Total soins de ville | 43,64 | 44,45 | 47,04 | 7,8 % | 2,59 |
| - dont objectif de dépenses déléguées (ODD) | 21,04 | 21,4 | 22,18 | 5,4 % | 0,78 |
| - ont autres soins de ville | 22,6 | 23,05 | 24,86 | 10,0 % | 1,81 |
| Total établissements | 51,61 | 53,36 | 53,44 | 3,5 % | 0,08 |
| Etablissements sanitaires publics | 38,62 | 39,75 | 39,88 | 3,3 % | 0,13 |
| Etablissements sanitaires sous DG | 37,85 | 38,97 | 39,07 | 3,2 % | 0,10 |
| Autres établissements sanitaires | 0,65 | 0,66 | 0,68 | 4,6 % | 0,02 |
| Honoraires du secteur public | 0,12 | 0,12 | 0,13 | 8,3 % | 0,01 |
| Médoco-social | 6,73 | 7,19 | 7,11 | 5,6 % | - 0,08 |
| Médoco-social (E.I. – A.H.) ⁽²⁾ | 4,53 | 4,84 | 4,74 | 4,6 % | - 0,10 |
| Médoco-social (personnes âgées | 2,2 | 2,36 | 2,37 | 7,7 % | 0,01 |
| Cliniques privées | 6,27 | 6,41 | 6,45 | 2,9 % | 0,04 |
| ONDAM Métropole | 95,24 | 97,81 | 100,48 | 5,5 % | 2,67 |
| Prestations DOM | 2,16 | 2,27 | 2,37 | 9,7 % | 0,10 |
| Ressortissants français à l'étranger | 0,17 | 0,19 | 0,16 | - 5,9 % | - 0,03 |
| Marge de manœuvre ⁽³⁾ | - | 0,09 | - | - | - |
| Objectif national | 97,58 | 100,36 | 103,01 | 5,6 % | 2,65 |

(1) Selon l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, les entreprises pharmaceutiques qui n'ont pas passé de convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) sont assujetties à une contribution. Pour l'exercice 1999 (recouvrement en 2000), cette contribution a concerné 27 entreprises et représente un montant de 75 millions de francs. Par ailleurs, les entreprises qui ont passé une convention avec le CEPS versent une remise conventionnelle qui s'est élevée pour l'exercice 1999 (recouvrement 2000) à 838 millions de francs.

(2) Enfance inadaptée, adultes handicapés.

(3) La marge de manœuvre correspond à la partie de l'objectif non ventilé entre les sous-enveloppes.

Source : Direction de la sécurité sociale (SD Etudes et prévisions financières/6B)

c) L'exercice 2001 : prévisions de réalisation

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2001 a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale à 693,9 milliards de francs soit 105,7 milliards d'euros, en hausse de 3,5 % par rapport aux dépenses de l'année 2000 estimées lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2000.

La prévision retenue par la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2001 est un dépassement de l'objectif de 15,8 milliards de francs, soit 2,4 milliards d'euros. Les dépenses du champ de l'ONDAM s'élèveraient à 108,11 milliards d'euros (709,2 milliards de francs) en 2001, ce qui correspond à un taux de croissance de 5 %.

(1) Les dépenses de soins de ville

Les dépenses de soins ont continué à croître en 2001 à un rythme dynamique. La Commission des Comptes a retenu un niveau de dépenses de soins de ville en 2001 de 50 milliards de francs, ce qui correspond à un dépassement de l'objectif de 2,4 milliards de francs. Les dépenses 2001 augmenteraient ainsi de 6,3 %.

La majeure partie de ce dépassement (1,9 milliard d'euros) provient de l'évolution des dépenses de médicaments, des autres produits de santé et des indemnités journalières. Le médicament à lui seul conduirait à un dépassement de 1,1 milliard d'euros de l'enveloppe des soins de ville.

(2) Les dépenses des établissements

* les établissements sous dotation globale : les versements à ces établissements dépasseraient l'objectif 2001 d'environ 80 millions d'euros, présentant alors une hausse de 3,3 % par rapport aux réalisations de l'année 2000. Ce dépassement serait essentiellement lié aux prestations de dotation globale, pour lesquelles il atteindrait 90 millions d'euros.

* les établissements médico-sociaux : les dépenses du secteur médico-social seraient inférieures à l'objectif de 180 millions d'euros, malgré une évolution soutenue des dépenses de + 5,8 %. On constate, d'une part, que l'économie réalisée en 2000 par les établissements « enfance inadaptée – adultes handicapés » se reporte en partie sur les réalisations 2001. Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes a pris plus de temps que prévu si bien que les crédits autorisés par l'objectif ne devraient pas être totalement consommés, dégageant une économie d'environ 150 millions d'euros.

* les cliniques privées : sur le champ de l'ONDAM, l'objectif des cliniques privées a été fixé pour 2001 à 43,8 milliards de francs (6,67 milliards d'euros). Les tarifs des établissements privés ont augmenté de 3,48 % en moyenne, au 1^{er} mai 2001. Les dépenses des cliniques privées devraient au total augmenter de 4,7 % en valeur, correspondant à une augmentation réelle des volumes de 1,5 %. Le dépassement de l'enveloppe « cliniques privées » devrait atteindre, en 2001, 80 millions d'euros.

Hypothèses de dépenses ONDAM 2001

(en milliards d'euros)

| | Objectif initial pour 2001 | Nouvelle hypothèse 2001 (septembre 2001) | Dépassement 2001 (estimé en septembre 2001) | Evolution des réalisations 2001/réalisations 2000 |
|-------------------------|----------------------------|--|---|---|
| Soins de ville | 47,63 | 50,00 | 2,37 | + 6,3 % |
| - dont ODD | 22,85 | 23,27 | 0,43 | + 4,9 % |
| Etablissements | 55,51 | 55,48 | - 0,03 | + 3,8 % |
| - Hôpitaux publics | 41,13 | 41,21 | 0,08 | + 3,3 % |
| - cliniques privées | 6,68 | 6,75 | 0,08 | + 4,7 % |
| - secteur médico-social | 7,70 | 7,52 | - 0,18 | + 5,8 % |
| DOM | 2,38 | 2,47 | 0,09 | + 4,2 % |
| Français à l'étranger | 0,19 | 0,17 | - 0,02 | + 3,3 % |
| ONDAM | 105,70 | 108,11 | + 2,41 | + 5,0 % |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale septembre 2001

3. Analyse des dépassements de l'ONDAM depuis 1997

a) Un dépassement exponentiel

Écart entre réalisation de l'ONDAM et objectif fixé en loi de financement entre 1997 et 2001

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001* |
|------------|-------|--------|--------|--------|--------|
| <i>MdF</i> | - 0,7 | 9,8 | + 11,3 | + 17,3 | + 15,8 |
| <i>Md€</i> | - 0,1 | + 1,49 | + 1,72 | + 2,64 | + 2,41 |

* Prévisions

L'analyse du dépassement de l'ONDAM montre une accélération de ce dépassement d'année en année depuis 1997. Si cette accélération semble s'infléchir entre 2000 et 2001, il convient de rappeler ici que les chiffres du dépassement de l'ONDAM pour l'année 2001 sont des prévisions issues du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001. Or, lors de la réunion de la commission des comptes de septembre 2000, le dépassement de l'ONDAM prévu pour l'année 2000 était de 13,2 milliards de francs (soit 2 milliards d'euros), chiffre qui s'est révélé bien deçà des réalisations effectives : l'écart entre le dépassement prévu en septembre 2000 et le dépassement effectivement réalisé était de plus de 5 milliard de francs (760 millions d'euros). Il est donc légitime de s'interroger sur la fiabilité du chiffre fourni par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2001 s'agissant du dépassement de l'ONDAM en 2001.

Depuis 1998 notamment, il faut souligner, d'une année sur l'autre le caractère exponentiel de l'accélération du dépassement de l'ONDAM. Ainsi entre 1998 et 1999, la valeur du dépassement de l'ONDAM a augmenté de 15,3 % tandis qu'entre 1999 et 2000 cette valeur a connu une augmentation sensible de 53 %. Non seulement les dépenses d'assurance maladie sont en constante augmentation mais donc, d'une année sur l'autre, cette augmentation se fait à un rythme de plus en plus rapide. Apparaît ainsi un effet boule de neige symptomatique de la dérive des dépenses d'assurance maladie.

S'agissant de l'écart entre le taux d'évolution fixé dans la loi de financement et le taux d'évolution effectivement constaté, on peut remarquer qu'en moyenne, sur la période 1998-2001, l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM a été près de deux fois plus forte que ce qui avait été fixé. Seule l'année 1999 n'est pas pertinente dans la mesure où l'ONDAM fixé cette année-là n'avait pas été « rebasé ».

Taux d'évolution de l'ONDAM

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---|-------|-------|--------|-------|---------|
| <i>Taux d'évolution fixé (%)</i> | + 1,7 | + 2,3 | + 2,6 | + 2,5 | + 3,5 |
| <i>Taux d'évolution réalisé (%)</i> | + 1,5 | + 4 | + 2,64 | + 5,6 | + 5,0 * |
| <i>Rapport taux réalisé / taux fixé</i> | 0,9 | 1,74 | 1,01 | 2,24 | 1,43 |

* Prévisions

Dans l'ensemble, les dépenses d'assurance maladie se caractérisent donc pas leur dynamisme. En 1998, 2000 et 2001 les dépenses d'assurance maladie ont augmenté plus vite que le PIB, ce qui n'avait cependant pas été le cas en 1996, 1997 et 1999.

En outre, la Commission des comptes de la sécurité sociale indique dans son rapport de septembre 2001 : « *Les deux années 2000 et 2001 apparaissent comme des années de forte croissance des dépenses d'assurance maladie : plus de 5 % de croissance en moyenne en valeur, entre 3,5 et 4 % en termes réels. En dépenses remboursées comme en dépenses remboursables (à taux de remboursement constant) de tels rythmes d'augmentation n'avaient plus été observés depuis 1992-1993* ».

Si la Cour des comptes précise dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001 que, pour l'année 2000, « *l'ensemble des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM ont augmenté moins rapidement que les recettes de l'assurance maladie (5,5 % contre 6,5 %)* », il n'en reste pas moins que ces dépenses font preuve d'un dynamisme sans précédent que votre rapporteur pour avis analyse comme la conséquence de l'échec des modes de régulation des dépenses d'assurance maladie.

b) L'incertitude préoccupante des prévisions

Cette incertitude concerne à la fois les évaluations d'origine, à savoir la fixation du taux de progression de l'ONDAM dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, et les prévisions en cours d'année, effectuées et par le ministère de l'emploi et de la solidarité et par la commission des comptes de la sécurité sociale.

Les comptes du régime général d'assurance maladie en droits constatés permettent de prendre la mesure de ces sous-évaluations chroniques.

Résultats du régime général d'assurance maladie en droits constatés

| | 1999 | 2000 | 2001 |
|-----|-------------|-------------|-------------|
| MdF | - 4,8 | - 10,7 | - 6,82 |
| Md€ | - 0,73 | - 1,63 | - 1,04 |

Résultats du régime général d'assurance maladie en encaissements / décaissements

| | 1999 | 2000 | 2001 |
|-----|-------------|-------------|-------------|
| MdF | - 8,9 | - 6,1 | - 5,0 |
| Md€ | - 1,36 | - 0,93 | - 0,76 |

Il faut préciser ici que ces résultats ne tiennent pas compte de l'annulation de la créance sur le FOREC de la branche maladie au titre de l'exercice 2000.

On peut constater qu'une forte sous-évaluation des provisions sur prestations maladie en 1999 (c'est-à-dire des remboursements intervenus en 2000 pour des soins réalisés en 1999) s'est traduite par un report de charges de plus de 4 milliards de francs (630 millions d'euros) sur l'exercice 2000 en droits constatés.

En outre, la commission des comptes de la sécurité sociale précise dans son rapport de septembre 2001 que *« les évolutions des remboursements ont été affectés ces dernières années par d'importantes variations dans les délais de traitement des feuilles de soins, auxquels certaines composantes des soins de ville sont particulièrement sensibles. Ces délais s'étaient allongés en 1999 ; ils se sont ensuite réduits en 2000, contribuant à l'accélération des dépenses. Une fois corrigée de ces aléas de liquidation, la consommation en date de soins présente une évolution plus régulière, qui confirme toutefois la vive croissance des années 2000 et 2001 »*.

L'accélération au fil des ans du dépassement de l'ONDAM témoigne également des erreurs manifestes de prévision effectuées par le gouvernement lors de la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Votre rapporteur pour avis en vient même à s'interroger sur la dimension politique de cette sous-évaluation répétée : le gouvernement tablerait-t-il systématiquement sur un objectif par nature irréalisable afin de préserver l'illusion d'une possible maîtrise des dépenses d'assurance maladie ? Il est en effet toujours plus facile de constater après coup l'effectivité du dépassement plutôt que de prévoir en amont un objectif de dépenses très élevé et par là même d'avouer une incapacité à juguler ces dépenses.

**Dépenses du champ de l'ONDAM : objectifs fixés dans les lois de financement
(en septembre n-1 pour l'année n) et réalisations**

(en milliards d'euros et en %)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 (p) |
|--|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| Objectif de la loi de financement en milliards | 93,57 | 96,03 | 100,36 | 105,70 |
| Réalisation | 95,07 | 97,58 | 103,1 | 108,11 |
| Ecart entre réalisation et objectif en milliards | 1,50 | 1,55 | 2,65 | 2,41 |
| Variation constatée par rapport à l'année précédente en % | 4,0 % | 2,6 % | 5,6 % | 5,0 % |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale septembre 2001

En outre, l'absence de projet de loi de financement rectificative ou de loi de financement de règlement, c'est-à-dire l'absence de toute obligation *ex post* vis-à-vis du législateur, laisse toute marge de manœuvre au gouvernement pour fixer dans le projet de loi de financement un objectif qui sera finalement aisément dépassé. Seule innovation cependant dans le présent projet de loi, à l'article 31, une révision des objectifs de dépenses pour 2001 faisant suite à la décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 du Conseil constitutionnel sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 selon laquelle la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante peut tenir lieu de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour l'année en cours. L'objectif révisé de dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès a été fixé, après lecture à l'Assemblée nationale, à 785,60 milliards de francs (près de 120 milliards d'euros) en encaissements / décaissements.

En outre, un nouvel article 32 *bis* adopté à l'Assemblée nationale, introduit pour la première fois dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale, fixe un ONDAM révisé afin de tenir compte des prévisions de réalisation de l'ONDAM 2001 et des mesures nouvelles décidées par le gouvernement dans le projet de loi du financement qui ajoutent un milliard de francs à l'ONDAM 2001. Cet objectif révisé est fixé à 710,3 milliards de francs (108,3 milliards d'euros) en encaissements / décaissements alors même que les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001 prévoit une réalisation pour l'ONDAM 2001 de 709,2 milliards de francs (108,11 milliards d'euros).

La question de la fixation de l'ONDAM dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et des erreurs systématiques de prévision reste cependant entière. Elle s'inscrit, de plus, dans le cadre du nécessaire respect des engagements européens de la France en matière de maîtrise des dépenses publiques. C'est donc la crédibilité de la France vis-à-vis de ses partenaires européens qui est en jeu au moment de la fixation de l'ONDAM par le gouvernement.

A cet égard, le commentaire de la commission des comptes de la sécurité sociale quant à la fixation de l'objectif 2002 est éclairant : *« l'hypothèse retenue en matière de dépenses d'assurance maladie est particulièrement ambitieuse. L'objectif de 3,8 % fixé pour 2002, qui inclut le financement de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, correspond à un objectif inférieur pour les autres dépenses. Sa réalisation supposerait un freinage considérable par rapport à la tendance moyenne de deux dernières années, supérieures à 5 %. On rappelle que les objectifs fixés pour 2000 et 2001 ont été dépassés d'environ 2,5 milliards d'euros (soit 16 à 17 milliards de francs) ».*

Outre ces erreurs d'appréciation lors de la fixation de l'objectif en loi de financement, il faut également souligner les erreurs de prévision en cours d'année. La Cour des comptes le précise, à propos des dépenses de l'année 2000, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001 : *« les dépenses ont augmenté plus rapidement que ne l'indiquaient les prévisions faites en cours d'année, y compris à l'occasion de la commission des comptes de septembre 2000 ».* En effet, en septembre 2000, la commission des comptes de la sécurité sociale prévoyait un dépassement de l'ONDAM en 2000 de 13,2 milliards de francs (2 milliards d'euros) alors que le résultat définitif annoncé en septembre 2001 fait état d'un dépassement de 17,3 milliards de francs (2,64 milliards d'euros), soit une marge d'erreur de 4,1 milliards de francs (630 millions d'euros). Ainsi le dépassement constaté a été supérieur de 31 % à la prévision annoncée par la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2000.

La Cour constate également que pour l'année 2000, l'écart de prévision a concerné divers postes. En juillet 2000, le ministère de l'emploi et de la solidarité prévoyait une croissance de 6 à 7 % des médicaments remboursés et c'est ce taux, proche de celui de l'année précédente, qui a été évoqué à la commission des comptes de septembre ; en novembre, la prévision a été relevée à 9,4 % ; deux mois plus tard, le résultat apparaissait encore supérieur de 1,3 point. De même, lors de la commission des comptes de septembre, il était encore prévu que les cliniques privées, sous objectif quantifié national, respecteraient l'objectif fixé, ce qui supposait une croissance en volume de 1,25 % ; l'évolution a été en réalité de 2 %. Globalement, la croissance des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM était encore prévue lors de la même commission des comptes de septembre 2000 à un taux de l'ordre de 4 % ; ce taux s'est révélé être de 5,6 %.

La Cour des comptes souligne à cet égard que : *« sur certains postes, les écarts n'ont fait que traduire l'incertitude inhérente à toute prévision. Sur d'autres, en particulier les médicaments, la prévision annoncée était en retrait par rapport aux évolutions déjà constatables. Globalement, les prévisions faites en cours d'année n'ont que partiellement reflété l'accélération des*

dépenses liée tant à celle de la tendance qu'à celle de la pratique de la régulation ».

De même, pour l'année 2001, la prévision des dépenses du champ de l'ONDAM de la Commission des comptes de la sécurité sociale, tenant compte de l'information au 15 septembre 2001, est de 105,7 milliards d'euros (709,2 milliards de francs), en augmentation de 5 % par rapport à 2000. L'objectif fixé à la fin de l'année serait ainsi dépassé de 2,41 milliards d'euros (15,8 milliards de francs). Par rapport à l'hypothèse retenue en juin 2001 par la Commission des comptes de la sécurité sociale, le supplément de dépenses est de 1 milliard d'euros (6,56 milliards de francs), ce qui constitue à trois mois d'intervalle, une différence considérable, signe d'une vraie dérive des dépenses d'assurance maladie.

Votre rapporteur pour avis ne peut que déplorer l'ensemble de ces erreurs de prévision systématiques qui rendent de moins en moins visibles les objectifs de la politique de maîtrise des dépenses de santé menée par le gouvernement.

c) Les secteurs concernés par ces dépassements

Si, comme le constate la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2001, « *l'accélération a concerné la quasi totalité des postes de dépenses* », il faut cependant souligner que le dépassement de l'ONDAM au cours des deux dernières années provient quasi intégralement des soins de ville, au sein desquels les dépenses de médicaments connaissent la croissance la plus vive (11 % en 2000 et 7,7 % en 2001 pour les remboursements du régime général).

En 2000, l'important dépassement de l'ONDAM total et la forte augmentation des dépenses totales d'assurance maladie s'expliquent essentiellement par la croissance dynamique des dépenses de soins de ville qui dépassent leur objectif de 2,59 milliards d'euros (17 milliards de francs) avec une évolution de + 7,8 %. Au total, le dépassement s'élève à 2,65 milliards d'euros (17,38 milliards de francs) et se décompose de la façon suivante : un dépassement de 2,59 milliards d'euros sur les soins de ville, de 80 millions d'euros sur les établissements de santé et de 100 millions d'euros sur les départements d'outre-mer. Ce dépassement doit ensuite être réduit en raison de l'économie de 30 millions d'euros réalisée sur le poste des ressortissants français à l'étranger et grâce à la marge de manœuvre de 90 millions d'euros. Le dépassement sur les établissements de santé a ainsi été compensé par l'utilisation de la « *marge de manœuvre* » prévue à l'intérieur de l'ONDAM par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Ce résultat ne tient cependant pas compte de la partie des protocoles hospitaliers de mars 2000 qui a été financé par le budget de l'Etat et non par l'assurance maladie.

Les effets de champs à l'intérieur de l'ONDAM

L'évolution de la réglementation, ou des pratiques, peuvent conduire certaines dépenses à passer d'une enveloppe à l'autre au sein de l'ONDAM. Ces mouvements, qui entraînent des « effets de champ », compliquent la compréhension des évolutions décrites.

En 2000, on observe les transferts suivants :

a) Des ajustements techniques se poursuivent entre les sous-enveloppes hospitalières de l'ONDAM, comme conséquence indirecte de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 qui a mis fin au régime du prix de journée préfectoral, les établissements soumis à ce régime ayant fait l'objet de reclassement dans les deux régimes de droit commun existant (i.e. le régime conventionnel et le régime de la dotation globale de financement). Ainsi en 2000, un montant de 61 millions de francs est transféré de l'enveloppe « autres établissements sanitaires » vers les enveloppes « établissements sous dotation globale » et « cliniques privées ».

b) La conversion des établissements ex-PJP (établissements anciennement à prix de journée fixé par le préfet) en établissements sous dotation globale entraîne un transfert de 91,5 millions d'euros des soins de ville vers les établissements sous dotation globale, puisque les factures liées aux dépenses des établissements ex-PJP sont désormais rattachées à la dotation globale.

Par ailleurs, chaque année, des transferts courants permettent une bonne adaptation du système de soins aux besoins de la population. Ils correspondent souvent à des modifications de pratique des différents acteurs du système de soins : transferts d'activité internes au médico-social (enfance inadaptée et adultes handicapés vers établissements de personnes âgées, par exemple), transferts d'activité des établissements sanitaires en établissements médico-sociaux ou de cliniques en établissements sanitaires. Leur montant atteint 92 millions d'euros.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale septembre 2001

Si l'on analyse l'évolution des dépenses de soins ville de 1997 à 2001, on constate une rupture du rythme de progression de ces dépenses en 2000 avec une accélération qui se confirme en 2001.

Evolution des dépenses tous régimes sur le champ de l'ONDAM entre 1997 et 2001 (dépenses nettes de la remise de l'industrie pharmaceutique)

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Soins de ville | 1,8 % | 5,6 % | 3,7 % | 7,8 % | 6,3 % |
| Etablissements | 1,2 % | 2,4 % | 1,9 % | 3,5 % | 3,8 % |
| ONDAM Métropole | 1,5 % | 3,8 % | 2,7 % | 5,5 % | 5,0 % |
| ONDAM Total | 1,5 % | 4,0 % | 2,6 % | 5,6 % | 5,0 % |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale septembre 2001

A l'intérieur du poste de dépenses « soins de ville », la dépense remboursée de médicaments du régime général connaît la même évolution.

Evolution des dépenses de soins de ville (en date de soins)

| | 1998 | 1999 | 2000 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| Soins de ville | + 5,5 % | + 5,8 % | + 6,8 % |
| ODD | + 3,6 % | + 3,4 % | + 4,0 % |
| Médicaments (*) | + 7,3 % | + 7,8 % | + 10,1 % |
| IJ | + 6,7 % | + 5,7 % | + 7,6 % |

(*) *Brut des remises de l'industrie pharmaceutique*

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale septembre 2001

En 2000, les dépenses de pharmacie et d'indemnités journalières sont les dépenses qui augmentent le plus rapidement et qui contribuent le plus au dépassement de l'objectif (notamment le médicament). Toutefois, la croissance des honoraires des professionnels de santé (champ de l'objectif de dépenses déléguées – ODD) contribue également au dépassement de l'objectif des soins de ville.

En 2001, les dépenses de soins de ville ont continué à croître à un rythme relativement dynamique. La commission des comptes de la sécurité sociale a retenu en septembre 2001 un niveau de dépenses de soins de ville en 2001 de 50 milliards d'euros (328 milliards de francs), ce qui correspond à un dépassement de l'objectif de 2,4 milliards d'euros (15,7 milliards de francs). Les dépenses 2001 augmentent ainsi de 6,3 %.

La majeure partie de ce dépassement provient de l'évolution des soins de ville hors ODD, c'est à dire le médicament, les autres produits de santé et les indemnités journalières. Le médicament à lui seul conduirait à un dépassement de 1,1 milliard d'euros (7,2 milliards de francs) de l'enveloppe des soins de ville.

En outre, les dépenses sur le champ de l'objectif de dépenses déléguées (ODD) augmentent à un rythme trop rapide pour que l'objectif soit respecté. Ceci s'explique notamment par l'effet d'un certain nombre de mesures de nomenclature positives prises en 2000 (concernant certains actes de kinésithérapie) et en 2001 (inscription à la nomenclature d'actes dentaires). Un dépassement de 0,4 milliard d'euros (2,62 milliards de francs) est prévu en 2001, ce qui correspond à un montant de dépenses de 23,3 milliards d'euros (153 milliards de francs) et à une évolution de 4,9 %.

S'agissant de l'évolution des dépenses de médicament, la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2001 précise que « *les dépenses de la CNAMTS consacrées au médicament pour l'année 2000 ont augmenté de 11,0 %. Cette hausse s'explique d'abord par la déformation de la structure de consommation au profit des médicaments les plus chers qui sont aussi les mieux remboursés, ce qui explique la hausse tendancielle du taux moyen de remboursement* ».

En 2001, les dépenses de médicaments devraient augmenter de 7,7 %, en intégrant les premiers effets de baisse de prix négociées dans le cadre du plan médicament engagé à l'été 2001.

**Croissance de la dépense remboursée de médicaments du régime général – tous risques
(en date de remboursement)**

| | 1999 | 2000 | 2001 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Médicaments remboursés à 35 % | + 0,6 % | + 3,2 % | + 9,5 % |
| Médicaments remboursés à 65 % | + 5,4 % | + 9,1 % | + 4,9 % |
| Médicaments remboursés à 100 %* | + 8,1 % | + 14,0 % | + 10,2 % |
| Ensemble des remboursements de médicaments | + 6,3 % | + 11,0 % | + 7,7 % |

* y compris médicaments antirétroviraux et hormones de croissance

Source : Direction de la Sécurité Sociale (S/D EPF – 6 B)

B. LA BRANCHE MALADIE EN DÉSÉQUILIBRE STRUCTUREL

1. Les comptes de la CNAMTS

Votre rapporteur pour avis a déjà eu l'occasion de le souligner, la branche maladie du régime général est la seule branche déficitaire aujourd'hui. Elle est durablement et structurellement déficitaire et la croissance de ce déficit s'accélère en raison notamment de la progression continue des dépenses d'assurance maladie, progression qui a été très marquée en 2000 et 2001.

Votre rapporteur pour avis a précédemment analysé les raisons de cette progression exponentielle des dépenses d'assurance maladie. Il constate cependant que non seulement le gouvernement a échoué dans sa politique de maîtrise des dépenses de santé, mais qu'en plus il se livre à une manipulation

des recettes de la caisse nationale d'assurance maladie qui aggrave encore davantage le solde de la branche maladie du régime général.

Solde financier du régime général de l'assurance maladie en droits constatés

| | 1999 | 2000 | Évolution 2000 / 1999 (en %) | 2001 | Évolution 2001 / 2000 (en %) | 2002 | Évolution 2002 / 2001 (en %) |
|-----------------|--------|---------|------------------------------------|---------|------------------------------------|---------|---------------------------------------|
| Charges | 98.374 | 103.876 | + 5,6 | 108.944 | + 4,9 | 113.865 | + 4,5 |
| Produits | 97.643 | 102.241 | + 4,7 | 107.902 | + 5,5 | 111.862 | + 3,7 |
| MDF | - 4,79 | - 10,69 | | - 6,82 | | - 13,12 | |
| MD€ | - 0,73 | - 1,63 | | - 1,04 | | - 2,00 | |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale septembre 2001

En effet, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, dans ses articles 5 et 6, modifie de manière rétroactive et au titre de l'exercice comptable à venir, le montant des recettes affectées au régime général d'assurance maladie, ce qui contribue grandement à creuser le déficit déjà structurel de la branche maladie.

Au titre de l'année 2000, l'article 5 du présent projet de loi de financement prévoit ainsi l'annulation de la créance de la branche maladie sur le FOREC à hauteur de 984 millions d'euros (6,45 milliards de francs). En droits constatés, en 2000, le déficit de la branche maladie, avant annulation de créance, était arrêté selon les chiffres de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001 à 1,63 milliard d'euros (10,7 milliards de francs). Après annulation rétroactive de cette créance, la branche maladie est désormais déficitaire en 2000, en droits constatés, de 2,62 milliards d'euros (près de 17,2 milliards de francs).

**Solde financier du régime général de l'assurance maladie en droits constatés
après annulation de la créance du FOREC**

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 (p) |
|-----|--------|----------|--------|----------|
| MDF | - 4,79 | - 17,125 | - 6,82 | - 13,12 |
| MD€ | - 0,73 | - 2,61 | - 1,04 | - 2,00 |

Au titre de l'année 2001, l'article 6 du présent projet de loi de financement prévoit une mesure rétroactive au 1^{er} janvier 2001 se traduisant par un reversement de la CNAMTS au FOREC du produit des droits de consommation sur les alcools perçus par cette caisse en 2001 (45 % de ces droits lui sont actuellement affectés). Le montant de ce reversement doit être fixé par arrêté interministériel mais le gouvernement prévoit dans l'exposé des motifs du présent projet de loi de financement un montant de 908 millions d'euros (5,95 milliards de francs). Dès lors, après transfert de ces droits de la CNAMTS vers le FOREC, le déficit de la branche maladie en 2001, en droits constatés, s'élève à 1,95 milliard d'euros (12,8 milliards de francs).

Enfin, au titre de l'année 2002, l'article 6 du présent projet de loi de financement prévoit divers transferts de recettes fiscales entre le FOREC et le régime général d'assurance maladie :

- le transfert du produit de la cotisation additionnelle sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur de la CNAMTS vers le FOREC pour un montant attendu en 2002 de 899,45 millions d'euros (5,9 milliards de francs) ;

- le transfert au FOREC des droits indirects sur les alcools affectés à la CNAMTS pour un montant de 887 millions d'euros (5,82 milliards de francs) en 2002 ;

- enfin, le transfert à la CNAMTS des droits indirects sur les tabacs affectés au FOREC, pour un montant de 549 millions d'euros (3,6 milliards de francs) en 2002.

Au total, ces transferts aboutissent à une perte de recettes de l'ordre de 1.237,45 millions d'euros, soit 8,12 milliards de francs, pour la CNAMTS.

Pour 2002, la commission des comptes de la sécurité sociale prévoit un déficit de la CNAMTS en droits constatés de 2 milliards d'euros (13,12 milliards de francs). A cet égard, le rapport du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale précise que *« le compte établi pour 2002 n'a pas le même statut que le précédent. A la différence de 2001, il ne peut être qualifié de « prévision ». Il s'agit d'un compte intermédiaire dont l'objet est de servir de référence à la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale. Mais ce n'est pas tout à fait un compte tendanciel qui s'efforcerait de représenter les évolutions les plus probables en l'absence de mesures nouvelles puisque il est contraint sur certains points, dont le plus notable est l'évolution des dépenses d'assurance maladie »*.

Le gouvernement aurait été bien inspiré d'étudier de manière approfondie les comptes présentés par la commission des comptes de la sécurité sociale avant d'avoir recours à ces transferts de recettes fiscales

destinées à alimenter le FOREC, donc *in fine* à financer sa politique de réduction du temps de travail.

Solde financier du régime général de l'assurance maladie en droits constatés, une fois prises en compte toutes les mesures fiscales et comptables contenues dans le PLFSS 2002 affectant la branche maladie

| | 1999 | 2000 | 2001 |
|-----|--------|----------|---------|
| MDF | - 4,79 | - 17,125 | - 12,77 |
| MD€ | - 0,73 | - 2,61 | - 1,95 |

S'agissant de l'année 2002, l'annexe c au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, précise l'impact sur le régime général de l'assurance maladie des mesures nouvelles contenues dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale :

Impacts sur le régime général

| | <i>(En millions d'euros)</i> |
|--|------------------------------|
| | CNAM MALADIE |
| Résultat net 2002 avant mesures nouvelles | - 2.002 |
| Recettes 2002 | + 153,7 |
| Prise en charge de cotisations FOREC | + 1.133,2 |
| Taxes médicament | + 100,0 |
| Transfert tabac | + 557,5 |
| Alcools (art. 403) | - 885,0 |
| Taxe auto | - 899,4 |
| Cotisations | - 5,0 |
| Transfert AT vers maladie | + 152,4 |
| Dépenses 2002 | + 170,6 |
| Transferts régimes intégrés | - 58,4 |
| Transfert AT vers maladie | |
| Coup de pouce 0,3 % sur les pensions | + 9,0 |
| FMES | + 110 |
| Prévention bucco-dentaire | + 50 |
| Aléa thérapeutique | + 40 |
| Autistes | + 20 |
| Résultat net après mesures nouvelles | - 2.018,9 |

Source : annexe c au PLFSS 2002 et PLFSS 2002

2. Les objectifs de dépenses de la branche maladie en 2002

a) L'objectif de dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès (articles 30 et 31)

L'article 30 du présent projet de loi de financement fixe pour 2002, en droits constatés, l'objectif de dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès à 125,27 milliards d'euros, soit 821,72 milliards de francs. Ce montant a été modifié à l'Assemblée nationale puisqu'il était initialement fixé par le présent projet de loi de financement à 125,05 milliards d'euros.

L'augmentation de 0,22 milliards d'euros décidée à l'Assemblée nationale se décompose ainsi :

- 0,04 milliard d'euros au titre du financement du futur dispositif d'indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques.

A ce égard, votre rapporteur pour avis souhaite rappeler que le projet de loi sur le droit des malades, qui sera discuté au Sénat en janvier 2002, met en place une procédure de règlement des litiges amiables et prévoit l'indemnisation de l'aléa thérapeutique. Les indemnités seront versées par un établissement public placé sous tutelle du ministre délégué à la santé, créé à cet effet : l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Les recettes de cet office proviendront notamment d'une dotation des régimes d'assurance maladie et des produits des recours exercés éventuellement contre les responsables du dommage. Au total, le coût du dispositif est évalué à environ 1,5 milliard des francs par an (0,23 milliard d'euros). Dès lors, l'inscription de 0,04 milliard d'euros supplémentaires à ce titre dans le présent projet de loi sera insuffisante pour couvrir les dépenses engendrées l'année prochaine par la mise en place de ce dispositif ;

- 0,11 milliard d'euros au titre de la dotation majorée du régime d'assurance maladie au FMES pour 2002 ;

- 0,02 milliard d'euros au titre du financement de la création de places nouvelles dans les établissements accueillant les enfants et adultes souffrant d'autisme et les personnes polyhandicapées ;

- 0,05 milliard d'euros au titre du financement de la mise en place d'un examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants de six à douze ans.

En outre, et pour la première fois dans une loi de financement de la sécurité sociale, l'article 31 fixe pour 2001, en encaissements / décaissements, un objectif révisé de dépenses de cette branche à 785,60 milliards de francs (119,76 milliards d'euros). Ce montant résulte lui-même d'une modification

votée à l'Assemblée nationale, puisque le projet de loi de financement mentionnait initialement un objectif révisé de 784,30 milliards de francs.

L'augmentation votée de 1,3 milliard de francs résulte de la prise en compte de la majoration de 300 millions de francs de la dotation des régimes d'assurance maladie au FMES au titre de l'année 2001 ainsi que l'abondement de l'ONDAM hôpitaux à hauteur d'un milliard de francs au titre de l'année 2001.

Les deux objectifs étant présentés selon des systèmes de comptabilité différents, il n'est pas vraiment possible de les comparer.

Votre rapporteur pour avis souhaite toutefois souligner qu'il accueille favorablement l'effort de clarification consenti, sous la contrainte du Conseil constitutionnel, par le gouvernement en fixant rétrospectivement un objectif révisé de dépenses de la branche maladie du régime général.

b) L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (articles 32 et 32 bis)

En 2002, le passage en droits constatés constitue un changement majeur dans la définition des objectifs de dépenses d'assurance maladie. L'ONDAM en droits constatés se distingue de l'ONDAM en encaissements / décaissements par l'existence d'un provisionnement des dépenses correspondant aux soins effectués au cours de l'année considérée et qui seront liquidées les années suivantes. Ainsi, en droits constatés, les dépenses d'une année doivent refléter les consommations de soins de cette même année. La progression des dépenses révèle alors la réalité de la progression des consommations : il n'y a plus d'écart entre l'activité des professionnels et les dépenses sous objectifs comme c'est le cas dans une comptabilité en encaissements / décaissements. Les difficultés liées aux aléas de liquidation devraient également être supprimées.

Pour la première fois en 2002, le montant de l'ONDAM est donc fixé en droits constatés. A cet égard, la commission des comptes de la sécurité sociale précisait dans son rapport de septembre 2001 « *dans l'attente du vote de la loi de financement, l'hypothèse retenue dans les comptes est celle d'un montant de dépenses nettes de la contribution conventionnelle de l'industrie pharmaceutique de 112,62 milliards d'euros. Ceci correspond à une augmentation de 3,8 % des dépenses par rapport à un objectif 2001 recalculé en droits constatés et rebasé en fonction des prévisions actuelles de dépenses sur l'année 2001* ».

Le montant de l'ONDAM en droits constatés est supérieur au montant calculé en encaissement / décaissement. En effet une partie des dépenses de santé de l'année sont liquidées dans les premières semaine de l'année suivante.

Compte tenu de la croissance tendancielle de la consommation de soins, l'écart constaté correspond à environ 350 millions d'euros.

L'article 32 du présent projet de loi de financement fixait initialement le montant de l'ONDAM pour 2002, en droits constatés, à 112,62 milliards d'euros, soit une progression de 3,8 % par rapport à l'ONDAM 2001 réalisé et lui-même recalculé en droits constatés.

La commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2001 avait souligné le caractère irréaliste de cet objectif : *« l'hypothèse retenue en matière de dépenses d'assurance maladie est particulièrement ambitieuse. L'objectif de 3,8 % fixé pour 2002, qui inclut le financement de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, correspond à un objectif inférieur pour les autres dépenses. Sa réalisation supposerait un freinage considérable par rapport à la tendance moyenne des deux dernières années, supérieure à 5 %. On rappelle que les objectifs fixés pour 2000 et 2001 ont été dépassés d'environ 2,5 milliards d'euros (soit 16 à 17 milliards de francs) ».*

Votre rapporteur pour avis partage pleinement l'analyse fournie par la commission des comptes de la sécurité sociale.

Le chiffre initial de l'ONDAM 2002 (112,62 milliards d'euros) incluait une progression des soins de ville de 3 % par rapport aux dépenses réalisées en 2001, ce qui ferait passer l'enveloppe de 50 milliards d'euros (328 milliards de francs) à 51,5 milliards d'euros (337,8 milliards de francs).

Cet ONDAM prévoyait également une progression du budget des établissements sanitaires publics de 4,8 % en 2002 au lieu de 3,4 % en 2001. Le quart de cette progression (550 millions d'euros soit 3,6 milliards de francs) devait servir à financer la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Les dépenses hospitalières devront également intégrer l'abondement à hauteur de 30 millions d'euros (200 millions de francs) de l'enveloppe destinée à financer l'arrivée de nouvelles molécules pour lutter contre le cancer et la polyarthrite rhumatoïde. Par ailleurs, une dotation supplémentaire de 230 millions d'euros (1,5 milliard de francs) est prévue pour l'innovation thérapeutique.

Le budget des cliniques privées augmenterait de 3,5 %. Il doit permettre, d'après le gouvernement, de financer la poursuite du plan pluriannuel de convergence des rémunérations des salariés du secteur privé et public, dans la logique de l'accord signé le 4 avril 2001 sur l'évolution des tarifs des cliniques privées. Qu'il soit cependant permis à votre rapporteur pour avis d'en douter, dans la mesure où l'objectif de création de 45.000 postes dans les hôpitaux publics d'ici trois ans, risque d'aggraver les distorsions de rémunérations entre secteur public et secteur privé.

L'évolution proposée du budget des établissements médico-sociaux a été fixée à 4,8 %. Ce taux a été calculé sur le fondement d'un ONDAM rebasé à la baisse par rapport à celui adopté par le Parlement. En effet, pour ce secteur, les dépenses en exécution ont été plus faibles que prévues. L'enveloppe pour 2002 inclura la poursuite du plan pluriannuel de création de places pour adultes lourdement handicapés avec l'inscription de 35,06 millions d'euros (230 millions de francs) ainsi que le deuxième volet du plan triennal 2001-2003 en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés pour un montant de 34,30 millions d'euros (225 millions de francs). Votre rapporteur pour avis doute du réalisme d'un tel objectif de progression, dans la mesure où le poids de certains contentieux, la mise en place d'un compte épargne temps et l'augmentation de l'indemnité de précarité des personnes employées sur des contrats à durée déterminée feront peser sur le secteur des charges très importantes.

L'ONDAM 2002 finalement voté à l'Assemblée nationale est supérieur à celui qui avait été fixé initialement par le gouvernement. Il s'établit désormais à 112,77 milliards d'euros, soit une augmentation de 0,15 milliard d'euros, qui se décomposent de la manière suivante :

- 0,08 milliard d'euros supplémentaires afin de prendre en compte la mise en place du nouveau régime de couverture des accidents du travail des exploitants agricoles ;

- 0,02 milliard d'euros supplémentaires afin de prendre en compte les mesures nouvelles annoncées lors de la discussion du présent projet de loi en faveur des autistes ;

- 0,05 milliard d'euros supplémentaires afin de financer la mise en place d'un examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants de six à douze ans.

Dès lors, la croissance de l'ONDAM 2002 par rapport aux dépenses réalisées en 2001 est de 3,9 % et non plus 3,8 % comme initialement prévu par le gouvernement.

Votre rapporteur apprécie certes l'effort du gouvernement pour essayer d'ajuster son objectif de dépenses aux mesures mises en œuvre, cependant il estime, au même titre que la commission des comptes de la sécurité sociale, que cet objectif de même nom ne correspond pas à la réalité tendancielle de la progression des dépenses d'assurance maladie. Il paraît évident, en l'état actuel des choses et en l'absence de réelle politique de maîtrise de dépenses de santé, que l'ONDAM 2002 sera dépassé, comme il l'a été tous les ans depuis 1998.

En outre, cette année le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 innove puisqu'il fixe pour la première fois, à l'article 32 *bis*, un objectif révisé de dépenses d'assurance maladie (un « ORDAM ») pour l'année précédente. Ainsi, pour 2001, en encaissements / décaissements, l'objectif révisé des dépenses d'assurance maladie est fixé à 710,3 milliards de francs. Ce montant intègre le soutien accordé aux établissements de santé financé par la dotation globale avec une majoration d'un milliard de francs de l'ONDAM 2001. Il s'agit bien sûr de l'ONDAM effectivement réalisé (709,2 milliards de francs) et non de l'ONDAM voté en loi de financement l'année dernière.

Comme son prédécesseur l'avait réalisé l'année dernière, votre rapporteur pour avis a souhaité dresser le tableau récapitulatif suivant, mobilisant à la fois les données du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale datant de septembre 2001 et les données contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, ainsi que les lois de financement de la sécurité sociale antérieures.

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

(en milliards d'euros)

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Objectif voté | 91,50 | 93,57 | 96,03 | 100,36 | 105,70 | 112,77 |
| Objectif « rebasé » | - | 93,50 | 97,54 | 102 | 108,56 | 115,25 |
| Objectif révisé en PLFSS n+1 | - | - | - | | 108,28 | - |
| Objectif réalisé | 91,39 | 95,07 | 97,58 | 103,1 | 108,11 | - |
| Evolution votée (en %) (1) | - | + 2,3 | + 2,6 | + 4,5 | + 5,3 | + 6,6 |
| Evolution « rebasée » (en %) (2) | - | + 2,4 | + 4,3 | + 5,7 | + 6,6 | - |
| Evolution réalisée (en %) (3) | - | + 4 | + 2,6 | + 5,66 | + 4,86 | - |

* *Prévisions.*

Source : *Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001 et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.*

(1) *L'évolution « votée » correspond au pourcentage de variation entre l'objectif voté de l'année n et l'objectif voté de l'année (n - 1).*

(2) *L'évolution « rebasée » correspond au pourcentage de variation entre l'objectif réalisé de l'année n et l'objectif rebasé de l'année (n - 1).*

(3) *L'évolution « réalisée » correspond au pourcentage de variation entre l'objectif réalisé de l'année n et l'objectif réalisé de l'année (n - 1).*

La lecture de ce tableau montre tout à la fois la complexité des concepts et de leur utilisation, et l'absence totale de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Le concept le plus éloigné de la réalité – l'ONDAM voté – n'a par exemple pas cessé de dériver depuis 1998 sur un rythme toujours croissant. Il en va de même pour l'ONDAM « rebasé ». Quant à l'ONDAM réalisé, il aura augmenté de 1997 à 2001 de 16,72 milliards d'euros, soit une hausse de 18,30 % en cinq ans. Ce simple chiffre interdit au gouvernement de se targuer d'un bilan favorable en matière d'assurance maladie.

C. UNE SECTION « MALADIE » DU PLFSS 2002 EN TROMPE L'ŒIL

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 présenté par le gouvernement en conseil des ministres le 10 octobre 2001 ne comportait, pour la branche maladie, qu'une section composée de dix articles (articles 10 à 18). Il était alors apparu à votre rapporteur pour avis comme une simple « coquille vide », regroupant des mesures parcimonieuses et de faible portée, tant s'agissant des soins de ville que des cliniques privées, de l'hôpital public ou des établissements médico-sociaux.

Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, le nombre d'articles inclus dans la section « Branche maladie » a plus que doublé : douze articles ont été rajoutés. Pour autant, votre rapporteur pour avis ne considère pas que ces nouveaux articles permettent une amélioration significative du texte présenté par le gouvernement et estime que les réformes qui s'imposent ne se trouvent pas dans ce texte.

1. La politique du médicament (articles 10, 11, 11 bis, 11 ter, 12 et 12 bis), ou comment le gouvernement tente de « sauver la face »

a) Le contexte

Comme votre rapporteur pour avis a déjà eu l'occasion de le souligner, les dépenses de médicament ont constitué, en 2000 et 2001 notamment, une des principales causes de l'accélération des dépenses d'assurance maladie et du dépassement de l'ONDAM.

En date de soins, l'augmentation des dépenses de médicaments entrant dans le champ de l'ONDAM a été respectivement de 7,3 % en 1998, 7,8 % en 1999 et de 10,1 % en 2000, ce qui constitue une accélération significative du niveau des dépenses de médicaments. En date de remboursement, les dépenses de médicaments entrant dans le champ de l'ONDAM se sont élevées, hors remise de l'industrie pharmaceutique, à 15,1 milliards d'euros (99 milliards de francs) en 2000 contre 13,7 milliards

d'euros (90 milliards de francs) en 1999, soit une très forte progression de l'ordre de 10,4 %. L'accélération est sensible par rapport à 1999 où l'on enregistrait déjà une augmentation de 5,5 % par rapport à 1998 (en encaissements / décaissements).

En date de remboursement, les dépenses de la CNAMTS consacrées au médicament, c'est-à-dire la dépense remboursée de médicaments du seul régime général, pour l'année 2000 ont augmenté de 11 %.

En 2001, les dépenses de médicaments remboursés du régime général augmenteraient de 7,7 %, en intégrant les premiers effets des baisses de prix négociées dans le cadre du plan médicament engagé à l'été 2001. Les dépenses de médicaments remboursés à 35 % augmenteraient fortement et ceux à 65 % faiblement en raison de l'alignement des taux de remboursement des vasodilatateurs. Le médicament remboursé à 100 % poursuivrait une progression rapide (+ 10,2 %) mais inférieure à celle constatée en 2000 (+ 14 %).

Les mesures relatives à la politique du médicament contenues dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale s'inscrivent dans le cadre du « plan médicament » présenté par le gouvernement le 7 juin 2001. Elles constituent cependant, selon votre rapporteur, une traduction décevante des bonnes intentions affichées alors par le gouvernement.

Le « plan médicament » présenté par le gouvernement le 7 juin 2001

Le 7 juin 2001, la ministre de l'emploi et de la solidarité a présenté le contenu d'un plan médicament destiné à «favoriser le bon usage du médicament, le développement des génériques et l'efficacité de la régulation des dépenses pharmaceutiques ainsi qu'à améliorer l'usage du médicament à l'hôpital», avec un objectif d'économies de 4 à 5 milliards de francs (0,61 à 0,76 milliards d'euros) en année pleine.

1- La promotion du bon usage du médicament repose sur l'information des patients, l'information et le dialogue avec les praticiens et l'évaluation des produits et des pratiques.

a- L'information des praticiens par les pouvoirs publics reposera sur le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique, dont le décret d'application a été soumis au conseil d'administration de la CNAMTS en vue de sa publication. Les avis de la commission de la transparence seront désormais publiés dès leur approbation.

b- Un groupe de travail a été mis en place en vue d'aboutir à une charte de qualité des logiciels d'aide à la prescription.

c- Les accords de bon usage négociés par la CNAMTS avec les prescripteurs vont notamment concerner la limitation des prescriptions d'antibiotiques ainsi que les prescriptions aux personnes de plus de 65 ans et les interactions médicamenteuses.

d- L'observatoire des prescriptions a repris ses activités sur la base d'une lettre de mission en date du 6 juin 2001.

e- Le comité de coordination mis en place par le ministre délégué à la santé mène un travail de relance de la production et de la diffusion de recommandations de bonnes pratiques cliniques.

f- L'évaluation des conditions de prescription des nouveaux médicaments et la place qu'ils prennent dans les stratégies thérapeutiques sera développée dans le cadre conventionnel avec les entreprises, afin de renforcer les exigences de suivi de la prescription et de mieux définir les cas dans lesquels l'innovation constitue un progrès en termes de meilleure efficacité ou de limitation des effets indésirables.

2- Le développement des ventes de médicaments génériques devrait procurer une économie brute estimée à 152 millions d'euros (1 milliard de francs) en 2001 contre 91 millions d'euros (600 millions de francs) en 2000. Ce développement demeure insuffisant.

Afin de soutenir la progression des génériques diverses mesures sont en cours :

- une campagne d'information associant l'Etat, l'assurance maladie de la mutualité sera mise en œuvre au début de l'année 2002 ;

- le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 comporte un article relatif à la possibilité ouverte aux médecins de prescrire en dénomination commune internationale ;

- la renégociation de l'accord entre l'Etat et les pharmaciens est en cours : une relance de la substitution est recherchée qui pourrait procurer une économie nette supplémentaire de 122 millions d'euros (800 millions de francs) ;

- les procédures d'inscription sur le répertoire des groupes génériques ont été simplifiées par le décret n° 2001-768 du 27 août 2001. Les actualisations du répertoire seront désormais publiées par l'AFSSAPS.

3- Les instruments de régulation mis en place en 1997 doivent être renforcés. Le comité économique des produits de santé a procédé au mois de juillet à des baisses de prix des médicaments à service médical rendu insuffisant ainsi que de certains médicaments des volumes de ventes importants et donc coûteux pour l'assurance maladie, sur la base d'un objectif de 0,37 milliard d'euros (2,4 milliards de francs) d'économies. Entre le 26 juillet et le 29 août 2001, neuf avis ont été publiés au *Journal officiel* et déterminent un nouveau prix pour plus de 700 spécialités, en application des conventions conclues entre les laboratoires concernés et le comité économique des produits de santé.

Des discussions sont en cours avec les pharmaciens afin d'ajuster l'évolution de leur marge en application de l'accord de 1999. En outre, une mission de l'inspection générale des affaires sociales devrait faire prochainement le bilan des pratiques actuelles en matière de régulation de la publicité pharmaceutique et du dispositif de régulation.

La réévaluation du service médical rendu (SMR) des médicaments, commencée par la commission de la transparence à la mi-1999, s'est achevée en avril 2001. Sur les 4.490 spécialités examinées, 2.815 soit 62,7 % ont un niveau de SMR majeur ou important, 840 soit 18,7 % ont un niveau de SMR modéré ou faible et 835 soit 18,6 % ont un niveau de SMR insuffisant. Les baisses de prix sur les 835 médicaments à SMR insuffisant seront poursuivies l'année prochaine. Par ailleurs, le réaménagement des taux de remboursement, dans la perspective d'assurer la cohérence des niveaux de prise en charge en fonction du niveau du SMR, sera poursuivi.

4- **Des mesures destinées à améliorer l'usage du médicament à l'hôpital** et notamment les procédures d'achat sont également engagées dans le but de :

- renforcer au sein des établissements de santé les procédures de qualité, notamment à travers les comités du médicament : une enquête sur le fonctionnement des comités sera lancée fin 2001 ; l'arrêté sur les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière a été publié le 22 juin 2001 ;

- mettre en place un dispositif de suivi des actions au niveau régional, sur la base d'une expérimentation réalisée en région Provence Alpes Côte d'Azur ;

- engager un travail sur l'amélioration des systèmes d'information et de suivi sur le médicament à l'hôpital ;

- mettre en place des groupements d'achat utilisant les opportunités offertes par le nouveau code des marchés publics ;

- soumettre à la consultation le décret relatif aux procédures de rétrocession hospitalière.

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité.

b) Une mesure visant au développement des médicaments génériques (article 10) : c'est si peu...

(1) Le dispositif proposé

L'article 10 du présent projet de loi de financement ouvre la possibilité aux médecins de prescrire en dénomination commune internationale (DCI) tout en précisant, dans le code de la santé publique, les modalités de délivrance d'un médicament par le pharmacien lorsqu'il se trouve face à une prescription médicale ne comportant pas de dénomination de spécialité mais une dénomination commune internationale.

Il s'agit d'une mesure qui était recommandée par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2001 dans le but de favoriser le développement des médicaments génériques. En outre, cette mesure avait été annoncée au mois de juin dernier par le gouvernement à l'occasion de la présentation du « plan médicament » précité.

L'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait institué un droit de substitution pour le pharmacien, c'est-à-dire la possibilité pour lui de substituer à un médicament prescrit en nom de spécialité un médicament générique.

Le présent article modifie l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. Il s'agit de permettre, d'une part, au médecin de prescrire un médicament en DCI, d'autre part, au pharmacien, lorsqu'il se trouve face à une prescription libellée en dénomination commune, de délivrer une spécialité appartenant à un groupe générique, lorsque la DCI prescrite est incluse dans le répertoire des génériques, et conforme à la prescription. Le pharmacien indique sur la prescription le nom de la spécialité délivrée. En outre, le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

De plus, lorsque le pharmacien délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme à la prescription ne peut être supérieur à un montant déterminé par voie conventionnelle, conformément aux dispositions de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, ou à défaut par arrêté ministériel. Il s'agit d'obliger le pharmacien, qui se trouve face à une prescription en DCI, à choisir parmi les médicaments les moins chers.

(2) Les enjeux du dispositif

(a) Un développement insuffisant du marché des génériques

Le développement de l'utilisation des médicaments génériques est un des enjeux majeurs de la politique du médicament aujourd'hui. Votre rapporteur pour avis, s'il approuve, dans ses grandes lignes, le dispositif mis en place par l'article 10 du présent projet de loi de financement et la possibilité pour un médecin de prescrire en DCI, ne peut que regretter la faible portée de la mesure eu égard aux efforts qu'il reste à accomplir.

La ministre de l'emploi et de la solidarité le rappelait elle-même lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale le 20 septembre 2001 : « *le développement du générique reste très insuffisant mais il est réel* ». Votre rapporteur pour avis ne peut que constater lui aussi le caractère insuffisant du développement du recours au générique. En revanche il reste plus dubitatif sur la réalité même de ce développement.

La Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale en 2001, fait le même constat : « *les génériques progressent lentement* ». Les statistiques fournies dans ce rapport soulignent que les médicaments génériques sont passés de 1,8 % du marché des médicaments en France en 1998 à 2,4 % début 2001 et 2,9 % fin avril (en valeur).

Le plan de février 1998 avait fixé pour objectif de doubler la part des génériques dans la consommation pharmaceutique entre début 1998 et fin 1999 et prévoyait quatre mesures pour développer les génériques :

- l'achèvement du répertoire des génériques (réalisé mais d'efficacité limitée) ;

- le contrôle de la qualité de tous les génériques (le contrôle des 623 spécialités *princeps* et génériques inscrits au répertoire a été achevé en 1999) ;

- le droit de substitution (décret paru en juin 1999) ;

- et l'incitation des industriels à promouvoir les génériques : des incitations financières ont été décidées (réforme des marges des officines en 1999 qui a institué l'égalité de la marge entre *princeps* et génériques ; relèvement du plafond des remises versées par les laboratoires aux pharmacies ; exemption des remises quantitatives de fin d'année dues par les laboratoires à l'assurance maladie ; exonération de la taxe sur les ventes directes aux officines et abattement de 30 % sur la taxe frappant les dépenses de promotion.

Cependant l'objectif de doublement de la part de marché des génériques, soit une substitution de 35 % du répertoire des génériques, n'a pas été atteint.

Début 2001, le marché des médicaments « généricables » s'élève, certes, à 13 milliards de francs (2 milliards d'euros), soit 13,7 % du marché pharmaceutique français. Mais il se répartit entre 10,7 milliards de francs (1,6 milliards d'euros) de *princeps* (241 spécialités) et 2,3 milliards de francs (0,4 milliard d'euros) de génériques (972 spécialités). Les ventes de génériques proprement dits ne représentent donc que 17,7 % du chiffre d'affaires des classes généricables.

**Evolution du chiffre d'affaires hors taxes
remboursable des laboratoires**

| En millions de francs | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Chiffres d'affaires hors taxes des laboratoires | 71 498 | 75 179 | 80 188 | 87 670 |
| <i>dont génériques</i> | <i>nr</i> | <i>1 344</i> | <i>1 605</i> | <i>2 405</i> |
| <i>dont nouveaux médicaments</i> | <i>nr</i> | <i>830</i> | <i>869</i> | <i>890</i> |
| En millions d'euros | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Chiffres d'affaires hors taxes des laboratoires | 10 900 | 11 461 | 12 225 | 13 365 |
| <i>dont génériques</i> | <i>nr</i> | <i>205</i> | <i>245</i> | <i>367</i> |
| <i>dont nouveaux médicaments</i> | <i>nr</i> | <i>127</i> | <i>133</i> | <i>136</i> |
| Evolution en % | 1998 | 1999 | 2000 | |
| Chiffre d'affaires hors taxes des laboratoires | 5,1 % | 6,7 % | 9,3 % | |
| <i>dont génériques</i> | | 19,4 % | 49,9 % | |

Source GERS

(b) Des obstacles multiples à ce développement

La Cour des comptes a analysé les raisons de ce développement insuffisant. Parmi les obstacles identifiés, elle mentionne notamment la réticence des patients au changement d'habitudes, la stratégie financière des laboratoires pharmaceutiques non spécialisés dans le générique et à plus long terme la concurrence financière entre les laboratoires fabriquant des *princeps* et des génériques, jouant sur les remises accordés aux pharmaciens, et ceux spécialisés dans les génériques purs.

(c) Les mesures préconisées par la Cour des comptes

Dans le but de développer davantage les génériques, la Cour des comptes recommande deux mesures :

- la publication mensuelle et sans délai du répertoire des génériques ;

- l'autorisation de prescrire les médicaments en dénomination commune internationale (DCI) dont fait l'objet l'article 10 du présent projet de loi de financement et qui reporte donc le choix de la marque du médicament des médecins vers les pharmaciens.

Votre rapporteur pour avis, en accord avec les recommandations de la Cour des comptes, ne peut qu'approuver la mesure ainsi proposée par le gouvernement. Toutefois, il reste prudent quant aux résultats attendus de cette mesure en termes de développement proprement dit du marché des génériques. En outre, il ne peut que s'étonner devant les propos tenus par le ministre délégué à la santé, au moment de la discussion du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, s'agissant de la DCI et en réponse à un collègue député qui l'interpellait : « *il s'agit d'un sujet complexe et je suis moins convaincu que vous de son efficacité, mais nous allons essayer et nous verrons bien* ». Votre rapporteur pour avis regrette une attitude aussi défaitiste de la part du ministre délégué à la santé.

De plus, votre rapporteur note avec intérêt la disposition adoptée à l'Assemblée nationale (article 11 *ter*) selon laquelle le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement.

c) Des mécanismes de régulation tarifaire souvent inadaptés

(1) Des mécanismes de régulation *a priori*

(a) Un développement des génériques au meilleur coût pour l'assurance maladie (article 10)

Comme votre rapporteur l'a déjà souligné, l'article 10 du présent projet de loi de financement précise que lorsque le pharmacien se trouve en présence d'une prescription en DCI, il lui est imposé de délivrer la spécialité dont l'écart de prix avec la spécialité la moins chère conforme à la prescription ne peut excéder un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.

(b) Le relèvement du barème de taxation des dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques (article 11)

L'article 11 du présent projet de loi de financement prévoit le relèvement du barème de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques à l'occasion de leurs dépenses promotionnelles en vertu des articles L. 245-1 à L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Ces dépenses promotionnelles sont constituées par les frais de prospection et d'information des praticiens, c'est-à-dire les frais de visite médicale, les dépenses d'échantillonnage, de publicité, au sein de la presse médicale notamment, et d'organisation de congrès médicaux. Un abattement de 30 % de l'assiette intervient pour les médicaments génériques (article L. 245-2 du code de la sécurité sociale).

Actuellement, et depuis la loi de financement pour la sécurité sociale pour 1998, pour le calcul de cette contribution, un barème de quatre taux s'applique par tranche de part de l'assiette correspondant au rapport entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes des laboratoires. Quatre tranches ont été définies :

- pour un rapport inférieur à 10 %, le taux de la contribution s'élève à 9,5 % de l'assiette ;
- pour un rapport égal ou supérieur à 10 % et inférieur à 12 %, le taux de la contribution qui s'applique est de 15 % ;
- pour un rapport égal ou supérieur à 12 % et inférieur à 14 %, le taux s'élève à 18 % ;
- pour un rapport égal ou supérieur à 14 %, le taux qui s'applique est de 21 %.

En 2000, le rendement de cette contribution s'est élevé à 202,5 millions d'euros (1,33 milliard de francs), soit une progression de 32,7 % par rapport au montant de la contribution recouvré en 1997.

Le présent projet de loi propose d'augmenter ces différents taux, pour chaque tranche, respectivement à 10,5 %, 17 %, 25 % et 31 %. L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à maintenir le taux de la première tranche à 9,5 %.

Le gouvernement présente ce relèvement du barème de taxation des dépenses promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques comme un moyen d'infléchir l'activité promotionnelle de ces laboratoires et donc de freiner la progression des dépenses de médicaments remboursables induite par la forte croissance du chiffre d'affaires hors taxes de l'industrie pharmaceutique.

Il sera cependant permis à votre rapporteur pour avis de rappeler, d'une part, que les dépenses promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques représentent 14,5 % de leur chiffre d'affaires, la progression des dépenses de médicaments remboursables ne peut donc être imputée à la seule activité promotionnelle des laboratoires, d'autre part, qu'entre 1999 et 2000, le chiffre d'affaires de ces laboratoires a augmenté de 9,3 % dont une augmentation de 49,9 % du chiffre d'affaires liée aux seuls médicaments génériques, ce qui prouve le dynamisme des laboratoires pharmaceutiques dans la volonté de promotion du générique. Le gouvernement ne peut donc pas, à la fois se targuer de mener une politique de développement du médicament générique, et taxer les laboratoires qui engageraient des dépenses promotionnelles notamment pour faire connaître leurs innovations en matière de génériques.

A cet égard, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à augmenter le taux de l'abattement de l'assiette prévue pour les médicaments génériques de 30 % à 40 %. Votre rapporteur pour avis estime cependant, qu'étant donné l'accroissement du barème de taxation des dépenses promotionnelles prévu par l'article 11 du présent projet de loi de financement, ce nouveau taux d'abattement ne sera pas suffisant pour épargner le niveau de ces dépenses consacrées aux génériques.

En outre, l'Assemblée nationale a également adopté un amendement visant à introduire un abattement de l'assiette de 3 % du montant des rémunérations versées au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, à savoir les personnes qui pratiquent de l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments et qui sont tenues à une obligation de « pharmacovigilance » (rapporter à l'entreprise toutes les informations relatives à l'utilisation des médicaments dont ils assurent la publicité). Si votre rapporteur pour avis comprend la motivation de cette disposition, il estime cependant qu'il s'agit d'une mesure de nature « cosmétique » sans grande incidence sur les activités promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques. Par ailleurs, cette mesure ne saurait inclure d'autres abattements pratiqués par les entreprises concernées au titre des frais et du temps consacrés à l'activité non promotionnelle des visiteurs médicaux. A titre d'exemple, on peut citer les congés de formation économique, sociale et syndicale.

Au total, votre rapporteur pour avis ne partage donc pas la position du gouvernement quant à la nécessité de freiner par la taxation les dépenses promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques. Il estime réelle l'utilité de l'information médicale délivrée par les laboratoires et rappelle que le véritable problème se situe au niveau du bon usage du médicament.

En outre, votre rapporteur pour avis ne peut que désapprouver toute augmentation de la pression fiscale pesant sur les entreprises et *a fortiori* sur les laboratoires pharmaceutiques. Il estime en effet que la multiplication des taxes pesant sur l'industrie pharmaceutique risque de pénaliser l'innovation mais également de fragiliser la presse médicale qui vit de la publicité de cette industrie.

(c) L'augmentation de la taxation sur la vente directe des médicaments délivrés sur ordonnance (article 11 *bis*)

L'article L. 245-6-1 de la sécurité sociale introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 a introduit une contribution, due par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, assise sur leur chiffre d'affaires réalisé auprès des pharmacies au titre des ventes en gros de spécialités remboursables, à

l'exception des spécialités génériques et des médicaments orphelins. Le taux de cette contribution est fixé à 2,5 %.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à modifier l'article L. 245-6-1 précité, d'une part, en diminuant le taux de la taxe instituée sur la vente directe aux pharmacies des médicaments pouvant être délivrés sans prescription médicale (de 2,5 % à 1 %), d'autre part et corrélativement, en majorant le taux de la taxe instituée sur la vente directe des autres médicaments, délivrés sur ordonnance (de 2,5 % à 3,5 %), dans le but notamment de développer le recours à l'automédication, à moindre coût pour l'assurance maladie, et de mettre en place en France un système de distribution directe.

La taxe instituée en 1998 visait à rétablir l'égalité des conditions de concurrence entre deux circuits de distribution, les ventes directes et les ventes par grossistes, en compensant l'avantage dont bénéficie le circuit des ventes directes, où laboratoires et officines se partagent une rémunération égale à celle des grossistes répartiteurs, lesquels sont soumis à des obligations de service public.

Votre rapporteur pour avis estime que cette différenciation des taux applicables d'une part aux médicaments délivrés sans ordonnance, d'autre part aux médicaments délivrés sur prescription médicale constitue une inégalité de traitement qui risque de favoriser une auto-médication aux conséquences pas toujours maîtrisées.

(2) Des mécanismes de régulation *a posteriori*

(a) La clause de sauvegarde de l'industrie pharmaceutique (article 12)

L'article 31 de la loi de financement pour 1999 a institué une clause permanente de sauvegarde applicable aux entreprises exploitant des médicaments remboursables sauf à celles ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé (article L. 138-10 du code de la sécurité sociale). Cette clause de sauvegarde consiste dans le versement d'une contribution par ces entreprises lorsque leur chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France au titre des spécialités remboursables et agréées à l'usage des collectivités s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'ONDAM tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de l'année en cours et des années précédentes. Ce taux est appelé « taux K ». Les entreprises ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé, qui s'acquittent du paiement de remises conventionnelles, sont exonérées du paiement de cette contribution.

A l'origine, le taux de la contribution variait en fonction du dépassement du taux de progression de l'ONDAM. Le montant global calculé était ensuite réparti entre les entreprises redevables selon trois critères :

- le niveau brut du chiffre d'affaires pour 30 % ;
- la progression du chiffre d'affaires pour 40 % ;
- les frais de publicité pour 30 %.

Pour l'exercice 1999 (recouvrement 2000), le rendement estimé de la taxe a été de 11,43 millions d'euros (75 millions de francs) et celui des remises conventionnelles de 127,7 millions d'euros (838 millions de francs) soit un rendement total de 139 millions d'euros (911,8 millions de francs). Sur environ 200 entreprises du secteur seules 27 se sont acquittées de la taxe, toutes les autres ayant conclu une convention.

Au titre de l'année 2000, pour la contribution versée en 2001, l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a fixé un seuil de déclenchement de la contribution à 2 %, déconnecté de tout lien avec l'ONDAM. Cet article tirait donc les conséquences du nouveau mode de calcul de l'ONDAM. Retenir l'évolution entre l'objectif de 1999 et l'objectif de 2000 aurait élevé le seuil de déclenchement à 4,5 % au lieu de 2,5 %. Mais le gouvernement a ainsi accentué le caractère arbitraire de cette contribution en retenant le taux de 2 % qui n'avait plus aucun lien avec l'ONDAM. 2 à 2,8 milliards de francs devraient être versés à ce titre en 2001.

Pour 2000 (recouvrement 2001), le montant des remises conventionnelles est estimé à 274,4 millions d'euros (1,8 milliards de francs). Le rendement estimé de la taxe est de 33.538 euros (près de 220.000 francs). La faiblesse de ce montant s'explique par le petit nombre d'entreprises n'ayant pas conclu de convention, seules douze entreprises ont ainsi été concernées par le paiement de cette taxe.

L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a remplacé le mécanisme existant par un mécanisme de récupération linéaire en fixant un barème de taxation dont chaque taux (50, 60 et 70 %) s'applique successivement à une tranche déterminée de supplément de chiffre d'affaires par rapport au taux de l'objectif K. En outre, pour le seuil de déclenchement de la contribution, il a substitué au taux de progression de l'ONDAM un taux de progression fixé à 3 % pour 2001.

L'article 12 du présent projet de loi de financement définit à nouveau un taux K spécifique fixé à 3 % pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002, soit le même taux que celui fixé l'année dernière par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le prédécesseur de votre rapporteur pour avis avait fortement critiqué le principe de cette clause de sauvegarde au moment de sa création. Malgré les efforts du gouvernement pour rendre ce système plus équitable, votre rapporteur pour avis continue de désapprouver le principe même de cette clause de sauvegarde. En outre, une fois encore, le taux de progression dont le dépassement déclenche le versement de la contribution arbitrairement fixé par le gouvernement est totalement indépendant du taux de progression de l'ONDAM, fixé pour 2002 à + 3,9 %. Les dépenses de médicament devraient augmenter en 2000, d'après les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, de + 7,7 %. Il semble donc que la détermination du taux de progression K à 3 % pour 2002 soit totalement irréaliste et purement confiscatoire.

En outre, au moment de la discussion du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, la ministre de l'emploi et de la solidarité a éludé la question qui consistait à savoir si le taux K de 3 % était appliqué à l'ONDAM 2001 voté ou à l'ONDAM rebasé, et dans ce dernier cas s'il s'agissait d'un ONDAM rebasé globalement ou rebasé au niveau des dépenses pharmaceutiques. Votre rapporteur pour avis souhaiterait avoir réponse à ces questions. Il note cependant que l'annexe *b1* au présent projet de loi de financement précise que la fixation du taux K à 3 % pour la contribution due au titre de l'année 2002 est apparue nécessaire *«dans la perspective d'un ONDAM 2001 rebasé en fonction des dépenses effectivement réalisées à u cours de l'année 2000 et afin d'assurer le niveau de rendement attendu de la contribution»*.

Enfin, votre rapporteur pour avis désapprouve l'artefact comptable auquel le gouvernement a recours selon lequel cette contribution, qualifiée par le Conseil constitutionnel d'imposition de toute nature au sens de l'article 34 de la Constitution, est considérée comme une atténuation des dépenses de l'exercice suivant, qui vient donc artificiellement minorer l'ONDAM, plutôt que comme une recette de l'exercice en cours. La Cour des comptes, dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000 avait souligné que *«les remises ne sont pas un mécanisme de régulation, mais seulement une ressource pour l'assurance maladie. Seules des baisses de prix administratif pourraient constituer un élément de régulation : d'une part, elles correspondent au cycle économique normal de tout produit qui s'amortit ; d'autre part, elles sont pérennes pour le financeur (l'assurance maladie)»*.

- (b) Un mécanisme de sanction en cas de non respect de l'encadrement du prix des dispositifs médicaux (article 12 *bis*)

Cette mesure dépasse le cadre de la politique du médicament *stricto sensu*, même si elle l'inclut de fait, puisqu'elle concerne l'ensemble des dispositifs médicaux visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Elle complète la procédure d'admission au remboursement et de tarification des dispositifs médicaux visés à l'article précité, introduite par la

loi n° 99-1140 du 20 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, qui a inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 165-3 précisant que les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, sur proposition du Comité économique des produits de santé, peuvent fixer par arrêté les prix des produits mentionnés à l'article L. 165-1 du même code.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à assurer le respect de cet encadrement des prix des dispositifs médicaux. Ainsi, lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre d'un fournisseur de dispositifs médicaux le non-respect du prix fixé par arrêté ministériel (article L. 165-3 du code de la sécurité sociale), il peut adresser au fournisseur une mise en demeure de rembourser à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre du fournisseur une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. L'organisme verse ensuite à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Enfin, lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension de conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée.

Votre rapporteur pour avis s'interroge, dans ce contexte, sur la place que souhaite réellement donnée le gouvernement à la négociation conventionnelle entre organismes de sécurité sociale et fournisseurs de dispositifs médicaux.

2. L'alimentation des fonds médicaux et hospitaliers (articles 13, 14 et 15)

De manière liminaire, votre rapporteur souhaite faire les remarques suivantes :

- il est particulièrement décevant de constater que seules les ressources du fonds de modernisation des cliniques privées sont maintenues à leur niveau atteint en 2001 alors même que la situation actuelle des cliniques privées aurait justifié une augmentation de ses ressources dans le but notamment d'encourager plus encore les investissements de ces établissements ;

- il estime d'autre part, en accord avec la Cour des comptes, que la multiplication des fonds sociaux, et notamment des fonds médicaux et hospitaliers ¹, constitue une entorse au principe de sincérité budgétaire, dans la mesure où ces fonds ne disposent pas d'une fiscalité affectée et sont financés par une participation des régimes obligatoires de l'assurance maladie. Ces

¹ *Le terme de fonds devant vraisemblablement être réservé aux établissements autonomes*

fonds représentent des enjeux financiers souvent considérables et brouillent la lisibilité des lois de financement.

a) Le fonds pour la modernisation des cliniques privées (article 13)

Le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) a été créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2000, par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Ce fonds, géré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), est alimenté par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie fixée par un arrêté interministériel au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun de ces régimes pour les établissements sous OQN.

Le décret n° 2000-794 du 24 août 2000 a précisé les modalités de fonctionnement du fonds et notamment la nature des opérations éligibles (les opérations d'investissement concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers). Il a également précisé que le montant de la subvention allouée à chaque établissement ne peut excéder 50 % du montant total de l'opération considérée. A titre exceptionnel, ce fonds peut également financer des charges d'exploitation liées à la mise en œuvre d'opérations visant le développement des systèmes d'information de santé.

Il revient à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'attribuer chaque année les subventions du fonds après avis du comité régional des contrats.

Ce décret précise enfin les modalités de répartition de la participation des différents régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds. Cette répartition est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget après avis de la commission nationale de répartition des charges des dotations globales hospitalières. La somme ainsi répartie figure dans l'objectif de dépenses de la branche maladie mais elle n'est pas intégrée dans l'ONDAM.

(1) Le FMCP en 2000

En 2000, le montant du FMCP a été fixé à 100 millions de francs (15,244 millions d'euros) par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

La répartition régionale du fonds a été notifiée aux ARH par une circulaire du 11 septembre 2000, soit près de dix mois après le vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Cette répartition a été effectuée comme suit :

- 90 millions de francs (13,72 millions d'euros) au prorata des dépenses réalisées au titre des établissements sous OQN pour chaque région en 1999 ;

- 10 millions de francs (1,524 millions d'euros) en fonction de la répartition géographique des établissements retenus dans le cadre de l'expérimentation du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) en soins de suite et de réadaptation. 80 % de ces crédits concernent des dépenses d'exploitation.

Les crédits d'investissements (correspondant aux 90 millions de francs ou 13,72 millions d'euros) ont pour l'essentiel concerné les opérations suivantes :

- la mise aux normes et l'amélioration de la qualité et de la sécurité sanitaires ;

- l'accompagnement de la mise en œuvre d'une offre nouvelle (notamment mise en œuvre d'activités d'accueil et de traitement des urgences ou de néonatalogie) ;

- la réorganisation de l'offre (notamment réalisation d'opérations restructurantes de l'offre de soins et mise en œuvre de coopérations inter secteurs).

Si l'ensemble des crédits alloués au titre de l'année 2000 a été engagé et a donné lieu à l'attribution de subventions aux établissements, aucun versement n'est intervenu en 2000. En effet, le décret du 24 août 2000 précité prévoit que les subventions attribuées ne sont versées que sur présentation des factures acquittées par les établissements. S'agissant d'opérations d'investissements, le versement des crédits alloués peut donc s'échelonner sur plusieurs exercices.

Au 31 décembre 2000, le solde comptable du fonds s'élevait à 87.627.040 francs soit 13.458.656 euros correspondant aux sommes versées par les seuls régimes obligatoires d'assurance maladie ayant abondé le fonds en 2000, les autres régimes ayant versé leur participation au fonds au cours du premier trimestre 2001. Ce solde a été reporté sur l'année 2001.

Au 6 août 2001, selon les informations fournies par la CDC, 35 % des crédits alloués par les ARH au titre du fonds 2000 avaient été effectivement versés aux établissements bénéficiaires.

(2) Le FMCP en 2001

L'article 42 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 a fixé le montant de la dotation du fonds à 150 millions de francs (22,87 millions d'euros).

La répartition régionale a été notifiée aux ARH par une circulaire du 12 juin 2001. Cette répartition s'effectue en fonction de l'importance du secteur privé au sein de chaque région, de manière à ce que les ARH disposent de ressources *a priori* proportionnelles au volume des opérations susceptibles de bénéficier d'une subvention. Les ARH devraient avoir procédé fin 2001 au choix des opérations éligibles.

Par ailleurs, le montant de la participation de chacun des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds en 2001 a été fixé par un arrêté du 26 juin 2001. Au 13 août 2001, seuls sept régimes avaient versé leur participation pour un montant total de 131 millions de francs (19,97 millions d'euros).

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001, qui publie les comptes consolidés du régime général, précise qu'en droits constatés, la contribution de la CNAMTS - maladie a été en 2000 de 12 millions d'euros (82 millions de francs) et en 2001 de 19 millions d'euros (123 millions de francs), soit une augmentation de 50,3 %. De même en 2002 (prévision), les charges de la CNAMTS au titre de sa contribution au FMCP sont comptabilisées, en droits constatés, à 19 millions d'euros.

En encaissements / décaissements, les comptes de la CNAMTS - maladie font apparaître pour 2001 comme pour 2002 (prévision) une dépense de 19 millions d'euros (123 millions de francs).

(3) Le FMCP en 2002

L'article 13 du présent projet de loi de financement propose de maintenir les ressources du fonds au niveau atteint en 2001, soit 22,87 millions d'euros (150 millions de francs), pour permettre aux établissements de faire face notamment aux investissements de renouvellement et de modernisation des équipements de stérilisation et de désinfection dans le cadre de la prévention de la contamination par les agents transmissibles non conventionnels.

Votre rapporteur pour avis estime ne pas avoir encore le recul nécessaire pour juger de l'efficacité de l'activité du FMCP, même s'il peut déjà s'étonner des délais de consommation des crédits. Il estime cependant, d'une part, que la dotation du fonds n'est pas à la hauteur de ses ambitions et insuffisante pour accompagner efficacement les restructurations nécessaires, d'autre part, que la répartition régionale de la dotation du FMCP va dans le sens d'un approfondissement des inégalités entre régions. Il n'est qu'à comparer les 22,8 millions d'euros des cliniques privées avec les sommes débloquées par l'hôpital pour comprendre le ressentiment de celles-ci.

Répartition régionale du Fonds de modernisation des cliniques privées en 2001

| Régions | Répartition du FMCP (en francs) | Répartition du FMCP (en euros) |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Alsace | 2 200 404 | 335 449,48 |
| Aquitaine | 9 775 216 | 1 490 222,12 |
| Auvergne | 3 147 114 | 479 774,50 |
| Basse-Normandie | 2 822 930 | 430 352,95 |
| Bourgogne | 3 665 865 | 558 857,51 |
| Bretagne | 5 807 577 | 885 359,44 |
| Centre | 5 869 270 | 894 764,50 |
| Champagne-Ardenne | 2 926 072 | 446 076,84 |
| Corse | 1 136 368 | 173 238,22 |
| Franche-Comté | 1 527 653 | 232 889,26 |
| Haute-Normandie | 3 266 166 | 497 923,81 |
| Ile-de-France | 29 088 097 | 4 434 451,74 |
| Languedoc-Roussillon | 9 683 210 | 1 476 195,81 |
| Limousin | 1 421 634 | 216 726,73 |
| Lorraine | 4 011 026 | 611 477,03 |
| Midi-Pyrénées | 9 090 765 | 1 385 878,17 |
| Nord-Pas-de-Calais | 8 520 494 | 1 298 940,90 |
| PACA | 18 849 194 | 2 873 541,10 |
| Pays-de-la-Loire | 6 620 176 | 1 009 239,27 |
| Picardie | 2 323 876 | 354 272,66 |
| Poitou-Charentes | 3 019 671 | 460 345,89 |
| Rhône-Alpes | 12 407 035 | 1 891 440,30 |
| Guadeloupe | 871 209 | 132 814,88 |
| Martinique | 521 549 | 79 509,65 |
| Guyane | 119 890 | 18 277,18 |
| Réunion | 1 307 536 | 199 332,65 |
| France entière | 150 000 000 | 22 867 352,59 |

b) Le fonds pour la modernisation des établissements de santé (article 14)

L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a substitué au FASMO (Fonds d'accompagnement pour la modernisation des établissements de santé), lui-même créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, un fonds géré par la Caisse des dépôts et consignations, dénommé « fonds pour la modernisation des établissements de

santé » (FMES) destiné à soutenir l'adaptation du dispositif hospitalier en participant au financement des contrats d'amélioration des conditions de travail et des actions de modernisation sociale des établissements, tout en continuant de prendre en charge les aides individuelles destinées à favoriser l'adaptation des personnels et leur mobilité. Le montant du fonds est fixé chaque année dans le cadre de la loi de financement.

En outre, le FMES ne bénéficie pas aux établissements de santé privés, sauf s'ils sont engagés dans une opération de coopération avec un établissement public de santé.

En réalité le nouveau FMES et l'ancien FASMO sont, eu égard à leurs missions et leurs modalités de financement et de gestion, quasi identiques.

Le FMES est financé par une contribution répartie entre les régimes obligatoires d'assurance maladie au prorata de leurs participations aux charges des dotations globales hospitalières de l'avant dernière année précédente. A la différence du FASMO pour lequel le montant de la contribution était fixé chaque année par un décret, le montant de la contribution des différents régimes au FMES est désormais voté chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Le montant global de la participation des différents régimes obligatoires d'assurance maladie figure également dans l'objectif de dépenses de la branche maladie voté dans le cadre de la loi de financement mais n'est pas intégré à l'ONDAM.

Votre rapporteur pour avis tient à rappeler que le décret d'application portant création du FASMO n'a été publié que le 29 décembre 1998, soit plus d'un an après la décision de sa création. Le fonds n'est donc entré en vigueur que le 1^{er} janvier 1999. La dotation initiale de 300 millions de francs (45,73 millions d'euros) versée, au titre de 1998, par les régimes d'assurance maladie est intervenue au cours du premier semestre 1999. Les premières demandes d'aides n'ont ainsi été examinées qu'au deuxième trimestre de l'année 1999. A cet égard, la Cour des comptes soulignait, dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999, que « *la dotation de 300 millions de francs versée, au titre de 1998, par les régimes d'assurance maladie au cours du premier semestre 1999, n'a donc pas été consommée et aucune demande n'a encore été adressée à l'administration, ce qui suscite des interrogations sur la pertinence du dispositif mis en place* ».

S'agissant du FMES, le décret d'application portant création du FMES n'a toujours pas été publié. Votre rapporteur pour avis ne peut que contester ce retard qui risque d'entraîner les mêmes difficultés que celles qu'avait connues le FASMO.

A la date du 31 juillet 2001, le FASMO / FMES avait été doté d'un milliard de francs (150 millions d'euros) dont 800 millions de francs (122 millions d'euros) réservés au financement des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail et à celui des projets sociaux dans les établissements de santé. Le taux d'utilisation de ces crédits était le suivant :

- sur les 200 millions de francs (30,5 millions d'euros) destinés à financer les aides individuelles et les cellules d'accompagnement, 218,5 millions de francs (soit 109,25 %) ont été dépensés ou sont en cours de versement. Le solde négatif et les dépenses à intervenir d'ici la fin de l'année seront couverts par une partie de la dotation 2001 non encore versée au fonds ;

- en ce qui concerne le financement des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, les fonds immobilisés fin 2000 ont commencé à être consommés début 2001 et la dépense atteignait, au 31 juillet 2001, 295,1 millions de francs (soit 73,8 %) des 400 millions de francs alloués à ce poste, mais la totalité des 400 millions de francs était engagée ;

- s'agissant du financement des projets sociaux, une circulaire du 3 juillet 2001 a donné le coup d'envoi pour l'utilisation de l'enveloppe spécifique de 400 millions de francs, ce qui est bien tardif. Ces crédits devraient être effectivement consommés au cours du premier semestre 2002.

Montants versés en fonction du type de prestation

| TYPE DE PRESTATION | MONTANTS VERSÉS (MONTANTS EFFECTIFS ET VERSEMENTS EN COURS) | | | |
|--|---|--|--|--|
| | Dépense au 31/12/1999 | Dépense du 1/1/au 31/12/2000 | Dépense du / au 31/07/2001 | Total |
| Cellules d'accompagnement social | 73.429,66 € (481.667 F) | 707.794,41 € (4.642.827 F) | 385.734,58 € (2.530.253 F) | 1.166.958,66 € (7.654.747 F) |
| Remboursement du différentiel de rémunération | 36.976,81 € (242.552 F) | 135.132,03 € (886.408 F) | 153.221,63 € (1.005.068 F) | 325.330,47 € (2.134.028 F) |
| Indemnités de mobilité et de déménagement | 580.788,98 E (3.809.726 F) | 750.531,06 E (4.923.161 F) | 127.371,31 E (835.501 F) | 1.458.691,35 E (9.568.388 F) |
| Indemnité de départ volontaire | 1.065.156,86 E (6.986.971 F) | 15.582.671,73 E (102.215.626 F) | 10.989.511,66 E (72.086.471 F) | 27.637.340,25 E (181.289.068 F) |
| Actions de conversion | 60.072,23 E (394.048 F) | 2.018.098,14 E (13.237.856 F) | 648.125,11 E (4.251.422 F) | 2.726.295,47 E (17.883.326 F) |
| Total des aides individuelles | 1.816.424,55 E (11.914.964 F) | 19.194.227,37 E (125.905.878 F) | 12.303.964,28 E (80.708.715 F) | 33.314.616,20 E (218.529.557 F) |
| Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail | - | - | 44.990.151,95 E (295.116.051 F) | 44.990.151,95 E (295.116.051 F) |
| Total FMES | 1.816.424,55 E (11.914.964 F) | 19.194.227,37 E (125.905.878 F) | 57.294.116,23 E (375.824.766 F) | 78.304.768,15 E (513.645.608 F) |

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité.

En 2000, le fonds a bénéficié d'un report au titre de l'année 1999 de près de 288 millions de francs et d'une dotation de 700 millions de francs. Selon le ministère, ces 700 millions de francs versés en 2000 avaient pour but de porter, conformément aux engagements pris par le gouvernement dans le cadre du protocole d'accord du 14 mars 2000, le montant total du FASMO à un milliard de francs.

De fait, les dépenses au titre de l'année 2000 se sont révélées très faibles puisqu'elles n'ont atteint que 125 millions de francs. Le solde disponible du FASMO à la fin de l'année 2000 s'est donc élevé à 862 millions de francs.

Le bilan des trois premières années d'existence légale du fonds est donc particulièrement significatif : 138 millions de francs dépensés sur un milliard de francs disponibles. En outre, les 862 millions de francs de reliquat sont autant qui ont été prélevés sur les ressources des régimes d'assurance maladie et qui ont donc contribué à accentuer le déficit de la CNAMTS.

L'année 2001 cependant constitue le véritable décollage de ce fonds. L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait prévu que le nouveau FMES bénéficierait du solde des crédits disponibles du FASMO. Au 31 juillet 2001, les dépenses du fonds se sont élevées à près de 376 millions de francs (57,3 millions d'euros) pour un solde disponible de 486 millions de francs (74 millions d'euros).

A la date du 31 juillet 2001, la situation du fonds était la suivante :

| | Report à nouveau | Recettes | Dépenses (*) | Solde |
|--------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1999 | | 45.734.705,17 € (300.000.000 F) | 1.816.424,55 € (11.914.964 F) | 43.918.280,62 € (288.085.036 F) |
| 2000 | 43.918.280,62 € (288.085.036 F) | 106.714.312,07 € (700.000.000 F) | 19.194.227,37 € (125.905.878 F) | 131.438.365,30 € (862.179.158 F) |
| 2001 | 131.438.365,30 € (862.179.158 F) | | 57.294.116,23 € (375.824.766 F) | 74.144.249,07 € (486.354.392 F) |
| TOTAL | | 152.449.017,24 € (1.000.000.000 F) | 78.304.768,15 € (513.645.608 F) | 144.614.249,10 € (486.354.392 F) |

() Les dépenses mentionnées dans cette colonne concernent uniquement les aides versées par le fonds au titre des diverses aides prévues réglementairement. Elles ne comprennent pas les dépenses liées à la gestion du fonds qui représentent, pour 1999 et 2000, un total de 321.250,63 euros (2.107.266 F).*

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité

L'article 14 du présent projet de loi de financement prévoyait, dans sa version initiale, de porter le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMES pour l'année 2002 à 45,73 millions d'euros, soit 300 millions de francs. Le ministère a informé votre rapporteur pour avis ¹qu'au 31 décembre 2002, les dépenses effectives du fonds devraient s'élever à 1,6 milliard de francs (240 millions d'euros).

¹ Réponse qu questionnaire de votre rapporteur pour avis.

L'Assemblée nationale a, en première lecture, adopté un amendement présenté par le gouvernement visant à :

- élargir les compétences du FMES et à modifier son appellation : désormais le « fonds de modernisation des établissements de santé » pourra financer aussi bien des dépenses d'investissement que des dépenses de fonctionnement général des établissements ;

- compléter la dotation du fonds pour 2001 de 300 millions de francs en la portant de 300 à 600 millions de francs (91,5 millions d'euros) ;

- plus que tripler le montant, initialement prévu, de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds de modernisation des établissements de santé pour le porter à 152,45 millions d'euros, soit un milliard de francs (+ 700 millions de francs ou 106,72 millions d'euros).

Au total, l'effort financier supplémentaire accordé par le gouvernement au fond sur 2001 et 2002 est d'un milliard de francs (300 + 700 millions de francs), soit 152,45 millions d'euros, entièrement à la charge de l'assurance maladie.

Si votre rapporteur pour avis apprécie l'effort qui est ainsi consenti en faveur des établissements de santé, il souhaite que cet effort soit effectif. Qu'il lui soit cependant permis d'en douter dans la mesure notamment où le caractère tardif de la publication du décret portant création du FMES devrait impliquer un certain retard dans le versement des aides et où les errements passés de la gestion et du fonctionnement de ce fonds ne laissent rien augurer de bon. Par ailleurs, il ne peut que s'étonner de voir le gouvernement décider, afin de calmer les attentes de la majorité plurielle, de faire financer par le déficit de l'assurance maladie les décisions dont il s'arroge le mérite. Enfin, chacun ne manquera pas de rapprocher ces sommes du maintien, à 22,8 millions d'euros, de l'effort en faveur des cliniques.

c) Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (article 15)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a été créée au sein de la CNAMTS un fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n° 99-940 du 12 novembre 1999, un an après l'examen de la loi au Parlement. Ses missions sont de participer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville ; de contribuer au financement d'actions concourant à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation ; et de contribuer à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant les professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

Les ressources du FAQSV sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

Le fonds a été doté en 1999 et 2000 de 500 millions de francs. Pour 2001, l'article 37 de loi de financement pour 2001 a plafonné le montant global des dépenses du fonds à 700 millions de francs, ce qui représente une augmentation des capacités réelles d'intervention du fonds à 200 millions de francs par rapport aux deux exercices précédents. Les reports des crédits générés par la non consommation de crédits au titre des années antérieures ont par ailleurs permis de financer les dépenses pour 2001 sans attribution de financement supplémentaire au fonds.

La CNAMTS a présenté le bilan pour l'année 2000 du fonds :

- la majorité des instances de décision ont été mises en place fin 2000 ;
- sur un milliard de franc alloué, seuls 194 millions de francs avaient été dépensés, soit 38,8 % de la dotation accordée pour l'exercice 2000 (500 millions de francs). Le solde du fonds était donc excédentaire de 806 millions de francs;
- 147 projets ont été financés.

En outre, la mise en place du FAQSV s'est faite avec beaucoup de retard. Le décret nécessaire à son installation n'est paru que le 14 novembre 1999, soit près d'un an après la décision de sa création. Les premiers projets ont été examinés au cours du dernier trimestre 2000. Le comité national de gestion a été installé le 4 mai 2000. Deux ans après le vote de la loi instituant ce fonds, les comités régionaux de gestion étaient en cours de constitution.

A ce jour, les dépenses engagées sur le FAQSV représentent près de 40 % du montant total des dépenses autorisées pour 2001 (700 millions de francs).

L'article 15 du présent projet de loi plafonne d'une part les dépenses autorisées en 2002 à 106,72 millions d'euros (700 millions de francs), soit le même plafond que l'année passée, fixe d'autre part le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds à 73,23 millions d'euros (500 millions de francs) ce qui devrait permettre, selon le gouvernement, compte tenu des reports de crédits, de faire face à un niveau de dépenses identique à celui qu'avait voté le Parlement pour 2001.

En outre, l'article 15 du présent projet de loi de financement prévoit également que les frais de gestion du fonds sont transférés du fonds de gestion administrative de la CNAMTS au FAQSV lui-même.

Enfin, l'existence du fonds est prorogée jusqu'au 31 décembre 2006 (au lieu du 31 décembre 2003) et une évaluation de l'impact des financements attribués par le fonds devra être transmise au gouvernement et au Parlement avant le 30 juin 2005.

En outre, un amendement adopté à l'Assemblée nationale a intégré au dispositif décliné par le FAQSV les centres de santé, en plus des professionnels libéraux de santé exerçant en ville et des regroupements de ces mêmes professionnels, déjà concernés par ce dispositif. Corrélativement, il est précisé que le FAQSV finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans les centres de santé.

Votre rapporteur pour avis estime que, malgré les ambitions affichées, le bilan de ce fonds est particulièrement médiocre. Les difficultés de fonctionnement qu'il a rencontrées sont multiples, parmi lesquelles la difficile articulation entre le caractère annuel des ressources du fonds et le caractère pluriannuel des conventions ; l'incertitude de la nature juridique des contrats passés avec les promoteurs ; la faiblesse du nombre de dossiers présentés au regard des masses financières disponibles ; ou encore le peu d'accessibilité au dispositif des professionnels de santé non médecins. Votre rapporteur souhaite que l'information au Parlement sur les conditions de fonctionnement de ce fonds soient améliorées.

3. La réforme de la tarification des établissements médico-sociaux (article 16)

L'article 16 du présent projet de loi de financement vise à préciser les modalités d'application de la réforme de la tarification des soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour.

D'après les dispositions de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le respect de l'objectif de dépenses d'assurance maladie du secteur médico-social est assuré par son opposabilité aux établissements et services relevant de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Le montant annuel des dépenses accordées est réparti en dotations régionales limitatives, pour le secteur des établissements pour personnes âgées d'une part, pour le secteur des établissements pour personnes handicapées d'autre part.

La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées est intervenue en 1997. Des indicateurs économiques permettent désormais d'assurer une convergence tarifaire entre établissements de même nature, et des critères opposables aux demandes des établissements jugées abusives par les autorités de tarification ont été définis.

En outre, d'après les dispositions de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie, la nouvelle allocation ne peut être accordée qu'après détermination conventionnelle d'un tarif dépendance. La fixation de ce tarif implique la redéfinition des charges imputables aux soins. La montée en charge de l'allocation et la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements modifient ainsi le montant des dépenses supportées par l'assurance maladie.

Votre rapporteur pour avis tient à souligner les véritables difficultés d'application de cette réforme de la tarification et de la mise en place de l'APA dans les départements, en raison notamment de la nécessité d'une convention tripartite, entre les représentants de la DDASS, le conseil général et l'assurance maladie, souvent longue à mettre en place.

Le présent projet de loi de financement vise d'une part à rétablir la base législative de la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins en unités ou centres de longue durée (USLD) (soit 1,2 milliard d'euros – 8 milliards de francs - en 2001), d'autre part à assouplir, pour la part afférente aux soins, le dispositif de tarification transitoire prévu par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 précitée, applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées, non signataires d'une convention tripartite. Ce mécanisme transitoire prévoit en effet que le financement des soins aux personnes âgées hébergées dans ces établissements est assuré par le maintien du montant des recettes d'assurance maladie obtenues en 2001. Pour pallier la limitation du financement de l'assurance maladie et permettre à ces établissements de faire face aux dépenses nouvelles de personnel (notamment l'incidence de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail), une disposition autorisant les autorités de tarification à appliquer un taux d'évolution supérieur aux montants versés par l'assurance maladie en 2001 est proposée dans le présent projet de loi de financement. Ce taux d'évolution est fixé par arrêté ministériel, en tenant compte des dépenses nouvelles de personnel et en fonction de l'ONDAM voté par le Parlement.

D'après le gouvernement, ce sont 910 millions d'euros (6 milliards de francs) qui seront alloués en cinq ans à cette réforme de la tarification des soins en USLD, dont 180 millions d'euros (1,2 milliard de francs) pour 2001 et 180 millions d'euros pour 2002.

Votre rapporteur pour avis, s'il comprend les motivations de cette mesure d'aménagement du dispositif de tarification transitoire prévu par la loi portant création de l'APA, s'étonne de ce que le gouvernement n'avait pas prévu cet aménagement au moment du vote de ladite loi. Il souhaite également souligner les difficultés réelles d'application de cette réforme de la tarification des soins en USLD.

4. L'emploi dans l'hôpital public : 35 heures et fonds pour l'emploi hospitalier (articles 17 et 18)

L'article 17 du présent projet de loi de financement définit les modalités de mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.

Il modifie l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans la fonction publique hospitalière afin de tenir compte de l'application des 35 heures dans l'ensemble de la fonction publique à compter du 1^{er} janvier 2002. Ainsi il est précisé que le temps de travail des agents de la fonction publique hospitalière est réduit dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe également les règles relatives à l'organisation du travail des mêmes agents en tenant compte de la spécificité des missions exercées par ces établissements.

D'après le gouvernement, 45.000 emplois spécifiques pour la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière seront créés sur les trois années 2002 à 2004. En 2002, ce sont l'équivalent de 12.300 emplois qui pourront être pourvus soit 27,5 % du total des créations annoncées.

Votre rapporteur pour avis souhaite d'abord s'interroger sur la pertinence de la présence de cette disposition dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale puisque, ayant une dimension purement statutaire, elle n'a aucune incidence financière directe.

Votre rapporteur pour avis estime également que le gouvernement veut imposer l'application des 35 heures dans un univers, l'hôpital public, où la gestion et l'organisation du temps sont très particulières et seront incompatibles avec une réduction immédiate du temps de travail. Le manque de personnel, les nombreux départs à la retraite dans les prochaines années et plus encore la nécessité d'assurer la continuité des soins à l'hôpital, sont autant d'obstacles à l'application de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière que ne permettra pas de contourner la création encore hypothétique de quelque 45.000 postes supplémentaires d'ici 2004.

Parallèlement, l'article 18 du présent projet de loi de financement a également un effet incident sur l'emploi dans le secteur hospitalier puisqu'il vise à majorer la cotisation versée par les établissements de santé au fonds pour l'emploi hospitalier (FEH).

Le FEH a été créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. Il est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

Il prend en charge :

- les deux tiers des surcoûts des rémunérations des agents à temps partiel à 80 % (rémunérés à 86 %) et à 90 % (rémunérés à 91 %) ;

- les deux tiers de l'indemnité exceptionnelle de 30 % des agents en cessation progressive d'activité ;

- le remboursement des engagements de servir des agents contraints d'effectuer une mobilité professionnelle à la suite d'une réorganisation ou pour suivre un conjoint ;

- le complément de traitement (0,15 %) des agents de catégorie C en congé de formation professionnelle dans le cadre du protocole du 14 mars 2000.

Ces prestations représentent plus de 70 % des dépenses du FEH.

Depuis la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, le FEH finance le remboursement aux établissements de santé du revenu de remplacement que ceux-ci versent aux bénéficiaires de congé de fin d'activité.

Le fonds est financé par une contribution des établissements publics de santé dont le taux plafond a été fixé à 0,8 % des rémunérations soumises à retenues pour la pension. Le taux applicable a ensuite été fixé par décret, à 0,67 % à compter du 1^{er} janvier 1999 par le décret n° 98-1226 du 29 décembre 1998, et relevé à 0,8 % à compter du 1^{er} janvier 2000 par le décret n° 2000-23 du 12 janvier 2000.

Depuis sa création, le fonds est déficitaire. Mais les décalages des remboursements et le portefeuille mobilier (300 millions de francs, soit 45,73 millions d'euros) permettent au FEH d'avoir une trésorerie positive en fin d'exercice même si celle-ci se dégrade d'année en année.

Situation financière du FEH

| | | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 prévision |
|---------------|--|-----------|------------|------------|------------|-------------------|
| Ressources | - contribution des établissements de santé | 399,2 MF | 409,1 MF | 629,5 MF | 776,9 MF | 804,4 MF |
| | - produits financiers | 14,3 MF | 12,7 MF | 15,1 MF | 7,2 MF | 0 |
| Dépenses | - indemnité exceptionnelle CPA | 66,6 MF | 41,3 MF | 21,5 MF | 37,8 MF | |
| | - prise en charge de rémunération dans le cadre du temps partiel | 390,1 MF | 615,9 MF | 411,1 MF | 599,7 MF | 686, 1 MF |
| | - aides à la mobilité et actions de formation | 0 MF | 2,5 MF | 6,5 MF | 16,3 MF | |
| | - financement du CFA hospitalier | - | - | 29,1 MF | 227,3 MF | 280, 2 MF |
| | - frais de gestion | 10 MF | 10,3 MF | 11,4 MF | 11,6 MF | 11,6 MF |
| | Solde de l'exercice | - 53,2 MF | - 248,4 MF | 165 MF | - 108,7 MF | - 161, 9 MF |
| Dette cumulée | | - 79,9 MF | - 328,3 MF | - 163,3 MF | - 272,0 MF | - 433,8 MF |

Source : Caisse des dépôts et consignations

L'article 18 du présent projet de loi de financement vise à porter le taux plafond de la contribution des établissements de santé au FEH de 0,8 % à 1,8 % « *compte tenu de la forte mobilisation du fonds liée au succès des divers dispositifs qu'il finance* » et afin de lui permettre « *d'assurer la couverture budgétaire relative à ses missions* ».

Or, compte tenu de la situation financière du FEH, fournie par la Caisse des dépôts et consignations, votre rapporteur a été en mesure de calculer la majoration du taux qu'il aurait été nécessaire d'appliquer en vue de parvenir un équilibre budgétaire du FEH.

Ainsi, d'après les chiffres fournis par la CDC, en 2001, la contribution des établissements de santé devrait s'élever à 804,4 millions de francs (122,6 millions d'euros), tandis que le solde du FEH au titre de l'exercice 2001 correspond à un déficit de 161,9 millions de francs (24,7 millions d'euros) et que la dette cumulée du FEH en 2001 est de l'ordre de 434 millions de francs (66 millions d'euros).

La contribution des établissements de santé résulte actuellement de l'application d'un taux de 0,8 % des rémunérations soumises à retenue pour la pension, ce qui correspond donc à un total du montant de ces rémunérations de l'ordre de 100,55 milliard de francs (15,3 milliards d'euros).

De façon optimale, si l'on souhaite effacer la dette cumulée du fonds (434 millions de francs) en un seul exercice, le taux de la contribution des établissements de santé doit donc s'élever à : $[(804,4 + 434)] \times 100 \div 100.550$, soit 1,23 %.

Votre rapporteur estime donc que le nouveau taux plafond défini par le gouvernement de 1,8 % des rémunérations des établissements de santé soumises à retenue pour la pension dépasse largement les moyens nécessaires au fonds pour assurer ses missions.

En 2002, le gouvernement prévoit une augmentation du taux, à l'intérieur du nouveau plafond fixé par la loi soit 1,8 %, de 1 %, ce qui stabiliserait le déficit du FEH à 200 millions de francs (30,5 millions d'euros). Votre rapporteur pour avis souhaite que le gouvernement fixe le nouveau taux plafond à 1,2 % ce qui permettrait d'assainir la situation budgétaire du fonds à moyen terme.

En outre, votre rapporteur pour avis considère que, par le biais d'une augmentation du taux de la contribution des établissements de santé au FEH, contribution assise sur les rémunérations de ces établissements soumises à retenues pour la pension, c'est-à-dire *in fine* sur la masse salariale de ces établissements, le gouvernement réduit d'autant la dotation nationale hospitalière (l'ONDAM hôpital) qui inclut une enveloppe liée à l'évolution de la masse salariale des établissements de santé. Une partie de la marge de manœuvre budgétaire laissée aux hôpitaux est donc en quelque sorte confisquée par l'obligation légale de cette augmentation de leur contribution au FEH. Ce que l'Etat accorde d'une main, il le reprend donc de l'autre, espérant ainsi un prélèvement supplémentaire sur l'assurance-maladie.

5. L'aide à l'installation et à la formation du personnel médical (articles 15 bis et 18 septies)

L'article 15 bis prévoit de permettre aux établissements de santé, d'une part, d'adapter leur système informatique à la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge (programme SESAM-Vitale), d'autre part, d'assurer la formation professionnelle des personnels médicaux et paramédicaux qui exercent leur activité. Il offre la possibilité aux parties conventionnelles, dans le cadre de l'accord national prévu à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, de prévoir le niveau de la dotation annuelle des caisses nationales au financement d'actions de formation.

Si votre rapporteur pour avis estime nécessaires les actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé ainsi que les actions de formation professionnelle à destination des personnels des centres

de santé, il considère comme regrettable l'absence de toute évaluation financière de la mise en place de ces mécanismes, surtout s'ils doivent être pris en charge par les organismes de sécurité sociale.

Parallèlement, l'article 18 *septies* prévoit la mise en place d'une aide incitative à l'installation en raison des difficultés actuelles de recrutement ou de remplacement de professionnels libéraux dans certaines zones rurales ou urbaines. L'identification de ces zones sera assurée à partir de critères précis. Un décret déterminera les conditions dans lesquelles ces zones seront définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de la santé. L'implication des partenaires conventionnels dans la gestion de cette aide est recherchée par le biais d'un financement par le fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL) pour ce qui concerne les médecins et du fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) pour ce qui concerne les autres professionnels libéraux.

Une fois encore, votre rapporteur pour avis est surpris de voir que le gouvernement n'a présenté aucune indication quant à l'évaluation du coût de ces aides à l'installation. S'il reconnaît la réalité de la sous-population médicale de certaines zones géographiques, il regrette de ne pas savoir quel sera le niveau de ces aides, quelles seront leurs conditions d'attribution et quelle sera leur durée.

Il estime également regrettable que le gouvernement ajoute, sans aucune forme de concertation préalable avec les professionnels et de manière tardive, au fil de la discussion du projet de loi à l'Assemblée nationale, des « mesurètes » dont ni le coût financier ni l'impact en termes de bénéficiaires potentiels ne sont évalués. L'importance des enjeux, telle la pénurie de médecins ou de professionnels de santé dans des zones rurales ou urbaines difficiles, aurait mérité une réflexion plus approfondie et une plus grande implication des partenaires conventionnels. Cette réflexion ne doit ainsi pas seulement concerner les aides à l'installation, mais aussi les aides à apporter aux professionnels en place, qui doivent par exemple faire face à des frais importants de déplacement insuffisamment pris en compte dans leurs indemnités kilométriques.

6. La régulation des dépenses de santé et les mécanismes conventionnels (articles 10 A, 15 *ter*, 18 *ter*, 18 *quater*) : des mesures improvisées

Votre rapporteur pour avis tient d'abord à dénoncer la méthode utilisée systématiquement par le gouvernement au cours de la discussion du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale et qui a consisté à déposer des amendements de dernière minute sur des sujets d'une importance capitale, telle notamment la réforme des relations conventionnelles entre l'Etat

et les professionnels de santé, qui auraient mérité une concertation approfondie.

*a) La rénovation du cadre conventionnel : une réforme « mort-née »
(article 10 A)*

L'article 10 A vise à la «*rénovation du cadre conventionnel et du dispositif de régulation*» d'après les termes mêmes du ministre délégué à la santé. C'est faire injure à un objectif aussi ambitieux que de présenter, lors de la discussion du projet de loi en séance, un amendement de dernière minute, n'ayant donc pas fait l'objet d'un examen préalable par le Conseil d'Etat et surtout n'ayant fait l'objet d'aucune concertation avec les professionnels de santé.

L'article 10 A du présent projet de loi de financement, qui insère un nouvel article L. 162-14-1 au code de la sécurité sociale, dispose que les conventions définissent les engagements, collectifs et individuels, des signataires, le cas échéant pluriannuels, portant notamment sur l'organisation des soins, sur l'évolution des pratiques et de l'activité des professions concernées. Les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et en particulier les modalités du suivi pluriannuel de l'évolution des dépenses de la profession concernée. Elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements.

En outre, l'article L. 162-15-2 du même code est modifié. Il dispose qu'en l'absence de convention, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses et au moins deux fois dans l'année ; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.

Sur la forme, votre rapporteur a déjà exprimé sa désapprobation quant à la présentation tardive d'une mesure d'une telle importance. Il souhaite également souligné que les méthodes du gouvernement employées à l'occasion de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale sont de nature à remettre en cause les négociations engagées, lors des « Grenelle de la Santé » du 25 janvier et du 12 juillet 2001, entre les professionnels de santé, les partenaires sociaux et les caisses d'assurance maladie, auxquelles les parlementaires avaient été conviés.

Sur le fond, votre rapporteur pour avis estime que ce qui se voulait une réforme d'envergure du cadre conventionnel et des mécanismes de régulation n'est qu'une mesure improvisée et qui risque d'être unanimement refusée par les professionnels de santé. Même le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail de l'Assemblée nationale, notre collègue député Claude Evin, a précisé à cet égard que « *la commission a le sentiment que le dispositif proposé est loin d'être achevé* ».

D'abord, il est précisé que les engagements définis par les conventions peuvent être collectifs et individuels, ce que récusent l'ensemble des professionnels de santé qui ne conçoivent le cadre conventionnel que dans sa dimension collective.

Ensuite, le nouvel article dispose que les conventions définissent les mesures de « *toute nature* » propres à assurer le respect des engagements ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements. Votre rapporteur pour avis aurait souhaité connaître précisément la nature des mesures ainsi visées et la possible dimension coercitive de ces mesures.

Enfin, il est précisé qu'en l'absence de convention, ce sont les caisses d'assurance maladie qui assurent le suivi des dépenses. Votre rapporteur pour avis constate qu'il n'est pas fait référence à la consultation traditionnelle des syndicats représentatifs des professions concernées en cas d'absence de convention.

Au total, votre rapporteur pour avis ne peut donc que se montrer défavorable à cette mesure qui, tant sur le plan des méthodes que sur celui des pratiques, est de nature à remettre en cause les fondements même du système conventionnel, et semble plutôt dictée par des objectifs médiatiques en vue des échéances de 2002 que par leur vraie volonté de réforme. Il est vrai que le gouvernement a déjà connu un lourd échec en la matière avec les objectifs de dépenses délégués, comme le prouve la dérive constante des dépenses d'assurance maladie.

b) La réforme de l'entente préalable (article 15 ter)

L'article 15 *ter* introduit à l'Assemblée nationale vise à définir le champ de l'entente préalable qui relevait jusqu'à présent du pouvoir réglementaire.

Ainsi, l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge, est modifié afin de préciser les prestations pour lesquelles un accord d'entente préalable peut être exigé.

Il s'agit des prestations :

- dont la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;

- dont la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

- dont le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.

Un décret devrait préciser les modalités de mise en œuvre de cet article dont les dispositions restent en effet assez floues, mais dont les implications sont extrêmement importantes, par exemple pour des secteurs d'activité comme le thermalisme. Votre rapporteur pour avis suivra avec la plus grande attention cette question de l'entente préalable, mécanisme qui se trouve au cœur des missions des caisses et de tout mécanisme de bonne utilisation de l'argent des contribuables et cotisants.

c) L'organisation de la permanence des soins de ville (article 18 ter)

L'article 18 *ter* adopté à l'Assemblée nationale vise à permettre l'expérimentation de nouvelles modalités d'association des professionnels libéraux à la permanence des soins.

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale précise désormais que, dans le respect des dispositifs départementaux de l'aide médicale d'urgence, des services de garde et des transports sanitaires dont les modalités sont définies par voie réglementaire, l'association de professionnels de santé libéraux à des actions permettant d'améliorer la permanence des soins peut faire l'objet de financements dans le cadre d'actions expérimentales jusqu'au 31 décembre 2004. Les établissements de santé peuvent participer à ces actions expérimentales.

Cette mesure a donc pour objectif d'accompagner financièrement les initiatives qui se développent en matière d'organisation de la permanence des soins en s'assurant qu'elles sont cohérentes avec l'ensemble des dispositifs, gardes, organisation des transports sanitaires, coordination entre les différents professionnels. En outre, il est prévu de recourir à des formes innovantes de rémunération des professionnels exerçant en ville et prenant part à ces expérimentations.

Cette mesure ne paraît pas sans intérêt à votre rapporteur pour avis mais il tient à souligner qu'elle ne doit pas exonérer le gouvernement de réfléchir aussi à la modernisation des urgences hospitalières. Il est indispensable de les doter de moyens humains et financiers pour leur permettre d'adapter leurs locaux et d'accueillir des malades de plus en plus nombreux.

d) La création au sein de l'ONDAM d'une dotation nationale de développement des réseaux de soins (article 18 quater)

L'article 18 *ter* adopté à l'Assemblée nationale vise à créer au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie une dotation nationale de développement des réseaux, dont le montant global ainsi que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement, sont fixés par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur le montant total annuel des dépenses hospitalières, sur l'objectif quantifié national, sur l'objectif de dépenses des établissements de santé privés et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville.

Une procédure unique d'octroi de financements dérogatoires est mise en place. Dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie décident conjointement, dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux, des financements supportés par les régimes d'assurance maladie et qui sont accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé. Cette décision peut notamment prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau.

Ces dispositions doivent permettre de rationaliser le dispositif de financement des réseaux de santé qui repose sur des dispositions à la fois du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale. Cette dualité de bases juridiques a généré pour les professionnels de terrain, un manque de lisibilité entre les différents dispositifs et les différents financeurs.

S'agissant des réseaux relevant du code de la santé publique, leur mise en place a été accompagnée par les ARH au travers des dotations globales des établissements, en finançant la coordination des réseaux. Environ 120 réseaux, à ce jour, ont été agréés ou sont en cours d'agrément.

S'agissant des réseaux relevant du code de la sécurité sociale, leur financement repose majoritairement sur un financement « assurance maladie » au travers du financement de la dotation globale des établissements pour les réseaux associant l'hôpital et la ville et qui ont fait l'objet d'agrément par les ARH, par des dérogations tarifaires dans le cadre des expérimentations

validées par la commission « Soubie » (une douzaine d'actions expérimentales visant à promouvoir des formes nouvelles de prises en charge des patients), par des financements ponctuels dans le cadre du fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

S'agissant des réseaux organisés en dehors des cadres juridiques, l'Etat accompagne par des crédits d'intervention au titre de la santé publique ces initiatives et continue à assurer le financement des réseaux spécifiques ville-hôpital.

Les obstacles rencontrés au développement des réseaux sont essentiellement dus à la diversité des financeurs, aux cadres juridiques variés et au manque de pérennité des financements.

Si votre rapporteur pour avis reconnaît l'utilité d'une rationalisation du financement des réseaux de santé, il regrette, une fois de plus, que cette rationalisation intervienne de cette façon, par un amendement de dernière minute –alors que le problème dure depuis longtemps– déposé par le gouvernement sans véritable consultation préalable des professionnels de santé. En outre, il estime que la fixation par arrêté ministériel du montant des dotations nationales, au sein de l'ONDAM et régionale de développement des réseaux revient à priver le Parlement d'un véritable contrôle sur le niveau des dépenses consacrées à ce développement. Il lui semble au contraire qu'une amélioration possible de l'outil des lois de financement de la sécurité sociale réside justement dans le vote de davantage d'agrégats plutôt que dans une délégation excessive au pouvoir réglementaire. Enfin, votre rapporteur pour avis constate que, par cette mesure, le gouvernement fait peser l'intégralité du poids du financement des réseaux de soins sur l'assurance maladie, ce qui n'était pas tout à fait le cas jusqu'à présent, certains réseaux étant financés par l'Etat au travers de crédits d'intervention au titre de la santé publique. Votre rapporteur pour avis s'interroge, à cet égard, sur la prise en compte par le gouvernement de cet alourdissement des charges pesant sur l'assurance maladie.

7. L'amélioration de la protection des populations fragiles (articles 18 bis, 18 quinquies, 18 sexies)

Le présent projet de loi de financement comprend plusieurs mesures, très ponctuelles, d'amélioration des prestations maladie à destination des publics fragiles, à savoir les enfants ou les bénéficiaires de *minima* sociaux.

Si votre rapporteur pour avis reconnaît la nécessité de protéger les populations les plus fragiles et donc les plus exposées au risque sanitaire dans notre société, il ne peut que constater l'absence de cohérence de la politique de santé menée par le gouvernement. Non seulement ces mesures sont des ajouts tardifs intervenus lors de la discussion du présent projet de loi de financement

à l'Assemblée nationale mais surtout, et de fait, elles apparaissent plus comme des mesures « gadget », à caractère purement cosmétique. Il s'agit de petites touches apportées de-ci delà par le gouvernement, ou sa majorité, sans aucune réflexion ou cohérence d'ensemble.

L'article 18 *bis* nouveau instaure l'obligation d'un examen bucco-dentaire de prévention, à l'âge de six ans et à l'âge de douze ans, à la charge des caisses primaires d'assurance maladie d'affiliation. Les modifications apportées dans le code de la sécurité sociale consistent à prévoir la couverture des frais relatifs à l'examen de prévention pour les bénéficiaires du régime général, l'extension de la couverture des frais relatifs à l'examen de prévention aux bénéficiaires du régime des travailleurs non salariés, et l'exonération du ticket modérateur pour l'examen de prévention comme pour les soins consécutifs.

Le coût de ce dispositif pour l'année 2002 est évalué par le gouvernement à 50 millions d'euros (328 millions de francs), dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM. Cette mesure devrait en outre concerner 1,4 million d'enfants.

L'article 18 *quinquies* nouveau vise à permettre aux ayant droits mineurs des personnes de nationalité étrangère ne remplissant pas la condition de résidence stable et régulière prévue à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale de bénéficier du dispositif de couverture maladie universelle mis en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999. Ce dispositif semble contestable à votre rapporteur pour avis dans la mesure où le public ainsi visé relève normalement et légalement de l'aide médicale d'Etat et non de la CMU. En détournant ainsi l'esprit de la loi portant création de la CMU, le gouvernement transfère tout simplement au régime d'assurance maladie une partie des charges que devrait normalement assumer l'Etat au titre de l'aide médicale d'Etat.

L'article 18 *sexies* nouveau vise à étendre le bénéfice du tiers payant coordonné et, s'ils ont une couverture complémentaire, intégral à l'ensemble des personnes sortant du dispositif de couverture maladie universelle. Cette mesure devrait permettre de simplifier les démarches de l'assuré et éviter aux personnes à revenus modestes d'avoir à faire une avance de trésorerie. Elle devrait également permettre de réduire les délais de paiement aux professionnels de santé, surtout en cas de télétransmission. Cette mesure illustre une fois de plus l'impréparation de la loi portant création de la CMU et l'absence de réflexion d'ensemble sur le dispositif du tiers payant. Elle révèle également l'ampleur des problèmes liés à la sortie du dispositif CMU et à ses effets de seuil.

D. QUID DES RÉFORMES DE FOND ?

1. Politique du médicament : mieux vaut tard que jamais !

Votre rapporteur pour avis a déjà eu l'occasion de commenter la politique du médicament menée par le gouvernement. Il a notamment rappelé les principales mesures contenues dans le « plan médicament » présenté le 7 juin 2001 et il a également décrit les mesures contenues dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Si votre rapporteur pour avis reconnaît à bon droit que des efforts importants sont en passe d'être consentis, il tient cependant à rappeler les insuffisances de la politique du médicament, d'ailleurs analysées par la Cour des comptes dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2001.

Ainsi, d'après la Cour des comptes, *« la forte croissance des remboursements par l'assurance maladie des médicaments achetés en ville, et leur accélération en 2000, posent une double question : celle du financement de cette dépense qui augmente et qui probablement continuera à augmenter dans les prochaines années, et celle du choix des dépenses prises en charge par la collectivité »*.

En outre, la Cour estime que la politique du médicament depuis 1998 a eu une efficacité limitée. Malgré une réflexion globale sur la politique du médicament et des objectifs ambitieux, les mesures prises depuis 1998 n'ont eu à ce jour qu'un faible impact sur les dépenses. La réforme annoncée le 18 février 1998 comprenait deux grands axes : garantir le bon usage du médicament, ce qui d'après la Cour des comptes *« n'a pas été appliqué »*, et maîtriser la dépense pharmaceutique y donnant lieu à deux séries de mesures (génériques et réévaluation) annoncées en février 1998, complétées par une régulation financière, annoncée en juillet 1998.

Le constat que dresse la Cour de la politique du médicament menée par le gouvernement depuis 1998 est, à cet égard, particulièrement négatif :

- incapacité de la régulation financière conventionnelle à freiner les dépenses ;
- faible développement du marché des médicaments génériques ;
- effets encore limités de la réévaluation du service médical rendu.

En définitive, la Cour fait les trois remarques suivantes : « *tandis que la régulation financière a atteint en 2000 son plafond de 3 % sans avoir atteint son objectif de maîtrise de la croissance des médicaments, les deux autres mesures – promotions des génériques et réévaluation de l'intérêt des médicaments – n'ont reçu qu'un début d'exécution ; les délais de mise en œuvre (des réformes) ont été longs ; les mesures prises ont porté sur les producteurs et les distributeurs de médicaments mais pas sur les utilisateurs que sont les prescripteurs et les patients* ».

En outre, la Cour analyse les obstacles de fond à la régulation du médicament ; deux obstacles majeurs sont ainsi mis en évidence :

- le système d'information reste presque entièrement dépendant de l'industrie ; une information indépendante sur le « bon usage du médicament » tarde à être développée ;

- il manque une réévaluation fréquente : pour devenir plus sélective, la procédure d'admission au remboursement nécessite l'octroi de plus de moyens à la commission de la transparence, ainsi que de réviser régulièrement les conditions de remboursement et les prix, et de cibler en priorité les produits les plus coûteux.

Votre rapporteur pour avis partage l'analyse ainsi présentée par la Cour des comptes et reste persuadé que la problématique de fond, celle du bon usage du médicament, est une des clés de l'efficacité de la politique du médicament dans notre pays.

Résumé des mesures annoncées en matière de politique de médicament et de leur degré de réalisation

| Objectif et date | Évaluation des résultats |
|---|--|
| Réaliser un référentiel public sur les médicaments pour la fin 1998 (1) | Pas réalisé : objectif 1.1.2003 |
| L'observatoire national des médicaments mettra en 98 en place des indicateurs de suivi des évolutions des ventes, des prescriptions et des consommations dans 5 classes | Pas réalisé : arrêt des travaux de l'observatoire en 1999-2000, reprise en 2001, mais <i>a priori</i> pas sur ces bases. |
| Mise en place de médecins évaluateurs accrédités par l'ANAES, chargés d'évaluer les pratiques de leurs confrères (2) | En cours , mais n'a pas encore débuté au début de 2001. |
| Elargir les missions de l'ANAES par développer l'évaluation en médecine de ville, notamment grâce à la construction et à la diffusion de RBP (dispositions législatives début 99) (2) | Réalisé : décret du 28/12/1999 sur l'évaluation médicale et l'analyse de l'évolution des dépenses médicales. |
| Développer les recommandations de bonne pratique (RBP) (1) | Réalisé mais... : L'ANAES a effectivement développé les RBP, mais leur diffusion aux prescripteurs demeure très limitée. |
| Améliorer la FMC obligatoire, en passant d'une obligation formelle à un véritable entretien des connaissances (modif. Législatives début 99) ; Choix entre formations ou évaluation (2 + 3) | Non réalisé : Projet de loi en cours de préparation (discussion parlementaire en 2001 ?) |
| Développer un plan de communication en direction des assurés (« RMO pour patients ») pour promouvoir le bon usage des médicaments, dès avril 99 (3) | Non réalisé : seulement des campagnes ponctuelles |
| Développer l'automédication (1) | Non réalisé . L'automédication ne s'est pas développée (malgré un groupe de travail à l'AFSSAPS). |
| Réduire la durée d'instruction des médicaments innovants (1) | Sans objet . Cette durée est de toutes façons limitée par la directive UE à 180 jours. La CT et le CEPS ont cette préoccupation pour les médicaments innovants. |
| Responsabiliser les prescripteurs (cf. engagement conventionnel de prescrire les médicaments les moins onéreux) (1). | Non réalisé : la convention 97 a été annulée par le Conseil d'Etat. Aucune responsabilisation des prescripteurs actuellement. |
| Achèvement du répertoire des génériques (1) | Réalisé mais... Le répertoire existe, mais souffre de longs délais de publication, préjudiciables aux nouveaux génériques. |
| Contrôle de la qualité de tous les génériques (1) | |
| Mettre en place un droit de substitution (1) | Réalisé en juin 1999 (LFSS pour 1999) mais droit encadré. |
| Inciter dans la convention les industriels à promouvoir les génériques (1) | Mentionné dans des conventions. Mais dépourvue de contenu concret, l'incitation semble être restée inefficace. |
| Doublé la part des génériques dans la consommation pharmaceutique d'ici fin 99 (1) | Non réalisé . Progression plus lente. |

| | |
|--|---|
| Diminuer les volumes des classes où sur consommation, notamment de 10 % en 18 mois (à la fin 99) pour antidépresseurs et certains antibiotiques en ville (1) | Non réalisé. |
| Redéfinition des critères de prise en charge des médicaments sur la base du SMR (1) | Réalisé : décret du 27 octobre 1999 |
| Réévaluation des conditions de prise en charge et des prix des classes où le SMR est insuffisant (1) | Réalisé mais... Réévaluation du SMR presque terminée (2.660 sur 4000 spécialités), mais peu d'effets en termes de changements de prise en charge et de prix. |
| Mettre en place un programme de baisse de prix dans les classes à SMR insuffisant, pour aboutir en 2 à 3 ans à un prix-cible par classe (2) | En cours. Début de mise en œuvre en 2000 pour les 650 médicaments à SMR jugé insuffisant, dont les prix devront être baissés de 20 % en 3 ans. |
| Réduire les dépenses promotionnelles des laboratoires de 10 % de 98 à 99 (1) | Non réalisé. |
| Renforcer le contrôle de la publicité des médicaments et les sanctions (2) | En partie réalisé : possibilité de baisser les prix des médicaments dont des publicités ont été interdites. |
| Démographie médicale : reconvertir des médecins vers la médecine du travail ou scolaire : développer les activités non prescriptives à temps partiel pour les médecins libéraux (2) | Non réalisé. |
| Accélérer le codage des actes et des pathologies (2) | En partie réalisé. Codage des médicaments réalisé à 70 % (95 % sur le seul régime général) à ce jour et complet en 2002. Codage des pathologies : pas d'échéance. |
| Utilisation du réseau santé social pour mettre à disposition des professionnels des informations : « intranet santé » (2 + 3) | Réalisé mais... Opérationnel depuis octobre 98 : 70 % des médecins = informatisés début 99. Peu de services disponibles sur le réseau santé social. |
| Création de la clause de sauvegarde, concernant tous les acteurs de santé, en cas de dépassement de l'objectif annuel correspondant à l'évolution des besoins de santé : la clause ne jouerait que lorsque les mécanismes de responsabilité individuelle ou collective (génériques, bon usage...) ne suffisent pas (2) | En partie réalisé. LFSS 1999 : l'utilisation de la clause n'est pas exceptionnelle mais systématique, car l'objectif annuel fixé est bas. Le reversement ne touche que les laboratoires. |

(1) : communication du 18 février 1998

(2) : point presse du 6 juillet 1998

(3) : point presse du 12 février 1999.

Source : rapport de la Cour des comptes sur le financement de la sécurité sociale (septembre 2001)

2. Quid des mécanismes de régulation ?

Votre rapporteur pour avis, tout comme son prédécesseur les années précédentes, ne peut cette année encore qu'établir un constat d'échec quant à l'efficacité, voire l'effectivité, des mécanismes de régulation des dépenses de santé et notamment des dépenses de soins de ville.

a) L'analyse de la Cour des comptes quant à l'échec des mécanismes de régulation dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000 est toujours d'actualité

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000, la Cour des comptes avait dressé un bilan très critique des mécanismes de régulation collective de l'offre de soins et plus généralement de la mise en œuvre des politiques conventionnelles. Comme l'a rappelé la Cour dans ce rapport, « *l'efficacité des mécanismes conventionnels suppose qu'un maximum de professionnels accepte de rentrer dans la logique d'une tarification unique servant de base au remboursement, de manière que chaque assuré puisse s'adresser à un professionnel conventionné* ».

Toutefois l'esprit même du conventionnement et des mécanismes de régulation s'est vu détourné lorsqu'il a été question, pour obtenir un taux d'adhésion le plus large possible, notamment chez les médecins de ville et les dentistes, d'instaurer une différenciation des prix et des taux de remboursement contraire à la logique des conventions et qui a entraîné une réduction de la qualité de la prise en charge.

L'insuffisance de la voie conventionnelle à mettre en place des mécanismes de régulation efficaces fondés sur la définition d'objectifs quantitatifs, a conduit l'ordonnance du 24 avril 1996 et son décret d'application à élaborer un nouveau système, fondé sur une responsabilisation accrue des médecins dont la convention devait fixer un objectif opposable englobant les honoraires et les prescriptions ainsi que déterminer les modalités de l'individualisation de la charge du reversement entre les médecins. Mais les mécanismes de reversement se sont révélés impossibles à mettre en œuvre pour des raisons juridiques et pratiques.

Cette impossibilité de mettre en place une régulation quantitative efficace a entraîné une nouvelle réforme inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Il s'agissait de rendre, pour chaque profession, l'objectif quantitatif en principe opposable. La régulation n'est plus recherchée par des reversements mais par des réajustements du tarif ou de la cotation des actes. Si les partenaires ne parviennent pas à s'entendre, les caisses d'assurance maladie sont autorisées à prendre unilatéralement les mesures nécessaires.

Toutefois, le constat de l'échec des mécanismes de régulation des volumes que fait la Cour des comptes est sans appel : *« force est de constater que, pour aucune des professions, les mécanismes de régulation successivement tentés dans le cadre des conventions n'ont été véritablement efficaces, ce qui conduit à se demander si le conventionnement, tel qu'il a été pratiqué, peut contribuer efficacement à la régulation des volumes »*.

Des dispositifs de sanctions sont prévus par les conventions. Ils ont été conçus comme un élément de leur équilibre général et l'un des éléments de la maîtrise des dépenses. Mais l'ensemble des textes aboutit à un enchevêtrement des dispositifs d'origine légale ou réglementaire et d'origine conventionnelle, ce qui rend le système actuel des sanctions particulièrement opaque et complexe. Dès lors, et c'est ce que soulignait la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000 : *« les dispositifs prévus sont cumulatifs, ce qui affecte leur lisibilité. La complexité de l'architecture générale des obligations et des sanctions est génératrice de contestations et de difficultés pratiques d'application par les caisses »*.

De manière générale, les mécanismes de régulation sont donc aujourd'hui en perte de vitesse. Leur échec ne constitue d'ailleurs qu'un des éléments de la disparition progressive de toute forme de système conventionnel.

Depuis la loi du 3 juillet 1971, un dispositif conventionnel national organise la participation des caisses d'assurance maladie au remboursement des soins et prescriptions délivrés par les professionnels de santé. Il vise ainsi à concilier l'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales, assorti du libre accès à leurs soins et prescriptions d'une part, et une assurance maladie obligatoire d'autre part.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000, la Cour des comptes soulignait les limites évidentes de ce dispositif conventionnel : *« les conventions n'ont réussi ni à assurer la régulation des dépenses ni à modifier les pratiques individuelles. La formule du généraliste référent, mise en place par les partenaires conventionnels pour tenter de trouver une voie nouvelle, n'a guère conduit pour l'instant à des résultats tangibles. Plus fondamentalement le cadre conventionnel lui-même, tel qu'il s'est développé, débouche sur des difficultés juridiques de fond. Une réflexion et une réforme d'ensemble apparaissent aujourd'hui nécessaires »*.

La Cour des comptes a souligné avec justesse à quel point l'ensemble des problèmes juridiques de fond posés par ces conventions avait été mésestimé et fragilisait le système conventionnel.

En effet, la crédibilité et l'efficacité d'un système de régulation supposent sa stabilité dans le temps. Or, les relations entre l'assurance maladie et les professions de santé sont souvent conflictuelles et les conventions sont

systématiquement attaquées devant les juridictions. Dans la pratique, presque toutes les conventions ont été annulées totalement ou partiellement. La jurisprudence du Conseil d'Etat admet en effet, depuis 1999, que les clauses d'une convention sont divisibles et que l'annulation d'une clause n'entraîne pas nécessairement celle de la convention dans son ensemble. Ce constat montre qu'il est indispensable d'étudier précisément les raisons pour lesquelles des mécanismes conventionnels, censés reposer sur une adhésion des professionnels concernés, ont ainsi systématiquement été mis en cause et bloqués par les professionnels eux-mêmes. Votre rapporteur pour avis estime qu'il existe là des questions de fond que le gouvernement n'a pas voulu aborder.

b) L'analyse de la Cour des comptes quant à l'échec des mécanismes de régulation des soins de ville dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2001 est sans appel

Dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2001, la Cour des comptes dresse un bilan sans appel des mécanismes de régulation des dépenses de soins de ville mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 : « *les mécanismes nouveaux de régulation et de contrôle introduits par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 n'ont pas encore fait leurs preuves ou, dans le cas du nouveau système d'ODSV (objectif délégué de soins de ville) et de rapports d'équilibre, pas donné de résultats* ».

L'article 24 de la loi de financement pour 2000 avait consenti aux caisses d'assurance maladie une délégation pour gérer l'ensemble des dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux et les dépenses de transport sanitaire, soit 47 % du total des dépenses de soins de ville, l'Etat conservant la responsabilité pour les médicaments, les produits du TIPS et les indemnités journalières.

En outre, à l'intérieur de l'objectif global des soins de ville, un nouvel objectif annuel, l'objectif des dépenses déléguées de soins de ville (ODSV) a été fixé. Les caisses d'assurance maladie sont responsables de son respect. Elles fixent en début d'année, conventionnellement avec les professionnels ou, le cas échéant, unilatéralement après les avoir consultés, un objectif de dépenses pour chaque profession ainsi que toute mesure propre à assurer le respect de l'objectif. Le document est accompagné d'un rapport d'équilibre, transmis à l'Etat pour approbation. Les parties conventionnelles se réunissent deux autres fois dans l'année pour faire le point et examiner toute mesure permettant de respecter l'objectif en fin d'année. A chaque fois un rapport d'équilibre est transmis à l'Etat pour approbation. En cas de carence, ou lorsque les mesures proposées ne sont pas de nature à permettre le respect de l'objectif de dépenses, un arrêté ministériel fixe les tarifs et mesures nécessaires.

La Cour des comptes, dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2001, dresse un bilan accablant du nouveau dispositif mise en place : *« au total, les mesures entrées en vigueur à la suite des deuxième et troisième rapports d'équilibre réduisent en année pleine la croissance des dépenses de 300,4 millions de francs (45,8 millions d'euros), mais, compte tenu de l'effet du premier rapport et de la création du Vmad [nouvel acte consistant dans la visite de maintien à domicile] l'ensemble des mesures entrées en vigueur à la suite des trois rapports et de cette création, représentent une charge supplémentaire en année pleine de 527 millions de francs (80,3 millions de francs). (...) L'effet global des rapports a donc été plus de modifier les équilibres entre certains spécialistes et généralistes, de revaloriser les honoraires des généralistes et d'assurer la prise en charge de certains actes dentaires que de permettre le respect de l'objectif délégué des soins de ville. En définitive, l'ODSV a été dépassé de 5,1 milliard de francs (0,8 milliards d'euros) ».*

En outre, la Cour des comptes précise également que *« en 2001, l'objectif de dépenses déléguées n'a été transmis par l'Etat à la CNAMTS qu'à la mi-avril, et il ne pouvait donc pas être établi de rapport d'équilibre en début d'année, ce qui semble traduire une diminution de l'intérêt porté par l'Etat à cette tentative d'instituer un nouveau mode de régulation ».*

Comme la rappelle très justement la Cour des comptes en guise de conclusion : *« une régulation ne peut être crédible et donc efficace que si elle s'appuie sur des objectifs fixés de manière réaliste ».*

Votre rapporteur pour avis estime lui aussi que l'échec patent des mécanismes de régulation provient avant tout de ce que les objectifs fixés en loi de financement de la sécurité sociale ne sont en rien réalistes et génèrent ainsi le découragement des professionnels de santé.

c) Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 : les mécanismes de régulation et de conventionnement aux oubliettes.

Votre rapporteur pour avis a déjà eu l'occasion d'analyser les quelques mesures visant à la régulation des dépenses de santé contenues dans le projet de loi de financement pour 2002.

Comme il l'a déjà souligné, sur la forme, la méthode employée par le gouvernement, à savoir l'introduction sous forme d'amendements à l'Assemblée nationale de mesures totalement improvisées et n'ayant pas fait l'objet de concertations approfondies, est profondément condamnable.

Sur le fond, il s'agit pour la plupart de mesures sans envergure :

- réforme du dispositif de l'entente préalable (article 15 *ter*) ;

- organisation de la permanence des soins (article 18 *ter*) ;
- création au sein de l'ONDAM d'une dotation nationale de développement des réseaux de santé (article 18 *quater*).

Seul l'article 10 A vise, d'après le gouvernement, à la « *rénovation du cadre conventionnel et du dispositif de régulation* ». Comme votre rapporteur pour avis a déjà pu le faire remarquer dans son analyse de cet article, il apparaît que ce qui se voulait une réforme d'envergure du cadre conventionnel et des mécanismes de régulation n'est en fait qu'une mesure improvisée et qui risque d'être unanimement refusée par les professionnels de santé. En outre, il est particulièrement surprenant de vouloir rénover le cadre de la négociation conventionnelle sans prendre soin auparavant de consulter les parties concernées, à savoir les professionnels de santé, les partenaires sociaux ainsi que les caisses d'assurance maladie.

Le constat d'un échec des mécanismes de régulation des dépenses de santé et de la lente « mort » du système conventionnel français reste donc plus que jamais d'actualité.

3. Quid des réformes hospitalières ?

Comme son prédécesseur les années précédentes, votre rapporteur pour avis s'inquiète du sort des établissements de santé publics.

Outre la persistance des inégalités hospitalières, problème récurrent sur lequel votre rapporteur pour avis ne s'étendra pas cette année, il faut souligner que malgré les mesures d'affichage annoncées par le gouvernement qui consistent à débloquer des fonds supplémentaires pour l'hôpital, certains existant en fait déjà et d'autres étant de toute façon vouées à être sous-consommés, votre rapporteur pour avis ne peut que constater, d'une part, que la problématique de la réforme hospitalière se résume désormais pour le gouvernement à l'application des 35 heures dans les établissements de santé, d'autre part, que les dépenses hospitalières n'ont en rien été maîtrisées sur les cinq dernières années, pour des raisons structurelles avant tout.

a) L'évolution des dépenses hospitalières en 2000

En 2000, l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées a été fixée à 274.720 millions de francs (41.880,8 millions d'euros) pour la France métropolitaine, soit une augmentation de 2,5 % par rapport à 1999. L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie, qui constitue le financement essentiel des dépenses hospitalières, s'élève au sein de l'ONDAM à 255.651 millions de francs (38.973,7 millions d'euros), soit une augmentation de 2,4 %.

Le protocole d'accord sur la modernisation du service public hospitalier du 14 mars 2000 a prévu des mesures relatives au remplacement des personnels absents, aux conditions de travail, aux services d'accueil des urgences, aux investissements hospitaliers ainsi que des évolutions sanitaires. Les sources de financement du protocole du 14 mars 2000 pour l'année 2000 (3.800 millions de francs soit 579,3 millions d'euros) devaient être les suivantes :

- l'Etat pour 2.000 millions de francs (304,9 millions d'euros) destinés au remplacement de personnels ainsi que 600 millions de francs d'autorisations de programme supplémentaires affectés aux investissements de modernisation des hôpitaux ;

- l'assurance maladie pour 1.200 millions de francs (182,9 millions d'euros).

Le protocole d'accord sur le statut des praticiens hospitaliers du 13 mars 2000 dont le coût total a été estimé à 1.400 millions de francs (213,4 millions d'euros) par an est à la charge de l'assurance maladie.

Au total, pour l'année 2000, alors que les dépenses encadrées devaient progresser de 2,5 % en métropole, le taux d'évolution réel a été de 3,02 % soit 3,07 % hors effet de champ. Par ailleurs l'impact des protocoles sur l'objectif des dépenses remboursées par l'assurance maladie à l'hôpital, donc sur l'ONDAM, a été estimé, lors de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2000, à 1.100 millions de francs (167,7 millions d'euros), ce qui a entraîné une progression de 3 % de ces dépenses versées aux hôpitaux au lieu des 2,4 % prévus. Cette évolution, qui résulte de décisions gouvernementales, a donc conduit à une majoration de fait des dépenses hospitalières à la charge de l'assurance maladie, qui n'avaient pas été prises en compte dans l'ONDAM tel qu'il avait été fixé par la loi de financement pour 2000.

b) L'évolution des dépenses hospitalières en 2001

En 2001, pour la France métropolitaine, le montant total des dépenses hospitalières encadrées a été fixé à 277.158 millions de francs (42.252,5 millions d'euros), soit une augmentation de 3,32 % par rapport à 2000. L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie pour les établissements sous dotation globale, calculé au sein de l'ONDAM, s'élève à 265.508 millions de francs (40.476,4 millions d'euros), soit une majoration de 3,39 %. Ainsi, en 2001 la dotation de l'assurance maladie pour la métropole croît à nouveau davantage que les dépenses encadrées.

Or, comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2001, « *la base des dépenses 2000 à laquelle a été appliqué le taux d'évolution de 3,32 % est constituée du total des dotations régionales 2000 et des dotations complémentaires intervenues en cours d'année (surcoût des protocoles hospitaliers intégré dans les dépenses encadrées) et modifiée par les effets de champ positifs ou négatifs résultant des transferts entre enveloppes connus à la fin de 2000. Au total, l'estimation définitive de la base 2000 est inférieure à l'estimation qui en avait été faite précédemment. Dès lors, le taux d'évolution ressort à 3,55 % et non 3,32 %. Il est regrettable que le véritable taux d'évolution n'apparaisse pas dans les documents officiels* ».

c) La réalité de l'effort financier annoncé par le gouvernement en faveur des hôpitaux en 2002

En 2002, le même problème devrait se présenter dans la mesure où divers protocoles hospitaliers sont également intervenus en 2001 :

- le protocole hospitalier du 14 mars 2001 sur les métiers hospitaliers qui prévoit des revalorisations de carrières et des rémunérations des agents hospitaliers, dont les conséquences financières devraient se répercuter en 2002 sans figurer dans le projet de loi de finances pour 2002 ;

- les protocoles du 27 septembre et 22 octobre 2001, relatifs à la réduction du temps de travail, pour un coût total en 2002 de 3 milliards de francs (460 millions d'euros) d'après les indications du gouvernement.

Lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 à l'Assemblée nationale, le gouvernement a annoncé un effort supplémentaire en faveur du secteur hospitalier de 3 milliards de francs (et non 3,9 milliards de francs supplémentaires comme il a pu être dit par la suite). Ces 3 milliards de francs se décomposent de la façon suivante :

- au titre de l'année 2001, soit de manière rectificative pour 2001, un abondement de la dotation globale hospitalière d'un milliard de francs (150 millions d'euros), qui a entraîné l'adoption d'un article 32 *bis* nouveau visant à réviser le montant de l'ONDAM 2001, fixé à 710,3 milliards de francs (108,3 milliards d'euros) en encaissements / décaissements ;

- au titre de l'année 2002, une dotation d'un milliard de francs pour le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES), que votre rapporteur pour avis a déjà eu l'occasion de commenter ;

- au titre de l'année 2002 et dans le cadre du vote du budget santé / solidarité, l'abondement d'un milliard de francs supplémentaires du fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO). Votre rapporteur pour avis tient à souligner à cet égard que la Cour des comptes,

dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 1999, la commission des affaires sociales du Sénat, dans son rapport sur les fonds sociaux de juin 2001, et le rapporteur spécial de votre commission sur les crédits de la santé et de la solidarité, dans ses rapports budgétaires successifs, avaient tous établi un bilan très critique du fonctionnement de ce fonds et notamment souligné la sous-consommation chronique de ses crédits.

En outre, au titre de l'année 2001, le gouvernement a procédé à une translation budgétaire qui a pu faire penser que 900 millions de francs supplémentaires (137,2 millions d'euros) étaient débloqués par le gouvernement alors même que ces 900 millions avaient déjà été prévus ; ils correspondent simplement à une accélération des dépenses du FMES pour l'année 2001, puisque les 300 millions de francs (45,73 millions d'euros) prévus dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 pour abonder le FMES en 2002, ont été ramenés à l'exercice 2001 et ajoutés au 600 millions de francs (91,47 millions d'euros) déjà disponibles en 2001.

Au total, votre rapporteur constate donc, d'une part, que l'effort financier consenti en faveur des hôpitaux cette année servira avant tout à leur permettre d'assumer l'application de la réduction du temps de travail, d'autre part que l'abondement des fonds hospitaliers (FMES et FIMHO) ne vaut que si les crédits sont effectivement consommés et utilisés à bon escient, ce dont l'expérience passée permet de douter.

4. Quid des cliniques privées ?

L'année dernière, le prédécesseur de votre rapporteur pour avis avait déjà dénoncé le peu de considération dont faisait preuve le gouvernement à l'égard des cliniques privées.

La crise sociale concerne aujourd'hui l'ensemble des établissements de santé privés sur tout le territoire et tous les personnels, notamment soignants. Elle résulte en particulier de la mise en oeuvre de la réduction du temps de travail dans les cliniques.

Aujourd'hui, on peut estimer le déficit de postes d'infirmiers dans les cliniques privées à plus de 7.000, sur un total de 35.000. De plus, les cliniques peinent à recruter des médecins en gynécologie obstétrique et en anesthésie. En outre, l'hospitalisation privée ne peut, dans les conditions tarifaires actuelles, assurer l'égalité de traitement avec les hôpitaux publics et, en conséquence, assumer sa place, pourtant légitime et décisive dans le paysage hospitalier français. Selon la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), l'écart entre la rémunération des infirmiers du secteur public et ceux du secteur privé est de 14 % en faveur du secteur public.

La réduction du temps de travail équivalant à 10 % environ de la durée totale de travail doit être majoritairement compensée (7 %) par des embauches de personnels possédant les qualifications nécessaires au maintien de la qualité des soins et des services. Une telle compensation pourrait notamment être financée par la suppression de la taxe sur les salaires permettant, compte tenu de son montant et de sa proportionnalité aux salaires bruts de financer - sans majoration budgétaire - les conséquences de la réduction du temps de travail dans le secteur de l'hospitalisation privée ainsi qu'une partie importante des créations d'emplois nécessaires dans le secteur public. Le rapport de notre collègue sénateur Alain Lambert prônant une suppression progressive de cette taxe, a montré d'ailleurs les effets négatifs sur l'emploi.¹

Ces mesures à destination des cliniques sont d'autant plus nécessaires que leur situation financière est aujourd'hui considérée comme critique. La rentabilité économique des établissements hospitaliers privés chute et a atteint un niveau alarmant de 0,8 % en 1998, en baisse d'un point par rapport à 1997. La généralisation de la dégradation des résultats se traduit globalement par une baisse du taux de résultat net et une augmentation du nombre d'établissements déficitaires de 66 % entre 1997 et 1998. La solvabilité de ces établissements est également en baisse ainsi que leur indépendance financière et le niveau de leurs capitaux propres.

Cette situation est d'autant plus injuste et économiquement absurde que le programme d'évaluation des coûts hospitaliers (le PMSI) montre que, même une fois les charges propres au service public déduites et les honoraires des médecins libéraux inclus, le même acte de soin revient 30 à 50 % moins cher dans le privé qu'à l'hôpital public. Les cliniques effectuent aujourd'hui un tiers des accouchements, la moitié des interventions chirurgicales, 80 % de la chirurgie ambulatoire. Les charges des cliniques ont augmenté de 15 à 20 % au cours des sept dernières années d'après la FIEHP. En outre, une récente étude du ministère de l'emploi et de la solidarité a montré que les petites cliniques spécialisées sont les plus rentables de l'hospitalisation privée, secteur dont la croissance annuelle subit cependant un ralentissement ces dernières années. En 1997 et 1998, la progression moyenne du chiffre d'affaires des quelques 1.200 cliniques s'établit à 3,3 % alors qu'elle était de 4,5 % les années précédentes.

Comme votre rapporteur pour avis a déjà eu l'occasion de le souligner, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ne contient aucune mesure en faveur des cliniques privées, à l'exception de la dotation de 150 millions de francs (22,87 millions d'euros) pour le Fonds de modernisation des cliniques privées, soit la même somme que l'année précédente, ce qui est véritablement dérisoire.

¹ « La taxe sur les salaires ou comment s'en débarrasser », rapport d'information au nom de la commission des finances, Alain Lambert, Sénat, n°8 (2001-2002).

Votre rapporteur pour avis ne peut donc s'étonner devant les revendications des représentants des cliniques privées, médecins et directeurs notamment, qui exigent une enveloppe de 910 millions d'euros (6 milliards de francs) pour pouvoir recruter, mais surtout garder, leurs infirmières en raison des distorsions de statut entre le privé et le public découlant notamment de la création de 45.000 emplois supplémentaires dans l'hôpital public d'ici trois ans, annoncée par le gouvernement.

II. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL

La branche accidents du travail reste structurellement excédentaire. Ainsi, la commission des comptes de la sécurité sociale – qui ne traite certes que des comptes relevant du seul régime général, soit, d'après la Cour des comptes, 87 % de l'ensemble des comptes de la branche – a prévu un excédent de 337 millions d'euros en 2001 et de 629 millions d'euros en 2002, avant impact des mesures contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Comptes de la branche accidents du travail hors mesures PLFSS 2002

(en droits constatés en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | Evolution 1999/2000 | 2001 | Evolution 2000/2001 | 2002 | Evolution 2001/2002 |
|--------------|-------|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|------------------------|
| Charges | 7.246 | 7.447 | + 2,8 % | 7.939 | + 6,6 % | 7.921 | - 0,2 % |
| Produits | 7.462 | 7.797 | + 4,5 % | 8.275 | + 6,1 % | 8.550 | + 3,3 % |
| Résultat net | 215 | 350 | | 337 | | 629 | |

Source : commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001

Cet équilibre est le fruit d'une forte dynamique des recettes, composées presque exclusivement de cotisations sociales, dans un contexte de moins forte hausse des dépenses¹, hors amiante. Les accidents du travail se stabiliseraient en 2000 malgré la progression de la population active.

¹ La France se situe cependant à la onzième place du classement européen en la matière, puisqu'on décomptait, en 1998, 4.920 accidents du travail pour 100.000 salariés en France, contre une moyenne de 4.089 pour l'Union européenne, avec des extrêmes allant de 1.329 en Suède à 7.073 en Espagne.

La forte hausse de l'excédent, avant mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale, entre 2001 et 2002 se justifie par le transfert, en 2001, de 228 millions d'euros vers le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et de 115 millions d'euros vers le Fonds de financement de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

L'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a montré une réalisation inférieure de 1,4 milliard de francs par rapport à l'objectif fixé par la loi de financement. Pour 2001, la moitié de la hausse par rapport à l'année précédente s'explique par les contributions aux fonds relatifs à l'amiante.

En outre, l'article 31 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 révisé l'objectif fixé pour 2001 en le fixant à 57,9 milliards de francs (8,83 milliards d'euros) en encaissements-décaissements. Cette hausse se justifie par le transfert de 1,375 milliard de francs supplémentaires au FIVA et par le doublement du transfert au FCAATA (328 millions de francs supplémentaires).

Evolution des dépenses de la branche accidents du travail

| | Réalisation 1999 | LFSS 2000 | Réalisation 2000 | Ecart 1999/2000 | LFSS 2001 initiale | LFSS 2001 révisée | Ecart 2000/2001 révisée |
|-------------------------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| En milliards de francs | 52,7 | 54,7 | 53,3 | + 0,7 | 56,2 | 57,9 | + 4,6 |
| En milliards d'euros | 8,03 | 8,34 | 8,13 | + 0,1 | 8,57 | 8,83 | + 0,7 |

Source : Cour des comptes

Pour 2002, l'objectif fixé en droits constatés s'élève à 8,53 milliards d'euros, incluant notamment 120 millions d'euros non prévus initialement et correspondants à la mise en place du nouveau système de couverture accidents du travail des exploitants agricoles (l'effet sur le solde est nul en raison de la prise en compte des 120 millions de recettes correspondantes dans les prévisions de recettes).

Cependant, au-delà de cette baisse apparente des objectifs de dépenses d'une année sur l'autre (le niveau de 2001 est en partie faussé par la dotation initiale au FIVA), la branche se situe actuellement dans une période de transition. Le coût du drame de l'amiante est destiné à monter progressivement en puissance maintenant que les principaux éléments du cadre législatif sont fixés. Parallèlement, des études et rapports récents tendent à montrer que les dépenses réelles de la branche sont sous-estimées, appelant des réformes en la matière.

Dans ce cadre, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit un certain nombre de mesures nouvelles qui auront pour effet de dégrader le solde de la branche accidents du travail du régime général, déjà arrêté, pour 2000 de 176 millions d'euros –en raison de l'imputation sur cette année de l'abandon de la créance de la branche sur le FOREC– et de dégrader le solde prévu pour 2002 de 297 millions d'euros.

Effet des mesures du PLFSS 2001 sur les comptes de la branche accidents du travail

(en millions d'euros)

| | |
|--|--------------|
| Résultat net 2000 avant PLFSS 2002 | + 350 |
| Annulation créance FOREC 2000 | - 176 |
| Résultat net 2000 après PLFSS 2002 | + 174 |
| Résultat net 2002 avant PLFSS 2002 | + 629 |
| Dotation au FIVA (article 19) | - 76 |
| Dotation supplémentaire au FCAATA (article 19 <i>quinquies</i>) | - 39 |
| Mesures nouvelles d'élargissement des droits (dont articles 20, 20 <i>ter</i> , 20 <i>quater</i>) | - 20 |
| Transfert à la CNAMTS au titre de la sous-évaluation des accidents du travail (article 21) | - 152 |
| Revalorisation des rentes | - 10 |
| Résultat net 2002 après PLFSS 2002 | + 332 |

A. LA POURSUITE DE LA MISE EN PLACE DU CADRE DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

L'amiante constitue un drame dont la France commence à peine à percevoir les conséquences humaines et financières. Votre commission a d'ailleurs toujours attiré l'attention sur ce sujet.

Ainsi, le nombre de maladies professionnelles directement liées à l'amiante et reconnues par la sécurité sociale a quasiment doublé de 1996 à 1999 passant, selon la CNAMTS, de 1.605 à 2.969, ces chiffres ne prenant pas en compte les maladies professionnelles prises en charge par d'autres régimes de sécurité sociale. On évalue ainsi le flux de nouveaux malades chaque année à un nombre compris entre 3.200 et 3.500 dont environ 750 cas de cancer. Ce dernier nombre constitue certainement une estimation sous-évaluée dans la mesure où, en 1999, 1.366 personnes sont décédées en France d'un cancer de la plèvre, principale forme de cancer lié à l'amiante. 84 % des cancers reconnus comme maladies professionnelles en 1999 étaient dus à l'amiante.

La traduction financière de ce drame doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Le FIVA, chargé de l'indemnisation des victimes, est doté de 2.875 milliards de francs (438,3 millions d'euros) en 2001 et 500 millions de francs (76 millions d'euros) supplémentaires sont prévus pour 2002. Or, selon des enquêtes croisant les données hospitalières et les indemnités obtenues par les victimes ayant saisi la justice, le coût annuel serait plus proche de 4 milliards de francs¹. Par exemple, la justice évalue le « prix » d'un cancer de la plèvre (1.366 cas en 1999) à 2,2 millions de francs, ou celui d'une asbestose (2.619 cas en 1999) à 900.000 francs

1. Les fonds amiante

a) Le FIVA (article 19)

(1) Sa constitution en octobre 2001

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). En attendant la mise en place effective du fonds, c'était le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions, financé par le biais d'un prélèvement additionnel sur les contrats d'assurance, qui prenait en charge les dépenses d'indemnisation arrêtées après une action judiciaire des victimes devant les commissions d'indemnisation des victimes des dommages résultant d'infractions (les CIVI). Le principe du FIVA semble préférable à cette solution provisoire en raison du lien direct qui existe entre le choix de l'exposition à l'amiante et la contamination.

Le décret d'application² définissant l'organisation, le fonctionnement et les procédures du FIVA est opportunément paru le 24 octobre 2001 au moment de la discussion générale, à l'Assemblée nationale, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Le FIVA prend la forme d'un établissement public administratif qui aura pour mission d'indemniser dans un délai maximal total de 9 mois les victimes de l'amiante, qu'elles aient été contaminées dans un cadre professionnel ou non.

¹ Voir notamment *Le Point*, n° 1505, page 68.

² Décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 relatif au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (*Journal officiel du 24 octobre 2001*).

(a) Organisation et fonctionnement

Le conseil d'administration du FIVA ou le directeur par délégation, est notamment chargé d'arrêter les offres d'indemnisation proposées aux demandeurs et le montant des provisions à leur verser.

Une « commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante », dont les membres sont nommés par le conseil d'administration est chargée :

- d'examiner les dossiers de demande d'indemnisation (dans les cas autres que ceux où il y a reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté) ;

- de se prononcer sur le lien entre maladie et l'exposition à l'amiante. A titre transitoire, le Fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse prendra en charge l'instruction des dossiers de demandes et la préparation des offres.

(b) La procédure d'indemnisation

La demande d'indemnisation devra être accompagnée de tous documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante. Toutefois, lorsque la maladie figure sur une liste établie par arrêté, le demandeur sera dispensé de produire ces documents et présentera seulement un certificat médical attestant de cette maladie. Le demandeur devra préciser si le préjudice est susceptible ou non d'avoir une origine professionnelle.

Lorsque il apparaîtra que la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle, le FIVA saisira la caisse ou l'organisation compétente. Celle-ci notifiera au FIVA cette décision. En cas de reconnaissance d'une maladie professionnelle, elle avisera le fonds de l'évaluation de l'indemnisation accordée et de ses modalités, ainsi que de toute nouvelle fixation du montant des réparations.

Lorsque le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante n'est pas présumé établi, le dossier sera transmis à la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante, qui devra faire connaître au FIVA sa décision. S'il l'accepte, le fonds disposera d'un délai de deux mois pour verser la somme éventuellement due.

Les actions contre les décisions du FIVA pourront être exercées devant la cour d'appel dans les deux mois suivant la notification de l'offre d'indemnisation ou du refus d'indemnisation (un silence de six mois vaut rejet). Les actions devant la cour d'appel seront engagées, instruites et jugées selon les dispositions particulières. Le pourvoi contre les arrêts de la cour

d'appel sera dispensé du ministère d'avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation.

Enfin, dès l'acceptation de l'offre par le demandeur, il récupère l'action subrogatoire.

(2) Son financement

Le FIVA dispose de deux ressources : une contribution de l'Etat et une contribution de la branche accidents du travail.

Le I de l'article 19 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose ainsi de fixer la contribution de la branche accidents du travail à 438 millions d'euros en 2001, et à 76,2 millions d'euros pour 2002. Il convient de préciser que les objectifs de dépenses pour 2001 prévoyait initialement une contribution de 228 millions d'euros, augmentée donc de 210 millions d'euros par le présent projet de loi de financement.

Quant à la contribution de l'Etat, découlant de ses responsabilités en tant qu'employeur d'ouvriers ayant été contaminés, elle est évaluée à une part comprise entre 20 et 25 % du budget total du FIVA. En pratique, votre rapporteur pour avis suppose que l'Etat versera une première tranche dans le collectif budgétaire 2001 en cours de préparation, et que sa contribution dans le collectif budgétaire 2002 dépendra, d'une part, des dépenses réelles du fonds, d'autre part, des possibilités financières respectives de l'Etat et de la branche accidents du travail...

Les dépenses du FIVA seraient d'environ 690 millions d'euros pour la période 2001-2002, ce chiffre étant calculé en faisant l'hypothèse que la moitié des dossiers de demande d'indemnisation feront l'objet d'un paiement effectif en 2002.

**Budget prévisionnel du FIVA
2001/2002**

(en millions d'euros)

| Emplois | | Ressources | |
|----------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| Indemnisation des victimes | 690 | Contribution branche AT/MP 2001 | 438 |
| | | Contribution branche AT/MP 2002 | 76 |
| | | Contribution Etat (*) | 176 |

(*) La contribution de l'Etat vient équilibrer le fonds

Votre rapporteur pour avis soutient le processus engagé pour une réparation rapide et efficace du préjudice de l'amiante. Cependant, il ne peut que s'étonner des incertitudes financières entourant le fonds. Là encore, une dépense de l'Etat n'est pas prise en compte par les projets de loi de finances initiaux, en 2001 comme en 2002. Là encore, la sécurité sociale est appelée à financer, mais la représentation nationale n'a aucune idée de la dotation totale du budget total du fonds puisque la part de l'Etat n'est pas connue.

(3) Son personnel

Le II de l'article 19 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 énumère les personnels que le FIVA est autorisé à recruter. Outre des fonctionnaires et des contractuels de droit public, l'article prévoit le recours à des personnels de droit privé « *pour occuper des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles* ». Les personnels du fonds sont tous tenus au secret professionnel.

Il s'agit selon le gouvernement de permettre au fonds d'avoir recours à des personnels ayant déjà une expérience dans le traitement de ce type de dossiers afin d'accélérer les procédures.

Votre rapporteur pour avis ne peut que se montrer très réservé sur cette disposition.

Tout d'abord, il remarque que son lien avec l'objet des lois de financement de la sécurité sociale, tel que défini par l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, est contestable. Le rapport entre l'embauche par le FIVA de contractuels de droit public et les dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale n'est pas évident en raison de la procédure transitoire de gestion des dossiers par le fonds de garantie contre les accidents de circulation. Toutefois, si le conseil constitutionnel devait annuler ce II, suivant en cela ses précédentes jurisprudences tendant à protéger les lois de financement de la sécurité sociale contre les « cavaliers sociaux », l'effet pratique ne nuirait donc pas aux victimes.

La seconde réserve porte sur le principe même d'autoriser un établissement public administratif à recruter des contractuels de droit privé, alors que l'Etat cherche plutôt à supprimer toutes les formes de travail non titulaire dans la fonction publique.

Enfin, votre rapporteur pour avis constate que, comme pour le FOREC dont la gestion est confiée au FSV, comme pour le FRR dont la gestion est confiée à la Caisse des dépôts, comme pour le fonds de financement de l'APA dont la gestion est confiée au FSV, le FIVA verra sa gestion confiée, au moins de manière transitoire, à un autre fonds. Cette délégation de gestion dans les décrets instituant les fonds constitue un exemple

supplémentaire des méfaits de cette politique des fonds qui n'engendre qu'obscurité et complexité.

b) Le FCAATA (article 19 quinquies)

Le Fonds de financement de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) ne faisait pas jusqu'à aujourd'hui l'objet en tant que tel d'une disposition spécifique de la loi de financement, alors même que de nombreuses dispositions influent sur son fonctionnement et son équilibre financier. Ainsi, ce dernier est doublement modifié par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Le FCAATA subira d'abord les conséquences financières des dispositions d'extension du champ de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Celles-ci¹ auront un coût faible, inférieur à 20 millions d'euros.

Il bénéficiera par ailleurs du transfert de 200 millions d'euros de la branche accidents du travail au titre de la contribution de cette branche au financement du fonds. 157 millions d'euros avaient été intégrés par la commission des comptes de la sécurité sociale dans ses prévisions pour 2002, tandis que le gouvernement a décidé une mesure supplémentaire de 43 millions d'euros. Les autres ressources du fonds sont constituées d'une fraction de 0,39 % du produit des droits sur les tabacs (34 millions d'euros attendus pour 2002). Il devrait donc disposer de 234 millions d'euros en 2002, après 148 millions d'euros en 2001 (114 millions de la branche accidents du travail et 34 millions au titre des droits sur tabacs) soit une progression de 58 % qui, rapprochés des 440 millions d'euros du FIVA hors contribution de l'Etat, donne une idée du coût financier du drame de l'amiante.

Du côté des dépenses, le FCAATA a connu une montée en charge très lente, qui lui a permis de se constituer une trésorerie excédentaire qui sera mise à profit en 2002 pour faire face aux dépenses prévisionnelles nettement supérieures aux ressources. Cela signifie que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 devra dégager les moyens financiers nécessaires à l'équilibrage du FCAATA. L'effectif des allocataires devrait atteindre 9.000 à la fin de 2001 et 15.000 à la fin de 2002.

¹ Voir infra.

Situation financière du FCAATA

(en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|
| Ressources | 8,58 | 133,77 | 146,73 | 229,54 |
| Droits tabacs | 8,58 | 30,49 | 32,01 | 33,57 |
| Branche AT/MP | - | 102,9 | 114,34 | 195,59 |
| Produits financiers | - | 0,38 | 0,38 | 0,38 |
| Dépenses | 8,58 | 54,41 | 137,84 | 317,78 |
| Résultat technique | 0 | + 79,36 | + 8,89 | - 88,24 |
| Trésorerie fin d'année | 0 | + 79,36 | + 88,25 | 0 |

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité

L'Assemblée nationale a adopté un article 19 *quinquies*, à l'initiative de son rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, notre collègue député Claude Evin, et malgré un avis de sagesse plutôt négatif du gouvernement, qui réécrit le dispositif légal de fonctionnement du fonds figurant au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. L'article introduit la communication du rapport annuel du fonds au Parlement et prévoit que le Parlement vote, chaque année, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds.

Votre rapporteur pour avis ne peut que se réjouir de cet article qui introduit une petite lueur dans la politique des fonds aujourd'hui si obscure. En effet, jusqu'alors la contribution de la branche au FCAATA n'était que validée, et encore très indirectement, par le Parlement dans le cadre de son approbation globale des objectifs de dépenses de la branche. Dans la pratique, c'est le gouvernement qui fixait cette contribution par arrêté. Le vote annuel du Parlement paraît de nature à améliorer la transparence de ce fonds, très sensible par la nature des dommages qu'il indemnise, et très lourd financièrement.

2. Les mesures proposées pour élargir le champ de l'indemnisation

L'Assemblée nationale a adopté une série de dispositions tendant à élargir le champ de l'indemnisation des victimes de l'amiante. La plupart d'entre elles se traduiront par une extension des charges des fonds d'indemnisation. Malgré leur origine parlementaire, la commission des finances de l'Assemblée nationale a considéré que le dépôt par le gouvernement d'un amendement similaire permettait d'éviter l'irrecevabilité financière de l'initiative.

Parallèlement, lors du débat en première lecture, le gouvernement a indiqué qu'il travaillait à des modifications réglementaires étendant le dispositif « amiante » aux victimes de plaques pleurales, forme répandue de la contamination pour les ouvriers de la sidérurgie et de l'industrie automobile.

a) La précision du champ de l'indemnisation des victimes contaminées dans les ports (article 19 bis)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a ouvert le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, après une première extension réalisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, aux dockers ayant été exposés au risque lors des opérations de chargement et déchargement de navires transportant l'amiante. Cependant, le personnel exposé dépasse les seuls « *ouvriers dockers professionnels* » visés dans le texte de 1999 et concerne également les personnels de manutention employés dans les ports.

L'amendement adopté par l'Assemblée nationale vise donc à étendre aux « *personnels portuaires assurant la manutention* » le bénéfice du mécanisme de cessation anticipée d'activité.

b) La précision du fait générateur (article 19 ter)

A l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a précisé le fait générateur permettant de bénéficier de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 étendant l'allocation de cessation anticipée d'activité des victimes de l'amiante à certaines professions exposées. La définition existante apparaissait en effet trop limitative puisqu'elle ne faisait référence qu'à la manipulation de sacs d'amiante.

La rédaction de l'article 19 *ter* évoque ainsi la manipulation d'amiante, sans référence à un mode de conditionnement particulier.

c) L'autorisation de cumul de l'allocation de cessation anticipée d'activité avec une pension de réversion (article 19 quater)

L'article 19 *quater* revient sur le principe de l'interdiction du cumul de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante avec tout avantage vieillesse. Il autorise ainsi le cumul de cette allocation avec une pension de réversion ou une pension de retraite d'un régime spécial, l'allocation étant alors minorée du montant de cette pension.

Cet amendement paraît justifié dans la mesure où des personnes ayant moins de 60 ans ne pouvant renoncer au bénéfice d'un avantage vieillesse souvent modique, se voyaient privées de l'allocation alors même que le montant de celle-ci dépassait largement l'avantage vieillesse en question.

d) La levée de la prescription pour les demandes d'indemnité des victimes de l'amiante, l'indexation des indemnités en capital et le cumul du capital décès avec l'aide à la couverture des frais funéraires (article 20)

L'article 20 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit plusieurs aménagements du dispositif en faveur des victimes de l'amiante, dont le caractère technique ne diminue pas l'importance pratique pour certaines victimes et leurs familles.

Le I lève définitivement la prescription des dossiers de maladies professionnelles provoquées par l'amiante. La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait prévu une levée de deux ans, prolongée d'une année par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Elle serait donc désormais levée sans limitation de durée. Sont concernées les personnes contaminées par l'amiante et dont la maladie s'est déclarée avant le 28 décembre 1998 car, après cette date, la durée prise en compte pour la prescription court à partir de la remise du certificat médical établissant la possibilité d'un lien entre la maladie et l'amiante. Le nombre de maladies professionnelles relatives à l'amiante se stabilise autour de 3.000 par an.

Nombre de maladies professionnelles de l'amiante reconnues

| 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 ⁽¹⁾ | 2000 ⁽²⁾ |
|------|------|------|-------|-------|-------|---------------------|---------------------|
| 798 | 666 | 790 | 1.522 | 1.522 | 2.130 | 2.969 | 2.047 |

(1) chiffre semi-définitif qui sera réévalué

(2) chiffre provisoire très sous-estimé

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité

Le I *bis* prévoit de suspendre le délai de prescription pour l'action en faute inexcusable de l'employeur dans l'attente d'une décision définitive sur la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie. Cette disposition introduite à l'initiative de notre collègue député Claude Evin se justifie par l'arrêt de la Cour de cassation du 20 avril 2000 qui avait justement considéré que l'introduction d'une action en reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie ne suspendait pas le délai de prescription de l'action de constatation de la faute inexcusable de l'employeur. Or, cette dernière suppose justement que le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie pour lesquels l'indemnisation est demandée ait été reconnu.

Le II aligne le mode d'indexation des indemnités en capital versées aux victimes d'accidents du travail dont le taux d'incapacité permanente partielle est inférieur à 10 % sur celui des rentes d'accidents du travail et donc sur celui des pensions de vieillesse. Son coût est de 10 millions d'euros.

Enfin, le III, introduit par amendement de notre collègue député Claude Evin, abroge l'interdiction de cumul entre le capital décès versé aux victimes d'accidents du travail et l'aide à la prise en charge des frais funéraires. Aujourd'hui, cette aide est déduite du capital décès, alors même qu'elle se justifie par le besoin de secourir la famille ayant à supporter les frais d'obsèques, tandis que le capital, lui, sert à indemniser la perte de revenus. Il y avait de ce point de vue une certaine contradiction à en empêcher le cumul.

B. DE L'EXTENSION DU REVERSEMENT À L'ASSURANCE MALADIE À L'ATTENTE D'UNE PLUS LARGE RÉFORME

1. L'extension du reversement à l'assurance maladie (article 21)

Depuis 1997, à trois reprises, la branche accidents du travail a opéré un reversement à l'assurance maladie au titre de la sous-évaluation des maladies professionnelles. Ce reversement s'est élevé à un milliard de francs en 1997, 925 millions de francs en 2000 et 945 millions de francs en 2001. Ce montant est déterminé après avis d'une commission présidée par un membre de la Cour des comptes.

L'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a un double objet.

Le premier correspond aux propositions du gouvernement dans le projet de loi initial. Il s'agit d'étendre ce reversement de la branche accidents du travail à la branche maladie instauré par l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 au titre des dépenses supportées par l'assurance maladie pour des maladies professionnelles. Le II de l'article dispose ainsi que ce reversement tient compte non seulement des maladies professionnelles mais aussi des sous-évaluations des accidents du travail. Le IV dispose en conséquence que seront versés à titre provisionnel, pour cette extension, 152,45 millions d'euros en 2002.

L'Assemblée nationale, à l'initiative de sa commission des affaires culturelles, a modifié le dispositif dans le sens d'une plus grande transparence. Elle a ainsi prévu que chaque année le Parlement vote dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale le montant du versement à la branche maladie pour la sous-évaluation globale, des accidents comme des maladies professionnelles. Ce versement sera déterminé en fonction des conclusions du rapport d'une commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, remis tous les trois ans au Parlement et au gouvernement, après avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En conséquence de cette disposition, l'Assemblée a fixé le montant global du versement et non pas seulement la part correspondant à la prise en compte des accidents du travail. Il s'élève ainsi à 299,62 millions d'euros, dont 152,45 millions correspondent aux accidents du travail et 147,17 millions aux maladies professionnelles.

Sur la forme, votre rapporteur pour avis ne peut que se féliciter de ce que désormais la loi de financement de la sécurité sociale fixe le montant du reversement, alors que ce dernier a pu prendre des formes diverses (loi de financement en 1997, décret en 2000, arrêté en 2001).

Sur le fond, avant de prendre de telles mesures financières de transfert entre branches, il aurait été justifié de réaliser une évaluation véritablement fiable de la réalité du phénomène. Cela ne rend que plus urgent la nécessité d'une réflexion sur une réforme de la branche accidents du travail / maladies professionnelles.

2. La réforme à venir de la branche accidents du travail / maladies professionnelles

La question de ces transferts financiers entre la section accidents du travail / maladies professionnelles et la section maladie / maternité de la CNAMTS soulève le problème, plus large, des contours exacts du champ des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Plusieurs rapports ont consacré de larges développements à ce sujet : le rapport Deniel en 1997, le rapport Lévy-Rosenwald en 1999, le rapport Masse en 2001, le rapport particulier de la Cour des comptes en octobre 2001, l'étude de la direction de l'animation de la recherche des études et statistiques (DARES) du ministère de l'emploi et de la solidarité en octobre 2001. Tous concluent à un même constat : le nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles est sous-évalué en raison, en partie, de la modalité de détermination de ce qui relève des accidents du travail et de ce qui relève de l'assurance maladie, en partie suite à des absences de déclaration. Le mode d'indexation des cotisations sociales – uniquement patronales – finançant la branche accidents du travail n'incite d'ailleurs pas les employeurs à ces déclarations puisque toute hausse des dépenses de la branche se répercute automatiquement sur les cotisations.

Votre rapporteur pour avis considère qu'une réforme globale de la branche accidents du travail est nécessaire pour résoudre ce problème grave qui remet en cause la justification même de la branche accidents du travail ou, au moins, de son autonomie. Cette réforme devra également aborder la dimension préventive de la politique de la branche, tant les critiques adressées à ce sujet par la Cour des comptes¹, éclairées par les exemples européens, montrent que des améliorations nombreuses restent possibles et nécessaires. Elle devra aussi prendre en compte les développements financiers futurs liés à l'amiante, et la répartition du coût de ce drame entre les employeurs, pour les risques pris, et la solidarité nationale, pour ce qui relève d'elle.

Il est vrai que ces réformes risquent de se traduire par un coût supplémentaire qui pèsera sur les cotisations, mais il ne faut pas oublier que la sous-estimation des accidents et des maladies professionnelles a aussi un coût pour le contribuable et le cotisant à travers les charges qu'elle fait peser sur l'assurance maladie.

C. LES DIVERSES MESURES EN MATIÈRE D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le débat à l'Assemblée nationale a été l'occasion d'améliorer sur certains points la législation en matière d'accidents du travail. Le coût de ces diverses mesures a été évalué par le gouvernement à 20 millions d'euros pour la branche accidents du travail en 2002.

¹ Il n'est qu'à rappeler les termes du rapport particulier qualifiant le système de « dispositif obsolète, complexe et discriminatoire, inéquitable et juridiquement fragile ».

1. La reconnaissance comme accident du travail pour les employés de groupe (article 20 bis)

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par son rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, notre collègue député Claude Evin, visant à reconnaître comme accident de trajet pris en charge au titre des accidents du travail l'accident survenu à un salarié pendant le trajet entre deux employeurs d'un même groupement.

Il s'agit ainsi d'améliorer la couverture sociale des salariés, notamment des cadres, embauchés dans le cadre des groupements d'employeurs. Votre rapporteur pour avis considère cette mesure utile dans la mesure où ce déplacement doit être considéré comme se faisant à l'intérieur d'un contrat de travail unique, même s'il met en cause plusieurs employeurs.

2. L'ouverture du bénéfice de la majoration pour tierce personne (article 20 ter)

Aujourd'hui, la majoration pour tierce personne n'est versée qu'aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles présentant un taux d'incapacité permanente de 100 %. Or, une incapacité moindre peut nécessiter l'intervention d'une tierce personne dans les actes de la vie courante. C'est pourquoi cet article, introduit à l'initiative de notre collègue député Claude Evin, propose de permettre à un décret en Conseil d'Etat de fixer un taux moindre donnant quand même droit à majoration pour tierce personne.

Il s'agit d'une mesure de bon sens qui permettra certainement de résoudre des difficultés importantes pour certaines personnes victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

3. L'ouverture du statut d'ayant droit aux concubins et partenaires d'un PACS (article 20 quater)

L'Assemblée nationale a adopté un amendement gouvernemental étendant la qualité d'ayant droit pour le bénéfice d'une rente viagère en cas de décès d'une personne par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Le droit existant limitant cette qualité aux seuls conjoints mariés, l'article 20 quater l'étend aux concubins et personnes liées par un pacte civil de solidarité (PACS), dans les mêmes conditions (notamment de durée ou de progéniture) que pour les couples mariés.

Votre rapporteur pour avis reconnaît que cette disposition s'inscrit dans la logique de la loi instaurant le PACS, ainsi que dans la reconnaissance de la qualité d'ayant droit déjà obtenue pour le remboursement des prestations d'assurance maladie.

III. LA BRANCHE FAMILLE

A. LES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE : DES EXCÉDENTS FONCTIONNÉS

1. Un excédent comptable conforté

Depuis 1999, la branche famille connaît des exercices excédentaires alors que, pendant cinq années consécutives, de 1994 à 1998, elle avait connu des exercices déficitaires.

Comptes de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) en droits constatés

(en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|--------|---------|---------|---------|
| Recettes | 41.449 | 42.920 | 44.353 | 46.070 |
| Evolution | | + 3,5 % | + 3,3 % | + 3,9 % |
| Dépenses | 41.195 | 41.478 | 43.101 | 44.432 |
| Evolution | | + 0,7 % | + 3,9 % | + 3,1 % |
| Solde avant annulation de créances FOREC 2000 | + 254 | + 1.442 | + 1.252 | + 1.638 |
| Solde après annulation de créances FOREC 2000 | - | + 1.022 | - | - |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale septembre 2001

En 1999, le solde positif de la branche famille s'élevait à 4,8 milliards de francs (0,73 milliards d'euros) en encaissements / décaissements et à 1,7 milliard de francs (0,25 milliard d'euros) en droits constatés.

En 2000, le solde positif de la branche famille s'est élevé à 7,9 milliards de francs (1,2 milliard d'euros) en encaissements / décaissements, ce qui correspond à un solde positif de 9,45 milliards de francs (1,44 milliards d'euros) en droits constatés. Il convient toutefois de souligner à propos de ce solde que le transfert du financement de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (MARS) du budget de l'Etat vers la branche famille a conduit à diminuer l'excédent pour 2000 des 2 milliards de francs supplémentaires pris en charge par la CNAF à ce titre.

En 2001, la commission des comptes dans son rapport de septembre 2001 prévoit un solde positif de 8,5 milliards de francs (1,3 milliard d'euros) en comptabilité d'encaissements / décaissements, soit un excédent de 8,2 milliards de francs (1,25 milliards d'euros) en droits constatés. La branche famille contribue ainsi en 2001 à près de 87 % du solde positif de l'ensemble du régime général.

Cependant, il convient de préciser que les comptes 2001 intègrent la prise en charge intégrale de la majoration de l'ARS par la branche famille, soit 6,6 milliards de francs (1,01 milliard d'euros). En contrepartie, l'Etat s'était engagé pour 2001, comme cela avait été le cas en 2000, à prendre en charge le financement de la participation de la CNAF au Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leur famille (FASTIF), soit près d'un milliard de francs (0,15 milliard d'euros).

L'équilibre général de la branche famille

(Droits constatés, en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | Evolution 2000/1999 (en %) | 2001 | Evolution 2001/2000 (en %) | 2002 | Evolution 2001/2000 (en %) |
|---------------------|------------|--------------|----------------------------------|--------|----------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Charges | 41.195 | 41.478 | 0,7 | 43.101 | 3,9 | 44.432 | 3,1 |
| Produits | 41.449 | 42.920 | 3,5 | 44.353 | 3,3 | 46.070 | 3,9 |
| Résultat net | 254 | 1.442 | | 1.252 | | 1.638 | |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

a) Les recettes de la branche famille

(1) Aparté méthodologique

Le rapport de la commission des comptes de septembre 2001 présente pour la première fois en annexes une double comptabilité consolidée du régime général de la sécurité sociale : une comptabilité en encaissements / décaissements et une comptabilité en droits constatés.

En outre, il est primordial de souligner ici que, lors de la publication de ce rapport en septembre 2001, la commission des comptes de la sécurité sociale avait retenue comme hypothèse de travail une annulation rétroactive de la créance du régime général sur le FOREC sur l'exercice 2001 et non sur l'exercice 2000, comme l'a finalement annoncé le gouvernement. Ainsi, dans l'avant-propos de son rapport, le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale précise que « *les comptes 2000 des organismes sociaux, établis conformément aux dispositions législatives et réglementaires, comportent une créance à hauteur de la partie non financée des exonérations de cotisations. Des décisions prises après l'arrêt des comptes rendent cette créance irrécouvrable. Elle sera annulée par la comptabilisation d'une charge exceptionnelle dans les comptes 2001 des organismes. Nous procédons de la même façon dans nos comptes, nous interdisant tout retraitement des comptes 2000 qui justifierait inévitablement d'autres corrections et ouvrirait la porte à l'arbitraire* ».

Le gouvernement en ayant décidé autrement, puisqu'il a annoncé cette annulation de créance au titre de l'année 2000, il convient d'analyser avec précaution les comptes présentés par la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2001.

(2) Les recettes en 2002

En droits constatés, les recettes totales de la branche famille seront pour 2002 en hausse de 3,9 % par rapport à 2001. Elles s'élèveront ainsi à 46,07 milliards d'euros (302,2 milliards de francs) contre 44,35 milliards d'euros (290,9 milliards de francs) en 2001.

Les cotisations constituent la ressource principale de la branche famille (à hauteur de 65 %) et sont quasi exclusivement à la charge des employeurs. En 2001, l'ensemble des cotisations affectées à la branche famille avait connu une progression de + 3,75 % par rapport à 2000. Pour 2002, l'augmentation sera de l'ordre de 4,56 %.

Le montant des impôts et taxes affectés s'élève pour 2002 à 9,6 milliards d'euros (près de 63 milliards de francs) dont l'intégralité provient en fait de la seule CSG¹. Par rapport à 2001, ce montant total est en hausse de 4,3 %.

Les contributions publiques résultent des remboursements par l'Etat de la prise en charge par la CNAF des prestations servies pour le compte de celui-ci. Ces prestations sont diverses, il s'agit notamment de l'allocation aux adultes handicapés (4,33 milliards d'euros en 2002), de l'allocation de parent isolé depuis 1999 (740 millions d'euros en 2002) et jusqu'en 2000 de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire. Depuis 2001 cette majoration a

¹ Ces chiffres correspondent à des données s'appliquant à la métropole.

été intégralement assumée par la branche famille. Le montant total des subventions devrait s'élever à 5,07 milliards d'euros (33,3 milliards de francs) en 2002, contre 4,9 milliards d'euros (32,1 milliards de francs) en 2001.

b) Les dépenses de la branche famille depuis 2000

Les prestations familiales

Les allocations familiales (AF) sont versées sans conditions de ressources aux familles assumant la charge de deux enfants ou plus. Ces allocations sont majorées selon l'âge des enfants (11^{ème} et 16^{ème} années).

Le complément familial (CF) est versé sous condition de ressources aux familles ayant trois enfants à charge (tous âgés de plus de trois ans).

L'allocation pour jeune enfant (APJE) est versée sous condition de ressources du cinquième mois de grossesse au troisième mois de l'enfant (APJE « courte »). Son versement peut être prolongé jusqu'aux trois ans de l'enfant si les revenus de la famille ne dépassent pas un certain plafond (APJE « longue »).

L'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) consiste en la prise en charge de l'intégralité des cotisations sociales et patronales dues pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (avec un salaire plafond) pour la garde d'un enfant de moins de six ans. De plus, l'AFEAMA comporte un complément destiné à prendre en charge une partie du coût de la garde. Ce complément varie selon l'âge de l'enfant (moins de trois ans et de trois à six ans). Cette prestation est versée sans condition de ressources.

L'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) vise à compenser l'ensemble des charges sociales supportées par une famille qui emploie une personne gardant un enfant de moins de trois ans à domicile et, à taux réduit, des enfants de trois à six ans. Les montants de l'AGED sont modulés en fonction du revenu des bénéficiaires.

L'allocation de rentrée scolaire (ARS) est versée sous condition de ressources aux familles ayant un ou plusieurs enfants scolarisés âgés de six à dix-huit ans.

L'allocation parentale d'éducation (APE) est destinée à compenser l'arrêt ou la réduction de l'activité professionnelle à l'occasion d'une naissance ou d'une adoption portant à deux le nombre d'enfants à charge dans la famille (trois enfants avant 1994). Elle est versée pour une durée maximale de trois ans.

L'allocation de soutien familial (ASF) est versée sans condition de ressources aux personnes isolées ayant la garde d'un enfant et aux familles ayant à leur charge un enfant orphelin de père et de mère. Son montant varie selon que l'enfant est orphelin d'un ou des deux parents (ou assimilé).

L'allocation de parent isolé (API) est une allocation différentielle versée sous condition de ressources aux personnes seules qui assument la charge d'un ou plusieurs enfants. Elle est servie pendant une période d'un an maximum mais peut être prolongée jusqu'aux trois ans du dernier enfant.

L'allocation d'adoption (AA) est versée sous condition de ressources depuis 1996 pour tout enfant arrivé dans un foyer d'adoption. Elle est servie pour une durée maximale de vingt et un mois à partir du jour de l'arrivée dans le foyer.

Pour 2001, les objectifs de dépenses de la branche famille avaient été fixés en loi de financement à 273 milliards de francs (41,62 milliards d'euros), en hausse de 2,7 % par rapport aux réalisations 2000. Toutefois, l'article 31 du présent projet de loi révisé l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2001 à hauteur de 275,9 milliards de francs (42,06 milliards d'euros), en encaissements / décaissements.

Le rapport de la commission des comptes de septembre 2001 quant à lui prévoit, pour l'année 2001, un total de dépenses de la CNAF, en encaissements / décaissements de 276,2 milliards de francs (42,1 milliards d'euros). En droits constatés cependant, ce montant s'élève à 282,7 milliards de francs (43,1 milliards d'euros).

Pour 2002, l'objectif de dépenses de la branche famille a été fixé par l'article 30 du présent projet de loi de financement, en droits constatés, à 42,01 milliards d'euros, alors même que les prévisions fournies par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2001 font état de dépenses pour 2002 s'élevant à 44,4 milliards d'euros, en droits constatés, en progression de + 3,1 % par rapport à 2001.

(1) Les dépenses de prestations en 2000

En 2000, les résultats de la CNAF font apparaître un montant total de charges de 41,5 milliards d'euros (272,2 milliards de francs). Elles augmentent de 0,7 % par rapport à 1999, traduisant le retour à une évolution tendancielle à la hausse des dépenses de la branche famille.

Dans leur ensemble, les prestations familiales légales augmentent de 1,1 % en volume (hors mesures nouvelles). Les résultats de l'exercice 2000 font apparaître un montant de prestations familiales légales de 30,2 milliards d'euros (198,1 milliards de francs), en progression de 1,6 % par rapport à l'exercice 1999. Hors effet estimé des mesures décidées lors des lois de financement de la sécurité sociale successives, en volume, la progression est de 1,1 %.

Pour leur part, les prestations extra-légales d'action sanitaire et sociale augmentent fortement conformément aux orientations définies dans la convention d'objectifs et de gestion 1997-2000.

Les autres charges de la branche famille ont tendance à diminuer, en raison notamment de la mise en place de la CMU au 1^{er} janvier 2000, qui s'est

traduite par la suppression des transferts versés à la CNAM au titre de l'API et de l'assurance personnelle (318,9 millions d'euros – 2,1 milliard de francs).

(2) Les dépenses de prestations en 2001 et 2002 : prévisions

En 2001 et 2002, on constate une accélération de la progression des charges totales de la branche famille.

Pour l'exercice 2001, le total des charges s'élèverait, d'après les prévisions fournies par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2001, à 43,1 milliards d'euros, en augmentation de 3,9 % par rapport à l'exercice 2000. Cette progression se tasserait quelque peu en 2002 (+ 3,1 %) pour atteindre les 44,4 milliards d'euros.

La revalorisation de la BMAF (base mensuelle de calcul des allocations familiales) et les dispositions des dernières lois de financement de la sécurité sociale (pour 2000 et 2001) expliquent cette forte progression.

La revalorisation de la BMAF a été de 1,8 % au 1^{er} janvier 2001. Elle prend en compte une évolution prévisionnelle des prix hors tabac de 1,2 % et la révision à la hausse de la prévision de prix pour 2001. Le coût de cette revalorisation est estimé à 368 millions d'euros (2,4 milliards de francs).

Le compte de la branche famille intègre l'hypothèse d'une revalorisation de BMAF au 1^{er} janvier 2002 de 2,1 %, pour un coût de l'ordre de 438,2 millions d'euros (2,87 milliards de francs).

Lors de l'exercice 2001, les prestations familiales légales représenteraient une charge de 31,3 milliards d'euros, en progression de 3,6 % par rapport à 2000. Une fois retirés les effets de revalorisation et mesures nouvelles, la progression en volume de ces prestations n'est plus que de 1 %.

Parmi les prestations familiales sans condition de ressources, seules l'allocation de soutien familial et l'allocation d'éducation spéciale conservent une progression en volume soutenue.

En 2002, la croissance en volume des prestations serait la même qu'en 2001. Puisqu'il est prévu que la revalorisation de BMAF soit légèrement supérieure en 2002 qu'en 2001, cela signifie que, globalement, les effets volume seront un peu plus élevés en 2002 qu'en 2001.

Globalement, les dépenses de prestations légales représenteraient une charge de 32,3 milliards d'euros en 2002 (près de 212 milliards de francs), en progression de 3,6 % par rapport à l'exercice précédent. En volume, cette progression n'est que de 1 %.

Ces données ne tiennent cependant pas compte de l'impact financier des dispositions du présent projet de loi de financement, notamment du dispositif de congé de paternité, dont le coût estimé pour la seule année 2002 est de 106,7 millions d'euros (700 millions de francs), ou du transfert de

457 millions d'euros supplémentaires au FSV au titre de l'article 25 du présent projet de loi de financement.

Mesures LFSS concernant les dépenses de la branche famille

(En millions d'euros)

| | Prévisions année pleine | 2001 | 2002 |
|---|--|----------------|--------------|
| LFSS 2000 | | | |
| Versement du CF jusqu'à 21 ans | 45,7 | 45,7 | |
| Versement des aides au logement jusqu'à 21 ans | 39,6 | 39,6 | |
| LFSS 2001 | | | |
| Création de l'APP | 32,0 | 32,0 | |
| Réforme de l'AFEAMA | 167,7 | 76,2 | 91,5 |
| Réforme de l'APE | - 47,3 | - 16,8 | - 30,5 |
| Réforme des aides au logement * (ALF et part APL) | 447,0 | 191,6 | 255,4 |
| Dotation FAS | 228,7 | 228,7 | |
| Prise en charge des majorations pour enfant | 481,3 | 481,3 | |
| Total | | 1.078,4 | 316,3 |

* Y compris rapprochement des loyers plafonds

Source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Evolution en volume des prestations familiales légales versées

Hors effet des mesures

| | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| ENTRETIEN DES ENFANTS | | | |
| allocations familiales | - 0,9 % | - 0,5 % | - 0,3 % |
| complément familial | - 1,0 % | - 0,6 % | - 0,5 % |
| allocation jeune enfant | 1,4 % | 1,0 % | 1,6 % |
| allocation soutien familial | 2,4 % | 2,5 % | 2,6 % |
| allocation parent isolé | 1,5 % | 0,0 % | - 1,4 % |
| allocation rentrée scolaire | - 1,4 % | 0,0 % | 2,1 % |
| allocation parentale d'éducation | 0,2 % | 0,0 % | 0,2 % |
| allocation de présence parentale | | 0,0 % | 0,0 % |
| MATERNITÉ/GARDE | | | |
| allocation garde enfant à domicile (valeur) | 1,7 % | 1,8 % | 2,0 % |
| AFEAMA (valeur) | 10,4 % | 11,0 % | 7,9 % |
| INVALIDITÉ/HANDICAP | | | |
| AAH | 3,9 % | 1,4 % | 3,9 % |
| allocation d'éducation spéciale | 5,1 % | | 2,7 % |
| LOGEMENT | | | |
| allocation logement familial (valeur) | 1,8 % | 1,4 % | 1,7 % |
| AUTRES | | | |
| autres prestations | - 33,8 % | 1,7 % | 1,9 % |
| frais de tutelle | - 1,2 % | 2,5 % | 1,0 % |

Source : direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

2. Un excédent en réalité ponctionné

Le prédécesseur de votre rapporteur pour avis avait déjà dénoncé l'année dernière les ponctions dont avaient fait l'objet les excédents retrouvés de la branche famille.

a) Une tradition depuis que la branche famille est en excédent

S'agissant d'abord du transfert du financement de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (MARS) du budget de l'Etat vers la branche famille, le prédécesseur de votre rapporteur pour avis avait rappelé l'année passée qu'il avait abouti à diminuer l'excédent de la branche famille pour 2000 des 2 milliards de francs (300 millions d'euros) supplémentaires pris en charge par la CNAF à ce titre. Pour 2001, les comptes de la branche famille avait intégré la prise en charge totale de la majoration de l'ARS par la branche famille, soit 6,6 milliards de francs (1 milliard d'euros).

L'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait en outre instauré une prise en charge progressive par la CNAF des majorations de pensions servies aux parents de trois enfants et plus, normalement à la charge du FSV.

L'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale qui définit le rôle de la CNAF a été modifié afin d'étendre ce rôle au versement au FSV d'un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pension pour enfants.

Pour 2001, la CNAF a du verser au FSV un montant égal à 15 % des sommes correspondant à ces majorations, soit, d'après l'annexe f au présent projet de loi de financement concernant les comptes du FSV, 440 millions d'euros (2,9 milliards de francs). Le solde de cette opération doit être déterminé par les lois de financement de la sécurité sociale ultérieures.

Le coût global de ces majorations de pension est de l'ordre de 40 milliards de francs (6,10 milliards d'euros), avec un poids différent selon les régimes, les écarts résultant des différences de montant de la bonification et de la proportion de familles nombreuses dans les régimes. A ces 40 milliards de francs, il faut ajouter la dépense fiscale correspondant à l'exonération de cette majoration de l'impôt sur le revenu, soit 2,3 milliards de francs (0,35 milliard d'euros), majorant la bonification de 6 % en moyenne par rapport à ce qu'elle serait si elle était imposable.

Le financement est différent selon les régimes : il est à la charge du FSV pour le régime général et les régimes alignés (18 milliards de francs) ; il est à la charge des régimes eux-mêmes dans les autres cas.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, en transférant progressivement la prise en charge de ces majorations du FSV vers la CNAF, a ajouté de la confusion à ce mode de financement déjà très hétérogène. Le résultat excédentaire de la branche famille a donc été ponctionné dans le but de soulager ceux des organismes de sécurité sociale qui connaissent des résultats beaucoup moins encourageants. En outre, malgré ce transfert, le solde d'exercice pour 2001 du FSV est en déficit de 127 millions d'euros (833 millions de francs).

Bilan des transferts entre régimes de base

(En millions d'euros)

| | Régime général | | |
|-------------|------------------|-------------------|-------------------------------------|
| | CNAF | | |
| | Transferts reçus | Transferts versés | Solde des transferts (reçus-versés) |
| 1999 | 256 | 3.614 | - 3.358 |
| 2000 | 255 | 3.374 | - 3.118 |
| 2001 | 269 | 3.424 | - 3.156 |
| 2002 | 5.128 | 3.493 | - 3.217 |

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale septembre 2001

b) L'année 2002 : un record en matière d'excédents « détournés »

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 contient plusieurs articles qui entraînent des transferts des excédents de la branche famille, au titre de l'année 2000 et de l'année 2002, vers d'autres organismes.

(1) Exercice 2000

L'article 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit une annulation rétroactive de la créance de la CNAF sur le FOREC au titre des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale prises en charge en 2000. Cette annulation de créance a pour conséquence une réouverture des comptes clos de la CNAF au titre de l'année 2000 pour permettre de la contre-passer comptablement. A ce titre, donc, les excédents de la CNAF de l'année 2000 se voient amputés de 2,773 milliards de francs (0,42 milliard d'euros).

L'article 24 du présent projet de loi de financement prévoit de doter, pour l'année 2002, le fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance créé par l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 de 228,67 millions d'euros (1,5 milliard de francs)

Enfin, l'article 29 du présent projet de loi de financement dispose que la CNAF verse en 2002 la somme de 762 millions d'euros (5 milliards de francs) au Fonds de réserve pour les retraites, prélevée sur le résultat excédentaire 2000 de la branche famille, après affectation d'une fraction de celui-ci au Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance. Il s'agit d'un versement « exceptionnel » de la CNAF au FRR. Votre rapporteur pour avis souhaite véritablement que ce versement soit exceptionnel et qu'il ne se pérennise pas.

Au total, au titre de l'exercice 2000, ce sont donc 9,3 milliards de francs, 1,4 milliard d'euros, qui ont été prélevés par le gouvernement sur les excédents de la branche famille pour servir des intérêts autres que ceux de la politique familiale.

Enfin, il convient également de retrancher du résultat de l'exercice comptable 2000 de la branche famille une somme de 185 millions de francs (28,2 millions d'euros) au titre du régime des prestations familiales agricoles.

Dès lors, après tous ces *artefacts* comptables au titre de l'exercice 2000, il ne restera plus à la branche famille, en comptabilité de droits constatés, qu'un excédent de 7 millions de francs (1,07 million d'euros, alors que cet excédent était à l'origine de 1,44 milliard d'euros (9,45 milliards de francs).

(2) Exercice 2002

L'article 23 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit les modalités de financement du congé de paternité instauré par l'article 22. Ce congé de paternité est défini par le présent projet de loi comme faisant partie des prestations du régime d'assurance maladie-maternité, or c'est la Caisse nationale des allocations familiales qui devra en assurer le financement par le remboursement au régime d'assurance maladie-maternité des indemnités versées aux bénéficiaires du congé de paternité. Le coût pour la CNAF en 2002 est évalué à 700 millions de francs (106,7 millions d'euros).

L'article 25 du présent projet de loi de financement prévoit la poursuite de la prise en charge par la CNAF des majorations de 10 % de la pension principale servie aux parents de trois enfants ou plus, normalement à la charge du FSV. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait fixé cette prise en charge à une fraction représentant 15 % du montant de ces majorations. Le présent projet de loi fixe cette fraction à 30 %.

D'après la commission des comptes de la sécurité sociale, l'application des règles de droits constatés a conduit le FSV à inscrire 42 millions d'euros à ce titre dès l'exercice 2000. En 2001, le versement de la CNAF au FSV s'est élevé à 440 millions d'euros. En outre, pour 2002, ce versement était évalué par la Commission des comptes de la sécurité sociale, en septembre 2001, à 459 millions d'euros, hors mesures nouvelles contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Si l'on tient compte cependant des dispositions de l'article 25 du présent projet de loi, ce sont 916 millions d'euros que la CNAF devra verser au FSV en 2002, soit un concours financier nouveau par rapport à la participation tendancielle de la CNAF de 457 millions d'euros¹.

Votre rapporteur pour avis ne peut que condamner l'ensemble des manipulations comptables dont la CNAF est victime et qui lui pose de graves difficultés juridiques, comptables et informatiques. En outre, lors de son audition devant la commission des affaires sociales du Sénat, M. Claude Thélot, rapporteur de la Cour des comptes pour les lois de financement de la sécurité sociale, a reconnu que ces prélèvements aux dépens de la branche famille avaient effectivement pour effet de neutraliser les excédents de la branche. Il s'est en outre interrogé sur la pertinence de la prise en charge progressive par la CNAF des majorations de pension pour enfants. La mission du FSV n'était-elle pas, justement, de prendre en charge ces dispositions de solidarité nationale applicables aux régimes obligatoires de retraite ?

B. UNE MESURE PHARE EN GUISE DE SYMBOLE : LE CONGÉ DE PATERNITÉ

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement la création d'un congé de paternité. Il s'agit indéniablement d'une mesure constituant un progrès de la politique familiale. En revanche le mode de financement de cette mesure semble contestable puisqu'il met à contribution la seule branche famille du régime général de la sécurité sociale qui se voit, cette année encore, privée d'une grande partie de ses excédents.

1. Le dispositif proposé (article 22)

L'article 22 du présent projet de loi de financement vise à mettre en place un congé de paternité et en prévoit les modalités d'indemnisation. Son régime est aligné sur celui de l'actuel congé de maternité.

¹ Voir les développements consacrés à ce sujet dans le IV du chapitre relatif à la vieillesse.

Actuellement, le père salarié n'a légalement le droit pour la naissance (ou l'adoption) d'un enfant qu'à l'autorisation d'absence de trois jours prévue par l'article L. 226-1 du code du travail à laquelle peuvent s'ajouter des autorisations supplémentaires prévues par les conventions collectives

A l'origine, ce congé était une prestation familiale accordée au chef de famille mais la loi n° 86-1307 du 29 décembre 1986 lui a donné la nature d'une autorisation exceptionnelle d'absence pour événements familiaux.

L'article 22 du présent projet de loi de financement crée, en plus de ces trois jours d'absence autorisés, un droit à un congé entraînant, comme le congé de maternité, une suspension du contrat de travail et donnant lieu à la perception d'indemnités journalières.

a) Bénéficiaires et conditions d'application du congé de paternité

Un nouvel article L. 122-25-4 est inséré au chapitre II du titre II du livre Ier du code du travail relatif à la protection de la maternité et à l'éducation des enfants, qui comprend notamment les dispositions relatives au congé de maternité. Il crée un droit à congé pour le père d'une durée de onze jours consécutifs, ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples, entraînant la suspension de son contrat de travail.

Ce congé devra être pris dans un délai fixé par décret et qui devrait être, d'après les précisions apportées par le gouvernement au moment de la discussion du présent projet de loi à l'Assemblée nationale, de quatre mois après la naissance.

Le salarié qui souhaite bénéficier du congé de paternité doit avertir son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il entend prendre son congé, en précisant la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail.

Le congé de paternité s'applique également aux parents adoptifs ; dans ce cas, le droit à congé, qui est de la même durée que le congé de maternité, peut être partagé entre les deux parents.

En outre, il a été précisé, par un amendement adopté à l'Assemblée nationale, que les dispositions concernant le congé de paternité sont applicables aux enfants nés ou adoptés à partir du 1^{er} janvier 2002 et aux enfants nés avant cette date, de façon prématurée.

S'agissant du champ d'application du congé de paternité :

- le I de l'article 22 du présent projet de loi pose le principe de ce congé pour les salariés ;

- ce congé est également applicable à l'ensemble de la fonction publique : fonction publique de l'Etat et des collectivités territoriales, fonctions publiques hospitalières et militaire ;

- le dispositif concerne également les travailleurs non salariés non agricoles (indépendants et conjoints collaborateurs) ainsi que les salariés relevant des régimes spéciaux.

Au total, compte tenu du nombre de naissances et d'un taux de recours à ce nouveau dispositif estimé par le gouvernement à 40 %, le nombre de bénéficiaires potentiels a été évalué à 270.000 par an.

b) Indemnisation du congé de paternité

L'indemnisation du congé de paternité sera à la charge du système de sécurité sociale selon les modalités prévues par les articles L. 330-1 et L. 331-8 du code de la sécurité sociale : indemnités journalières versées au titre de l'assurance maternité permettant une indemnisation à hauteur de 100 % du salaire net dans la limite du plafond de la sécurité sociale¹.

L'article 22 du présent projet de loi de financement prévoit donc l'alignement de l'indemnisation du congé de paternité sur les indemnités journalières servies au titre du congé de maternité. En conséquence, la paternité sera mentionnée dans le code de la sécurité sociale au côté des autres risques et charges couverts par l'assurance maladie-maternité.

Il s'agit donc d'une indemnisation qui ne repose légalement que sur la sécurité sociale et que l'employeur n'est pas tenu, par la loi, de compléter le salaire du père. En effet, le niveau de cette indemnité couvre intégralement le salaire net d'un salarié dont la rémunération n'excède pas le plafond de la sécurité sociale, soit pour 2002 : 28.224 euros annuels (185.137 francs).

Enfin, il est précisé que les indemnités journalières versées au titre du congé de paternité sont soumises à la CSG. Elle seront aussi soumises de fait à la CRDS en application de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996. En revanche, elles seront exonérées de cotisations de sécurité sociale.

¹ La rémunération étant plafonné (14.950 francs, soit 2.280 euros, par mois) des accords conventionnels d'entreprise ou de branche seront nécessaires pour assurer le complément afin que le droit au congé de paternité soit effectivement utilisé.

2. Le financement du dispositif proposé (article 23)

Les dispositions de l'article 23 du présent projet de loi de financement complètent l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale dans le but de prévoir la prise en charge du financement des indemnités journalières versées au titre du congé de paternité par la branche famille de la sécurité sociale.

Si les indemnités versées au titre du congé de paternité sont considérées comme une prestation d'assurance maladie-maternité, c'est en revanche la caisse nationale des allocations familiales qui devra assumer seule le remboursement des indemnités journalières liées au congé paternité des travailleurs salariés et professions indépendantes, des fonctionnaires ainsi que des agents publics relevant des régimes spéciaux.

En outre, s'agissant des travailleurs salariés et des professions indépendantes, la CNAF devra également assurer les frais de gestion afférents au service de ces indemnités.

Dès lors, il est indiqué que les ressources du régime général d'assurance maladie-maternité sont, en outre, constituées par le remboursement par la CNAF des indemnités versées au titre du congé de paternité aux salariés et aux professions médicales. Il en va de même, s'agissant des ressources du régime d'assurance maladie-maternité des professions indépendantes et des non-salariés du régime agricole.

Le coût de cette mesure, supporté entièrement par la CNAF, a été estimé par le gouvernement à 107 millions d'euros (soit 700 millions de francs) en 2002 pour un nombre attendu de bénéficiaires évalué à 270.000 par an.

Votre rapporteur pour avis est tout à fait favorable à l'instauration de ce congé de paternité qui constitue un indéniable progrès social, cependant il conteste le fait que cette nouvelle prestation de l'assurance maladie-maternité soit entièrement financée par la branche famille de la sécurité sociale. Sous prétexte d'être excédentaire, la Caisse nationale des allocations familiales se voit chaque année, et plus encore en 2002, transférer de nouvelles charges qu'elle ne pourra bientôt plus assumer et qui surtout la détournent de ses objectifs prioritaires.

En outre, votre rapporteur pour avis estime que le coût attendu pour la CNAF du congé de paternité en 2002 a sans doute été sous-évalué. Les hypothèses de calcul tablent en effet sur un taux de recours de 40 % mais uniquement s'agissant des travailleurs salariés, les autres catégories de travailleurs n'entrant pas dans ces hypothèses. En outre, il faut aussi tenir compte du dynamisme des naissances depuis un an et de l'effet d'appel que peut entraîner la création d'un nouveau dispositif attractif comme le congé de

paternité. Au total, il faudra donc sans doute s'attendre à un coût bien plus élevé pour la branche famille.

C. DES MESURES DE « SÉDIMENTATION »

Outre la création d'un congé de paternité, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 contient des mesures que l'on pourrait qualifier de « sédimentation », c'est-à-dire des mesures concernant des dispositifs déjà existants.

1. L'alimentation du Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance dit fonds d'investissement pour les crèches (article 24)

L'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait créé au sein du fonds national d'action sociale, un fonds exceptionnel d'investissement doté de 1,5 milliards de francs (230 millions d'euros) destiné à participer au développement des services d'accueil de la petite enfance (FIPE). Son financement a résulté d'un prélèvement sur les excédents passés de la branche famille, ceux de 1999 et non ceux de l'année 2000.

Ce fonds étant exceptionnel et non reconductible, son existence prend fin à la date de consommation complète de ses crédits.

L'article 24 du présent projet de loi de financement vise à abonder le compte de réserves affectées au financement de ce fonds de 228,67 millions d'euros, soit 1,5 milliard de francs. Ce montant est prélevé sur l'excédent 2000 de la branche famille du régime général de la sécurité sociale.

Votre rapporteur pour avis reconnaît, un an après la création de ce fonds, les progrès qui ont été réalisés en matière d'accueil de la petite enfance, sur le plan qualitatif plus que sur le plan quantitatif. Toutefois, il s'interroge notamment sur son mode de financement et sur la capacité future de la branche famille du régime général de la sécurité sociale de subvenir à ses besoins.

a) Des progrès indéniables en matière de qualité de l'accueil de la petite enfance

Au 30 avril 2001, 115 caisses d'allocations familiales avaient décidé de financer au titre du FIPE 1.429 dossiers pour un montant de 201,23 millions de francs (1.320 millions de francs), soit 88 % de l'enveloppe totale dévolue à ce fonds.

Les 1.429 projets pour lesquels un engagement financier a été contracté correspondent à un nombre total de 31.867 places qui se répartissent en 19.855 places d'accueil permanent et 12.012 places d'accueil temporaire. Parmi ces projets, on compte 244 relais assistances maternelles et 57 lieux d'accueil enfants / parents.

La création nette de places est de 17.262 qui se répartissent en :

- 12.279 places au titre de la création de nouvelles structures ;
- 4.983 places supplémentaires créés à l'occasion de travaux d'aménagement et de transplantation.

Environ la moitié des projets correspondent à des créations de nouveaux équipements, viennent ensuite les aménagements (30 % des dossiers) et les transplantations (20 % des projets).

S'agissant de la ventilation des places selon le type de structure, les projets les plus nombreux sont ceux qui correspondent au multi-accueil soit 691 dossiers représentant 21.265 places (48,4 % des projets et 66,7 % des places).

Les financements accordés au titre du FIPE s'élèvent à 201,23 millions d'euros (1.320 millions de francs) au 30 avril 2001. Ils concernent, pour un montant de 139,35 millions d'euros, les lieux multi-accueil, pour un montant de 20,9 millions d'euros les crèches collectives ainsi que les haltes-garderies collectives pour 17,6 millions d'euros.

Le succès de ce fonds n'est en rien surprenant, il résulte avant tout de la pénurie structurelle de solutions d'accueil pour la garde des enfants de moins de trois ans. Toutefois, il convient de souligner que les objectifs quantitatifs qui lui avaient été fixés au moment de sa création (l'accueil de 30.000 à 40.000 enfants supplémentaires) n'ont pas été tenus. Au total, si le nombre de places d'accueil concernées par les moyens déployés au titre du FIPE pourrait avoisiner les 35.000 comme prévu, il ne devrait pas entraîner la création de plus de 20.000 places nouvelles. Ces chiffres, qui ne sont pas négligeables, demeurent cependant de faible portée au regard des besoins structurels existants, aggravés par l'évolution démographique récente.

Pour autant, votre rapporteur pour avis, tient à souligner les améliorations qualitatives qui ont été rendues possibles par la mise en place de ce fonds : travaux d'amélioration, mise aux normes, éléments d'innovation (tels les lieux de passerelles, l'amplitude significative des horaires d'ouverture, accueil d'enfants handicapés, ou l'accueil d'urgence).

Pour l'année 2002, les critères d'éligibilité des projets devraient rester très proches de ceux définis initialement, avec un accent mis sur l'accueil des enfants ayant un handicap, l'accueil des enfants de deux ans, les crèches

familiales et l'équipement des assistantes maternelles. L'objectif est de permettre l'accueil de 30.000 à 40.000 enfants supplémentaires. De plus, afin de favoriser le rééquilibrage de l'offre d'accueil sur le territoire, le fonds devrait faire l'objet d'une répartition *a priori* entre caisses d'allocations familiales, tenant compte du taux de couverture des enfants de moins de trois ans par des modes d'accueil subventionnés par les pouvoirs publics.

b) Un mode de financement contestable

Au moment de sa création par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, il avait été décidé que le fonds serait financé par un montant prélevé sur les excédents de l'exercice 1999 de la branche famille du régime général de la sécurité sociale, soit les excédents de l'avant dernier exercice précédant sa création, et non du dernier exercice, ce qui aurait été plus logique.

La caisse nationale des allocations familiales a cependant fait très justement valoir le caractère théorique de l'excédent cumulé de la branche famille qui « *prend en compte toutes les situations liées à la comptabilisation des droits constatés, notamment les produits à recevoir et les provisions, dont les créances de la CNAF sur l'Etat au titre des mesures pour l'emploi, par exemple. Ces divers montants dus à la branche famille obèrent lourdement sa trésorerie* ».

Ainsi, le gouvernement a fait peser lourdement, en 2000 et 2001, le financement des 35 heures sur la sécurité sociale et notamment sur la branche famille qui dispose d'excédents importants. Dès lors, le gouvernement, sachant qu'il serait amené à mettre à contribution les excédents 2000 et 2001 pour le financement de sa politique de l'emploi, a choisi de mobiliser les excédents d'un exercice clos – l'exercice 1999 – pour financer des dépenses pourtant engagées en 2001.

Pour 2002, le gouvernement a recours au même *artefact* comptable consistant à financer des dépenses engagées par le fonds en 2002 sur l'excédent de l'exercice 2000 de la branche famille. Si l'année dernière, cette méthode pouvait encore paraître incongrue, cette année c'est le financement même du fonds qui est menacé puisqu'il n'est pas certain qu'en 2000 la branche famille du régime général conserve assez d'excédents pour financer les dépenses engagées par le fonds. En effet, l'article 5 du présent projet de loi de financement prévoit l'annulation de la créance de la branche famille, entre autres, sur le FOREC à hauteur de 430 millions d'euros (2,8 milliards de francs). En outre, l'article 29 du présent projet de loi de financement prévoit un versement exceptionnel de la CNAF au FSV en 2002 à hauteur de 760 millions d'euros (5 milliards de francs), prélevés sur le résultat excédentaire 2000 de la branche famille.

L'excédent de l'exercice 2000 de la branche famille est donc largement mis à contribution par le gouvernement cette année pour financer des mesures totalement étrangères aux objectifs de la politique familiale. En outre, votre rapporteur pour avis s'interroge sur la capacité de la CNAF à répondre à l'ensemble de ces obligations financières étant donné la «non-élasticité» de l'excédent 2000.

2. La poursuite de la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfants (article 25)

L'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait instauré une prise en charge progressive par la CNAF des majorations de pensions servies aux parents de trois enfants et plus.

L'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale qui définit le rôle de la CNAF a été modifié afin d'étendre ce rôle au versement au FSV d'un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pension pour enfants.

Pour 2001, la CNAF a dû verser au FSV un montant égal à 15 % des sommes correspondant à ces majorations, soit, d'après l'annexe f au présent projet de loi de financement concernant les comptes du FSV, 440 millions d'euros (2,9 milliards de francs). Le solde de cette opération doit être déterminé par les lois de financement de la sécurité sociale ultérieures.

Le coût global de ces majorations de pension est de l'ordre de 40 milliards de francs (6,10 milliards d'euros), avec un poids différent selon les régimes, les écarts résultant des différences de montant de la bonification et de la proportion de familles nombreuses dans les régimes. A ces 40 milliards de francs, il faut ajouter la dépense fiscale correspondant à l'exonération de cette majoration de l'impôt sur le revenu, soit 2,3 milliards de francs (0,35 milliard d'euros), majorant la bonification de 6 % en moyenne par rapport à ce qu'elle serait si elle était imposable.

Le financement est différent selon les régimes : il est à la charge du FSV pour le régime général et les régimes alignés (18 milliards de francs) ; il est à la charge des régimes eux-mêmes dans les autres cas.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, en transférant progressivement la prise en charge de ces majorations du FSV vers la CNAF, a ajouté de la confusion à ce mode de financement déjà très hétérogène. Le résultat excédentaire de la branche famille a été ponctionné dans le but de soulager ceux des organismes de sécurité sociale qui connaissent des résultats beaucoup moins encourageants. En outre, malgré ce transfert, le solde d'exercice pour 2001 du FSV est en déficit de 127 millions d'euros (833 millions de francs).

L'article 25 du présent projet de loi de financement prévoit la poursuite de la prise en charge par la CNAF des majorations de 10 % de la pension principale servie aux parents de trois enfants ou plus, normalement à la charge du FSV. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait fixé cette prise en charge à une fraction représentant 15 % du montant de ces majorations. Le présent projet de loi fixe cette fraction à 30 %.

D'après la commission des comptes de la sécurité sociale, l'application des règles de droits constatés a conduit le FSV à inscrire 42 millions d'euros à ce titre dès l'exercice 2000. En 2001, le versement de la CNAF au FSV s'est élevé à 440 millions d'euros. En outre, pour 2002, ce versement était évalué par la Commission des comptes de la sécurité sociale, en septembre 2001, à 459 millions d'euros, hors mesures nouvelles contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Si l'on tient compte cependant des dispositions de l'article 25 du présent projet de loi, ce sont 916 millions d'euros que la CNAF devra verser au FSV en 2002, soit un concours financier nouveau par rapport à la participation tendancielle de la CNAF de 457 millions d'euros.

3. La suppression du délai de carence prévu pour l'allocation de présence parentale (article 23 bis)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un nouveau congé de présence parentale assorti d'une allocation de présence parentale. Cette allocation vise à offrir aux parents la possibilité de cesser ou de réduire leur activité professionnelle pendant une période maximale d'un an, lorsque l'accident, la maladie ou le handicap graves de l'enfant dont ils assument la charge nécessite des soins contraignants ou leur présence soutenue à leurs côtés. Le congé a une durée initiale de quatre mois au plus, renouvelable deux fois dans la limite maximale de douze mois. Le montant de l'allocation varie suivant que le congé est pris à temps plein, à temps partiel et en fonction de la situation familiale.

Au 1^{er} janvier 2001, le montant de l'allocation de présence parentale était pour un couple de :

- 3.131 francs dans le cas d'une cessation complète d'activité ;
- 2.071 francs pour une activité au plus égale à un mi-temps ;
- 1.566 francs pour une activité comprise entre un mi-temps et un 4/5^{ème}.

En outre, s'agissant de la date d'effet du droit à la prestation, il est indiqué que l'ouverture du droit a lieu à compter du premier jour du mois civil suivant le début de la période de congé accordé par l'employeur.

L'article 23 *bis* du présent projet de loi de financement vise à préciser que l'allocation de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande sous réserve que les conditions d'ouverture du droit soient réunies à cette date. Il s'agit donc de supprimer le délai de carence qui avait été instauré l'année dernière et qui avait pour effet de pénaliser financièrement les parents devant prodiguer des soins à leurs enfants gravement malades.

Votre rapporteur pour avis ne peut que se montrer favorable à cette mesure de simplification administrative.

4. La mise en place d'un mécanisme d'allocation de rentrée scolaire différentielle (article 25 *bis*)

L'article 25 *bis* du présent projet de loi de financement vise à mettre en place une allocation différentielle pour l'allocation de rentrée scolaire lorsque les ressources de la famille excèdent, d'un montant inférieur à une somme déterminée, le plafond de ressources mentionné à l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale de l'allocation scolaire, porté à 1.600 francs par enfant. Les modalités de calcul de cette allocation différentielle seront définies par un décret en conseil d'Etat.

L'instauration d'un mécanisme d'allocation différentielle doit permettre de servir une allocation dégressive qui diminuera au fur et à mesure que les ressources de la famille augmentent, afin d'éviter l'effet couperet de cette allocation.

Le mécanisme retenu qui sera fixé par voie réglementaire, prévoira que tout dépassement des ressources par rapport au plafond réduira d'un montant identique l'allocation servie.

Votre rapporteur pour avis est favorable à la mise en place de cette allocation différentielle qui permettra, pour les familles modestes, une sortie moins brutale du dispositif d'allocation de rentrée scolaire.

Votre rapporteur pour avis n'a cependant pas obtenu de la part du gouvernement de chiffrage exact du coût estimé de ce dispositif. La seule précision apportée à consister à chiffrer de manière agrégée le coût des mesures nouvelles adoptées à l'Assemblée nationale et consistant dans l'élargissement du bénéfice du congé de paternité aux cas de naissances multiples et de naissances prématurées, la suppression du délai de carence de l'allocation de présence parentale et la mise en place de cette allocation différentielle. Le coût global de ces mesures est évalué pour 2002 à 20 millions d'euros (131 millions de francs).

5. La poursuite de la réforme réglementaire des aides au logement

a) La poursuite de la réforme des barèmes

Après plusieurs années de réflexion, le Premier ministre avait présenté une réforme des aides personnelles au logement lors de la conférence sur la famille du 15 juin 2000.

Cette réforme harmonise et simplifie le dispositif des aides personnelles et permet donc un traitement équitable et cohérent de l'aide des ménages ayant de très faibles revenus, qu'ils soient issus du travail ou de transferts sociaux ; un ménage ayant des revenus du travail de même niveau que le RMI aura la même aide que le Rmiste alors que son aide est aujourd'hui nettement inférieure.

La réforme a connu une première étape au 1er janvier 2001 avec un barème intermédiaire permettant le même niveau d'aide jusqu'à environ 75 % du RMI. Au 1er janvier 2002 sera mise en place la seconde et dernière étape, à savoir le barème définitif consistant en une aide identique jusqu'au niveau de revenu correspondant au RMI.

Ainsi, en 2002, les barèmes des différentes aides au logement devraient être unifiés : allocation de logement familial, allocation de logement sociale et aide personnalisée au logement. Ce nouveau barème permettra aux personnes ayant des revenus inférieurs ou équivalents au RMI de percevoir la même aide que les bénéficiaires de ce minimum social.

Le coût total de cette réforme est évalué à 6,5 milliards de francs (1 milliard d'euros). Son incidence financière a été de 1,3 milliard de francs (200 millions d'euros) pour la branche famille en 2001. Elle devrait être de 1,6 milliard de francs (240 millions d'euros) en 2002. L'Etat assume pour sa part, au total, 3,6 milliards de francs (550 millions d'euros).

Il s'agit véritablement d'une mesure de justice sociale, car elle prend en compte, sur un pied d'égalité, les revenus de transfert et les revenus d'activité et constitue donc un moyen de lutter contre le phénomène de « trappe à pauvreté ». Cependant, cette réforme est loin d'être achevée.

La réforme des aides personnelles est incomplète car elle ne prend pas en compte les aides à l'accession et certains hébergements spécifiques (par exemple les logements-foyers). De plus, la réforme est inachevée en ce qu'elle n'aboutit pas à une unification complète des aides, qui supposerait une réforme du conventionnement : il s'agirait d'avoir une aide à la personne identique dans le parc privé et dans le parc social.

b) L'évaluation des ressources pour les aides au logement des jeunes adultes

L'évaluation forfaitaire des ressources pour le calcul des aides au logement peut se révéler pénalisante pour les allocataires ayant des revenus irréguliers. Un décret du 7 juillet 2000 portant revalorisation des aides au logement avait introduit un mode de calcul plus équitable des ressources des jeunes en emploi précaire par un mécanisme d'évaluation forfaitaire spécifique et révisable. Cette mesure s'est avérée techniquement complexe à mettre en œuvre et incompréhensible pour les allocataires.

A la suite de la conférence pour la famille du 11 juin 2000, il a été décidé d'exclure du champ de l'évaluation forfaitaire pour le calcul des ressources les jeunes de moins de 25 ans dont le revenu net mensuel est inférieur à 7.000 francs (1.067 euros). Leurs droits seront donc calculés en prenant en compte les ressources réelles de l'année de référence quel qu'en soit le montant.

Le coût de cette mesure, d'ordre réglementaire, est estimé à 27,44 millions d'euros (180 millions de francs).

IV. LA BRANCHE VIEILLESSE

A. LES COMPTES DE LA VIEILLESSE

1. L'évolution des objectifs de dépenses de la branche vieillesse

L'évolution des dépenses de la branche vieillesse, premier poste de dépenses de la loi de financement de la sécurité sociale, se poursuit à un rythme élevé. La prévision révisée de réalisation 2001 s'inscrit ainsi en hausse de 3,9 % par rapport à la réalisation 2000.

L'objectif de dépenses pour 2001 est révisé par l'article 31 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, en hausse de 40 millions d'euros, correspondant à un affinage de la prévision de réalisation et non à l'impact d'une mesure nouvelle.

Évolution des dépenses de la branche vieillesse

(en encaissements – décaissements)

| | Réalisation 1999 | LFSS 2000 | Réalisation 2000 | Écart 1999/2000 | LFSS 2001 initiale | LFSS 2001 révisée | Écart 2000/2001 révisée |
|-------------|---------------------|-----------|---------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------------|
| MdsF | 779,1 | 802,9 | 799,6 | + 23,8 | 830,38 | 830,8 | + 31,2 |
| Mds€ | 118,7 | 122,4 | 121,9 | + 3,2 | 126,59 | 126,65 | + 4,75 |

Source : Cour des comptes

L'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2002 est fixé, en droits constatés cette fois, à 136,06 milliards d'euros. De 1999 à 2002, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse auront donc augmenté de 13,56 milliards d'euros, soit une hausse de 11,07 %.

Évolution des dépenses de la branche vieillesse

(en droits constatés et milliards d'euros)

| 1999 | 2000 | Écart 1999/2000 | 2001 | Écart 2000/2001 | 2002 | Écart 2000/2001 |
|-------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|
| 122,5 | 126,77 | + 4,27 | 130,86 | + 4,09 | 136,06 | + 5,2 |

Source : annexe c au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

2. Les comptes de la CNAVTS

Les comptes du régime général d'assurance vieillesse montrent l'effet bénéfique de l'arrivée à l'âge de la retraite des classes d'âge creuses de 1939-1942 et de la réforme des retraites du secteur privé entreprise en 1993. Ainsi, la hausse des dépenses de la CNAVTS se stabilise de 1999 à 2002, tandis que les recettes continuent à croître. Ceci explique la persistance d'un solde positif avant annulation de la créance de la caisse sur le FOREC.

Les comptes de la CNAVTS hors mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

(en milliards d'euros et droits constatés)

| | 1999 | 2000 | 1999/2000 | 2001 | 2000/2001 | 2002 | 2001/2002 |
|---------------------|--------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| Charges | 62,193 | 63,688 | + 2,4 % | 66,058 | + 3,7 % | 68,501 | + 3,7 % |
| Produits | 62,948 | 64,195 | + 2,0 % | 66,778 | + 4,0% | 69,178 | + 3,6 % |
| Résultat net | 755 | 508 | - | 720 | - | 676 | - |

Cependant, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 contient de nombreuses mesures nouvelles qui, d'une part, rendront déficitaires les comptes 2000 par l'imputation de l'annulation de la créance de la CNAVTS sur le FOREC, d'autre part feront passer l'excédent prévisionnel 2002 de 676 à 188 millions d'euros. La CNAVTS perdra notamment 302 millions d'euros de ressources tirés du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, affectés au Fonds de réserve des retraites.

IMPACT DES MESURES NOUVELLES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2002 SUR LE SOLDE DE LA CNAVTS

(en millions d'euros)

| | |
|--|----------------|
| Résultat net 2000 avant mesures du PLFSS 2002 | + 508 |
| Annulation de la créance du FOREC | - 711 |
| Résultat net 2000 après mesures du PLFSS 2002 | - 203 |
| Résultat net 2002 avant mesures du PLFSS 2002 | + 676 |
| Perte du prélèvement de 2 % | - 301,8 |
| Versements du FSV | 8,7 |
| Perte de cotisations sociales | - 2 |
| Transferts de régimes | + 22,9 |
| Revalorisation supplémentaire de 0,3 % (article 26) | - 176,2 |
| Autres mesures | - 2,3 |
| Validation gratuite des périodes du service national | - 20 |
| Résultat net 2002 après mesures du PLFSS 2002 | + 187,9 |

3. Les comptes du FSV

a) L'évolution du solde du FSV

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a été créé en 1993 pour prendre en charge les avantages de vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale. Il s'agissait alors de clarifier les rôles respectifs de l'assurance vieillesse et de l'Etat.

Les comptes du FSV montrent que le fonds est progressivement passé d'une situation d'excédent à une situation de déficit en raison des modifications apportées par la loi portant création de la couverture maladie universelle (juillet 1999), les lois de financement de la sécurité sociale pour

2000, 2001 et 2002, et la loi portant création de l'APA (juillet 2001) sur ses recettes et ses dépenses.

L'existence d'un fonds de roulement important a permis jusqu'à maintenant au FSV de faire supporter par sa trésorerie ce passage à une situation déficitaire. Ainsi, les pertes attendues de 127 millions d'euros en 2001 et de 622 millions d'euros en 2002 seront imputées sur le fonds de roulement du FSV, le ramenant à 551 millions d'euros à la fin de l'année 2002.

Ces pertes, outre qu'elles ne pourront durer au-delà de 2002 en raison de l'épuisement du fonds de roulement, font une victime collatérale, le Fonds de réserve des retraites, bénéficiaire de l'excédent du FSV quand il existe.

Le budget du FSV – 1^{ère} section

(en millions d'euros et droits constatés)

| | 2000 | 2001 | 2002 |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Ressources | 11.495 | 11.471 | 11.162 |
| Charges | 11.209 | 11.598 | 11.784 |
| Solde | + 287 | -127 | - 622 |
| Transfert FRR | - 287 | 0 | 0 |
| Fonds de roulement | + 1.300 | + 1.173 | + 551 |

Il convient par ailleurs de noter que le FSV s'est vu priver de la gestion du FRR, qu'il assumait jusqu'alors, par l'article 6 de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel qui a créé un établissement public autonome¹. En revanche, il s'est vu confier par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie la gestion du fonds de financement de cette allocation. Enfin, le décret portant création du FOREC a confié la gestion de ce fonds au FSV.

b) Les changements de périmètre

(1) Sur les comptes 2001

L'excédent 2000 du FSV a été affecté au FRR, conformément aux dispositions de code de la sécurité sociale sur les ressources de ce dernier, soit 287 millions d'euros. Votre rapporteur pour avis tient à rappeler que cet excédent avait été minoré par la perte de ressources, rétroactive, en 2000 pour

¹ Voir infra.

le FSV de 823 millions d'euros de droits de consommation sur les boissons (dits droits 403) affectés au FOREC pour le financement des 35 heures. Le FRR aurait donc dû se voir transférer normalement 1,113 milliard d'euros au titre de l'excédent 2000 du FSV.

(2) Sur les comptes 2002

Les différentes mesures intervenues depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ont eu pour effet de prélever sur le Fonds de solidarité vieillesse 421 millions d'euros sous forme de transferts de ressources ou de charges nouvelles, dont 430 millions d'euros résultent du transfert au fonds de financement de l'APA de 0,1 point du produit de la CSG jusqu'alors affecté au FSV, et malgré l'apport de 457 millions d'euros de ressources supplémentaires en provenance de la CNAF.

**Les changements intervenus sur le FSV
depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001**

(en millions d'euros)

| | |
|--|--------------|
| Ressources | - 410 |
| Perte de la taxe sur la prévoyance | - 437 |
| Transfert de la CNAF au titres des majorations de pensions | + 457 |
| Perte de 0,1 % de CSG | - 430 |
| Charges | + 11 |
| Coup de pouce sur les pensions | - 11 |
| Effet sur le solde tendanciel | - 421 |

(a) La perte de 437 millions d'euros de produit de la taxe prévoyance

L'article 6 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 transfère à partir du 1^{er} janvier 2002 au FOREC le produit de la taxe sur les contributions des employeurs au bénéfice des salariés pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. La perte de ressources pour le FSV s'élève à 437 millions d'euros.

(b) Une hausse de 457 millions d'euros du transfert de la CNAF

Parallèlement, l'article 25 poursuit le transfert progressif, prévu pour s'échelonner jusqu'en 2007, de la fraction de dépenses liées à la majoration de pension pour enfants du FSV vers la CNAF. La part mise à la charge de cette dernière passera ainsi de 15 % en 2001 à 30 % en 2002. Ce transfert prend la forme du versement par la CNAF au FSV d'une contribution représentative de ces dépenses. Elle était de 442 millions d'euros en 2001 et s'élèvera à 916 millions d'euros en 2002.

c) Un détournement de 1,6 milliard d'euros depuis 2000 au détriment du Fonds de réserve des retraites

Le FSV, hors mesures décidées par le gouvernement, connaît une situation d'excédent structurel qui justifiait une réflexion poussée sur son périmètre exact et sur l'affectation de cet excédent. Au lieu de cela, le gouvernement s'est comporté de manière schizophrénique en tenant un langage en parfaite contradiction avec ses actes.

Théoriquement, et de manière d'ailleurs parfaitement logique avec l'objet même du fonds, les excédents du FSV ont pour objectif de constituer une des ressources du Fonds de réserve des retraites.

En pratique, l'analyse des tours de passe-passe réalisés depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 montre que le FSV a été régulièrement ponctionné pour financer les 35 heures (pertes de ressources), les déficits du BAPSA, la mise en place de l'APA, et la dette de l'Etat envers l'AGIRC et l'ARRCO. Quant aux compensations mises en place par le gouvernement, elles cachent mal un mécanisme de transfert de ponctions sur les excédents de la branche famille vers la branche vieillesse.

Ainsi, alors que le FSV doit financer le FRR, le gouvernement a détourné près de 1,6 milliard d'euros (sans prendre en compte les affectations de C3S au BAPSA¹). Non seulement la sécurité sociale a payé pour les 35 heures, mais en plus le FSV y a grandement contribué.

¹ Voir infra.

Les modifications cumulées du périmètre des ressources et charges du FSV

(en millions d'euros)

| | 2000 | 2001 | 2002 | Total |
|--|--------------|----------------|--------------|----------------|
| Ressources | - 200 | - 630 | - 429 | - 1.259 |
| Transfert taxe boissons au FOREC (*) | - 823 | - 937 | | - 2.643 |
| C3S | + 623 | + 551 | + 679 | + 1.853 |
| Transferts CSG | | | | |
| à la CNAMTS (0,15 point) | - | - 1.070 | - 1.113 | - 2.183 |
| Au fonds APA (0,10 point) | - | - | - 430 | - 430 |
| Transfert prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine | - | + 384 | + 402 | + 786 |
| Transferts CNAF | - | + 442 | + 916 | + 1.358 |
| Charges | - | + 483 | + 522 | + 1.005 |
| Remboursements AGIRC/ARRCO | - | + 442 | + 448 | + 890 |
| CATS | - | + 30 | + 63 | + 93 |
| Allocation de fin de formation (AFF) | - | + 11 | + 11 | + 22 |
| Total | - 200 | - 1.113 | - 951 | - 2.264 |

(*) Calculés sur une base de l'affectation début 1999 de 0,55 % des droits 403 au FSV.

Votre rapporteur pour avis ne peut que constater que la politique du gouvernement revient à placer le FSV dans une situation financière difficile dès 2003, à utiliser l'ensemble de sa trésorerie pour financer des dépenses récurrentes, et à priver le FRR des ressources qui auraient légitimement dû lui revenir. Plutôt que d'affecter le fonds de roulement du FSV au FRR dès 2000, le gouvernement a préféré l'utiliser pour financer la CMU, les 35 heures, l'APA, les dettes de l'Etat. Les retraites attendront ¹.

¹ Cette analyse est partagée par le rapporteur pour avis de la commission des finances de l'Assemblée nationale, notre collègue député Jérôme Cahuzac, qui note ainsi dans son avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 3319, XI^{ème} législature), page 112 : « on constate donc une dégradation du solde du FSV pour la deuxième année consécutive, résultant d'une diminution des recettes conjuguée à une augmentation des dépenses. Cette évolution est inquiétante pour deux raisons : d'une part le fonds de roulement du fonds ne pourra pas financer le déficit indéfiniment ; d'autre part, pour chaque déficit du FSV, c'est autant de transferts en moins vers le Fonds de réserve des retraites, dont l'abondement est une priorité gouvernementale. Votre rapporteur déplore cette situation ».

B. LES DIVERSES MESURES EN MATIÈRE DE VIEILLESSE

1. La revalorisation des pensions ou la politique des coups de pouce (article 26)

L'article 26 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 détermine le taux de revalorisation des avantages vieillesse pour 2002 en le fixant à 2,2 %.

Cet article symbolise chaque année depuis 1999 le pilotage à vue de la politique du gouvernement en matière de retraites. En effet, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le gouvernement a abandonné la règle de revalorisation fixée depuis la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale qui était constituée d'un mécanisme en deux temps : une revalorisation au 1^{er} janvier en fonction de l'inflation, hors tabac, prévue pour l'année ; une régularisation au titre de l'écart entre cette prévision et la réalisation. Ce mécanisme, qui constitue, avec l'allongement progressif de la durée de cotisation et le changement du mode de calcul de la pension, le pilier de la seule réforme courageuse mise en place en matière de retraites, a disparu au profit d'une revalorisation clientéliste, au coup par coup, n'offrant aucune visibilité aux retraités et nuisant aux simulations crédibles du besoin de financement des régimes de retraites.

En 1999, les pensions ont augmenté de 1,2 % sans que soit déduit de ce taux le rattrapage de 0,5 % lié à l'erreur de prévision de l'année précédente. En 2000, la hausse a été de 0,5 % soit la hausse prévisionnelle de 0,9 % moins l'écart constaté en 1999 de 0,7 %, plus un « *coup de pouce* » de 0,3 %. En 2001, la hausse a été de 2,2 %, soit 1,2 % correspondant à l'inflation anticipée, 0,5 % liés à l'écart constaté sur les prix de 2000 et 0,5 % de « *coup de pouce* ».

La hausse de 2,2 % proposée pour 2002 comprend donc 1,5 % d'inflation en 2002, 0,4 % d'écart d'inflation pour 2001 et 0,3 % de « *coup de pouce* ». Ce dernier représente un coût pour l'ensemble du régime général de 205,1 millions d'euros, dont 176,2 millions pour la CNAVTS, 19,9 millions pour la CNAMTS accidents du travail, et 9 millions pour la CNAMTS maladie. A cela s'ajoute le coût induit de 11 millions d'euros pour le FSV.

Taux comparé d'évolution des pensions et des prix depuis la loi du 22 juillet 1993

(en %)

| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 (p) |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|---------|------|------|----------|
| Inflation hors tabac | | | | | | | | | |
| prévue | 2 | 1,7 | 2,1 | 1,3 | 1,3 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 1,5 |
| constatée | 1,4 | 1,8 | 1,9 | 1,1 | 0,8 | 0,5 | 1,6 | 1,56 | - |
| Coup de pouce | - | - | - | - | - | 0,5 (*) | 0,3 | 0,5 | 0,3 |
| Revalorisation | 2 | 1,7 | 2,25 | 1,2 | 1,1 | 1,2 | 0,5 | 2,2 | 2,2 |

(*) Coup de pouce représentant la non-imputation de l'écart de 0,5 % constaté entre la prévision et la réalisation de 1998.

Cette année encore, votre rapporteur pour avis ne peut que citer les propos de son prédécesseur dans le cadre de son avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹ :

« Votre rapporteur pour avis avait déjà l'année dernière reproché au gouvernement de retenir un taux arbitraire. Il constate que le taux retenu cette année ébranle un peu plus le dispositif courageux mis en place en 1993 et visant à ce que les retraites n'évoluent plus comme les salaires mais comme les prix. Progressivement, ce principe qui avait été la première mesure de consolidation du régime par répartition est battu en brèche, sans débat, en déguisant la mesure sous un habillage de revalorisation du pouvoir d'achat des retraités.

Il s'agit d'une mauvaise mesure pour l'ensemble du système français de retraite :

- *les retraités ont le droit de savoir la méthode qui sera retenue durablement pour faire évoluer leurs pensions ;*
- *le système de répartition a besoin de projections claires pour être consolidé.*

La méthode ou l'absence de méthode du gouvernement est dangereuse et critiquable. Elle cache aux retraités la vérité et affaiblit un peu plus les régimes par répartition qui n'en ont guère besoin. Votre rapporteur pour avis ne peut que la condamner. »

¹ Avis de M. Jacques Oudin, au nom de la commission des finances, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, Sénat n° 68 (2000-2001), page 205.

2. Cavalier social et question pendante : l'allocation supplémentaire des travailleurs âgés (article 26 A)

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 à l'Assemblée nationale, sollicité par sa majorité plurielle, le gouvernement a présenté un amendement, adopté par les députés, présenté par Mme Elisabeth Guigou comme une « *premier pas décisif* » dans la direction d'une solution à la question des salariés ayant cotisé assez d'annuités pour prendre leur retraite mais ne pouvant le faire faute d'avoir atteint 60 ans. L'exposé des motifs de l'amendement explique qu'il est destiné à « *permettre à tous les demandeurs d'emploi qui n'ont plus droit aux allocations de l'assurance chômage et qui ont totalisé 40 années de cotisation dans le régime de base obligatoire d'assurance vieillesse, d'accéder dignement à la retraite à l'âge de 60 ans* ».

a) Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

(1) Une double garantie de ressources

La garantie de ressources, destinée aux chômeurs non couverts par l'assurance chômage et relevant donc du régime de solidarité, et aux allocataires de l'UNEDIC dont l'indemnisation est inférieure au niveau de ressources garanti, du moment qu'ils justifient de 160 trimestres de cotisation (ou équivalents), est ainsi fondée sur :

- une allocation de solidarité spécifique¹ (ASS) majorée avec des conditions de ressources assouplies portées à 7.300 francs pour une personne seule et à 12.027 francs pour un couple ;
- une allocation spécifique d'attente² (ASA) forfaitaire relevée de 13 % et portée à 2.000 francs.

Cette double garantie de ressources permettra d'assurer aux bénéficiaires un revenu compris entre 5.000 et 5.750 francs par mois d'après le gouvernement. Le plancher de ressources sera un plancher apprécié par personne et ne prendra pas en compte les ressources du conjoint. Par ailleurs, l'amendement lève la condition d'avoir exercé cinq années d'activité salariée dans les dix années précédant leur dernier contrat de travail.

¹ Article L. 351-10 du code du travail.

² Article L. 351-10-1 du code du travail.

(2) Un financement à la charge du Fonds de solidarité

La mesure adoptée par l'Assemblée nationale constitue en réalité une réforme du dispositif en faveur des chômeurs en fin de droits ayant moins de 60 ans et cotisé plus de 160 trimestres.

Cette mesure nouvelle d'un coût encore non déterminé, qui pourrait avoisiner les 54 millions d'euros en 2002 (le double en 2003) et concerner 50.000 personnes, sera à la charge du Fonds de solidarité, établissement public créé en 1982 et ayant pour mission de servir les différentes allocations de solidarité en matière d'indemnisation du chômage. Il reçoit à cet effet le produit de la contribution de solidarité et une subvention d'équilibre de l'Etat. Il rembourse à l'Unedic le coût de ces allocations par le biais d'avances mensuelles.

Le budget du Fonds de solidarité, en diminution en raison de l'amélioration de la situation de l'emploi, atteint 2,2 milliards d'euros en 2002.

Budget du Fonds de solidarité

(en millions d'euros)

| | 2000 | 2001 | 2002 (*) |
|---|--------------|--------------|-----------------|
| Ressources | 2.595 | 2.332 | 2.201 |
| Contribution de solidarité | 1.076 | 1.077 | 1.130 |
| Charges | 2.475 | 2.332 | 2.201 |
| Allocation de solidarité spécifique | 2.312 | 2.170 | 1.992 |
| Allocation d'insertion | 77 | 76 | 124 |
| Allocation spécifique d'attente | 80 | 78 | 78 |
| Allocation de solidarité spécifique pour les bénéficiaires de l'ACCRE | 6 | 7 | 7 |

() Préviation hors mesure de l'article 26 A du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2002.*

Le coût de la mesure décidée par l'article 26 A pèsera donc directement sur le budget de l'Etat. Elle n'a en réalité aucun lien avec la loi de financement de la sécurité sociale.

b) Un tour de passe-passe scandaleux

(1) Une mesure en partie réglementaire figurant dans plusieurs textes

La mesure de revalorisation du dispositif en faveur des chômeurs de moins de 60 ans ayant cotisé plus de 40 ans revêt en réalité plusieurs dimensions.

S'agissant du mode d'appréciation des ressources des bénéficiaires potentiels, un débat oppose depuis la création du dispositif en 1998 le Parlement au gouvernement. Contre l'intention du législateur, le gouvernement a en effet décidé que les ressources prises en compte pour apprécier si une personne a le droit au dispositif comprendraient les ressources du conjoint. Cet article 26 A réaffirme très fermement que le dispositif correspond à un droit personnel et que les ressources du conjoint, qu'il soit marié, concubin ou partenaire de PACS, doivent être exclus. En la matière, il n'était pas nécessaire d'avoir recours à une mesure législative. Une simple circulaire aurait suffi pour réparer ce qui apparaît comme un excès de pouvoir manifeste de l'administration en matière d'interprétation – extensive – de la loi.

S'agissant de la garantie selon laquelle les ressources du bénéficiaire de l'allocation spécifique d'attente ne pourront être inférieures à 5.000 francs, la disposition figure déjà à l'article 66 *bis* du projet de loi de modernisation sociale actuellement en attente de nouvelle lecture à l'Assemblée nationale après l'échec de la commission mixte paritaire. Comme cet article a été adopté conforme par le Sénat en première lecture, et comme la procédure parlementaire ne permet pas de revenir, sauf pour coordination interne, sur un article adopté conforme, le gouvernement risque de se retrouver confronté à un problème technique : si la loi de financement est adoptée définitivement avant la loi sur la modernisation sociale, c'est la rédaction de cette dernière qui l'emportera. Or comme le gouvernement modifie dans l'un et l'autre texte le même membre de phrase de l'article L. 351-10-1 du code du travail, la disposition définitive, sauf amendement à l'article 26 A du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, risque d'être celle du projet de loi de modernisation sociale, soit une version en retrait par rapport à celle de l'article 26 A. Une solution sera certainement trouvée au cours de la navette, mais cela illustre bien les défauts d'une législation précipitée, motivée par d'autres soucis que celui de l'intérêt des Français et du respect du droit constitutionnel.

(2) Un « *cavalier social* »

Le cœur de la mesure proposée, l'augmentation du montant de l'ASS et de l'ASA, constitue un « *cavalier social* » placé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale à dessein par le gouvernement, mais qui, pour ne pas être invalidé par le Conseil constitutionnel, a été également intégré par le gouvernement au projet de loi de finances pour 2002 lors de l'examen, le 6 novembre 2001, par l'Assemblée nationale, des crédits du ministère de l'emploi sous forme d'un article additionnel rattaché.

Le caractère de « *cavalier social* » ne fait aucun doute puisque la mesure n'affecte en rien les dépenses d'un régime obligatoire de base de sécurité sociale ou d'un organisme concourant à son financement, mais pèse sur un fonds financé par une imposition de toute nature affectée et une subvention budgétaire.

Il reste d'ailleurs à préciser le coût exact de cette mesure et son financement. Sera-t-il assuré sur des crédits budgétaires, par l'augmentation de la contribution de solidarité ou par la création d'une nouvelle tuyauterie ?

c) Une réflexion à mener sur les actifs âgés

Au delà des procédures, cette mesure en faveur des actifs de moins de 60 ans s'inscrit dans un contexte de vives réflexions sur le taux d'activité des Français de plus de 55 ans¹.

Sans vouloir remettre en cause le caractère injuste ou pénible de situations personnelles qui se verraient considérablement améliorées par l'adoption de cette mesure, votre rapporteur pour avis souhaite seulement rappeler que celle-ci va à l'encontre de la politique qu'il conviendrait de mener en faveur des actifs de plus de 55 ans. La France détient un record en matière d'inactivité des plus de 55 ans. Elle s'est engagée au Conseil européen de Lisbonne en 1999 à œuvrer en faveur du retour à l'activité de ces derniers. Les réflexions en cours au Conseil d'orientation des retraites, s'appuyant sur de nombreuses études en la matière, tendent à montrer qu'il convient de mettre fin aux dispositifs d'incitation au retrait d'activité, et de les remplacer par des mesures d'incitations au retour à l'activité. Cette mesure apparaît donc comme quelque peu dissonante dans cet ensemble. Ceci ne signifie pas qu'elle est injuste ou inutile, mais simplement qu'elle ne peut se faire hors d'une réforme d'ensemble promouvant l'activité.

Au total, votre rapporteur pour avis ne peut que condamner fermement la proposition du gouvernement. D'une part, elle dénote ainsi sa parfaite mauvaise foi dans la mesure où :

- elle constitue un cavalier social ;
- elle figure pour partie dans un texte en cours d'examen devant le Parlement et déjà adopté conforme par les deux assemblées ;
- elle correspond pour une autre partie à la correction d'un excès de pouvoir de l'administration en matière d'interprétation de la loi ;
- elle relève pour l'essentiel du projet de loi de finances ;
- elle a été proposée sans aucune indication de coût ou de modalités de financement.

¹ Voir infra.

D'autre part, l'article 26 A apparaît en décalage avec les réflexions actuellement menées en matière d'incitation à l'activité des travailleurs âgés et vient donc au moins trop tôt – illustrant *a contrario* les méfaits de l'immobilisme en matière de réforme des retraites – au plus à contre-courant des efforts à déployer. Bref, il ne s'agit ni plus ni moins que d'une mesure destinée à « acheter » un vote en première lecture à l'Assemblée nationale, montrant combien les difficultés actuelles du gouvernement lui font perdre le sens des réalités.

3. Les mesures catégorielles en matière de dépenses

a) La prise en compte des périodes de service national (article 26 bis)

A l'initiative de son rapporteur pour la branche vieillesse, notre collègue député Denis Jacquat, et suite à l'accord du gouvernement qui avait déposé un amendement identique, l'Assemblée nationale a adopté un article additionnel après l'article 26 tendant à permettre la prise en compte des périodes de service national pour l'ouverture du droit et le calcul de la pension de retraite du régime général et des régimes alignés.

En effet, actuellement, les périodes de service national ne sont prises en compte qu'à la condition que l'intéressé est déjà un assuré social, c'est à dire qu'il a été immatriculé et a cotisé au titre d'une activité salariée. Or la Cour de cassation depuis 1995 estime que l'immatriculation suffit pour considérer une personne comme un assuré social.

Outre la fin d'un conflit entre la législation et la jurisprudence, l'extinction d'un contentieux lourd et l'harmonisation des règles entre les régimes, cet article permettra donc d'accorder une mesure de justice aux personnes ayant effectué leur service national et ne pouvant comptabiliser cette période comme une période d'activité du point de vue de leur retraite. La logique contributive qui régit l'assurance vieillesse souffrira d'autant moins de cette apparente exception formelle qu'il serait quelque peu aventureux d'estimer que ceux qui ont servi leur pays n'ont pas exercé une activité réelle.

Le coût en 2002 de cette mesure est estimée à 20 millions d'euros pour la CNAVTS.

b) L'assouplissement des conditions d'attribution de la majoration pour les femmes ayant élevé un ou plusieurs enfants (article 26 ter)

L'Assemblée nationale, adoptant un amendement du gouvernement reprenant un amendement, déclaré irrecevable par la commission des finances, de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteur pour la branche famille, a décidé de donner une base légale à un décret en préparation, en supprimant la

condition posée par l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale pour le bénéfice de la majoration de durée d'assurance vieillesse de huit trimestres. Cette majoration n'était ainsi accordée qu'aux femmes ayant élevé un enfant pendant au moins 9 ans avant leur 16^{ème} anniversaire.

Cette condition empêchait par exemple les femmes ayant perdu un enfant avant l'âge de 9 ans ou ayant adopté un enfant âgé de plus 7 ans de bénéficier de cette majoration.

L'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale prévoit ainsi l'application d'une règle générale (avoir élevé un ou plusieurs enfants) et un mode de variation de la majoration (fonction du nombre d'enfant). L'article renvoie à un décret les conditions de son application. Le texte en cours de préparation proposerait quant à lui de proratiser la majoration en fonction de la durée effective de la prise en charge de l'enfant avec un trimestre par année dans la limite de huit trimestres.

Votre rapporteur pour avis se réjouit de cette mesure de justice et espère que le décret d'application, dont la préparation semble bien avancée, paraîtra dès la publication de la loi de financement au *Journal officiel* afin de faire entrer cet article en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

c) L'achèvement de l'intégration de la caisse d'assurance vieillesse des cultes (article 27)

Le régime de sécurité sociale des ministres des cultes et des membres des associations, congrégations et collectivités religieuses a déjà été intégré financièrement pour ses branches maladie-maternité (par l'article 71 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle) et vieillesse (par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998) au régime général de sécurité sociale. Il s'en est suivi un alignement progressif de la situation des assurés. Cependant, le risque invalidité restait rattaché à la branche vieillesse sans intégration financière, faisait l'objet de cotisations spécifiques et ne couvrait que le risque d'une incapacité totale.

L'article 27 achève donc l'intégration financière du régime des cultes – la Cavimac (caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes) – en appliquant le même taux de cotisation maladie que celui de la sécurité sociale sur la base du SMIC et en alignant sur le régime général les conditions d'attribution d'une pension d'invalidité. L'article prévoit également le transfert à la CNAMTS des réserves du fonds invalidité du régime ainsi intégré.

C. LA VIE AGITÉE DU FONDS DE RÉSERVE DES RETRAITES

1. La mise en place du FRR

Le Fonds de réserve des retraites a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, prenant la forme d'une section comptable particulière (la 2^{ème} section) du Fonds de solidarité vieillesse.

L'article 6 de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel a conféré au fonds, plus d'un an et demi après sa création formelle, son autonomie. Il prend désormais la forme d'un établissement public administratif de l'Etat ayant pour mission la constitution de réserves pour les retraites. Les ressources du fonds restent indisponibles jusqu'en 2020. Les bénéficiaires en seront les régimes entrant dans le champ du FSV, soit la CNAVTS, l'ORGANIC, la CANCAVA et le régime des salariés agricoles.

Les instances du fonds sont composées d'un directoire de trois membres présidé par le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et un conseil de surveillance comprenant des parlementaires, des représentants des partenaires sociaux, des représentants de l'Etat et des personnalités qualifiées.

Un décret en conseil d'Etat en cours de préparation aura à préciser les modalités d'application de la loi, notamment s'agissant de la composition précise du conseil de surveillance, des missions des instances dirigeantes, des modalités de mise en place de la gestion administrative et des règles, notamment prudentielles, applicables au fonds.

2. Des ressources évolutives...

Les ressources du FRR, définies par le code de la sécurité sociale, sont de quatre types :

- des ressources fiscales : une fraction de la C3S, la moitié (portée à 65 % à partir de 2002) du prélèvement social de 2 % portant sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieur à 15.000 francs au plan partenarial d'épargne salariale volontaire ;

- des versements de tout ou partie d'excédents : ceux du FSV et de la CNAVTS (versement au titre du dernier exercice clos, pouvant être anticipé) ;
- des affectations de recettes non récurrentes : une fraction du produit de la vente des licences de téléphonie mobile de 3^{ème} génération (licences UMTS), les montants de l'intéressement et de la participation non réclamés par les salariés et reçus par la CDC au terme du délai de prescription trentenaire ;
- toute ressource affectée au FRR : versement exceptionnel de la CDC, affectation du produit de la vente des actifs des caisses d'épargne, prélèvement sur le résultat net de la CNAF en 2000 ;
- les ressources propres du fonds : les produits de ses placements.

Le gouvernement, par la bouche du Premier ministre, a annoncé le 21 mars 2000, que son objectif était d'atteindre le montant de 1.000 milliards de francs de réserves en 2020, selon une clef prévisionnelle indicative :

Les ressources prévisionnelles initiales du FRR d'ici à 2020

(en milliards d'euros)

| Ressources | Cumul |
|---|---------------|
| Excédents CNAVTS | 15,24 |
| Excédents C3S et FSV | 61 |
| Prélèvements de 2 % sur les revenus de patrimoine | 22,87 |
| Produits des parts sociales Caisse d'épargne et versement CDC | 3,05 |
| Produits financiers | 50,31 |
| Total | 152,47 |

Source : Premier ministre, dossier de presse, 21 mars 2000.

Cependant, depuis cette annonce, le sort du FRR s'est révélé bien éloigné de cette prévision qui apparaît quelque peu hâtive.

a) Le feuillet de l'UMTS

(1) La perte des recettes UMTS : un drame en trois actes

(a) Le schéma initial : 2,82 milliards d'euros en 2001 et en 2002, 15 milliards d'euros au total

Lors de la décision d'attribution des licences de téléphonie mobile de 3^{ème} génération, dites licences UMTS, le gouvernement avait décidé d'en affecter une partie au FRR. Celle-ci était définie de manière résiduelle : l'article 36 de la loi de finances pour 2001 prévoyait ainsi d'affecter le produit des redevances domaniales à un compte d'affectation spéciale créé à cet effet, le compte n° 902-33 « Fonds de provisionnement des charges de retraite et de désendettement de l'Etat ». Celui-ci devait ensuite procéder à l'affectation des sommes : la caisse d'amortissement de la dette publique (CADEP) bénéficierait d'un montant fixe, tandis que le solde devait être versé au FRR. La clef de répartition implicite, calculée sur une base d'un produit de 4,95 milliards d'euros, accordait ainsi 2,13 milliards d'euros à la CADEP et 2,82 milliards d'euros au FRR.

En 2002, le FRR devait obtenir cette même somme.

Enfin, de 2003 à 2015, il était prévu que chaque opérateur verse 180 millions d'euros par an, soit un produit attendu de 720 millions d'euros par an.

Cependant, l'attribution de deux licences au lieu de quatre, a conduit le gouvernement à revoir à la baisse ce schéma ambitieux dans le projet de loi de finances initial pour 2002.

(b) Le schéma dans le PLF initial pour 2002 : 350 millions d'euros en 2001, 2,48 milliards d'euros en 2002 et 7,5 milliards d'euros au total

S'agissant de 2001, les deux redevances devraient rapporter 2,48 milliards d'euros. En l'état actuel du droit, la part du FRR se monterait donc à 350 millions d'euros, une fois déduite l'affectation de 2,13 milliards d'euros à la CADEP.

S'agissant de 2002, l'article 17 du projet de loi de finances pour 2002, tel que déposé par le gouvernement, avait prévu d'affecter en totalité les recettes tirées des licences UMTS à compter de 2002. Cela devait avoir pour conséquence l'affectation en 2002 au FRR de 2,48 milliards d'euros.

La redevance calculée pour les treize années suivantes voyait son produit espéré divisé par deux, soit 360 millions d'euros par an.

(c) Le schéma après la première lecture par l'Assemblée nationale du PLF 2002 : rien en 2001, 1,24 milliard d'euros en 2002 et l'incertitude après

Cependant, au cours de la première lecture du projet de loi de finances pour 2002, le gouvernement a annoncé une révision du mode de calcul de l'affectation du prix des redevances. Ainsi, il a été décidé de faire payer aux opérateurs entrant sur le marché de la téléphonie un forfait de 620 millions d'euros et de créer une contribution assise sur le chiffre d'affaires des opérateurs.

Pour 2001, cette décision a pour effet immédiat, dans l'état actuel du droit, de réduire à zéro les perspectives de versement au titre des redevances UMTS pour le FRR puisque les 1.240 millions d'euros déjà versés par les deux opérateurs en septembre 2001 constitueront la seule ressource du compte n° 902-33 pour 2001 et que l'article 17 de la loi de finances pour 2001 prévoit que 2.130 millions d'euros seront versés de ce compte à la CADEP avant tout versement au FRR.

Pour 2002, la totalité des recettes du compte irait ainsi au FRR, soit 1,24 milliard d'euros en cas d'attribution de deux nouvelles licences.

Enfin, s'agissant de la contribution sur le chiffre d'affaires, le gouvernement n'a donné aucune indication sur son produit attendu.

Au total, alors que lors de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, il était indiqué que le FRR recevrait d'ici à 2015, 15 milliards d'euros, aucune somme ne lui a encore été versée et l'incertitude la plus grande entoure ses recettes.

Produit de la vente des licences UMTS d'ici à 2016

(en millions d'euros)

| | 2001 | 2002 | Années suivantes | Total |
|--|-------------|-------------|-------------------------|--------------|
| LFI 2001 | 2.820 | 2.820 | 720 x 13 | 15.000 |
| PLF 2002 | 350 | 2.480 | 360 x 13 | 7.510 |
| PLF 2002 adopté en première lecture par l'Assemblée nationale | 0 | 1.240 | ? | ? |

(2) Les incertitudes entourant la compensation de ces pertes de recettes pour le FRR

Le gouvernement, à de nombreuses reprises, a affirmé son engagement à compenser intégralement pour le FRR ces pertes de recettes liées aux aléas de l'attribution des licences UMTS. Cependant, les plus grandes incertitudes entourent les modalités de cette compensation.

(a) La compensation en 2001 dans le collectif budgétaire

Le projet de loi de finances rectificative pour 2001 aura à prendre en compte la révision des perspectives de recettes du compte n° 902-33, de 4,95 à 1,24 milliards d'euros. Le gouvernement pourrait alors décider, soit d'affecter la totalité de ce produit au FRR, soit d'appliquer au produit effectif la clef de répartition prévue, c'est-à-dire 57 % des recettes pour le FRR et 43 % pour la CADEP. En cas d'affectation totale, le fonds bénéficierait donc de 1,24 milliard d'euros. En cas de partage avec la CADEP selon la clef initiale, il se verrait attribuer 707 millions d'euros.

En tout état de cause, si le gouvernement ne mobilise pas une ressource supplémentaire à ce jour inconnue, la perte de recettes par rapport au plan de charge prévisionnel du FRR s'élèvera pour 2001, soit à 1,58 milliard d'euros, soit à 2,1 milliards d'euros.

(b) La compensation en 2002 par le produit des privatisations

S'agissant de 2002, le gouvernement a pris l'engagement de compenser les pertes de recettes pour le FRR par l'affectation à son profit d'une somme équivalente issue du produit des nouvelles privatisations annoncées lors de la discussion du projet de loi de finances pour 2002. Ainsi, l'Assemblée nationale a réévalué les ressources du compte de privatisation (compte n° 902-24) de 1,54 milliard d'euros, dont 1,24 milliard irait au FRR.

Ce mode de compensation soulève plusieurs interrogations.

Il est tout d'abord soumis à la réalisation par le gouvernement de sa prévision de recettes de privatisations supplémentaires.

Il est ensuite dépendant d'éventuelles priorités jugées plus urgentes à financer que la dotation au FRR. De ce point de vue, les propos tenus devant votre commission le 31 octobre dernier par le ministre des transports, M. Jean-Claude Gayssot, affirmant que 762 millions d'euros issus des recettes de privatisation seraient affectés à l'investissement ferroviaire inquiètent : en les additionnant avec la compensation pour le FRR, le chiffre total excède de 460 millions d'euros les surplus de recettes attendus des nouvelles privatisations... à moins que le chiffre prévu dans le projet de loi de finances pour 2002 ne soit sous-estimé à des fins électorales.

Enfin, il faut préciser que le gouvernement a introduit un article 17 *bis* au projet de loi de finances pour 2002 pour permettre cette affectation de 1,24 milliard d'euros du compte n° 902-24 vers le FRR. Cet article ne vaut que pour 2002. Les incertitudes qui entourent ces décisions d'attribution de recettes exceptionnelles en cas de sollicitations demeurent cependant. Ceci a pour conséquence que deux comptes d'affectation spéciale, le 902-24 et le 902-33, abondent le FRR.

b) De la famille aux retraites (article 29)

L'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit le transfert exceptionnel de 762 millions d'euros de la CNAF vers le FRR. Il précise que ce prélèvement se fait sur les excédents de la CNAF au titre de l'exercice 2000, une fois déduit l'affectation prévue à l'article 24 du projet de loi de financement, de 228,67 millions d'euros au fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance, dit « fonds crèches ». Ce type de versement exceptionnel est autorisé, s'agissant du FRR, par le code de la sécurité sociale.

Ces deux prélèvements permettent d'utiliser la totalité du résultat net de la CNAF pour 2000, après réouverture des comptes pour permettre l'imputation de l'annulation de la créance de la caisse sur le FOREC.

Au total, la branche famille aura apporté entre 2000 et 2002 2,155 milliards d'euros à la branche vieillesse, qu'il s'agisse de ce transfert exceptionnel ou du transfert progressif au FSV :

Les transferts de la branche famille vers la branche vieillesse

(en millions d'euros)

| | |
|--|--------------|
| Prélèvement sur l'excédent 2000 de la CNAF | 762 |
| Transfert 2000 au FSV | 42 |
| Transfert 2001 au FSV | 442 |
| Transfert 2002 au FSV | 951 |
| Total | 2.197 |

Votre rapporteur pour avis critique ce prélèvement exceptionnel pour deux raisons principales.

D'une part, il tient à souligner son attachement au principe de la séparation des branches, affirmé par la loi de 1994, et sans cesse remis en cause par le gouvernement. De même qu'il est scandaleux que la sécurité sociale ait payé pour les 35 heures, il n'est normal que les excédents d'une branche soient affectés à une autre branche. Que dirait-on par exemple si l'assurance vieillesse versait ainsi une contribution à la CNAMTS ? Les lois

de financement de la sécurité sociale devaient avoir but, parmi d'autres, d'examiner chaque année, branche par branche et non pas globalement, le rapport entre les efforts demandés aux cotisants et contribuables et l'utilisation des ressources. Force est de constater que de pareils transferts brouillent le paysage et ne sont pas conformes à l'idée originelle des lois de financement de la sécurité sociale. Enfin, l'argumentation du gouvernement justifiant ce transfert par l'existence même d'un excédent illustre l'inanité de la réflexion et son refus de la séparation des branches. L'existence d'un excédent devrait surtout faire discuter de son utilisation au sein de la branche, soit par des mesures nouvelles, soit par des diminutions de cotisations.

D'autre part, ce transfert exceptionnel mérite la même critique que l'affectation de ressources ponctuelles au FRR. Ce fonds a plus besoin de prévisibilité et de stabilité de ses ressources que d'une alimentation au coup par coup. Votre rapporteur pour avis tient à rappeler que les exemples de fonds de réserve mis en place à l'étranger montrent bien que le coût de la transition est d'autant moins élevé que le fonds dispose de ressources stables et régulières.

c) L'affectation d'une fraction supplémentaire du prélèvement de 2 % sur les revenus de capitaux (article 28)

A côté des contorsions auxquelles doit se plier le gouvernement en matière d'affectation du produit des redevances UMTS, le nouveau changement de la clef de répartition du produit du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital proposé par l'article 28 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 en apparaîtrait presque simple.

Il s'agit cependant de la 5^{ème} modification de cette clef de répartition en trois ans.

Les affectations successives du prélèvement du 2 %

(en %)

| | 1999 avant la CMU | 1999 après la CMU | LFSS 2000 | LFSS 2001 | PLFSS 2002 |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
| CNAF | 50 | 22 | 13 | - | - |
| CNAMTS | - | 28 | 8 | - | - |
| CNAVTS | 50 | 50 | 30 | 30 | 15 |
| FRR | - | - | 49 | 50 | 65 |
| FSV | - | - | - | 20 | 20 |

Ainsi, le FRR devrait bénéficier en 2002 de 305 millions d'euros supplémentaires au titre de ce prélèvement, pour un montant total de 1,3 milliard d'euros.

d) Les pertes de ressources

Parallèlement, le FRR a déjà eu à subir un nombre très important de pertes de ressources.

L'exemple de la C3S constitue une bonne illustration de ces prélèvements sur le FRR. La C3S, après équilibre des régimes, doit aller soit au FSV et donc, en cas d'excédent de ce dernier, au FRR, soit directement au FRR. Ainsi, directement ou indirectement, tout prélèvement sur le produit de la C3S après équilibre des régimes bénéficiaires constitue un prélèvement sur les ressources du FRR.

La contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S)

Ses principales caractéristiques

La C3S a été instituée par la loi du 3 janvier 1970. D'après les dispositions de l'article L 621-1 du code de la sécurité sociale, elle est versée par les sociétés commerciales au régime d'assurance maladie-maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, et agricoles afin de compenser les pertes de recettes subies par ces régimes du fait du développement de l'exercice sous forme sociétaire des professions artisanales et commerciales. Elle a fait l'objet d'une réforme en 1995 destinée à augmenter son rendement (loi du 4 août 1995 portant loi de finances rectificative pour 1995) : extension du champ de recouvrement, de l'assiette et augmentation du taux. Son taux est fixé par décret à 0,13 % du chiffre d'affaires des sociétés redevables. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires est inférieur à 5 millions de francs, soit 760.000 euros.

La répartition de son produit

En application de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, le produit de la C3S est réparti, au prorata et dans la limite de leurs déficits comptables, entre trois régimes prioritaires : le régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM), le régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales (ORGANIC) et le régime d'assurance vieillesse des artisans (CANCAVA).

Le cas échéant, le solde du produit de la C3S était jusqu'en 1998 réparti entre les autres régimes de non-salariés déficitaires, parmi lesquels le BAPSA. Aujourd'hui, ce solde est versé soit au Fonds de solidarité vieillesse, soit au Fonds de réserve pour les retraites (loi n° 2000-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel).

Ces montants de répartition sont fixés par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Or, la C3S est utilisée systématiquement depuis 1999 pour équilibrer le BAPSA qui souffre d'un déficit chronique. Ainsi, le total cumulé de 1999 à 2002 des prélèvements sur la C3S au profit du BAPSA s'élève à 1,16 milliard d'euros, alors que le FRR n'aura reçu au même titre sur cette période que 591 millions d'euros, dont 305 millions directement et 286 indirectement via l'affectation du FSV de 2000. La prévision de montée en charge du FRR réalisée par le Conseil d'orientation des retraites le 2 mai 2001 prévoit 100 milliards d'euros de produit du FSV et de la C3S de 2000 à 2020. Sur 2000-2002, seulement 591 millions d'euros ont été effectivement dégagés à ce titre, soit 0,6 % de l'objectif en 10 % du délai prévu...

Répartition de la C3S entre le BAPSA, le FSV et le FRR depuis 1999

(en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Total |
|-------|------|---------|------|------|-------|
| BAPSA | 154 | 206 | 280 | 520 | 1.160 |
| FRR | 305 | 286 (*) | 0 | 0 | 591 |

(*) 286 millions d'euros sont versés du FSV vers le FRR au titre des excédents du FSV en 2000. Il est ainsi normal de les déduire des 625 millions d'euros de C3S reçus par le FSV en 2000 et de les considérer comme affectés indirectement au FRR.

La commission des affaires sociales du Sénat a, dans le cadre de son contrôle sur les fonds sociaux¹, mis en évidence les contradictions du gouvernement s'agissant de la montée en charge du FRR qui se trouve donc toujours dans l'attente d'un mode d'alimentation conforme à l'outil que constitue un fonds de réserve. Il est vrai que les contours exacts du fonds restent encore bien flous alors que le temps passe et que les besoins de financement à venir des régimes de retraite sont, eux, bien précis.

3. ... à l'utilisation encore incertaine

De nombreux points restent encore à éclaircir s'agissant du fonds de réserve.

Il ne s'agit pas de s'étendre longuement sur l'absence de visibilité financière du fonds. Celui-ci croît doucement, au gré des excédents pas encore ponctionnés pour le 35 heures, des dons plus ou moins librement consentis, des recettes de privatisation qui peuvent se présenter presque par hasard². En

¹ Rapport d'information, au nom de la commission des affaires sociales, de MM. Charles Descours, Alain Vasselle et Jean-Louis Lorrain, n°382 (2000-2001).

² Votre rapporteur pour avis renvoie, pour une analyse des avantages financiers tirés de l'alimentation d'un fonds de réserve par des ressources pérennes, stables et prévues à l'avance à

faisant l'hypothèse d'une affectation totale du produit des licences UMTS au FRR et d'une affectation de 1,24 milliard d'euros de recettes de privatisation – hypothèses dont votre rapporteur pour avis a souligné l'optimisme – et sans compter les frais de gestion du fonds dont on voit mal comment ils seraient inférieurs à 20 millions d'euros par an, alors, le FRR détiendra en réserve au 31 décembre 2002 environ 12 milliards d'euros.

Evolution des recettes et des dépenses du FRR

(en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--------------------------|--------------|----------------|----------------|----------------|
| Recettes | 306,4 | 2.867,6 | 3.342,2 | 5.534,9 |
| C3S | 304,9 | - | - | - |
| FSV | - | - | 286,6 | - |
| CNAF | - | - | - | 762,2 |
| CNAVTS | - | 767,4 | - | - |
| 2 % Capital | -- | 891,6 | 960,4 | 1.308 |
| Vente Caisse d'épargne | | 718,2 | 718 | 718 |
| Caisse des dépôts | - | 457,3 | - | - |
| UMTS (*) | - | - | 1.240 | 1.240 |
| Privatisations | - | - | - | 1.240 |
| Intérêts | 1,5 | 33,1 | 137,2 | 266,7 |
| Dépenses | 0,2 | 3,8 | 13,9 | 0,2 |
| Divers | - | 0,4 | 0,2 | 0,2 |
| Fiscalité | 0,2 | 3,4 | 13,7 | - |
| Résultat | 306,2 | 2.863,8 | 3.328,3 | 5.534,7 |
| Réserves au 31/12 | 306,2 | 3.170 | 6.498,3 | 12.033 |

() hypothèse d'une affectation totale des recettes UMTS au FRR*

Outre ces incertitudes financières, le plus grand flou règne sur les futures dépenses du fonds de réserve. Ce dernier est, d'après la loi, destiné à un nombre délimité de régimes de retraite : CNAVTS, ORGANIC, CANCAVA et, par le biais de son intégration financière avec la CNAVTS, le régime des salariés agricoles. Ceci pourrait se justifier si les recettes du fonds ne provenaient que de ces régimes là, par affectation d'excédents, transferts de recettes fiscales initialement affectées à eux, ou prélèvements sur le FSV chargé de leur compenser des charges de solidarité. Or l'analyse des ressources actuelles du fonds et leurs perspectives montrent que la plupart viendront de la solidarité nationale par le biais de recettes non récurrentes liées aux privatisations ou à l'UMTS, ou bien d'une éventuelle imposition de toute nature supplémentaire ou nouvelle affectée uniquement au FRR. Dans ces conditions, il paraît difficile de limiter le bénéfice du fonds aux seuls quatre régimes énumérés précédemment et d'en exclure les autres régimes de retraite, à commencer par celui des professions libérales. Dans la mesure où les recettes du fonds deviennent de plus en plus universelles, il sera normal que ses dépenses le soient aussi.

La troisième source d'incertitude provient des modalités exactes de la gestion des actifs. Si le principe de la délégation de la gestion administrative du fonds à la Caisse des dépôts a été arrêté par l'article 6 de la loi portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel, le plus important, à savoir la politique de placement du fonds et la délégation de la gestion de ses actifs, reste encore à préciser. La mission de la Caisse des dépôts comme gérant administratif est assez facile à discerner. Il s'agira pour elle d'assurer la sécurité des sommes versées dans le fonds en faisant en sorte que les gérants d'actifs ne manipulent jamais directement les sommes mais donnent leurs ordres à la Caisse qui les exécutera (fonction de « *back office* » et de suivi des gestions déléguées), d'optimiser la politique financière du fonds et d'en organiser le fonctionnement quotidien. Il conviendra pour les organes dirigeants du fonds et pour la Caisse des dépôts de préciser ainsi un certain nombre de ces fonctions.

Les fonctions administratives de gestion du FRR

| Fonction | Rôle de la direction du FRR |
|--|---|
| allocation d'actifs | détermination de l'allocation stratégique optimale |
| sélection des gérants | rédaction des cahiers des charges, organisation de l'appel d'offres, dépouillement des réponses |
| suivi des gestions financières déléguées | contrôle de la performance des gérants, <i>reporting</i> à destination des organes dirigeants |
| <i>back office</i> , tenue de compte et conservation | vérification du respect des obligations contractuelles (dispersion des risques, franchissements de seuil...), contrôle de la bonne exécution des sous-traitances confiées aux services de la CDC |
| comptabilité générale et trésorerie | gestion d'une « poche » de trésorerie nécessaire au règlement (frais généraux, commissions des gérants) |
| juridique | rédaction des appels d'offres rédaction des contrats de gestion déléguée |
| suivi de la vie sociale et communication financière | établissement des comptes relations avec les tutelles |

Source : Caisse des dépôts et consignations

Mais dès aujourd'hui et dans l'attente du décret d'application de la loi, il faut rédiger le cahier des charges, faire les choix informatiques, proposer une stratégie d'allocation des actifs, organiser les procédures d'appel d'offre, mettre en place les dirigeants et les équipes, transférer les actifs, etc. Tout cela reste à déterminer et devra se mettre en place rapidement, d'ici au 1^{er} juillet 2002.

Au total, votre rapporteur pour avis ne peut que dénoncer la politique du gouvernement à l'égard du Fonds de réserve des retraites. Il s'engage sans tenir ses promesses. Il fait de belles projections en les contredisant par ses actes. Il annonce avoir agi alors que le fonds reste sans organes directeurs, sans politique de placement, sans perspective précise des dépenses à couvrir, sans mode fiable d'alimentation. Cette politique semble à votre rapporteur pour avis illustratrice d'une attitude plus générale au sujet des retraites : attendre en se payant de mots.

D. L'URGENCE DE RÉFORMES D'ENSEMBLE

1. La politique des rapports

a) Le défilé des rapports

Votre commission des finances n'a eu de cesse de dénoncer la « *politique des rapports* » qui permet aujourd'hui à la France de disposer vraisemblablement de la plus belle collection en la matière de toute l'Europe.

Le Conseil d'orientation des retraites (COR) constituera vraisemblablement, avec la création du FRR dont on connaît les limites pratiques, la seule action du gouvernement actuel en matière de retraites. Le COR a été mis en place par le décret n° 2000-393 du 10 mai 2000 et rattaché au Premier ministre. Il doit remettre son premier rapport d'ici à mai 2002.

Au cours de ses réunions plénières et des séances de groupes de travail, le COR a axé ses travaux dans quatre directions :

- l'actualité du contrat entre les générations, cette réflexion servant de socle à l'ensemble des travaux ;
- les rapports entre l'âge et le travail, la France ayant un taux d'activité des 55-64 ans de 37 %, répétant que cette particularité devait être corrigée ;
- les inégalités entre régimes et, spécialement, entre fonctionnaires et salariés du privé, montrant la complexité de pareille analyse ;
- les projections financières des régimes de retraite, cet exercice devant être régulièrement reproduit afin de disposer de données fiables à l'heure des choix.

Dans l'attente du rapport du COR, dont votre rapporteur pour avis regrette qu'il ne soit pas disponible pour la discussion parlementaire du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, il n'est possible que d'exprimer l'impression de sérieux des travaux menés. Il reste maintenant à les voir déboucher sur des solutions opérationnelles tant le dossier des retraites ne mérite plus qu'une chose : l'action.

b) De nouveaux rapports

- (1) Un cavalier social : le rapport sur le nombre et la situation des handicapés de plus de 60 ans (article 26 *quater*)

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par notre collègue député Mme Nicole Catala, ayant reçu un avis favorable du gouvernement, malgré l'avis défavorable émis par la commission des affaires culturelles, qui demande au gouvernement de présenter au Parlement un rapport, avant le 31 mai 2002, « *faisant état du nombre de personnes handicapées âgées de plus de 60 ans, de la nature et de l'état actuel des équipements susceptibles de les accueillir ainsi que des différents types d'établissements qui devraient être créés pour répondre au problème spécifique de leur hébergement* ».

Il s'agit ainsi de prendre la mesure des problèmes soulevés par l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées et, notamment, du nombre insuffisant de structures adaptées.

Votre rapporteur pour avis considère cette question comme importante et même dramatique pour de nombreuses familles. Toutefois cet article 26 *quater* n'a pas sa place dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le fait de traiter de personnes âgées ne fait de ce rapport ni une mesure ayant une conséquence financière sur un régime obligatoire de base de sécurité sociale ou sur un organisme créé pour concourir à leur financement, ni une disposition relative au contrôle de l'application des lois de financement.

- (2) Un vrai problème toujours pendant : le rapport sur la politique en matière de pensions de réversion (article 26 *quinquies*)

L'article 26 *quinquies* du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale résulte de l'adoption, par l'Assemblée nationale, contre l'avis du gouvernement et de la commission des affaires culturelles, d'un amendement présenté par notre collègue député M. Germain Gengenwin, demandant au gouvernement de présenter en 2002 un rapport « *sur la politique à mener en matière de pension de réversion, et notamment sur la règle du cumul droits personnels et pension de réversion* ».

Il est vrai que la situation des pensions de réversion pose problème. D'une part l'assurance-veuvage présente une situation de sous-utilisation des ressources prélevées par elle. D'autre part, les règles de réversion sont souvent diverses, injustes et inégalitaires, notamment s'agissant des poly-pensionnés bénéficiant de droits propres, comme le prouvent les nombreux contentieux en cours sur cette question.

L'avis défavorable exprimé par la commission et le gouvernement ne tenait pas vraiment au fond de la question, mais plutôt à la demande d'un rapport supplémentaire alors que le problème des retraites a maintenant besoin d'une réforme globale. S'agissant d'ailleurs de l'information du Parlement, le prochain rapport du Conseil d'orientation des retraites devrait aborder cette question, risquant ainsi de faire double emploi.

Votre rapporteur pour avis partage cette opinion. Demander un rapport supplémentaire ne semble guère utile dans la mesure où se dégage une unanimité sur le fond et où le COR devrait évoquer le problème. Cependant, il espère que de l'accord de tous sortira une réforme rapide, très attendue par les Français.

2. La doctrine de la commission des finances en matière de réformes des retraites

Votre commission des finances a, à de nombreuses reprises, exprimé les idées qu'elle défend en matière de politique des retraites pour notre pays. Votre rapporteur pour avis se contentera donc d'en esquisser les grandes lignes.

Le premier axe concerne le contexte de la réforme. Les projections financières et démographiques disponibles, même celles fondées sur des hypothèses optimistes, montrent que le besoin de financement des régimes de retraite sera d'environ 4 à 4,5 points de PIB dans vingt ans. La situation financière équilibrée de la CNAVTS aujourd'hui, fruit des réformes de 1993 et de l'arrivée à la retraite d'une classe d'âge peu nombreuse, ne doivent pas tromper. A partir de 2004-2005, les régimes retrouveront des déficits qui iront croissant faute de réforme. Parallèlement, toute action doit prendre en compte l'environnement communautaire. L'Union européenne s'empare peu à peu du dossier des retraites, du point de vue normatif, dans la limite de ses compétences notamment en matière de liberté de circulation et de réglementation des marchés de capitaux, mais aussi du point de vue déclaratif, les recommandations sur les retraites ou la population active étant légion. L'autre élément de contexte européen est livré par nos voisins immédiats chez qui les réformes se multiplient : Allemagne, Suède et Italie pour les systèmes de retraite par exemple ; Finlande et Pays-Bas pour la promotion de l'activité des salariés âgés. Ces exemples doivent nous inspirer, qu'il s'agisse de l'antériorité de la réforme (ce qui aura des répercussions financières lourdes dans quelques années), de la méthode choisie (le plus souvent une lente concertation) et des leviers utilisés. Dernier élément de contexte, toute réforme en France sera fortement influencée par l'attachement au pacte social que constitue la répartition, par les échecs passés, par l'idée de justice, par la nécessité du dialogue.

Le second axe a trait aux réformes des régimes proprement dits. Les pistes complémentaires ne manquent pas : durée de cotisation, réforme des régimes particuliers, liberté de choix, ressources supplémentaires, promotion de l'épargne, égalité des actifs, prise en compte des changements sociaux, garantie de taux de remplacement, etc. Sur la plupart de ces points, le Sénat a pu prendre des positions sous la forme, notamment, de propositions de loi

Le dernier axe concerne toute la réflexion connexe. Il n'apparaît pas possible de distinguer une réforme des régimes de retraite d'un ensemble d'éléments allant de la place des salariés âgés, de la durée des études à la répartition du temps (semaine, an, existence) entre travail et loisirs, à la perception de la vieillesse, à l'encouragement des naissances, etc.

Au total, la question des retraites est trop importante, trop lourde en termes d'enjeux sociaux, personnels, financiers, trop porteuse de sens du point de vue des rapports humains dans notre société pour être traitée à la légère. Cependant, la poursuite indéfinie de l'attentisme apparaît aujourd'hui destructeur car il ne fait que rendre plus saillantes des sources de conflits à l'intérieur de notre société, entre générations, entre actifs et inactifs, entre actifs du privé, actifs du public et professions indépendantes, entre professions difficiles et professions moins éprouvantes, etc. C'est pour cette raison que, tous les sondages le montrent, 80 à 90 % des Français réclament une réforme des retraites. Votre rapporteur pour avis et votre commission des finances, qui en proposent des pistes depuis des années, ne peuvent qu'espérer que les Français seront enfin écoutés.

CONCLUSION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 non content de dégrader les comptes 2002 achève de rendre déficitaires les comptes 2000 et 2001.

Il accentue la complexité des mouvements financiers au sein de la protection sociale.

Il souffre d'une forte incertitude sur les recettes d'ensemble.

Il ponctionne la branche famille pour les 35 heures et les retraites.

Il ponctionne la branche maladie pour les 35 heures.

Il ponctionne la branche accidents du travail pour les 35 heures, l'indemnisation de l'amiante et la branche maladie.

Il ponctionne la branche vieillesse et le Fonds de solidarité vieillesse pour les 35 heures.

Il minore les recettes du Fonds de réserve pour les retraites.

Il revoit les comptes clôturés du régime général en 2000.

Il viole le principe de la séparation des branches.

Il est muet sur le système conventionnel, sur la réforme des retraites, sur la réforme des accidents du travail.

Pour une seule de ces raisons, il serait critiquable. Pour toutes celles-ci, il est inacceptable.

*

L'année où, après trente-cinq tentatives infructueuses, l'ordonnance organique relative aux lois de finances de 1959 a été réformée, il ne semble pas absurde de réfléchir, avec l'expérience des six premières lois de financement, à l'avenir de cet outil.

Votre rapporteur pour avis ne peut que formuler quelques pistes qui lui semblent intéressantes à creuser, afin de replacer le débat des lois de financement de la sécurité sociale dans son optique initiale.

Il s'agirait d'abord d'accroître le caractère contraignant de l'exercice non pas en transformant les prévisions en crédits limitatifs, ce qui ne semble ni possible ni souhaitable, mais en faisant adopter des enveloppes plus restreintes et plus nombreuses donnant lieu à autant de débats sur l'utilisation des ressources et l'articulation avec les attentes des Français et l'évolution des connaissances. Chaque fonds social devrait aussi faire l'objet d'un vote particulier.

En outre, il faudrait maintenir la pratique inaugurée cette année de la révision des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses, qui constitue la seule occasion d'aborder la question des dépassements et de l'utilisation des recettes supplémentaires.

Enfin, il devrait être possible d'améliorer la lisibilité de cet outil, d'une part, avec le budget de l'État – mais la réforme de l'ordonnance de 1959 nous offre un espoir en ce sens –, d'autre part, au sein des ressources affectées. De ce point de vue, la proposition de la création d'un fonds unique chargé de l'ensemble des prises en charge aurait pour avantage de supprimer le débat éludé sur les incessantes affectations, et de le remplacer par ce qui est aujourd'hui éludé, à savoir un débat portant sur les dépenses des fonds.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours d'une réunion tenue le mercredi 7 novembre 2001 sous la présidence de M. Alain Lambert, président, la commission a procédé à l'examen du projet de loi n° 53 (2001-2002) adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2002, sur le rapport pour avis de M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis.

Avant de donner la parole au rapporteur pour avis, M. Alain Lambert, président, a souhaité mentionner les conditions techniques difficiles d'élaboration de sa vidéoprojection par le rapporteur pour avis.

M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis, a tout d'abord salué le travail accompli depuis 1997 sur les lois de financement, et depuis bien plus longtemps, sur la sécurité sociale, par Jacques Oudin, dont, en particulier, le rapport d'information d'octobre 1992 sur la sécurité sociale prévoyait les développements futurs de nos finances sociales.

Entamant sa présentation par un regard rétrospectif sur la période 1998-2000, il a insisté sur les bienfaits de la croissance. Il a constaté que depuis 1998, les recettes affectées à la sécurité sociale ont augmenté plus vite que les dépenses réalisées : sur la période 1999-2001, la croissance annuelle moyenne des recettes a ainsi atteint 4,6 %, cette évolution étant largement imputable à l'augmentation des impôts et taxes affectés. Il a fait observer que ce dynamisme particulièrement fort des recettes a permis d'absorber la hausse de dépenses, évoluant elles aussi sur un rythme très élevé, le Gouvernement pouvant, grâce à la croissance, ne pas s'en préoccuper. Il a également relevé que la forte progression des recettes s'est traduite sur le taux de prélèvements sociaux, ceux-ci ayant augmenté, suite aux différentes mesures législatives de créations de taxes et de relèvement de taxes existantes passant de 1998 à 2001, de 20,5 % du PIB à 21,7 % du PIB et s'écartant ainsi sensiblement du taux de prélèvement sur lequel la France s'était engagée envers ses partenaires européens dans le cadre du pacte de stabilité et de croissance.

Il a alors indiqué que cette hausse des prélèvements sociaux, et notamment le mouvement de transfert des prélèvements Etat vers les prélèvements sécurité sociale, se lit dans les prévisions de recettes de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2002, qui table sur 2.076,7 milliards de francs (316,6 milliards d'euros) de recettes dont environ la moitié de cotisations sociales et 30 % d'impôts et taxes affectés.

En matière de recettes, le rapporteur pour avis a expliqué qu'il ne détaillerait pas les différentes mesures d'aménagement des cotisations

sociales, sauf celle relative au régime social des présidents de sociétés par actions simplifiées pour laquelle il proposerait un amendement. Il a souhaité au contraire concentrer son propos sur quatre points : l'innovation que constitue le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 qui est également un projet de loi de financement rectificative pour 2001, le coût des 35 heures en 2002, les manipulations comptables et les liens avec le projet de loi de finances pour 2002 (PLF 2002) et l'importance des hypothèses macroéconomiques.

S'agissant de l'innovation constitutionnelle, il a rappelé que le Sénat a, depuis 1997, demandé avec insistance le dépôt par le Gouvernement d'un projet de loi de financement rectificative afin de présenter au Parlement les prévisions de réalisations des agrégats de la loi de financement, de lui permettre de discuter de l'utilisation des recettes supplémentaires et du moyen de prévenir les dérapages des dépenses, et de faire examiner le « rebasage » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il a expliqué que le Gouvernement a, au contraire, toujours refusé de se retrouver confronté à ses responsabilités mais que l'annulation par le Conseil constitutionnel en décembre 2001 de transferts de recettes au profit du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) en collectif 2000, au motif que ces transferts n'avaient pas été pris en compte dans la LFSS 2000, a contraint le Gouvernement à revoir sa position.

Il a donc noté que le PLFSS 2002 comprend deux types de dispositions qui affectent l'exercice 2001 :

- les dispositions législatives nécessaires à l'équilibrage du FOREC en 2001, pour lequel manque 9,9 milliards de francs (1,51 milliard d'euros), prélevés sur l'Etat (taxe sur les conventions d'assurance) et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) (droits sur les alcools) ;
- la réactualisation des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes.

Il a conclu que, au total, ce collectif social 2001 contient 7,74 milliards de francs (1,18 milliard d'euros) de recettes supplémentaires et 17,71 milliards de francs (2,7 milliards d'euros) de dépenses supplémentaires.

M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis, a ensuite exposé les transferts financiers destinés à continuer la « course poursuite » contre le déficit du FOREC : le coût des 35 heures en 2002 s'élèvera à 101,7 milliards de francs (15,5 milliards d'euros) Il a décrit les transferts nécessaires pour faire face aux besoins nouveaux du FOREC :

- 5,9 milliards de francs (900 millions d'euros) de cotisation additionnelle sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur et

5,8 milliards de francs (885 millions d'euros) de droits alcools en provenance de la CNAMTS, à qui le FOREC ristourne 3,66 milliards de francs (558 millions d'euros) de droits sur les tabacs ;

- 5,02 milliards de francs (765 millions d'euros) de taxe sur les conventions d'assurance en provenance du budget de l'Etat ;

- 2,86 milliards de francs (437 millions d'euros) de taxe sur la prévoyance en provenance du FSV ;

- 1,97 milliard de francs (300 millions d'euros) de hausse des droits sur les tabacs (+ 9 %).

Il a évoqué enfin les critiques émanant de la majorité de l'Assemblée nationale sur le mode complexe de financement des 35 heures.

S'agissant des comptes, il a expliqué que le PLFSS pour 2002 procède à la réouverture des comptes clôturés du régime général en 2000 afin de leur imputer l'annulation de la créance détenue par lui sur le FOREC, représentative de ce que la sécurité sociale aura directement payé pour les 35 heures, sans compter les prélèvements sur ses recettes. Il a rappelé que la commission des comptes de la sécurité sociale avait rejeté cette annulation sur 2000 et avait considéré que seule une annulation sur 2001 serait possible, le secrétaire général de la commission estimant qu'une telle imputation 2000 « ouvrirait les portes à l'arbitraire ». Il a alors présenté la traduction de cet « arbitraire » qui rend le régime général en 2000 déficitaire de 17 milliards de francs (2,6 milliards d'euros) au lieu d'un excédent de 4,36 milliards de francs (655 millions d'euros).

Il en a conclu qu'après de telles décisions, le Gouvernement ne peut plus s'enorgueillir d'avoir rétabli les comptes de la sécurité sociale.

Sans revenir sur les liens étroits et complexes entre le PLF et le PLFSS, M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis, a attiré l'attention sur le fait que les hypothèses macroéconomiques étant communes aux deux textes, l'incertitude pesant sur leur réalisation, notamment une croissance 2002 de 2,5 % et une augmentation de la masse salariale de 5 %, hypothèquent grandement les prévisions du Gouvernement. Il a expliqué ainsi que la hausse des dépenses étant tendancielle de plus de 4 %, toute chute de la croissance se répercuterait immédiatement sur les recettes et donc plongerait encore plus la sécurité sociale dans le rouge.

Abordant alors la question des objectifs de dépenses, M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis, a rappelé qu'ils s'élèvent à (311,9 milliards d'euros), en hausse de 95,8 milliards de francs (14,6 milliards d'euros) par rapport aux prévisions d'exécution 2001, dont 43 % pour la vieillesse, 41 % pour la maladie, 14 % pour la famille et 2 % pour les accidents du travail.

Il a fait observer que la branche maladie du régime général reste aujourd'hui la seule branche déficitaire, et qu'elle l'est de fait structurellement et durablement en raison notamment de la progression des dépenses d'assurance maladie depuis cinq ans, plus fortement marquée encore en 2000 et 2001 que les années précédentes.

Il a ensuite énuméré les taux d'évolution de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté, depuis 1997, seule année où il fut respecté : + 1,7 % en 1997, + 2,3 % en 1998, + 2,6 % en 1999, + 4,5 % en 2000, + 5,3 % en 2001, + 6,6 % en 2002. Il a indiqué que la prévision pour 2002 était de 739,9 milliards de francs (112,8 milliards d'euros).

Le rapporteur pour avis a alors considéré que ces chiffres cachent mal l'absence d'un mécanisme de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Il a rappelé que le PLFSS examiné en conseil des ministres comprenait seulement, pour sa partie relative à la maladie, 9 articles — dont 5 sont des articles obligatoires de fixation du montant de dotations, et 2 concernent les 35 heures à l'hôpital — et que si l'Assemblée nationale en a ajouté 12, il s'agit, pour l'essentiel, de mesures sans guère de portée.

Il a cependant attiré l'attention de ses collègues sur deux dispositions :

- l'article 10 A, qui se veut la base du futur système conventionnel mais ne comprend qu'une déclaration de principe selon laquelle l'Etat, les caisses et les professionnels de santé s'engagent à discuter ensemble ;

- les différentes mesures adoptées pour l'hôpital public.

S'agissant de la branche accidents du travail, il a fait remarquer qu'elle présente deux évolutions annonciatrices de hausses de cotisations sociales :

- la première a trait au coût de la prise en charge des victimes de l'amiante ; le PLFSS 2002 prévoit ainsi un coût total de 4,9 milliards de francs (748 millions d'euros) réparti entre le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (le FIVA) pour 3,37 milliards de francs (514 millions d'euros), et le fonds finançant des préretraites amiante, pour 1,53 milliard de francs (234 millions d'euros) ; à ces sommes devraient s'ajouter en collectif budgétaire une contribution de l'Etat ; dans les années qui viennent, ce coût global de l'indemnisation devrait dépasser 6,55 milliards de francs (1 milliard d'euros) par an ; la branche accidents du travail ne pourra bien entendu pas assumer seule ce coût qui ne prend pas en compte celui des soins donnés aux malades ;

- la deuxième source d'inquiétude réside dans la sous-évaluation chronique du nombre des accidents du travail qui conduit le Gouvernement à prélever arbitrairement un milliard de francs (154 millions d'euros) en 2002 sur la branche pour la verser à l'assurance maladie ; il est certain qu'une réforme en la matière s'impose et qu'elle se traduira par une hausse du volume des dépenses de la branche accidents du travail et donc sur les cotisations sociales.

En matière familiale, le rapporteur pour avis a souligné que la seule mesure d'envergure, cette année, réside dans la création du congé de paternité qui offrira 11 jours de congé aux jeunes pères. Il a alors décrit le reste de la politique du Gouvernement : ponctionner, sans état d'âme ni considération du principe de séparation des branches, les excédents de la CNAF pour les affecter à d'autres usages, cette ponction pouvant même prendre des aspects rétroactifs : en 2000, en effet, le Gouvernement aura ramené l'excédent de la famille de 9,45 milliards de francs (1,44 milliard d'euros) à 190 millions de francs (29 millions d'euros) en prélevant 2,7 milliards de francs (421 millions d'euros) pour les 35 heures, 5 milliards de francs (762 millions d'euros) pour le fonds de réserve des retraites, et 1,5 milliard de francs (230 millions d'euros) pour les crèches.

Il a donc conclu que, pour 2000, sur 9,45 milliards de francs (1,44 milliard d'euros) d'excédents, seuls 16 % seraient retournés aux familles. De même, en 2002, il a noté que le PLFSS réduit l'excédent de la branche de 10,6 milliards de francs (1,62 milliard d'euros) à 4,9 milliards de francs (751 millions d'euros) en prélevant 3 milliards de francs (457 millions d'euros) pour le Fonds de solidarité vieillesse, 700 millions de francs (107 millions d'euros) pour le financement par la CNAMTS du congé de paternité et en décidant 2 milliards de francs (305 millions d'euros) de mesures nouvelles.

En matière de vieillesse, M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis, a expliqué que la branche voyait son excédent 2000 de 3,33 milliards de francs (508 millions d'euros) devenir un déficit de 1,3 milliard de francs (203 millions d'euros) pour financer les 35 heures. Pour 2002, il a décrit des évolutions contradictoires :

- le solde global du régime général passera de 4,4 milliards de francs (676 millions d'euros) d'excédents à 1,3 milliard de francs (205 millions d'euros) en raison du transfert de 2 milliards de francs (302 millions d'euros) de ressources vers le Fonds de réserve et de 1,1 milliard de francs (167 millions d'euros) de dépenses supplémentaires ;

- parallèlement, le Fonds de solidarité vieillesse continue à subir des ponctions importantes qui le rendent désormais structurellement déficitaire (déficit de 4 milliards de francs soit 622 millions d'euros) en 2002 en raison de la perte de 5,6 milliards de francs (860 millions d'euros) de ressources au

profit du FOREC et du fonds de financement de l'allocation prestation d'autonomie (APA).

Il a aussi fait observer que le Gouvernement avait obtenu le vote des députés sur le PLFSS par une annonce au sujet d'un minimum vieillesse pour les chômeurs de moins de 60 ans ayant cotisé 40 ans et ne pouvant pas prendre leur retraite. Il a expliqué que cette mesure annoncée comme une concession du Gouvernement figurait pour un tiers dans le projet de loi de modernisation sociale en navette, relevait pour un second tiers du pouvoir réglementaire et n'était pas, pour le dernier tiers, du domaine des lois de financement mais des lois de finances car financée sur crédits budgétaires.

Abordant la question du Fonds de réserve des retraites, il a expliqué que, à peine né, il avait déjà à la fois été ponctionné et vu ses recettes minorées :

- l'Etat a décidé de prélever plus de 3,4 milliards de francs (520 millions d'euros) de produit de la C3S pour équilibrer le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) structurellement déficitaire, alors que cette somme aurait dû revenir au Fonds de réserve des retraites (FRR) ;

- au lieu des 18,5 milliards de francs (2,82 milliards d'euros) attendus en 2001 et 2002, soit 37 milliards de francs (5,64 milliards d'euros) au total, le FRR n'est pour l'instant assuré de recevoir que 8,13 milliards de francs (1,24 milliard d'euros), avec une option sur 8,13 milliards de francs (1,24 milliard d'euros) supplémentaire provenant d'une nouvelle attribution de licences et une autre option sur 8,13 milliards de francs (1,24 milliard) supplémentaire de recettes de privatisations.

Enfin, il a considéré que, s'agissant des autres volets de la réforme des retraites, le PLFSS ne contient que la demande de deux rapports supplémentaires.

En conclusion, M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis, a résumé en trois mots le PLFSS pour 2002 :

- dépenses, car elles continuent à augmenter, sans réflexion ni maîtrise ;

- complexité, car le texte accentue les transferts entre les fonds, les caisses, le budget de l'Etat, procède à une manipulation comptable de grande ampleur avec la réouverture des comptes 2000 et modifie à nouveau les affectations de recettes ;

- absence de réformes, le PLFSS ne traite en effet ni de la régulation des dépenses d'assurance maladie, ni de la réforme des retraites, ni de la séparation réelle des branches, ni de la réforme de la branche accidents du travail.

Il a estimé que l'outil loi de financement, après six années d'existence, montre déjà des signes de faiblesse qui appellent une révision. Il a rappelé les principales critiques qui lui sont adressées, mais aussi ses apports, comme celui de permettre au Parlement de connaître des finances sociales et de débattre des grandes lignes des dépenses couvertes par les cotisations et impôts acquittés par les Français pour leur protection sociale. Il a enfin esquissé plusieurs pistes de réformes, comme celles visant à accroître le caractère contraignant de l'exercice, à maintenir la pratique inaugurée cette année de la révision des objectifs de recettes et de dépenses, et à améliorer la lisibilité avec le budget de l'Etat, et au sein des ressources affectées, par exemple en créant un fonds unique.

Au cours de la discussion qui a suivi, Philippe Marini, rapporteur général, a d'abord fait part de la nécessité, à l'avenir, de réfléchir à un outil législatif permettant une présentation différente et plus lisible du financement de la sécurité sociale et notamment du financement des 35 heures, qui représente un enjeu essentiel pour les finances publiques dans leur ensemble et pour les finances sociales en particulier.

M. Maurice Blin a souhaité poser deux questions au rapporteur pour avis, l'une portant sur la nature même des lois de financement de la sécurité sociale et sur l'évolution du rôle du Parlement dans le contrôle des finances sociales, l'autre portant plus spécifiquement sur les dépenses d'assurance maladie en France. A cet égard, M. Maurice Blin a estimé que l'augmentation des dépenses d'assurance maladie était due à trois facteurs principaux : un facteur démographique, un facteur technologique et un facteur lié à la dérive des dépenses de médicaments.

En réponse à M. Maurice Blin, M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis, a reconnu l'existence d'une surconsommation de médicaments en France mais il a également souligné l'existence de nombreux frais de fonctionnement superflus dans le secteur de la santé. S'agissant plus spécifiquement des médicaments, M. Alain Joyandet a rappelé la difficulté qu'il y avait en France à développer l'usage des médicaments génériques en raison notamment de réticences « culturelles » de la part des personnes âgées.

En conclusion, M. Alain Joyandet, rapporteur pour avis, a souligné la difficulté qu'il y aurait à l'avenir à maîtriser les dépenses de santé. Il a estimé que l'augmentation des dépenses d'assurance maladie répondait à un besoin structurel de la société et a rappelé l'influence des nouvelles technologies sur le coût des équipements hospitaliers. Il a cependant estimé que certains frais « inutiles » de fonctionnement pouvaient être réduits.

La commission a ensuite procédé à l'examen des articles. Elle a adopté un amendement à l'article 3 (affiliation au régime général de certains dirigeants d'associations et de sociétés par actions simplifiées) visant à affilier

au régime général de la sécurité sociale les présidents de société par actions simplifiées.

M. Philippe Marini, rapporteur général, a déclaré soutenir cet amendement mais a évoqué sa préférence pour une option en faveur des présidents de société par actions simplifiées dans le choix d'affiliation à un régime de sécurité sociale.

A l'issue de cet examen, la commission a émis un avis négatif sur l'ensemble du projet de loi, sous réserve de l'appréciation portée par la commission des affaires sociales, à laquelle la commission des finances propose au Sénat de se remettre.

ANNEXE 1 :

SOMMAIRE DES ARTICLES

| TITRE 1^{er} | ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE | Page |
|--|---|-------------|
| Article 1 ^{er} | Approbation du rapport annexé | 133 |
| TITRE 1^{er} BIS | CONTROLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | |
| Article 1 ^{er} bis (nouveau) | Questionnaires parlementaires sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale | 63 |
| Article 1 ^{er} ter (nouveau) | Contrôle parlementaire des organismes privés de sécurité sociale. | 65 |
| Article 1 ^{er} quater (nouveau) | Codification du rapport sur le relèvement des plafonds de trésorerie | 73 |
| TITRE II | DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES | |
| Article 2 | Exonération de cotisations et de contributions sociales des indemnités complémentaire de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante | 52 |
| Article 2 bis (nouveau) | Exonération des charges patronales pour les services prestataires d'aide à domicile | 54 |
| Article 3 | Affiliation au régime général de certains dirigeants d'associations et de sociétés par actions simplifiées | 55 |
| Article 3 bis (nouveau) | Contrat vendanges | 59 |
| Article 3 ter (nouveau) | Statut social des élus mutualistes | 60 |
| Article 4 | Allègement de cotisations sociales patronales en faveur de l'embauche d'un premier salarié | 61 |
| Article 4 bis (nouveau) | Suppression des frais d'assiette et de recouvrement | 46 |
| Article 5 | Organisation et comptabilité du FOREC | 29 |
| Article 6 | Produits du FOREC | 27 |
| Article 6 bis (nouveau) | Augmentation des <i>minima</i> de perception sur les tabacs | 42 |
| Article 7 | Charges du FOREC | 62 |
| Article 8 | Fixation des prévisions de recettes pour 2002 | 9 |
| Article 9 | Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2001 | 23 |

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET A LA TRÉSORERIE

Section 1

Branche maladie

| | | |
|---------------------------------------|--|-----|
| Article 10 A (nouveau) | Principes régissant les négociations conventionnelles avec les professions de santé | 164 |
| Article 10 | Prescription en dénomination commune internationale | 136 |
| Article 11 | Fixation du taux de la contribution applicable aux dépenses de promotion et d'information des laboratoires pharmaceutiques à l'intention des prescripteurs | 140 |
| Article 11 <i>bis</i> (nouveau) | Fiscalité des ventes directes aux pharmacies | 142 |
| Article 11 <i>ter</i> (nouveau) | Communication au Parlement du rapport d'activité du comité économique des produits de santé | 140 |
| Article 12 | Fixation du taux de la contribution versée au titre de la clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques | 143 |
| Article 12 <i>bis</i> (nouveau) | Respect des tarifs des dispositifs médicaux | 145 |
| Article 13 | Dotation du fonds pour la modernisation des cliniques privées | 147 |
| Article 14 | Dotation du fonds pour la modernisation des établissements des santé | 150 |
| Article 15 | Dotation au fonds d'aide à la qualité des soins de ville | 155 |
| Article 15 <i>bis</i> (nouveau) | Informatisation des centres de santé et formation professionnelle conventionnelle des professionnels de santé y travaillant | 162 |
| Article 15 <i>ter</i> (nouveau) | Ententes préalables | 165 |
| Article 16 | Mesures de tarification liées à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) | 157 |
| Article 17 | Réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière | 159 |
| Article 18 | Fonds pour l'emploi hospitalier | 159 |
| Article 18 <i>bis</i> (nouveau) | Examens bucco-dentaire obligatoires des enfants | 169 |
| Article 18 <i>ter</i> (nouveau) | Association des professionnels de santé libéraux à des actions de permanence des soins | 166 |
| Article 18 <i>quater</i> (nouveau) | Cadre du financement des actions réalisées au sein des réseaux de soins | 167 |
| Article 18 <i>quinquies</i> (nouveau) | CMU pour les ayant droits mineurs | 169 |
| Article 18 <i>sexies</i> (nouveau) | Prolongation du tiers-payant par les personnes ne bénéficiant plus de la CMU | 169 |

| | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Article 18 <i>septies</i> (nouveau) | Prime à l'installation pour les professionnels de santé | 162 |
| Section 2 | | Branche accidents du travail |
| Article 19 | Dotation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante | 186 |
| Article 19 <i>bis</i> (nouveau) | Extension de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux personnels portuaires assurant la manutention | 192 |
| Article 19 <i>ter</i> (nouveau) | Extension de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux dockers ayant manipulé de l'amiante | 192 |
| Article 19 <i>quater</i> (nouveau) | Cumul de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante avec un avantage de vieillesse | 193 |
| Article 19 <i>quinquies</i> (nouveau) | Contrôle du Parlement sur le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante | 190 |
| Article 20 | Levée de la prescription pour les maladies professionnelles liées à l'amiante et revalorisation des indemnités en capital | 193 |
| Article 20 <i>bis</i> (nouveau) | Accidents de trajet survenus dans le cadre d'un groupement d'employeurs | 197 |
| Article 20 <i>ter</i> (nouveau) | Majoration de la rente pour tierce personne | 197 |
| Article 20 <i>quater</i> (nouveau) | Bénéficiaires des rentes viagères pour les ayants droit | 197 |
| Article 21 | Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des sous-déclarations des accidents de travail | 194 |
| Section 3 | | Branche famille |
| Article 22 | Création d'un congé paternité | 208 |
| Article 23 | Financement du congé paternité | 211 |
| Article 23 <i>bis</i> (nouveau) | Suppression du délai de carence pour le bénéficiaire de l'allocation de présence parentale | 216 |
| Article 24 | Abondement du fonds d'investissement pour la petite enfance | 212 |
| Article 25 | Poursuite de la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfant | 215 |
| Article 25 <i>bis</i> (nouveau) | Création d'une allocation de rentrée scolaire différentielle | 217 |
| Section 4 | | Branche vieillesse |
| Article 26 A (nouveau) | Majoration de l'allocation spécifique de solidarité et de l'allocation spécifique d'attente | 228 |
| Article 26 | Revalorisation des retraites du régime général et des avantages alignés sur l'évolution prévisionnelle des prix | 226 |

| | | |
|--|---|-----|
| Article 26 <i>bis</i> (nouveau) | Prise en compte des périodes de service national pour le calcul des pensions de retraite | 232 |
| Article 26 <i>ter</i> (nouveau) | Majoration de la durée d'assurance pour enfant | 232 |
| Article 26 <i>quater</i> (nouveau) | Rapport sur la situation des handicapés de plus de 60 ans | 247 |
| Articles 26 <i>quinquies</i> (nouveau) | Rapport sur les pensions de réversion | 247 |
| Article 27 | Achèvement de l'intégration financière du régime des cultes au régime général de sécurité sociale | 233 |
| Article 28 | Alimentation du fonds de réserve pour les retraites | 240 |
| Article 29 | Transfert d'une part des excédents de la CNAF vers le fonds de réserve pour les retraites | 239 |
| Section 5 | Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002 | |
| Article 30 | Fixation des objectifs de dépenses pour 2002 | 12 |
| Article 31 | Fixation des objectifs de dépenses révisés pour 2001 | 25 |
| Section 6 | Objectif national de dépenses d'assurance maladie | |
| Article 32 | Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2002 | 129 |
| Article 32 <i>bis</i> (nouveau) | Fixation de l'ONDAM révisé pour 2001 | 129 |
| Section 7 | Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à l'organisation financière | |
| Article 33 | Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations sociales | 73 |
| Article 33 <i>bis</i> (nouveau) | Date du versement de l'acompte de la CSG à l'ACOSS | 75 |
| Article 33 <i>ter</i> (nouveau) | Réforme de l'UCANSS | 66 |
| Article 34 | Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2002 | 70 |

ANNEXE 2 :

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

| | |
|---------|--|
| AAH | Allocation d'adulte handicapé |
| AFEAMA | Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée |
| AFSSAPS | Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé |
| AGED | Allocation de garde d'enfant à domicile |
| AGIRC | Association générale des institutions de retraite des cadres |
| ALF | Allocation de logement familial |
| ALS | Allocation de logement à caractère social |
| ANAES | Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé |
| APA | Allocation prestation d'autonomie |
| APE | Allocation parentale d'éducation |
| APL | Aide personnalisée au logement |
| APP | Allocation de présence parentale |
| ARH | Agence régionale d'hospitalisation |
| ARRCO | Association des régimes de retraite complémentaires |
| ARS | Allocation de rentrée scolaire |
| ASA | Allocation spécifique d'attente |
| ASS | Allocation de solidarité spécifique |
| ASSO | Administrations de sécurité sociale |
| AT/MP | Accidents du travail – maladies professionnelles |
| BAPSA | Budget autonome des prestations sociales agricoles |
| BMAF | Base mensuelle des allocations familiales |
| C3S | Contribution sociale de solidarité sur les sociétés |
| CADES | Caisse d'amortissement de la dette sociale |
| CANAM | Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés |
| CANCAVA | Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse des artisans |
| CANSSM | Caisse autonome nationale de sécurité sociale des mines |
| CAVIMAC | Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes |
| CCSS | Commission des comptes de la sécurité sociale |
| CDC | Caisse des dépôts et consignations |

| | |
|-----------|--|
| CEPS | Comité économique des produits de santé |
| CMU | Couverture maladie universelle |
| CNAF | Caisse nationale d'allocations familiales |
| CNAMTS | Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés |
| CNAMTS/AT | Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés/accidents du travail |
| CNAVPL | Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales |
| CNAVTS | Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés |
| CNRACL | Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CRAM | Caisse régionale d'assurance maladie |
| CRDS | Contribution au remboursement de la dette sociale |
| CSB | Cotisation sociale sur les bénéficiaires |
| CSG | Contribution sociale généralisée |
| DC | Droits constatés |
| DCI | Dénomination commune internationale |
| DOM | Département d'outre-mer |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| E-D | Encaissements - Décaissements |
| FASMO | Fonds d'accompagnement social pour la modernisation hospitalière |
| FAAS | Fonds additionnel d'action sociale |
| FAQSV | Fonds d'aide à la qualité des soins en ville |
| FASTIF | Fonds d'action sociale des travailleurs immigrés et de leurs familles |
| FCAATA | Fonds de financement de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante |
| FEH | Fonds pour l'emploi hospitalier |
| FIEHP | Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée |
| FHP | Fédération de l'hospitalisation privée |
| FIMHO | Fonds d'investissement pour la modernisation hospitalière |
| FIPE | Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance |
| FIVA | Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante |
| FMCP | Fonds de modernisation des cliniques privées |

| | |
|---------|--|
| FMES | Fonds de modernisation des établissements de santé |
| FNAL | Fonds national d'aide au logement |
| FNE | Fonds national pour l'emploi |
| FNH | Fonds national de l'habitation |
| FOREC | Fonds de réforme des cotisations sociales |
| FORMMEL | Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale |
| FRR | Fonds de réserve des retraites |
| FSV | Fonds de solidarité vieillesse |
| FSPOEIE | Fonds spécial de pension des ouvriers des établissements industriels de l'Etat |
| GERS | Groupement d'étude pour la réalisation statistique |
| INSEE | Institut national de la statistique et des études économiques |
| LFSS | Loi de financement de la sécurité sociale |
| MARS | Majoration de l'allocation de rentrée scolaire |
| MIRCOSS | Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale |
| MSA | Mutualité sociale agricole |
| OCDE | Organisation pour la coopération et le développement économiques |
| ODD | Objectif des dépenses déléguées |
| ODSV | Objectif délégué des soins de ville |
| ONDAM | Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie |
| OQN | Objectif quantifié national |
| OQR | Objectif quantifié régional |
| ORGANIC | Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale d'assurance vieillesse de l'industrie et du commerce |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PLF | Projet de loi de finances |
| PLFSS | Projet de loi de financement de la sécurité sociale |
| PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| RDB | Revenu disponible brut |
| RMI | Revenu minimum d'insertion |
| SMIC | Salaire minimum interprofessionnel de croissance |
| SMR | Service médical rendu |
| TGAP | Taxe générale sur les activités polluantes |
| TIPS | Tarif interministériel des prestations sanitaires |

| | |
|--------|---|
| TVA | Taxe sur la valeur ajoutée |
| UCANSS | Union des caisses nationales de sécurité sociale |
| UNEDIC | Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce |
| URSSAF | Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales |
| USLD | Unités de soins de longue durée |

ANNEXE 3 :

**PRODUIT DES IMPOSITIONS DE TOUTES NATURES
AFFECTÉES A LA SÉCURITÉ SOCIALE DEPUIS 1997**

(Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur)

I-IMPOSITIONS COLLECTEES PAR LE MINEFI

| | NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES |
|------------------|---|--|--|--|--|-----------------------|---|---|
| COMPETENCE DGDDI | DROIT DE CONSOMMATION SUR LES TABACS (art. 575 CGI) | 2.776 MF 423 M€ = part ss (6,39%) | 3.670 MF 559 M€ = part ss (9,1 %) | 4.155 MF 633 M€ = part ss (9,1 %) | 50.163 MF 7.647 M€ = part ss (94,1 %) | 57.000 MF 8.690 M€ | 57.462 MF 8.760 M€ <i>(augmentation prix 9 %)</i> | <p>LFI 97 : modification champ application minimum perception (ne concerne plus que les cigarettes et le tabac fine coupe destiné à rouler les cigarettes).</p> <p>LFI 98 : institution, pour la seule année 1998, d'un montant minimum de droit de consommation pour tous les produits, relèvement des minima de perception et différenciation du minimum de perception pour les cigarettes brunes et blondes.</p> <p>LFR 98 : relèvement des minima de perception et rapprochement de ceux applicables aux cigarettes (effets a/c 01/99)</p> <p>LFI 2000 : relèvement des minima de perception et rapprochement de ceux applicables aux cigarettes.</p> <p>LFR 2000 (collectif printemps) : augmentation des tarifs (effets a/c 04/00).</p> <p>LFR 2000 (collectif automne) : baisse du tarif et instauration d'un minimum de perception pour les cigares, relèvement des minima de perception et rapprochement de ceux applicables aux cigarettes.</p> |

| | NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| | DROIT DE CONSOMMATION SUR LES ALCOOLS (art. 403 CGI) | 11.563 MF 1.763 M€ | 11.815 MF 1.801 M€ | 11.954 MF 1.822 M€ | 13.348 MF 2.035 M€ | 13.969 MF 2.130 M€ | 13.164 MF 2.006 M€ | LFSS 97 : modification des tarifs |
| | DROIT DE CIRCULATION SUR LES BIERES ET EAUX MINERALES (art. 520 A CGI) | 2.359 MF 360 M€ | 2.396 MF 365 M€ | 2.490 MF 380 M€ | 2.351 MF 358 M€ | 2.676 MF 408 M€ | 2.528 MF 385 M€ | LFSS 97 : modification des tarifs |
| | DROIT DE CONSOMMATION SUR LES PRODUITS INTERMEDIAIRES (art. 402 bis CGI) | 1.206 MF 184 M€ | 1.221 MF 186 M€ | 1.209 MF 184 M€ | 1.206 MF 184 M€ | 1.373 MF 209 M€ | 1.297 MF 198 M€ | |

| | NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES |
|------------------|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--|
| COMPETENCE DGDDI | DROIT DE CIRCULATION SUR LES VINS, CIDRES, POIRES ET HYDROMELS (art. 438 CGI) | 849 MF 129 M€ | 865 MF 132 M€ | 872 MF 133 M€ | 830 MF 126 M€ | 944 MF 144 M€ | 891 MF 136 M€ | |
| | DROIT DE FABRICATION SUR LES ALCOOLS (art. 406 A CGI) | 322 MF 49 M€ | 325 MF 50 M€ | 49 MF 7,5 M€ | | | | LFI 99 : suppression |
| | COTISATION CNAMTS (art. 26 L 83-25 du 19 janvier 1983) | 2.255 MF 344 M€ | 2.284 MF 348 M€ | 2.302 MF 351 M€ | 2.344 MF 357 M€ | 2.737 MF 417 M€ | 2.586 MF 394 M€ | |
| | PREMIX (art.1613 bis CGI) | 1,4 MF 0,21 M€ | 2,1 MF 0,32 M€ | 0,7 MF 0,11 M€ | 0,9 MF 0,14 M€ | 1 MF 0,15 M€ | 1 MF 0,15 M€ | LFSS 97 : instauration LFSS 99 : modification champ application et assiette |

| | NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES |
|-------------------------|--|------|------|------|--------------------|---|--|---|
| COMPETENCE DGDDI/DRIRE* | TAXE GENERALE SUR LES ACTIVITES POLLUANTES (art. 266 sexies à 266 tercedecies du code des douanes) | | | | 2.800 MF 427 M€ | 3.500 MF 534 M€ | 3.200 MF 500 M€ | LFI 99 : instauration LFSS 2000 : affectation sécurité sociale et extension d'assiette |
| COMPETENCE DGI | TAXE SUR LES VEHICULES DES SOCIETES (art. 1010 CGI) | | | | | 4.500 MF 686 M€ | 4.920 MF 750 M€ | LFSS 2001 : affectation sécurité sociale |
| | TAXE SUR LES CONVENTIONS D'ASSURANCES (art. 991 CGI) | | | | | 7.287 MF 1.111 M€ = part ss (24,7 %) | 9.282 MF 1.415 M€ = part ss (30,56 %) | LFSS 2001 : affectation sécurité sociale LFSS 2002 : part ss 2001 portée de 14,1 % à 24,7 %. |

| | NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES |
|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|---|
| COMPETENCE DGI/DGCP** | CSG PLACEMENTS (art. L 136-7 CSS/ art.1600-O D CGI) | 14.500 MF 2.210 M€ | 35.400 MF 5.397 M€ | 39.500 MF 6.022 M€ | 44.900 MF 6.845 M€ | 19.725 MF 3.007 | 20.700 MF 3.155 M€ | LFSS 97 : augmentation du taux et extension d'assiette LFSS 98 : augmentation du taux <i>NB : données communes CSG patrimoine de 1997 à 2000</i> |
| | CRDS PLACEMENTS (art. 1600-O I CGI/ art. 16 O. 96-5024 du 24/01/96) | 986 MF 150 M€ | 1.456 MF 222 M€ | 1.260 MF 192 M€ | 1.377 MF 210 M€ | 1.485 M 226 M€ | 1.560 M 235 M€ | |
| | 2% PLACEMENTS (art. L 245-15 CSS/ art. 1600-O F bis CGI) | | ND | ND | ND | 12.600 MF 1.921 M€ | 13.185 MF 2.010 M€ | LFSS 98 : fusion des prélèvements de 1% affectés à la CNAVTS et à la CNAF, extension d'assiette <i>NB : données communes 2% patrimoine pour 2001 et 2002</i> |
| COMPETENCE DGCP | CSG PATRIMOINE (ART. L 136-6 CSS/ Art. 1600-O-C | 14.500 MF 2.210 M€ | 35.400 MF 5.397 M€ | 39.500 MF 6.022 M€ | 44.900 MF 6.845 M€ | 27.750 MF 4.230 M € | 28.500 MF 4.345 M € | LFSS 97 : augmentation du taux et extension de l'assiette LFSS 98 : augmentation du taux <i>NB : données communes CSG placements de 1997 à 2000</i> |

| | NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES |
|-----------------|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| COMPÉTENCE DGCP | CRDS PATRIMOINE (art. 1600-O G CGI/ art. 15 O. 96-5024 du 24/01/96) | 1.376 MF 210 M€ | 1.500 MF 229 M€ | 1.453 MF 221 M€ | 1.563 MF 238 M€ | 1.885 MF 287 M€ | 1940 MF 295 M€ | |
| | 2% PATRIMOINE (art. L 245-14 CSS/art.1600-O F bis CGI) | | ND | 5.686 MF 867 M€ | 6.208 MF 794 M€ | 12.600 MF 1.921 M€ | 13.185 MF 2.010 M€ | LFSS 98 : fusion des prélèvements de 1% affectés à la CNAVTS et à la CNAF, extension d'assiette <i>NB : données communes 2% placements pour 2001 et 2002</i> |
| | CSG JEUX (art. L 136-7-1° CSS) | 880 MF 134 M€ | 1.473 MF 225 M€ | 1.655 MF 252 M€ | 1.866 MF 285 M€ | 2.107 MF 321 M€ | 2.276 MF 347 M€ | LFSS 97 : instauration LFSS 98 : augmentation du taux et diminution de l'assiette |
| COMPÉTENCE DGCP | CRDS JEUX (art. 18 O. 96-5024 du 24/01/96) | 460 MF 70 M€ | 506 MF 77 M€ | 541 MF 82 M€ | 597 MF 91 M€ | 677 MF 103 M€ | 726 MF 111 M€ | |
| | CONTRIBUTION SOCIALE SUR LES BÉNÉFICIAIRES (art. 235 ter ZC CGI) | | | | 3.800 MF 579 M€ | 6.000 MF 915 M€ | 5.900 MF 899 M€ | LFSS 2000 : instauration |

*TGAP- compétence DRIRE : composante installations classées (art. 266 sexies I-8 code des douanes)

**CSG/CRDS/2% PLACEMENTS : compétence DGCP marginale (pour les placements souscrits aux guichets des comptables publics).

sources : MINEFI sauf CSG patrimoine/placements et CRDS placements de 1997 à 2000 ainsi que CRDS patrimoine de 1997 à 1998 (source : MES)

II-IMPOSITIONS COLLECTEES PAR LA SECURITE SOCIALE

| | NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES |
|-------------------|--|---|---|---|---|---|--|--|
| COMPETENCE URSSAF | CSG sur les revenus d'activité et de remplacement (art. L 136-1 à L 36-5 CSS) | 132.400 MF 20.184 M€ <i>(hors DOM)</i> | 277.000 MF 42.228 M€ <i>(hors DOM)</i> | 309.500 MF 47.183 M€ <i>(hors DOM)</i> | 326.500 MF 49.774 M€ <i>(hors DOM)</i> | 342.700 MF 52.244 M€ <i>(hors DOM)</i> | 358.300 MF 54.622 M€ <i>(hors DOM)</i> | LFSS 97 : élargissement assiette et relèvement à 3,4 % LFSS 98 : relèvement à 7,5 % pour les revenus d'activité et 6,2 % pour les revenus de remplacement |
| | CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement (O. 24 janvier 1996) | 22.556 MF 3.439 M€ | 22.993 MF 3.505 M€ | 24.695 MF 3.765 M€ | 25.707 MF 3.919 M€ | 26.982 MF 4.113 M€ | 28.210 MF 4.300 MF | LFSS 98 : prolongation de 5 ans du prélèvement |
| | Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire (art. L 137-1 à L 137-4 CSS) | 1.507 MF 230 M€ | 2.652 MF 404 M€ | 2.795 MF 426 M€ | 2.683 MF 409 M€ | 2.715 MF 414 M€ | 2.899 MF 442 M€ | LFSS 98 : relèvement à 8 % |

| | NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES |
|------------------|--|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|--|
| | Contribution des organismes de protection sociale complémentaire à la couverture universelle du risque maladie (art L 862-4 CSS) | | | | 1617 MF 246,5 M€ | 1000 MF 152,45 M€ | ND | Loi du 27 juillet 1999 : création de la contribution. |
| COMPETENCE ACOSS | Contribution due par les laboratoires et les grossistes répartiteurs sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques (art. L 138-1 à L 138-9 CSS) | 951,14 MF 145 M€ | 1325,03 MF 202 M€ | 1456,22 MF 222 M€ | 1771,08 MF 270 M€ | 2.210 MF 335 M€ | 2.380 MF 363 M€ | LFSS pour 1997 : extension du champ d'application aux ventes directes réalisées par les laboratoires aux pharmacies d'officine ; LFSS pour 1998 et LFSS pour 2001 : majoration du taux de la contribution ; |

| NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS LEGISLATIVES |
|---|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|---|
| Contribution due par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité (art. L 245-1 à L 245-6 CSS) | 1001,3 MF 152,6 M€ | 1220,4 MF 186 M€ | 1300,6 MF 198,3 M€ | 1328,6 MF 202,5 M€ | 1355 MF 206,6 M€ | 1399 MF 213,3 M€ | LFSS pour 1998 : modification des modalités de calcul de la contribution |
| Contribution à la charge des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés avec le comité économique des produits de santé (art. L 138-10 à L 138-19 CSS) | | | 75,5 MF 11,5 M€ | 0,2 MF 0.03 M€ | ND | ND | LFSS pour 1999 : création de la contribution LFSS pour 2001 : modification du mode de calcul de la contribution. |
| Taxe sur les primes d'assurances automobile (art. L 213-1 code assurances) | 5750 MF 876,6 M€ | 5703 MF 869,42 M€ | 5731 MF 873,69 M€ | 5768 MF 879,33 M€ | 5.800 MF 884 M€ | 5.900 MF 899 M€ | |

| COMPETENCE ORGANIC | NATURE IMPOSITION | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | PRINCIPALES MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES |
|--------------------|--|---|---|---|---|---|---|--|
| | Contribution sociale de solidarité des sociétés (art. L 651-1 à L 651-9 CSS) | 15.516 MF 2.365 M€ | 16.395 MF 2.499 M€ | 17.197 MF 2.622 M€ | 18.109 MF 2.761 M€ | 19.200 MF 2.927 M€ | 19.800 MF 3.018 M€ | |
| | Taxe d'aide au commerce et à l'artisanat (L n° 72-657 du 13 juillet 1972) | <u>RECETTE TOTALE</u> 1.065 MF 162 M€ | <u>RECETTE TOTALE</u> 1.206 MF 184 M€ | <u>RECETTE TOTALE</u> 1.239 MF 189 M€ | <u>RECETTE TOTALE</u> 1.265 MF 193 M€ | <u>RECETTE TOTALE</u> 1.300 MF 198 M€ | <u>RECETTE TOTALE</u> 1.350 MF 206 M€ | LFI 97 : extension de l'assiette de la taxe aux surfaces de vente au détail de carburant |
| | PART SS 300 MF 46 M€ | PART SS 300 MF 46 M€ | PART SS 300 MF 46 M€ | PART SS 300 MF 46 M€ | PART SS 300 MF 46 M€ | ND | | |

sources : MES, sauf C3S 1997-2000 et TACA (ORGANIC)

ANNEXE 4 :
AMENDEMENT ADOPTÉ PAR LA COMMISSION

Article 3

I. Après les mots :

des sociétés par actions simplifiées,

supprimer la fin du dernier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour compléter l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

II. Après les mots :

présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées

supprimer la fin du premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour compléter l'article L. 722-20 du code rural.