

N° 78

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 novembre 2011

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, **pour 2012**,

Par M. Jean-Pierre CAFFET,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Marini, *président* ; M. François Marc, Mmes Michèle André, Marie-France Beaufils, MM. Yvon Collin, Jean-Claude Frécon, Mme Fabienne Keller, MM. Gérard Miquel, Albéric de Montgolfier, Aymeri de Montesquiou, Roland du Luart, *vice-présidents* ; M. Philippe Dallier, Mme Frédérique Espagnac, MM. Claude Haut, François Trucy, *secrétaires* ; MM. Philippe Adnot, Jean Arthuis, Claude Belot, Michel Berson, Éric Bocquet, Yannick Botrel, Joël Bourdin, Christian Bourquin, Mme Nicole Bricq, MM. Jean-Pierre Caffet, Serge Dassault, Vincent Delahaye, Francis Delattre, Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, MM. Éric Doligé, Philippe Dominati, Jean-Paul Emorine, André Ferrand, François Fortassin, Thierry Foucaud, Yann Gaillard, Jean Germain, Charles Guené, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Roger Karoutchi, Yves Krattinger, Dominique de Legge, Marc Massion, Georges Patient, François Patriat, Jean-Vincent Placé, Jean-Marc Todeschini, Richard Yung.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 3790, 3865, 3869 et T.A. 752

Sénat : 73 et 74 (2011-2012)

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER - EXPOSÉ GÉNÉRAL	11
I. LES PRINCIPALES MODIFICATIONS RÉCENTES DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE	11
A. DES DÉFICITS HISTORIQUES	11
1. <i>Des déficits sans précédent, en dépit d'un début de reflux en 2011</i>	11
2. <i>Une part importante de déficit structurel</i>	14
B. LE FORT DYNAMISME DE LA DETTE SOCIALE	14
1. <i>Une transformation sans précédent de la gestion de la dette sociale par la CADES</i>	15
2. <i>Une modification importante du rôle de l'ACOSS</i>	30
C. UNE PROFONDE MUTATION DU MODE DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	37
1. <i>Un apport conséquent de ressources fiscales</i>	37
2. <i>Une complexité accrue et un risque de fragilisation des ressources de la sécurité sociale</i>	40
3. <i>La suppression du dispositif de compensation au premier euro des allègements généraux, la sécurité sociale « gagnante » pour l'instant</i>	43
II. UN NOUVEL EFFORT DE RECETTES IMPORTANT MAIS UN DÉFICIT 2012 TOUJOURS DEUX FOIS PLUS ÉLEVÉ QU'EN 2007	45
A. LES MESURES PROPOSÉES DANS LE PRÉSENT PROJET DE LOI	45
1. <i>Des hypothèses macro-économiques optimistes</i>	45
2. <i>Un nouvel effort important de recettes</i>	47
3. <i>Un déficit qui demeure élevé après les mesures du présent projet de loi</i>	49
B. QUELLES MARGES DE MANŒUVRE ?	51
1. <i>Une remise en cause des niches sociales véritablement inefficaces</i>	51
2. <i>Des chantiers de réformes qui devront être ré-ouverts ou abordés</i>	54
CHAPITRE II - LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES	59
I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES	59
A. LES MESURES INTRODUITES EN DEHORS DE LA LOI DE FINANCEMENT	61
1. <i>Le doublement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à laquelle sont assujettis les contrats de santé « solidaires et responsables » (TSCA)</i>	61
2. <i>L'augmentation de la taxation des revenus du patrimoine</i>	69
3. <i>La taxe sur les boissons sucrées</i>	72
B. LES MESURES RELATIVES AUX ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES	75
1. <i>L'information des assurés sur les frais de gestion des organismes complémentaires (article 10 A)</i>	75
2. <i>La remise d'un rapport sur les coûts de gestion et le niveau des prestations servies par les organismes complémentaires (article 10 B)</i>	77

C. LA RÉDUCTION DES NICHES SOCIALES.....	78
1. Une augmentation de deux points du forfait social (article 10)	78
2. L'abaissement du plafond d'exclusion d'assiette de cotisations sociales des indemnités de rupture (article 10 ter)	82
3. La prise en compte des heures supplémentaires dans le calcul du coefficient des allègements généraux (article 11).....	83
4. La réduction de 3 % à 2 % de l'abattement pour frais professionnels sur les revenus d'activité soumis à la CSG et à la CRDS, et la suppression de cet abattement sur les revenus autres que le salaire et les allocations de chômage (article 12).....	91
5. L'assujettissement à la CSG à taux réduit du complément du libre choix d'activité et du libre choix d'activité optionnel (article 13).....	94
6. Une clarification de certaines dispositions relatives à la territorialité des contributions sociales (article 13 bis)	98
7. Une harmonisation de l'assiette de la C3S (article 14)	99
D. LES TAXES COMPORTEMENTALES.....	101
1. La révision du barème de la taxe sur les véhicules de société (article 15).....	101
2. Une hausse de la fiscalité sur les alcools (article 16)	104
E. LES TAXES RELATIVES À L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	106
1. La fixation du « taux K » à 0,5 % (article 17)	106
2. L'augmentation du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises du médicament et le financement de la formation continue des médecins (article 18).....	109
3. L'extension de l'assiette de la taxe sur les dépenses de promotion (article 17 bis)	110
4. Le financement de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (article 19).....	112
F. LES AUTRES MESURES	118
1. Le plafonnement des compensations bilatérales maladie (article 3).....	118
2. L'extension du dispositif d'exonération des rémunérations versées aux aides à domicile à destination des « familles fragiles » (article 10 bis)	121
3. L'assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages alloués à des salariés par des personnes tierces (article 10 quater).....	122
4. L'harmonisation des règles applicables en cas de récurrence de rétention de précompte (article 20 bis)	123
5. Le transfert du régime spécial d'assurance maladie de la CCI de Paris au régime général (article 21).....	124
6. La suppression de la double cotisation pour le régime de base des experts-comptables salariés (article 21 bis)	125
7. Une harmonisation technique relative aux cotisations des travailleurs indépendants (article 29).....	126
8. L'articulation de la déclaration annuelle des données sociales et de la déclaration sociale nominative (article 30)	127
9. Le contrôle de l'application de la législation de la sécurité sociale en matière de cotisations et de contributions sociales aux autorités de l'État (article 30 ter).....	129
10. L'extension du champ d'intervention de la Cour des comptes (article 31 bis).....	130
II. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	131
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2012.....	131
1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (articles 1 ^{er} , 8 et 47)	132
2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (articles 9 et 48).....	134

B. LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE.....	139
1. Le renforcement de l'analyse médico-économique dans les travaux de la Haute autorité de santé (article 33).....	139
2. La motivation obligatoire de la non-prise en compte de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) dans la fixation du prix des médicaments (article 33 bis).....	142
3. La prolongation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (article 34).....	143
4. L'inscription au répertoire des spécialités génériques des spécialités pharmaceutiques dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale (article 34 quater).....	144
5. L'évaluation de la rémunération à la performance des médecins (article 34 quinquies).....	145
6. Prévoir un encadrement alternatif des dépassements d'honoraires en cas d'échec des démarches conventionnelles (article 34 nonies).....	146
7. La réforme de l'économie officinale (article 39).....	147
C. LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS.....	149
1. La consultation des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés dans le cadre de la procédure de placement sous entente préalable de certaines dépenses d'hospitalisation (article 34 sexies).....	149
2. L'amélioration de la performance des organisations des établissements de santé (article 35).....	150
3. Le rétablissement de la possibilité d'ajuster les prix par rapport aux tarifs des examens de biologie médicale dans le cadre de conventions passées avec les établissements de santé, les caisses d'assurance maladie et d'autres laboratoires (article 35 bis).....	152
4. La pérennisation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée (article 35 ter).....	153
5. L'amélioration de la régulation des produits de santé (article 35 quater).....	154
6. Réunir les rapports remis par le Gouvernement au Parlement portant sur les modalités du financement des établissements de santé (article 35 quinquies).....	154
7. La réduction à un an du délai de paiement des prestations de l'assurance maladie aux établissements de santé (article 35 sexies).....	155
8. Le report de l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité (T2A) pour les activités de médecine exercées dans les hôpitaux locaux (article 35 septies).....	156
9. L'expérimentation de nouvelles règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers (article 36 bis).....	156
10. L'introduction d'une tarification applicable aux V.I.P. étrangers non assurés sociaux (article 40).....	157
D. LES DISPOSITIONS RELATIVES AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.....	159
1. Des dépenses médico-sociales en forte croissance.....	159
2. La simplification du paiement des cotisations et des contributions pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH (article 30 bis).....	162
3. La prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport des enfants et adolescents se rendant dans les centres d'action médico-sociale (CAMSP) et dans les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) (article 34 septies).....	163
4. Le financement du plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social pour 2012 (article 38).....	165
5. L'expérimentation d'une modulation du forfait soins des EHPAD en fonction de leur performance (article 37).....	166
6. L'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (article 37 bis).....	168
7. La remise d'un rapport portant sur les charges fiscales et sociales des EHPAD (article 37 ter).....	169

E. LES AUTRES MESURES	169
1. Le dépistage précoce des troubles de l'audition (article 34 bis).....	169
2. La prolongation du régime dérogatoire dont disposent les professionnels de santé diplômés en dehors de l'Union européenne et exerçant dans les établissements de santé (article 34 ter)	170
3. Un nouveau relèvement du plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et la création d'un « label ACS » (article 34 octies)	171
4. La prolongation de l'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires (article 41)	173
5. La garantie de la prise en charge à 100 % des dépenses d'assurance maladie des affiliés du régime minier (article 42)	174
6. La suppression du lien entre le droit à l'assurance maladie et le versement forfaitaire unique de pension vieillesse (article 43)	176
7. La suspension de la pension d'invalidité du régime général en cas de perception d'une retraite à raison de la pénibilité au titre des non-salariés agricoles (article 44).....	177
8. Précision concernant la procédure de fixation par l'UNCAM de la participation de l'assuré aux tarifs des prestations de soins (article 46 bis).....	177
9. La mutualisation des systèmes d'information dans les missions des organismes de protection sociale (article 62).....	178
F. LES DOTATIONS AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET À DIVERS ORGANISMES.....	180
1. Les mesures relatives aux fonds de financement (articles 6, 36, 45, 46-I et 46-II).....	180
2. La dotation à l'ONIAM (article 46-III)	191
3. La dotation aux ARS (articles 7, 46-IV et 46-V)	194
4. La dotation à l'EPRUS (article 46-VI)	196
III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE.....	198
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES.....	198
B. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE	199
1. L'acquisition de droits à la retraite pour les sportifs de haut niveau (article 49).....	199
2. L'exclusion des bonifications « métier » de la durée d'assurance prise en compte pour le calcul de la surcote (article 50)	201
3. Le rachat des périodes de formation à la vie religieuse au régime des cultes (article 51).....	203
4. Les mesures relatives au secteur agricole	205
5. La suppression du minimum de réversion (article 51 quinquies)	207
6. La retraite anticipée pour les travailleurs handicapés (article 51 sexies)	209
7. Les conditions d'accès à l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour les personnes de nationalité étrangère non communautaires (article 51 septies)	209
IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP)	212
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2012.....	212
1. L'absence de certification des comptes de la branche AT-MP.....	212
2. Une sensible accélération des dépenses de la branche AT-MP pour 2012 (article 56)	212
2. La branche AT-MP retrouverait l'équilibre dès 2011 et deviendrait excédentaire en 2012	213

B. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI RELATIVES À LA BRANCHE	
ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES.....	215
1. La compensation versée à la branche maladie augmente de plus de 10 % (article 53).....	215
2. La contribution aux « fonds amiante » : un montant stable de 1,2 milliard d'euros en 2012 (article 54)	216
3. La hausse du financement de la prise en compte de la pénibilité (article 55)	222
C. LES AUTRES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP	224
1. L'harmonisation des conditions d'attribution, de calcul et de retrait des rentes servies aux conjoints survivants de personnes décédées à la suite d'accidents de travail ou de maladies professionnelles (article 55 bis)	224
2. La coordination entre les différents régimes de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (article 55 ter).....	227
V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	231
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2012.....	231
1. Des comptes certifiés pour la seconde année consécutive	231
2. Des dépenses en hausse de 2,8 % en 2012 (article 59).....	232
3. La hausse des recettes ne permet pas le retour à l'équilibre de la branche « famille » dont le déficit atteindrait 2,3 milliards d'euros en 2012 (en baisse de 12 % par rapport à 2011).....	234
B. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	236
1. La modification des règles du complément de libre choix du mode de garde (CMG) en faveur des familles monoparentales et des parents handicapés (article 57).....	236
2. La réforme de l'allocation de soutien familial (ASF) en cas de non versement ou de versement partiel d'une pension alimentaire (article 58)	239
C. LES ARTICLES ADDITIONNELS RELATIFS À LA BRANCHE FAMILLE	241
1. Le report de la revalorisation des prestations familiales du 1 ^{er} janvier au 1 ^{er} avril de chaque année (article 58 bis)	241
2. L'extension aux départements d'outre-mer des dispositifs de prêts destinés à l'amélioration de l'habitat ou à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant pour les assistants maternels (article 58 ter)	243
VI. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....	246
A. LA DÉTECTION DE LA FRAUDE	247
1. Préciser la notion d'isolement en matière de lutte contre la fraude au revenu de solidarité active (article 63 bis)	247
2. La transmission de données relatives aux prestations en espèce par le Répertoire national commun de protection sociale (article 63 quater)	248
3. La sanction pour utilisation d'une identité fictive ou usurpée (article 63 quinquies)	249
4. L'extension du champ de la procédure de suspension de versement des prestations (article 63 sexies)	249
5. Les échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les consulats (article 65).....	250
6. La communication gratuite dans un délai de trente jours des informations et documents aux organismes de sécurité sociale dans le cadre de la lutte contre la fraude (article 65 bis)	251
7. La clarification de la procédure de radiation des non salariés sans activité (article 66).....	252
8. La transmission par TRACFIN d'informations aux organismes de protection sociale (article 68).....	253

B. LA LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DISSIMULÉ	253
1. <i>La responsabilité solidaire des dirigeants et des personnes morales en cas de sanction pour travail dissimulé ou inobservations graves et répétées des obligations sociales (article 66 bis)</i>	253
2. <i>La sanction du recours à de faux travailleurs indépendants (article 67)</i>	254
3. <i>La suppression du plafonnement de l'annulation des exonérations et réductions de cotisations patronales en cas de travail dissimulé (article 67 bis)</i>	256
4. <i>La détermination par décret des modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources pour l'ensemble des prestations servies par les organismes de sécurité sociale (article 67 ter)</i>	256
C. LE RECOUVREMENT DES CRÉANCES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE	257
1. <i>La simplification des règles relatives aux pénalités et aux sanctions financières prononcées par les organismes de sécurité sociale (article 63)</i>	257
2. <i>L'exclusion des créances frauduleuses sur la sécurité sociale du champ de la procédure de surendettement des particuliers (article 63 ter)</i>	260
3. <i>La récupération par les organismes de sécurité sociale des indemnités versées aux victimes de dommages corporels causés par des tiers (article 64)</i>	261
4. <i>La création d'une « fragrance sociale » (article 67 quater)</i>	263
EXAMEN EN COMMISSION	265
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	273

Mesdames, Messieurs,

Après une **année 2010 marquée par un déficit historique** des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 29,6 milliards d'euros, **l'exercice 2011** se caractérise, de nouveau, **par un niveau élevé de déficit qui atteint 24 milliards d'euros**.

Le déficit « tendanciel 2012 », c'est-à-dire avant les mesures adoptées dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2011 de septembre dernier et les dispositifs proposés dans le cadre du présent projet de loi, demeure préoccupant puisqu'il atteindrait 27,4 milliards d'euros, soit trois fois le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV de 2007.

Comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2011 sur la sécurité sociale, « *le niveau exceptionnellement élevé des déficits de la sécurité sociale ne s'explique que partiellement par la crise économique* ». C'est, en effet, avec un handicap de près de 10 milliards d'euros que notre système de protection sociale a dû affronter la crise économique.

Pour 2012, un nouvel effort important en recettes – de plus de 6 milliards d'euros – est proposé, soit **60 % de l'effort de réduction du déficit public annoncé par le Gouvernement en août dernier**.

Outre que **certaines mesures proposées par celui-ci ne sont pas acceptables** pour votre rapporteur pour avis – comme le doublement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à laquelle sont assujettis les contrats de santé « solidaires et responsables » –, il convient de noter que malgré ces efforts importants en recettes et en dépenses, **le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV atteindra encore 19,4 milliards d'euros en 2012**, soit plus du double du déficit 2007.

Les projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi ne laissent, quant à elles, qu'entrevoir une stabilisation du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV autour de 14 milliards d'euros à l'horizon 2015, contre 8,9 milliards d'euros en 2007.

Cette situation est d'autant plus préoccupante, que :

- 1) **les hypothèses macro-économiques** qui sous-tendent le cadrage du projet de loi de financement de la sécurité sociale **sont très optimistes** ;
- 2) **des mesures importantes ont été prises en 2011**, transformant en profondeur le financement de notre régime de protection sociale (reprise de

dette d'un niveau historique, schémas de financement devenus très difficiles à analyser) ;

3) **des réformes engagées demeurent inabouties d'un point de vue financier** (comme la réforme des retraites) ou **ont été reportées** (réforme du financement de l'assurance maladie et de la prise en charge de la dépendance).

Parmi d'autres initiatives, la commission des finances propose :

- d'une part, **d'annuler le doublement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à laquelle sont assujettis les contrats de santé « solidaires et responsables »**, décidé en septembre dernier, et de compenser cette mesure, pour moitié, par une hausse de **trois points du forfait social** et, pour l'autre, par une **hausse de 0,5 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital** ;

- d'autre part, de **supprimer** l'une des mesures les plus coûteuses et les moins efficaces, votées dans le cadre de la loi « Tapa » d'août 2007, **les exonérations fiscales et sociales sur les heures supplémentaires**, qui représentent aujourd'hui, pour les finances publiques, un coût total de 4,9 milliards d'euros, dont 3,4 millions d'euros pour les organismes de sécurité sociale.

CHAPITRE PREMIER :

EXPOSÉ GÉNÉRAL

I. LES PRINCIPALES MODIFICATIONS RÉCENTES DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

A. DES DÉFICITS HISTORIQUES

1. Des déficits sans précédent, en dépit d'un début de reflux en 2011

a) 2010, une « année record »

L'année 2010 enregistre un déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de **29,6 milliards d'euros**, soit un montant jamais atteint, **trois fois plus élevé qu'en 2008 et 2007**.

Le déficit du **seul régime général s'élève à 23,9 milliards d'euros**, dont 11,6 milliards d'euros pour la branche maladie et 8,9 milliards d'euros pour la branche vieillesse.

Evolution du solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (2007-2010)

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010
Maladie	- 4,6	- 4,4	- 10,6	- 11,6
Vieillesse	- 4,6	- 5,6	- 7,2	- 8,9
Famille	+ 0,2	- 0,3	- 1,8	- 2,7
Accidents du travail	- 0,5	+ 0,2	- 0,7	- 0,7
Régime général	- 9,5	- 10,2	- 20,3	- 23,9
Ensemble des régimes obligatoires de base	- 9,1	- 9,7	- 21,7	- 25,5
FSV	+ 0,2	+ 0,8	- 3,2	- 4,1
Total tous régimes et FSV	- 8,9	- 8,9	- 24,9	- 29,6

Source : commission des comptes de la sécurité sociale et annexe B du présent projet de loi de financement

Selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de juin dernier, cette très forte dégradation s'explique, pour l'essentiel, par l'impact de la récession sur les recettes de 2009 (-0,2 %), année marquée par une diminution sans précédent de la masse salariale (-1,3 %).

Les recettes de la sécurité sociale ont certes retrouvé une évolution positive en 2010 (+ 2 %), mais leur progression est demeurée inférieure à celle des dépenses, alors même que celles-ci, et notamment les dépenses d'assurance maladie, se sont infléchies par rapport aux années passées.

Taux de variation des produits et charges nets du régime général

	2008	2009	2010
Produits	4,1 %	- 0,2 %	2,0 %
Charges	4,2 %	3,3 %	3,0 %
Ecart	- 0,1 %	- 3,5 %	- 1,0 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de juin 2011

b) 2011, un déficit qui demeure très élevé en dépit d'une réduction de 5,6 milliards d'euros

En 2011, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV devrait être **réduit de 5,6 milliards d'euros par rapport à 2010**.

Cette réduction s'explique par plusieurs facteurs :

- la **modération des dépenses**, soit une croissance de 3,2 % dans le prolongement des deux années passées, contre une moyenne de l'ordre de 4,5 % par an sur la période 2004-2008 ;

- la **bonne tenue de la masse salariale** (estimée à 3,7 % pour 2011) ;

- et, surtout, **l'apport d'importantes recettes supplémentaires** par le biais notamment de la réforme des retraites et de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011.

L'effet de ciseaux entre les recettes et les dépenses qui avait considérablement dégradé les déficits 2009 et 2010 s'inverse ainsi en 2011 : **les produits du régime général devraient progresser de 5,3 %, alors que les dépenses enregistreraient une progression de 3,2 %**.

Malgré cette réduction importante, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV demeure à un niveau très élevé : **24 milliards d'euros, soit plus de 2,5 fois le déficit enregistré avant la crise**.

Le **déficit de la branche maladie du régime général** reste le plus élevé, représentant 9,6 milliards d'euros en 2011, soit plus de la moitié du déficit du régime général.

Evolution du solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (2007-2011)

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011(p)
Maladie	- 4,6	- 4,4	- 10,6	- 11,6	- 9,6
Vieillesse	- 4,6	- 5,6	- 7,2	- 8,9	- 6,0
Famille	+ 0,2	- 0,3	- 1,8	- 2,7	- 2,6
Accidents du travail	- 0,5	+ 0,2	- 0,7	- 0,7	0,0
Régime général	- 9,5	- 10,2	- 20,3	- 23,9	- 18,2
Ensemble des régimes obligatoires de base	- 9,1	- 9,7	- 21,7	- 25,5	- 20,2
FSV	+ 0,2	+ 0,8	- 3,2	- 4,1	- 3,8
Total tous régimes et FSV	- 8,9	- 8,9	- 24,9	- 29,6	- 24,0

Source : annexe B du présent projet de loi de financement

c) Un déficit tendanciel 2012 préoccupant

Sans les mesures proposées par la loi de finances rectificative pour 2011 de septembre dernier et par le présent projet de loi de financement, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV atteindrait, en 2012, **27,4 milliards d'euros**, soit un creusement de plus de 3 milliards d'euros par rapport à 2011.

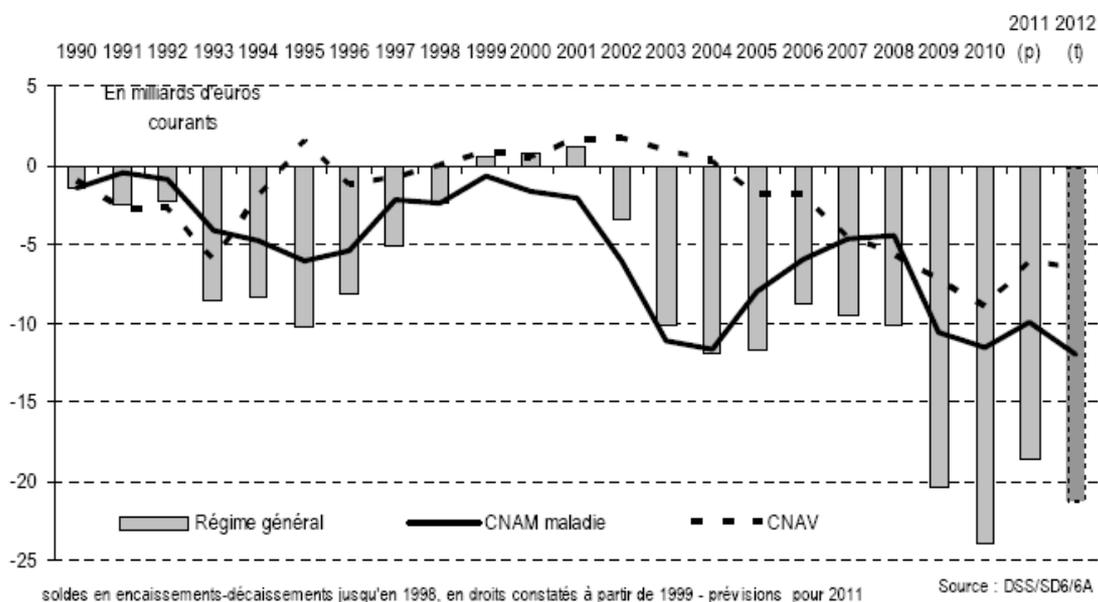
En particulier, **le déficit de la branche maladie du régime général s'élèverait au niveau record de 12 milliards d'euros**, soit la moitié du déficit du régime général.

Le déficit de la branche vieillesse se creuserait de 500 millions d'euros pour atteindre 6,6 milliards d'euros et celui de la branche famille se stabiliserait au niveau élevé de 2010, soit -2,7 milliards d'euros.

En revanche, la branche accidents du travail – maladies professionnelles reviendrait à l'équilibre.

Le tableau suivant présente les évolutions des soldes du régime général, de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) sur la période 1990 - 2012.

Soldes du régime général, de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport de septembre 2011

2. Une part importante de déficit structurel

Comme l'avait souligné la commission des finances dès l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2011 sur la sécurité sociale, « *le niveau exceptionnellement élevé des déficits de la sécurité sociale ne s'explique que partiellement par la crise économique* ». Selon la Cour, en 2010, moins de la moitié de celui du régime général provient de la faiblesse de la conjoncture.

Il est, en effet, à rappeler que c'est avec **un handicap de près de 10 milliards d'euros que notre système de protection sociale a dû affronter la crise économique.**

Selon la Cour des comptes, **en moyenne annuelle depuis 2000, le déficit structurel du régime général s'élève à 0,6 point de PIB.**

B. LE FORT DYNAMISME DE LA DETTE SOCIALE

La croissance et l'accumulation des déficits du régime général a conduit à une **opération de reprise de dette sans précédent** à l'automne dernier et a modifié en profondeur le rôle des deux principaux acteurs intervenant dans ce secteur :

- l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), théoriquement destinée à gérer les déficits infra-annuels de trésorerie ;

- la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), chargée de l'amortissement à long terme de la dette sociale.

1. Une transformation sans précédent de la gestion de la dette sociale par la CADES

a) L'ampleur des déficits transférés

La loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ont procédé à **l'opération de reprise de dette la plus importante depuis la création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**.

Le schéma de reprise de dette adopté à l'automne dernier prévoit, en effet, le transfert à la CADES :

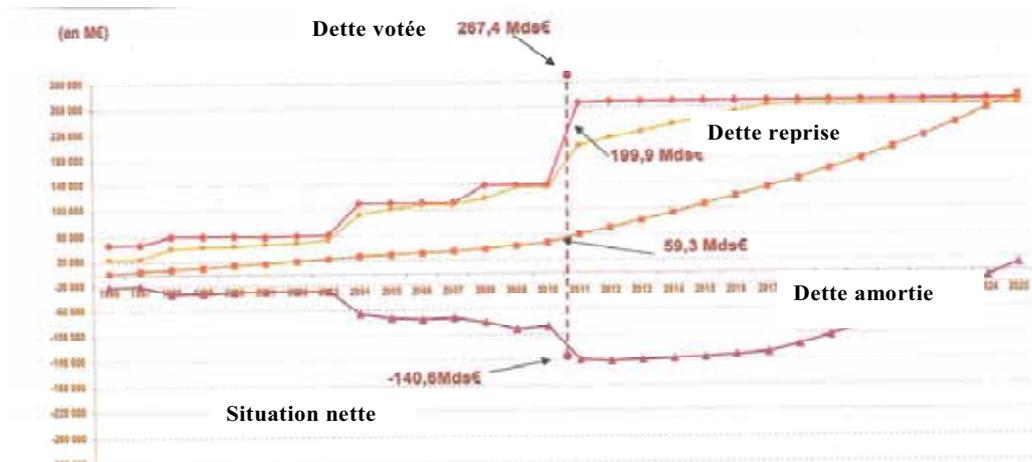
- en 2011, dans la limite de 68 milliards d'euros, des déficits cumulés du régime général et du FSV au titre des exercices 2009 et 2010 et des déficits prévisionnels des branches maladie et famille du régime général pour l'exercice 2011 ;

- entre 2011 et 2018, dans la double limite de 62 milliards d'euros sur la période et de 10 milliards d'euros par an, des déficits de la branche vieillesse et du FSV.

Cette reprise de dette est **exceptionnelle à trois égards** :

- **son ampleur** : 130 milliards d'euros au total seront transférés à la CADES entre 2011 et 2018, soit quasiment l'équivalent des déficits qui lui ont été transmis depuis 1996 ;

La dette votée, reprise et amortie après la reprise de dette de 2011



Source : CADES

- **son étalement dans le temps** : la reprise de dette de l'automne dernier concerne les déficits passés 2009 et 2010 et à venir de la branche vieillesse pour les années 2011 à 2018, soit une quasi-décennie. Jusqu'alors la plus importante reprise de dette sociale avait porté sur les déficits prévisionnels de trois exercices à venir. La loi du 13 août 2004 organisait ainsi une reprise de dette portant sur les années 2004, 2005 et 2006.

**Reprises de dettes par la Cades depuis l'origine
avant reprise de dette de l'automne dernier**

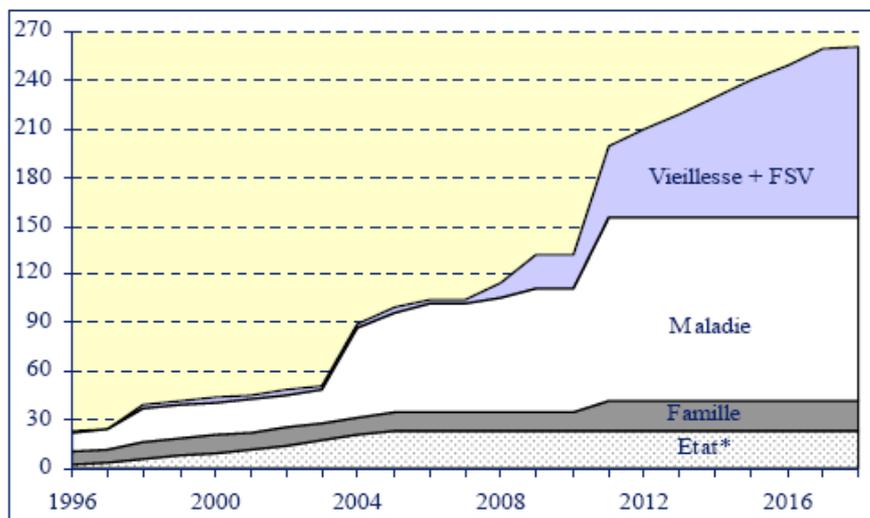
(en milliards d'euros)

Année	Vecteur	Nature de la dette reprise	Montant
1996	Ordonnance du 24 janvier 1996	Dettes en trésorerie de l'ACOSS correspondant aux déficits cumulés des exercices 1994 et 1995 et déficit prévisionnel 1996 du régime général	20,89
		Déficits 1995 et 1996 de la Canam	0,46
		Emprunt ACOSS, repris par l'Etat en 1994 (remboursements à l'Etat jusqu'en 2005)	23,38
1998	LFSS pour 1998	Dettes en trésorerie de l'ACOSS correspondant aux déficits cumulés du régime général depuis 1996 (après déduction de la fraction déjà prise en charge en 1996) et déficit prévisionnel de 1998	13,26
2003	LFSS pour 2003	Dettes du Forec (première moitié régime général et autres régimes)	1,28
2004	LFSS pour 2004	Dettes du Forec (deuxième moitié régime général)	1,10
	LAAM du 13 août 2004	Déficits cumulés de la branche maladie du régime général au 31 décembre 2003 et déficit prévisionnel 2004	35,00
2005	LAAM du 13 août 2004	Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2005 (Compte tenu d'une « avance » de 1,69 milliard d'euros prélevée sur la somme de 35 milliards d'euros mentionnée à la ligne précédente)	6,61
2006		Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2006 (Compte tenu d'une « avance » de 0,30 milliard d'euros prélevée sur la somme de 6,61 milliards d'euros mentionnée à la ligne précédente)	5,70
2007		Régularisation du déficit définitif 2006	- 0,06
2008	LFSS pour 2009	Déficits cumulés au 31 décembre 2008 de la CNAM, de la CNAV et du FSV (1 ^{ère} tranche)	10,00
2009		Déficits cumulés au 31 décembre 2008 de la CNAM, de la CNAV et du FSV (2 ^{ème} tranche)	17,00
Total			134,61

Source : Commission de suivi de la dette sociale

- **sa nature, enfin** : alors que jusqu'à présent les déficits transférés étaient en majeure partie des déficits issus de la branche maladie, la reprise de dette décidée, cet automne, a **davantage concerné la branche vieillesse** puisqu'elle est destinée à accompagner la montée en charge de la réforme des retraites. Ainsi, en 2018, dans l'hypothèse où aucune nouvelle reprise de dette n'est opérée, les déficits « vieillesse » transférés représenteront quasiment l'équivalent des déficits « maladie ».

Cumul des déficits transférés à la CADES de 1996 à 2018



* La CADES a versé à l'Etat jusqu'en 2005 un total de 23,38 Md€ au titre d'un emprunt ACOSS repris par l'Etat en 1994.

Source : Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale – septembre 2011

b) Des moyens de financement exceptionnels

Surtout, afin de financer cette reprise de dette sans précédent, **la durée d'amortissement de la CADES a été prolongée en dérogation à la loi organique du 2 août 2005 et ses sources de financement fortement accrues et diversifiées.**

• Le schéma proposé dans un premier temps

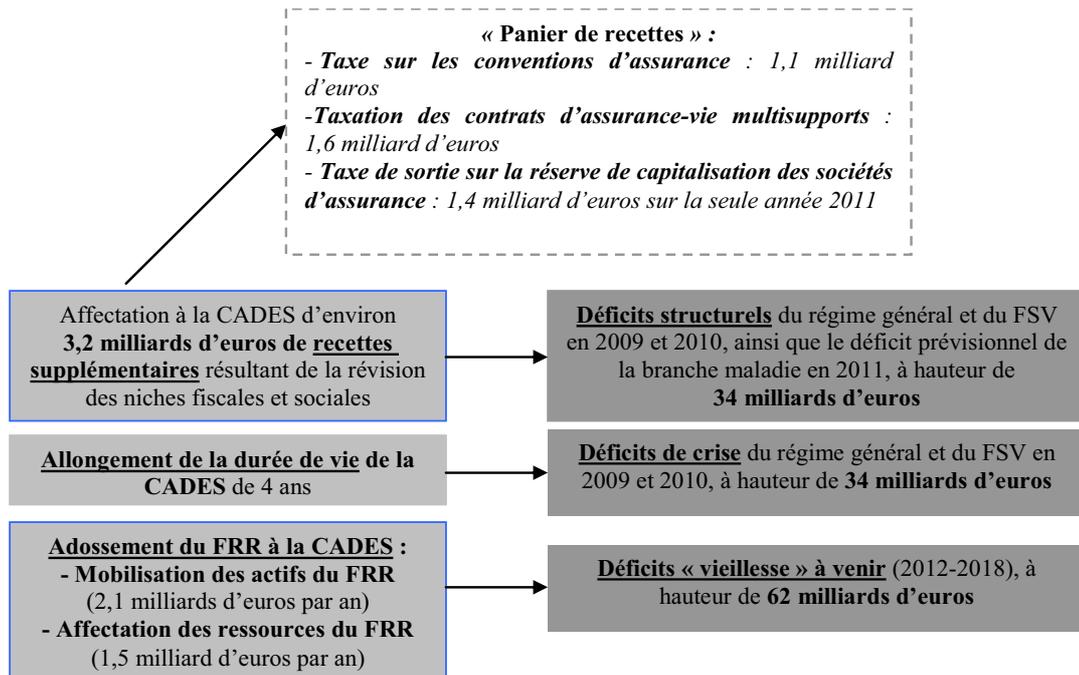
Initialement, le Gouvernement souhaitant stabiliser le taux des prélèvements obligatoires, cette reprise de dette devait reposer sur le compromis suivant :

- **l'adossement du Fonds de réserve des retraites (FRR) à la CADES**, soit l'affectation à la Caisse de la recette que le FRR percevait jusqu'alors (65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital). Par ailleurs, le FRR devait verser chaque année à la caisse 2,1 milliards d'euros au titre de la réalisation de ses actifs. Ces deux catégories de recettes devaient permettre de transférer 62 milliards de dette à la CADES et ainsi financer l'amortissement des déficits de la branche vieillesse 2011-2018 ;

- **l'allongement de la durée de vie de la CADES de quatre ans** : l'article 1^{er} de la loi organique relatif à la gestion de la dette sociale organise cette dérogation au principe introduit en 2005, selon lequel tout nouveau transfert de dette ne peut être opéré que par l'apport de ressources nouvelles. Cet allongement avait vocation à financer les déficits de crise du régime général et du FSV en 2009 et 2010, évalués à 34 milliards d'euros ;

- l'affectation à la CADES d'environ 3,2 milliards d'euros de recettes supplémentaires résultant de la révision de niches fiscales et sociales. Elles avaient vocation à financer, à hauteur de 34 milliards d'euros, le remboursement des déficits structurels du régime général et du FSV en 2009 et 2010, ainsi que le déficit prévisionnel de la branche maladie en 2011.

Le schéma de reprise de dette proposé initialement par le Gouvernement



Source : commission des finances

Ce premier schéma soulevait de nombreuses difficultés :

- l'allongement de la durée de vie de la CADES de quatre ans constituait une **remise en cause du principe de non report sur les générations futures** introduit en 2005 ;

- l'utilisation anticipée du FRR avait également soulevé de vives réactions car celui-ci devait techniquement participer au financement du système de retraites entre 2020 et 2040. Si la date d'entrée en jeu du FRR a été modifiée, néanmoins il convient de noter que sa finalité n'est pas totalement détournée puisqu'il contribuera à soutenir à double titre le système de retraites entre 2012 et 2024 ;

- la création d'un « panier » de recettes pour éviter une hausse de la CRDS, impôt pourtant originel de la CADES, ne présentait pas les mêmes garanties que la CRDS en termes de pérennité et de dynamisme et remettait surtout en cause la dimension spécifique de la CRDS qui n'est pas destinée à financer des dépenses de fonctionnement actuelles, encore moins

des dépenses d'avenir, mais qui constitue le remboursement de dépenses de protection sociale passées.

- **Le schéma finalement retenu**

Soucieuse de garantir la qualité des ressources de la CADES, l'Assemblée nationale a refusé, lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2011, l'affectation à la CADES du panier de recettes « assurance », qu'elle a fléchi vers la Caisse nationale d'allocations familiales. En contrepartie, 0,28 point de CSG de la branche famille ont été transférés vers la CADES. Cette fraction de CSG correspondait en 2011 à 3,2 milliards d'euros, soit le montant nécessaire au refinancement de la dette sociale 2009-2011.

Ces « **jeux de bonneteau** », pour reprendre l'expression du rapporteur pour avis de la commission des finances en 2010, n'étaient cependant pas satisfaisants :

- le panier de recettes portant sur le secteur de l'assurance étant à rendement décroissant, il constituait une **fragilisation du financement de son destinataire** quel qu'il soit. La remise en cause du financement de la CNAF était aussi irrecevable que celle de la CADES. C'est pourquoi, le Gouvernement a souhaité compléter le panier de recettes affectée à la branche famille par deux ressources supplémentaires : la taxe sur les primes d'assurance automobile et une fraction de la taxe sur les droits tabacs ;

- par ailleurs, le procédé consistant à affecter à la CNAF des recettes fiscales diverses et non pérennes, afin de permettre un reversement de la CSG à la CADES, constituait **une complexification supplémentaire** qui s'éloignait des principes définis en 1996 par le législateur pour financer la dette sociale.

- **Il en résulte, en tout état de cause, aujourd'hui :**

- d'une part, un **fort accroissement des ressources de la CADES**, de plus de 7 milliards d'euros, soit un quasi-doublement par rapport à 2010 et un quintuplement par rapport à la date de création de la Caisse ;



Source : CADES

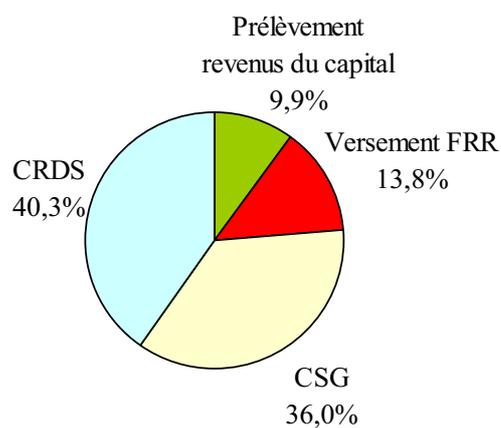
- d'autre part, une **diversification de son financement**. La Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), pourtant recette « originelle » de la Caisse, ne représente plus que 40 % de ses ressources en 2011. Il est à rappeler que la diversification du financement de la CADES avait été entamée dès 2009, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoyant l'affectation à la Caisse de 0,2 point de CSG dont bénéficiait le FSV.

Il est à noter que **le rétablissement de la CRDS comme ressource unique de la CADES, nécessiterait de porter le taux de celle-ci de 0,5 à 1,25 %**.

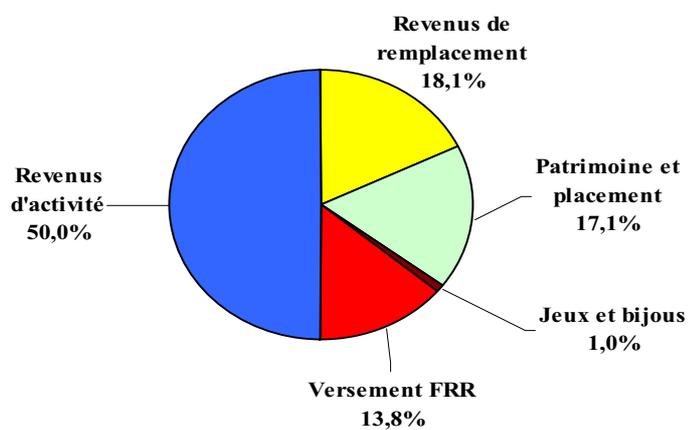
Cette opération dégagerait 9,2 milliards d'euros de recettes pour le régime général, soit moins que le déficit de la branche maladie 2012 avant mesures du présent projet de loi (12 milliards d'euros) ou un peu plus que le déficit de la branche maladie et famille 2012 après mesures du PLFSS pour 2012 (5,9 + 2,3 milliards d'euros).

Les ressources de la CADES à partir de 2011

Répartition de la ressource par type d'imposition



Répartition de la ressource par nature d'imposition



Source : CADES

c) Un premier bilan, un an après

• **Un objectif d'amortissement tenu**

Pour 2011, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES a été atteint, conformément à ce qui avait été fixé par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, soit **11,4 milliards d'euros** (I de l'article 5 du présent projet de loi).

Ce résultat porte **le total de la dette amortie depuis la création de la Caisse à 59,3 milliards d'euros**, soit 30 % du total de la dette reprise depuis sa création.

A la fin de l'année 2011, **la dette restant à amortir s'établirait à 140,6 milliards d'euros**.

Pour 2012, l'objectif d'amortissement fixé par l'article 27 du présent projet de loi s'élève à **11,1 milliards d'euros**.

Amortissement de la dette sociale

(en milliers d'euros)

Année de reprise de dettes	Dette reprise cumulée	Amortissement annuel	Amortissement cumulé	Situation nette de l'année
1996	23 249	2 184	2 184	-21 065
1997	25 145	2 907	5 091	-20 063
1998	40 323	2 444	7 535	-32 788
1999	42 228	2 980	10 515	-31 713
2000	44 134	3 226	13 741	-30 393
2001	45 986	3 021	16 762	-29 224
2002	48 986	3 227	19 989	-28 997
2003	53 269	3 296	23 285	-29 984
2004	92 366	3 345	26 630	-65 736
2005	101 976	2 633	29 263	-72 713
2006	107 676	2 815	32 078	-75 598
2007	107 611	2 578	34 656	-72 955
2008	117 611	2 885	37 541	-80 070
2009	134 611	5 260	42 801	-91 810
2010	134 611	5 135	47 936	-86 675
2011 (p)	199 911	11 372	59 308	-140 603
2012 (p)	212 178	11 091	70 399	-141 779

Source : annexe 8 du présent projet de loi

• **Un niveau de ressources suffisant pour une date d'extinction en 2025**

Lors de l'examen du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale à l'automne dernier, le Sénat a inscrit, à l'initiative de la

commission des affaires sociales, dans la loi organique, **une clause de garantie de recettes pour la CADES.**

Chaque année, la loi de financement doit assurer le respect de la règle d'affectation des recettes nécessaires au remboursement des dettes sociales reprises. Si les recettes affectées par le Gouvernement ne permettent pas le respect de cette règle, il faut que la loi de financement prévoie une augmentation, par exemple de la CRDS pour, le cas échéant, combler la différence

Selon le président de la CADES, Patrice Ract-Madoux, auditionné par votre rapporteur pour avis, le niveau actuel de ressources de la CADES permet, dans un scénario médian d'amortissement de la caisse, de **respecter un horizon prévisionnel d'extinction de la dette sociale en 2025**. L'objectif fixé l'année dernière serait donc respecté (21 ans + 4 années supplémentaires).

Il n'y a donc **pas lieu d'affecter des ressources supplémentaires à la CADES.**

La date d'extinction des missions de la CADES

La date d'extinction des missions de la CADES n'est plus mentionnée dans l'ordonnance n° 96 50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

L'extinction de la CADES dépend essentiellement de trois paramètres : le rendement de la ressource, l'évolution des taux d'intérêt et le taux d'inflation.

La durée d'amortissement de la dette sociale est ainsi appréciée au vu des éléments présentés par la caisse dans ses estimations publiques.

D'après l'annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, la CADES a une chance sur deux d'avoir intégralement amorti en 2025 la dette dont le refinancement lui a été confié. La probabilité que cette dette soit déjà remboursée en 2023 est de 5 % ; le risque qu'elle ne le soit pas avant 16 ans, soit en 2027, est également de 5 %.

• Le programme de financement en 2011

La CADES émet différents types d'emprunt à plus ou moins long terme, en euros ou en devises. La structure de la dette reflète donc les choix opérés par la CADES au cours des années précédentes dans le cadre de sa politique d'émission.

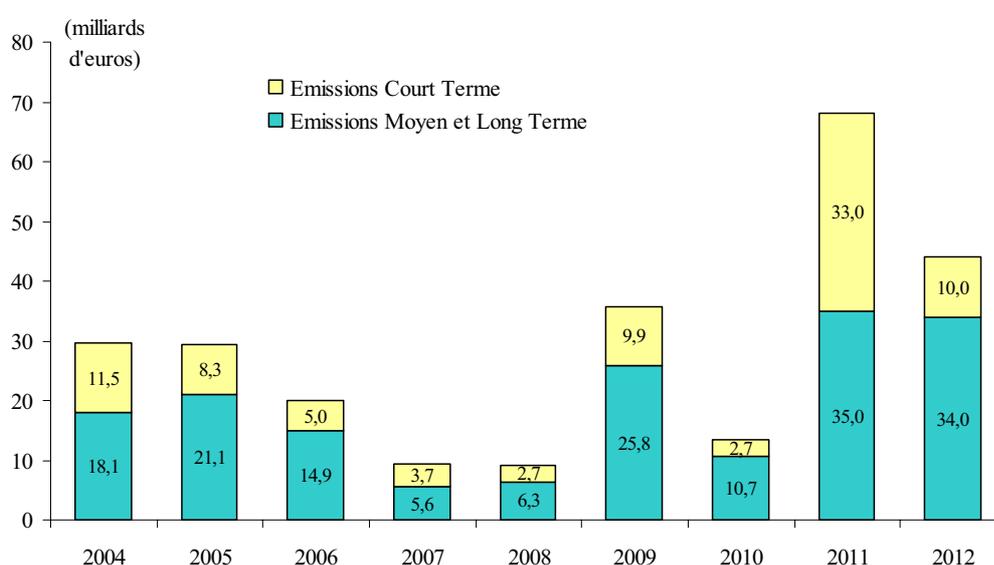
Pendant, de façon transitoire, **chaque nouvelle opération de reprise nécessite de mobiliser des disponibilités importantes en peu de temps, et donc d'accroître le volume des dettes à court terme** (essentiellement sous forme de billets de trésorerie ou de « *commercial papers* »). Ces dernières seront progressivement converties en dettes à moyen et long terme (essentiellement sous forme obligataire).

Ainsi, la CADES a, au début de l'année 2011, annoncé aux marchés qu'elle limiterait sa réalisation d'emprunts à moyens et long terme en 2011 et

2012 entre 30 et 35 milliards d'euros, ce qui implique une sollicitation importante des emprunts à court terme à hauteur de 30 à 38 milliards d'euros d'encours à la fin de l'année 2011. Au final, en 2011, les émissions à court terme devrait représenter 33 milliards d'euros et celles à moyen et long terme 35 milliards d'euros.

Selon le président de la CADES, **ce programme d'émissions a été bien accueilli par les marchés et s'est réalisé sans à-coup.**

Evolution du programme de financement 2011 de la CADES

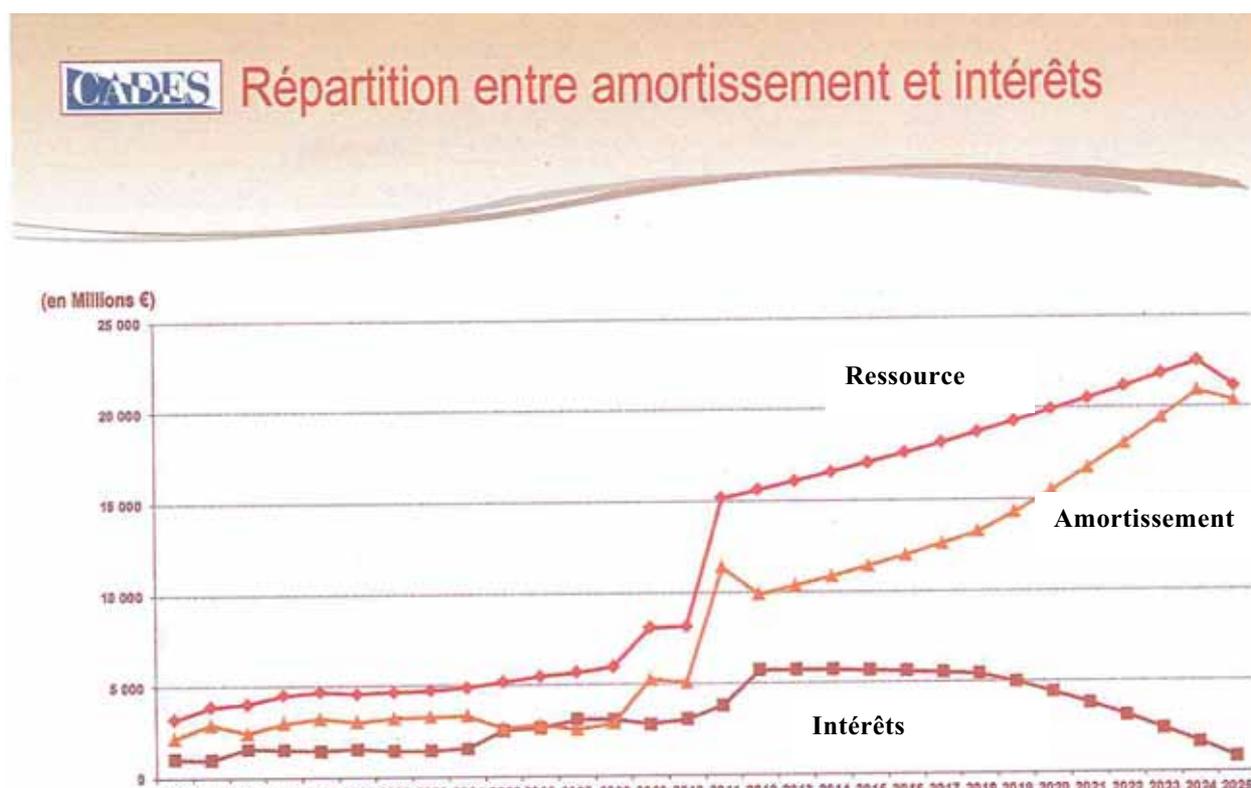


Source : CADES

- **Le coût de son financement**

Le coût de portage de la dette sociale par la CADES mobilise une part importante de ses ressources. Ainsi, en 2011, la charge de la dette a représenté plus de 3,7 milliards d'euros, soit 24 % de ses produits.

Depuis sa création, les intérêts d'emprunt servis par la CADES auraient représenté **33,6 milliards d'euros**, soit plus du tiers des ressources qui lui ont été affectées.



Source : CADES

Grâce à la **forte baisse des taux « courts »** constatée depuis le début de l'année 2009, qui s'est rapidement répercutée sur les taux variables, le coût de refinancement de la CADES a fortement baissé entre la fin de l'année 2008 et le 31 juillet 2009, passant de 3,89 % à 3,27 % au 31 juillet 2009, de même qu'entre 2010 et 2011 passant de 3,56 à **2,92 %**.

Evolution du coût de refinancement

	31/12/2008	31/07/2009	31/12/2010	31/08/2011
Taux variable	3,68 %	1,09 %	1,41	1,49
Taux fixe	3,87 %	3,79 %	3,70	3,70
Taux indexé	4,28 %	4,27 %	4,23	4,06
Taux global de refinancement	3,89 %	3,27 %	3,56	2,92

Source : Annexe 8 du présent projet de loi de financement

Compte tenu du niveau actuel particulièrement bas des taux d'intérêt, **votre rapporteur pour avis souhaite attirer l'attention sur l'éventuel impact d'une remontée des taux sur le calendrier d'amortissement de la dette**, même si la remontée des taux n'est qu'un facteur de risque parmi d'autres pour la caisse.

d) De nouvelles reprises de dette à venir rapidement ?

• **Un nouveau transfert de dette pour 2012 dans le respect des dispositions de l'article 4 bis de l'ordonnance du 24 janvier 1996**

L'article 20 du présent projet de loi prévoit une nouvelle reprise de dette, cette fois au bénéfice de la **branche vieillesse du régime des exploitants agricoles**. Les déficits comptables cumulés 2009-2010 de la branche doivent être transférés à la CADES, soit un montant de **2,5 milliards d'euros**.

Pour financer ce transfert, le rendement des ressources de la CADES est augmenté de manière pérenne par le biais de deux nouvelles mesures : **l'aménagement du régime d'imposition des plus-values immobilières** voté en loi de finances rectificative pour 2011 et la **révision des modalités d'abattement de CSG et de CRDS pour frais professionnels** proposé dans le présent projet de loi de financement (article 13).

Ces recettes d'un montant total estimé à 220 millions d'euros devraient être **suffisantes compte tenu du nouveau « tarif »** établi par la CADES, selon lequel tout transfert de déficit de 10 milliards d'euros doit être accompagné d'un apport de recettes de 0,063 point de CRDS, soit pour un transfert de 2,5 milliards d'euros, 0,016 point de CRDS ou environ 200 millions d'euros de recettes supplémentaires.

Votre rapporteur pour avis note ainsi que cette nouvelle opération de reprise de dette est financée via une augmentation du produit des ressources déjà affectées à la Caisse, et non par une nouvelle recette, dans le respect de l'article 4 bis de l'ordonnance du 24 janvier 1996 qui prévoit que *« tout nouveau transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale »*.

• **De nouveaux transferts quasi inévitables**

De nouvelles dettes devront, à ne pas en douter, être prochainement transférées à la CADES.

En effet, contrairement aux déficits « vieillesse », le schéma esquissé à l'automne dernier n'apporte pas de solutions aux déficits à venir de la branche maladie et de la branche famille. Or, selon l'annexe B du présent projet de loi de financement (après mesures proposées par le PLFSS), **le déficit cumulé des branche maladie et famille sur la période 2012-2015 devrait atteindre plus de 20 milliards d'euros**, ce à quoi pourraient s'ajouter des déficits « vieillesse » plus importants que prévus initialement dans le

schéma de financement de la réforme des retraites de 2010 (ce point sera développé dans la suite du présent rapport).

De façon plus générale, il convient de rappeler que les mesures proposées l'année dernière étaient certes nécessaires – l'ACOSS ne pouvant supporter plus longtemps des plafonds de trésorerie records – mais n'apportent pas de solution à la dynamique de la dette : **le transfert des déficits sociaux à la CADES constitue en réalité une « mesure de gestion »** et ne prévient pas la formation de nouveaux déficits ; l'enrayement de la dette impose une action sur les recettes et sur les dépenses.

- **Le sort du FRR en suspens ?**

Comme cela a été précédemment indiqué, l'année 2011 a également été marquée, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, par **la mobilisation du Fonds de réserve pour les retraites (FRR)** pour le financement du schéma de reprise des déficits 2011-2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV. Ce transfert de dette doit permettre d'accompagner la phase de montée en charge des mesures de redressement votées dans la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

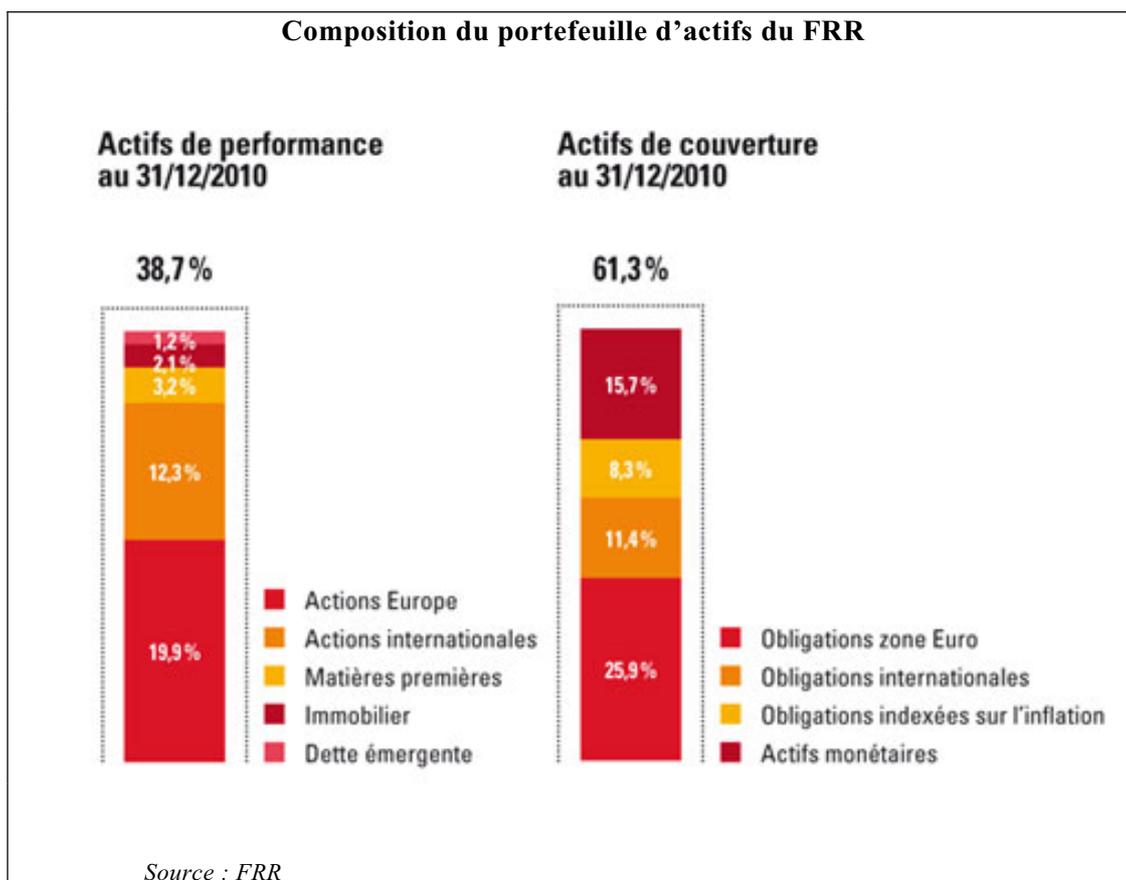
La mobilisation du FRR se traduit de deux façons :

- d'une part, **l'affectation à la CADES de la recette que le FRR percevait** jusqu'alors, soit 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital ;

- d'autre part, **le versement par le FRR, chaque année, à la caisse de 2,1 milliards d'euros au titre de la réalisation de ses actifs**. Le FRR devrait pouvoir, avec un tel objectif, continuer à exercer ses activités de placement jusqu'en 2024. Le premier versement de 2,1 milliards d'euros à la CADES a eu lieu le 26 avril 2011.

Compte tenu de ces éléments, le conseil de surveillance du Fonds a adopté, le 13 décembre 2010, une **nouvelle allocation stratégique** de ses actifs dont la mise en œuvre s'est réalisée progressivement en 2011. Celle-ci fixe deux objectifs au FRR : **sécuriser les versements à la CADES tout en recherchant un rendement supplémentaire à l'horizon 2024**. Il est à noter que rien n'est prévu s'agissant de cet éventuel surplus de ressources en 2024.

Comme l'a indiqué Raoul Briet, président du conseil de surveillance du FRR, à votre rapporteur pour avis, l'année 2011 a été marquée par de fortes tensions sur les marchés financiers compte tenu de la « crise grecque » et du ralentissement de la croissance économique. Le portefeuille du FRR a néanmoins bien résisté compte tenu, notamment, de la nouvelle stratégie d'allocation des actifs du fonds qui se traduit par **la réduction de la part des actifs de performance au profit des actifs obligataires** qui représentent un peu plus de 60 % aujourd'hui du portefeuille du fonds, contre moins de 50 % en 2009.



Une fois déduit le versement de 2,1 milliards d'euros à la CADES, la valeur des actifs du FRR atteint **35,1 milliards d'euros** en septembre 2011.

La **performance du fonds** depuis le début de l'année 2011 s'élève ainsi à 0,2 %, portant sa performance globale **en moyenne annuelle depuis sa création à 2,8 %**.

Valeur de marché de l'actifs du FRR depuis 2009 (au 31 décembre) et performance annuelle des placements

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011 (p)
Actifs du FRR au 31/12	33,3	37,0	35,1
<i>Dont soulte IEG¹</i>	3,3	3,5	3,9
Versements à la CADES			+ 2,1
Performance annuelle des placements	15,0 %	4,2 %	0,2 %
Performance annualisée depuis l'origine	2,8 %	3,0 %	2,8 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2011

Comme l'a indiqué le président du conseil de surveillance du FRR à votre rapporteur pour avis, si **la nouvelle stratégie d'allocation des actifs du fonds lui permet de mieux résister à la crise, elle risque, en revanche, de ralentir la remontée de sa performance en cas de reprise de la croissance.** La réduction de la part « performance » du portefeuille du fonds le protège en cas de crise, mais le rend davantage « inerte » en cas de reprise.

Or, compte tenu de la performance relativement faible du FRR en moyenne annualisée (soit 2,8 %) par rapport au coût de refinancement de la dette sociale (soit en moyenne 3,3 %), **la tentation pourrait être grande, dans les années à venir, et compte tenu des nouveaux déficits qui seront inévitablement transférés à la CADES, de revenir sur le schéma mis en place à l'automne dernier et de demander au fonds des versements annuels plus importants, voire de « liquider » en une seule fois ses actifs.**

Votre rapporteur pour avis sera attentif à cette question.

2. Une modification importante du rôle de l'ACOSS

Un deuxième acteur intervient désormais, malgré lui – puisqu'il ne s'agit pas théoriquement de son rôle – dans la gestion de la dette sociale : l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son positionnement sur les marchés financiers a considérablement évolué depuis 2010.

¹ Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le FRR a pour mission de gérer à l'horizon 2020 et pour le compte de la CNAV, 40 % de la soulte versée par la caisse nationale des industries électriques et gazières (IRG) au régime général en contrepartie de son adossement.

a) Retour sur la gestion exceptionnelle de 2010

• **Le rôle de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a été régulièrement « détourné » de sa fonction initiale**

La faculté pour l'ACOSS de recourir à des ressources non permanentes (emprunt à court terme) doit en principe servir à **couvrir les décalages temporaires entre les dépenses et les encaissements de recettes** des différentes branches de la sécurité sociale.

Or le dispositif a été régulièrement détourné de ses objectifs initiaux. Ainsi, loin de combler un déséquilibre passager des finances sociales, les plafonds d'avances de l'ACOSS ont été systématiquement utilisés pour refinancer à court terme une dette qui fait ensuite l'objet d'un refinancement à long terme opéré par la CADES.

Contrairement à cette dernière, l'ACOSS n'amortit pas les déficits mais cette solution a l'avantage, pour les Gouvernements successifs de permettre de différer les reprises de dette, qui depuis 2005 doivent être financés par l'affectation à la CADES de nouvelles ressources.

• **Un pas supplémentaire a été franchi en 2010, le plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS a atteint le niveau record de 65 milliards d'euros**

Les déficits nés de la crise en 2009 et 2010 ont, ainsi, été financés en 2010 par des avances de trésorerie de l'ACOSS et donc par l'emprunt à court terme. La loi de financement pour 2010 avait ainsi fixé **le plafond d'avances de l'ACOSS à 65 milliards d'euros**. Ce niveau d'avances historique correspondait au double du plafond 2009 revalorisé de 10 milliards d'euros en cours d'année.

Selon les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, ce plafond d'avances s'est révélé « confortable » en 2010 puisque le point bas de trésorerie a été atteint à la fin de l'année avec un besoin de financement de 52 milliards d'euros. Le solde moyen de trésorerie s'est élevé à -33,9 milliards d'euros.

• **Une stratégie de financement diversifiée**

Afin de couvrir en 2010 les déficits des caisses du régime général et du FSV, l'ACOSS a mis en place une stratégie de financement diversifiée. Les financements ont reposé sur :

- **un engagement fort du « banquier » traditionnel de l'ACOSS, la Caisse des dépôts et des consignations (CDC) ;**

- **un recours aux billets de trésorerie**, programme engagé depuis 2007, en application de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;

- **l'ouverture d'un programme de « Papier commercial Euro » (ECP)**, avec l'assistance technique de l'Agence France Trésor. Un mandat de

gestion a été signé entre les deux entités le 17 février 2010 pour une durée de deux ans, associé à un cahier de procédures détaillant les modalités de mise en œuvre du programme ;

- **l'émission de billets auprès d'autres acteurs publics, comme l'AFT.** L'AFT avait, déjà, dans une logique d'optimisation de la gestion des trésoreries publiques, réalisé en 2008 et 2009, plusieurs opérations ponctuelles d'achat de billets de trésorerie (de 2 à 5 milliards d'euros) pour faire face aux points les plus bas du profil de trésorerie ACOSS ;

- **la mutualisation des trésoreries sociales qui conduisent depuis la fin 2008 à l'achat de billets de trésorerie émis par l'ACOSS par différents acteurs de la sphère sociale qui enregistrent des excédents de trésorerie.** Ainsi, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les régimes complémentaires du RSI, ou encore les excédents de trésorerie saisonniers lors du recouvrement de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S), participent au financement des besoins de trésorerie de l'ACOSS ;

- enfin, **les dépôts de trésorerie de certains acteurs de la sphère sociale enregistrant des excédents de trésorerie auprès de l'ACOSS, contre rémunération.** L'article L. 225-1-3 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, autorise les régimes obligatoires de base autres que le régime général et les organismes et fonds visés au 8° du III de l'article LO. 111-4 à déposer tout ou partie de leurs disponibilités auprès de l'ACOSS contre rémunération. C'est actuellement le cas de la Haute autorité de santé et de la CNSA.

Les instruments de financement du régime général en 2010

	Encours au 31/12/2010	%	Encours moyen en 2010	%
Emprunt CDC	20,0	39,9	19,1	56
Avances CDC	-		1,3	4
Billets de trésorerie	24,0	47,9	11,1	32
European commercial papers	5,3	10,6	1,9	6
Dépôts d'organismes sociaux	0,8	1,6	0,6	2
Total dettes financières	50,1		34,1	

Source : Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale de septembre 2011

b) Des conséquences durables en dépit d'un relatif « retour à la normale » des plafonds d'avance de trésorerie

Selon les représentants de l'ACOSS auditionnés par votre rapporteur pour avis, ce financement complexe s'est soldé sur le plan pratique par un succès.

• **Un relatif « retour à la normale »**

Néanmoins, la solution choisie par le Gouvernement en 2010 ne pouvait être rééditée en 2011. En effet, que ce soit pour des raisons pratiques ou de principe, **le financement par l'ACOSS de tels montants de déficits ne pouvait être qu'exceptionnel.**

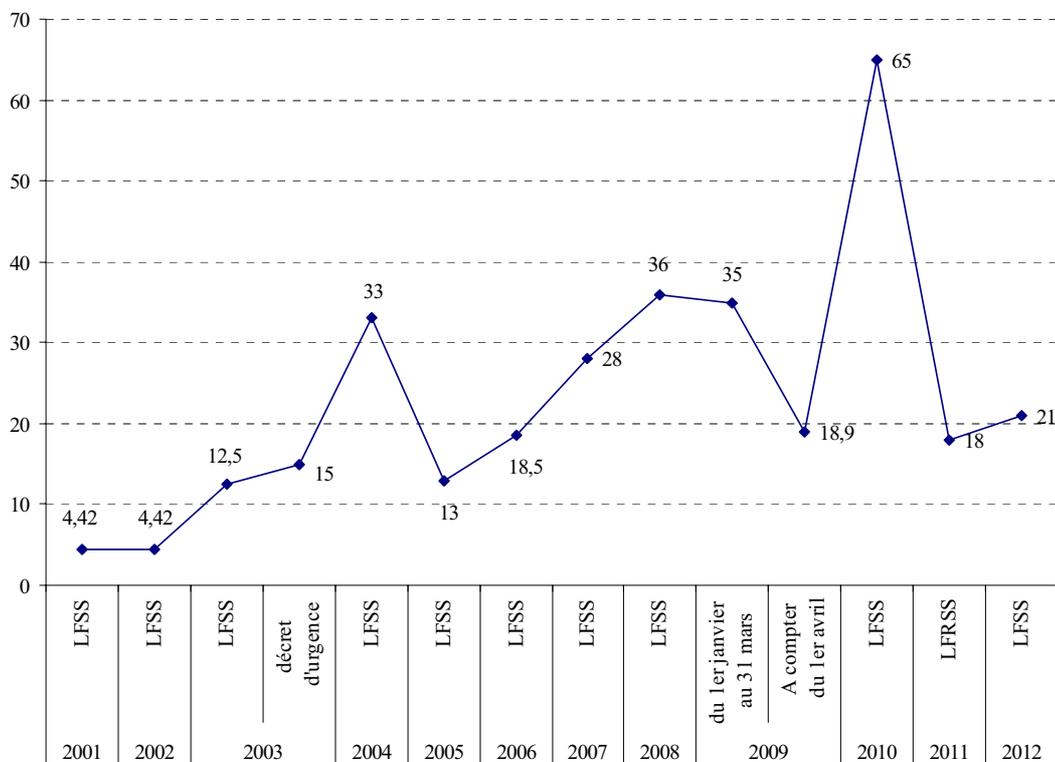
Compte tenu de la reprise de dette, le plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS pour 2011 a ainsi été revu à la baisse : initialement fixé à 20 milliards d'euros en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, il a été **révisé à 18 milliards d'euros** en loi de financement rectificative pour 2011.

Pour 2012, l'**article 32** du présent projet de loi de financement propose un plafond d'avances de **21 milliards d'euros**. Pour l'ACOSS, ce plafond est « raisonnable » compte tenu du profil prévisionnel de trésorerie de l'agence, sous réserve toutefois d'un respect de la dynamique d'évolution de la masse salariale retenue par le présent projet de loi – point sur lequel votre rapporteur pour avis reviendra dans la suite du présent rapport – et de l'Objectif des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Comparé à 2010, ces plafonds d'avance de trésorerie paraissent, il est vrai, en nette diminution. **Ils n'en demeurent pas moins très élevés au regard des années passées, notamment après une opération de reprise de dette.**

Evolution du plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances

• Un changement de nature de l'ACOSS ?

- La forte diminution de la part de la CDC dans la couverture du besoin de financement de l'ACOSS

« Traditionnellement », l'ACOSS se finançait essentiellement auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), dans un cadre régi par une convention financière.

Cependant, la crise des marchés financiers en 2008 ayant eu pour effet de renchérir ses propres conditions de refinancement, **la Caisse a, dès juillet 2009, demandé de modifier la convention qui la liait à l'agence.** Suite aux pertes financières enregistrées par la CDC en 2008 sur le programme de prêts à l'ACOSS, un avenant à la convention a en effet été signé le 16 juillet 2009 afin de redéfinir l'équilibre financier entre les deux parties et de prendre en compte l'impact de la crise. Cet avenant revoyait les conditions tarifaires en cas de circonstances « exceptionnelles » de marché et fixait les principes de gestion des risques entre les deux organismes.

La nouvelle convention ACOSS-CDC signée pour la période 2011-2014 acte des points forts et modifie en profondeur le rôle joué par la caisse dans le financement du régime général.

Elle repose sur trois points principaux :

1) un apport de financement CDC qui vient en appui des financements de marché de l'ACOSS.

L'engagement de la CDC est, en effet, désormais limité au **tiers du plafond de ressources** non permanentes autorisé pour l'année concernée et, en tout état de cause, à 10 milliards d'euros.

Les financements CDC peuvent prendre la forme de prêts longs demandés en fin d'année N-1 pour l'année N, des « prêts tuiles » pour couvrir ponctuellement le versement des pensions par la CNAV au 9 de chaque mois (soit un montant de 3,5 milliards d'euros) et une enveloppe d'avance à 24 heures pour 1,5 milliard d'euros.

2) l'introduction de contraintes importantes relatives au découvert infra-journalier et à la gestion de la liquidité.

3) une réduction des taux créditeurs conduisant à envisager d'autres modalités de placement lorsque des soldes créditeurs sont générés à court terme pour préparer des échéances de dépenses (pensions à verser, par exemple).

Comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2011, la part de la CDC dans la couverture du besoin de trésorerie de l'ACOSS sera ainsi passée de 100 % dans la première moitié des années 2000 à 83 % en 2008, 61 % en 2010, pour avoisiner désormais les 30 %.

- Une modification du rôle de l'agence

Il s'en suit une modification profonde du rôle de **l'ACOSS qui est devenu un acteur important des marchés financiers**. En effet, comme le souligne la Cour des comptes, dans son rapport précité, « *qu'il ait été ou non pleinement souhaité par sa tutelle ministérielle, le nouveau positionnement de l'ACOSS comme acteur des marchés financiers s'inscrit dans la durée. En effet, un retour à l'équilibre des finances sociales n'atténuerait pas l'obligation pour l'agence de couvrir par des appels au marché jusqu'aux deux tiers de ses besoins infra-annuels de trésorerie.* »

Comme l'ont indiqué les représentants de l'agence auditionnés par votre rapporteur pour avis, si le nouveau positionnement de l'ACOSS sur les marchés se traduit par **une baisse des coûts de la ressource**, qui ne comprend plus de marge bancaire, il engendre, en contrepartie, **une prise de risque de l'agence plus grande**.

Celle-ci a, d'ailleurs, dû procéder à un **renforcement de son contrôle interne** afin de prendre en compte des problématiques nouvelles telles que la gestion du risque de liquidité et du risque de taux.

L'article 31 du PLFSS pour 2012 tire en quelque sorte les conséquences de ce nouveau positionnement de l'agence en prévoyant un encadrement de la politique d'emprunt et de placement des organismes de sécurité sociale. Ainsi, selon cet article, l'ACOSS devra **soumettre chaque année aux ministres chargés de sa tutelle son programme d'émission de titres de créance négociables pour approbation**. En outre, un **audit annuel** relatif à la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'ACOSS sera mené.

S'agissant des autres organismes sociaux habilités à mobiliser des ressources non permanentes en application de la loi de financement de la sécurité sociale, ils seront tenus de se financer auprès d'un établissement de crédit agréé pour un emprunt ne pouvant avoir un terme supérieur à un an.

Votre rapporteur pour avis approuve ce dispositif de nature à accompagner l'ACOSS dans son changement de compétences. Il note que ce mécanisme se rapproche de ce qui existe déjà pour l'Etat en la matière (article 113 de la loi de finances rectificative pour 2004).

c) Vers de nouveaux plafonds records ?

Si la dernière reprise de dette a permis de « soulager » la trésorerie de l'ACOSS, **vos rapporteur pour avis attire l'attention sur un risque de voir se reconstituer rapidement de nouveaux déficits et ainsi apparaître une nouvelle « envolée » des plafonds d'avances de trésorerie**, ceci d'autant plus que, comme il l'a indiqué précédemment, le plafond fixé pour 2012, bien que très inférieur à 2010, demeure à un niveau élevé surtout au lendemain d'une importante reprise de dette.

Une telle situation ne serait pas satisfaisante :

- le niveau particulièrement élevé du plafond d'avances conduit l'ACOSS à **diversifier son financement** ou à renégocier des dispositifs existants, ce qui se révèle délicat ;

- **la multiplication de sources de financement ne signifie pas pour autant la possibilité de couvrir n'importe quel niveau de besoin de trésorerie**. Selon les informations communiquées par l'ACOSS, le niveau maximal d'avances pouvant être consenties par l'agence dans des conditions sécurisées est de **70 milliards d'euros** ;

- **une remontée des taux d'intérêt pourrait engendrer un fort accroissement des charges financières de l'agence**. En 2011, celles-ci ne se sont élevées qu'à 137 millions d'euros en raison des conditions avantageuses de financement.

C. UNE PROFONDE MUTATION DU MODE DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Un apport conséquent de ressources fiscales

a) La fiscalisation des ressources de la sécurité sociale, une tendance de long terme

L'augmentation des dépenses de sécurité sociale résultant en particulier de la dynamique des risques santé et vieillesse, ainsi que la croissance des déficits sociaux et le renforcement de la concurrence fiscale notamment sur le coût du travail, ont conduit la France, comme d'autres pays :

- à « **fiscaliser** » de manière croissante depuis les années 1990 le **financement de la sécurité sociale**, afin de faire face à l'augmentation des besoins de financement ;

- et à **diminuer a contrario les recettes « naturelles » de la sécurité sociale**, par une politique de diminution des charges sociales dans le but de préserver l'emploi et la compétitivité des entreprises.

Le mode de financement des administrations de sécurité sociale a ainsi considérablement changé depuis la fin des années 1990. Alors que les impôts et taxes affectés représentaient 1,7 % de leurs recettes en 1980, ce taux était de 8,9 % en 1995, de 23,7 % en 2000 et de 27,9 % en 2008.

La création de la contribution sociale généralisée (CSG) en 1991, de la contribution pour le remboursement de la dette sociale en 1996 pour financer la CADES, puis la mise en place de « paniers fiscaux » en 2006 et 2007 afin de compenser les coûts des politiques d'allègements ou d'exonérations de charges constituent les traits marquants de cette fiscalisation.

b) Une étape a été franchie à l'automne dernier

Indéniablement, une **nouvelle étape** dans la fiscalisation de la protection sociale a été franchie en 2011 puisqu'au total, dans le cadre de la réforme des retraites et des nouvelles mesures de gestion de la dette sociale, le Gouvernement a décidé d'affecter en 2011 aux régimes de sécurité sociale et aux organismes qui concourent à son financement près de **5 milliards d'euros de recettes fiscales** dont :

- 1,47 milliard d'euros au profit du financement des retraites ;

- et 3,55 milliards d'euros en faveur de la CNAF, afin de permettre, en partie, *via* l'affectation d'une fraction de la CSG affectée à la branche famille, le refinancement de la dette sociale qui devait être transmise à la CADES en 2011.

Ces recettes fiscales résultent aussi bien de la révision des niches fiscales que de l'augmentation nominale d'impôts, notamment sur les revenus du capital et les produits de placement.

Rappels des principales recettes fiscales affectées à la sécurité sociale en 2011 dans le cadre de la réforme des retraites et de la gestion de la dette sociale

• **Les impôts et taxes affectées destinées à financer la réforme des retraites**

- Augmentation de 40 % à 41 % du taux marginal du barème de l'impôt sur le revenu ;
- Hausse d'un point des prélèvements proportionnels :
 - *plus-values de cessions mobilières* ;
 - *plus-values de cessions immobilières* ;
 - *prélèvement forfaitaire libératoire sur les dividendes et les intérêts* ;
- Suppression du crédit d'impôt sur les dividendes ;
- Imposition des plus-values de cessions mobilières au premier euro ;
- Suppression du plafonnement de la quote part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une société mère de ses filiales ;
 - Alignement du taux du prélèvement sur les plus-values de cessions immobilières hors résidence principale sur le taux applicable aux plus-values de cessions mobilières ;
- Augmentation des taux des contributions patronales et salariales sur les stock-options ;
- Augmentation des prélèvements sur les retraites chapeaux.

• **Les impôts et taxes affectées destinées à financer indirectement la reprise de dette**

- Exit tax sur les réserves de capitalisation ;
- Création d'un taux réduit de taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats santé « responsable » ;
- Prélèvements au fil de l'eau des prélèvements sociaux sur les compartiments euros des contrats d'assurance vie multi-support.

Les produits des régimes de base et des organismes concourant à leur financement ont ainsi augmenté entre 2010 et 2011 de 28,7 milliards d'euros, dont 11,2 milliards d'euros au titre de la hausse des impôts et taxes affectées (ITAF) au financement de la sécurité sociale.

39 % de l'évolution des produits entre 2010 et 2011 serait expliquée par l'augmentation du montant des impôts et taxes affectées à la sécurité sociale.

Les mesures proposées dans le présent projet de loi poursuivent cette tendance puisqu'entre 2011 et 2012, les produits des régimes de base et des organismes concourant à leur financement devraient progresser de

20,7 milliards d'euros, dont 8,6 milliards d'euros en raison de la hausse des impôts et taxes affectées.

En 2012, la part des ITAF dans le financement de la branche maladie des régimes obligatoires de base devrait dépasser la barre des 50 %.

Part des ITAF dans les produits des régimes de base et des organismes concourant au financement de la sécurité sociale

(en millions d'euros)

Produits	2010	%	2011	%	2012	%
(1) Régimes de base	402,0		421,9		441,5	
Dont ITAF	114,4	28,5	119,1	28,2	126,6	28,7
<i>Maladie</i>	165,2		171,7		180,9	
	81,0	49,0	85,5	49,7	90,8	50,2
<i>Vieillesse</i>	183,3		194,5		202,8	
	15,4	8,4	16,3	8,3	17,9	8,8
<i>Famille</i>	50,8		52,9		54,8	
	16,0	31,4	17,2	32,5	17,7	32,2
<i>AT-MP</i>	11,9		13,0		13,5	
	2,0	16,8	0,2	1,5	0,3	2,2
(2) FSV	9,8		13,8		14,2	
Dont ITAF	9,8	100,0	13,8	100,0	14,2	100,0
(3) CADES	8,2		15,1		15,8	
Dont ITAF	8,2	100,0	13,1	86,0	13,7	86,7
(4) FRR	6,9		4,8		4,8	
Dont ITAF	2,3	33,3	0	0,0	0,0	0,0
Total (1+2+3+4)	426,9		455,6		476,3	
Dont ITAF	134,7	31,5	146,0	32,0	154,5	32,4

Source : commission des finances à partir de l'annexe 4 du PLFSS pour 2012

c) La sécurité sociale, le principal destinataire des augmentations nettes de recettes sur la législature

Comme l'a indiqué notre collègue Nicole Bricq, rapporteure générale, dans son rapport d'information en vue du débat sur les prélèvements obligatoires², **les organismes de sécurité sociale, sur l'ensemble de la**

² Rapport d'information n° 64 (2011-2012) – « Prélèvements obligatoires 2007-2012 : un quinquennat d'incohérences et d'injustices ».

présente législature, ont ainsi été en quasi totalité destinataires des mesures nettes d'augmentation de recettes.

Comme votre rapporteur pour avis le précisera dans la suite du présent rapport, 60 % de l'effort de réduction du déficit public annoncé par le Gouvernement au mois d'août dernier concernent la sécurité sociale.

2. Une complexité accrue et un risque de fragilisation des ressources de la sécurité sociale

Les mesures prises à l'automne dernier, tout comme les **liens étroits entre la loi de financement et la loi de finances pour 2011**, source importante de complexité, ont également souligné, avec acuité les difficultés de financement auxquelles est confronté notre régime de sécurité sociale.

La réforme des retraites a été, à cet égard, l'un des exemples les plus significatifs.

Le panier de recettes destiné à son financement était en effet composé, à la fois :

- de « **ressources sociales** », discutées en loi de financement de la sécurité sociale : l'aménagement du régime d'imposition des retraites chapeaux, l'annualisation du calcul des allègements généraux et la hausse des contributions patronales et salariales sur les stock-options ;

- mais aussi de **recettes fiscales** exclusivement affectées au budget de l'Etat et donc présentées dans le cadre du projet de loi de finances : l'augmentation du taux marginal du barème de l'impôt sur le revenu, la hausse des prélèvements proportionnels sur les cessions mobilières et immobilières, la hausse du prélèvement forfaitaire libératoire sur les dividendes, la suppression du crédit d'impôt sur les dividendes, l'imposition des plus values de cessions de valeurs mobilières au premier euro, la suppression du plafonnement de la quote-part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une société mère de ses filiales.

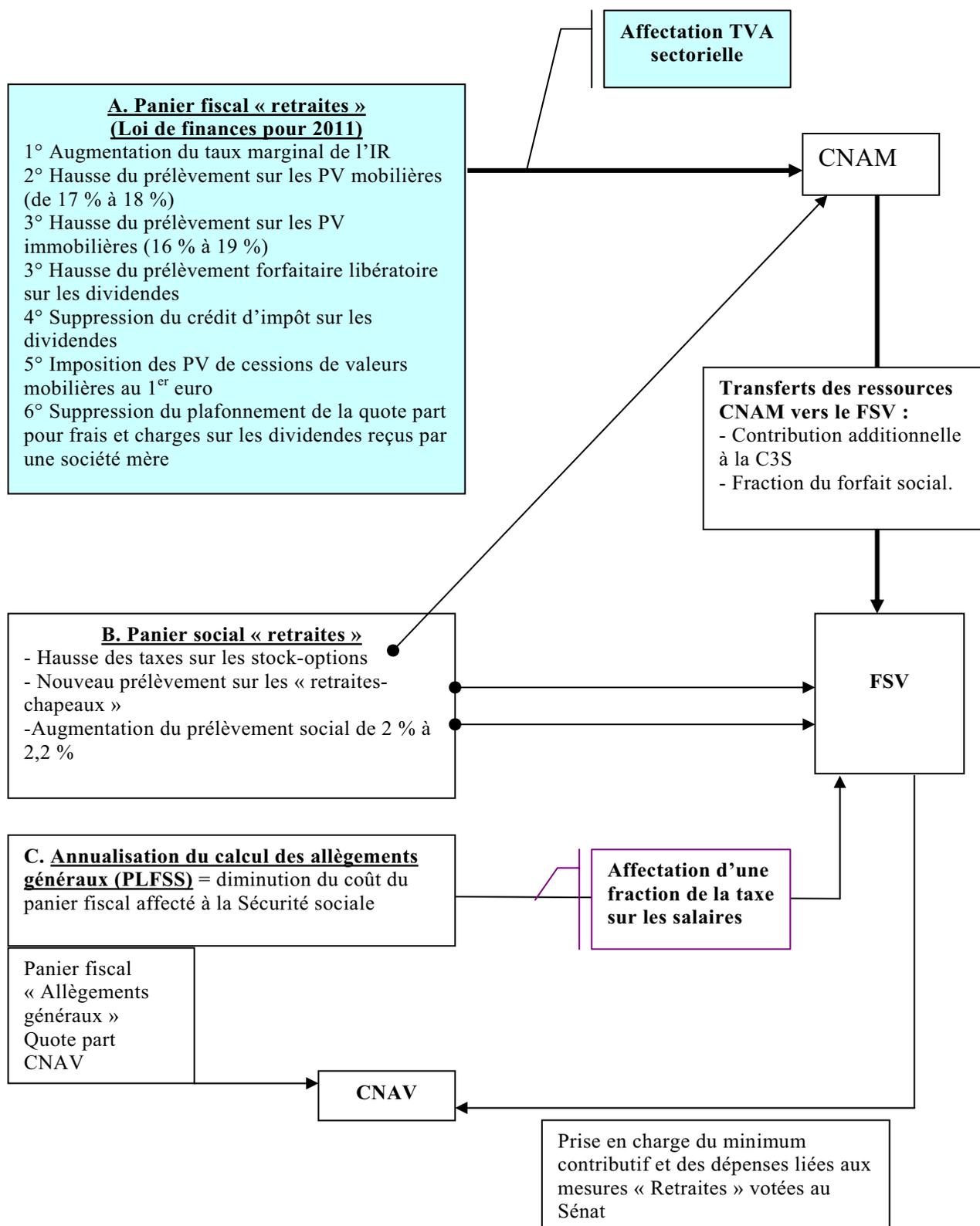
Outre la composition mixte (sociale et fiscale) de ce panier, se posait la question de l'affectation à la sécurité sociale d'impositions relevant exclusivement du budget général de l'Etat. Celle-ci étant délicate, le Gouvernement a proposé une affectation en deux temps de ces ressources à la branche vieillesse, donnant lieu, là aussi, à des dispositions « miroirs » en PLF et en PLFSS :

- l'article 39 du PLF proposait ainsi un fléchage, dans un premier temps, vers la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) d'une partie de la TVA brute collectée sur certains secteurs médicaux correspondant au montant du produit du panier fiscal « retraites » ;

- l'article 14 du PLFSS prévoyait, quant à lui, le reversement de cette somme, par la CNAMTS au Fonds de solidarité vieillesse, *via* l'affectation à

ce fonds de deux recettes de la branche maladie : le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) et une partie du forfait social.

Financement de la réforme des retraites



Au-delà de la compréhension des circuits de financement ainsi créés, la plus grande difficulté posée par ces **mécanismes tient à l'appréciation de leur évolution à long terme**. En effet, le rendement et le dynamisme des recettes affectées n'étaient pas connus de manière précise, notamment en 2010, année de transition entre « crise » et « sortie de crise ».

L'exemple du Fonds de solidarité vieillesse, qui a été au cœur de ces circuits de financement, est assez symptomatique.

Il convient en préambule de rappeler que le FSV a pour mission d'assurer le financement des dépenses de retraite à caractère non contributif, relevant de la solidarité nationale (par distinction avec les dépenses relevant d'une logique assurantielle, financées par les cotisations sociales).

L'évolution des dépenses prises en charge par le FSV et l'évolution de son panier de recettes

Depuis sa création en 1994, le champ d'intervention du FSV s'est considérablement élargi, le nombre de bénéficiaires des mesures financées par le FSV étant ainsi passé de 11,9 millions de personnes en 1994 à 17,3 millions aujourd'hui.

Les dépenses de solidarité financées par le Fonds sont de deux types :

- des prestations vieillesse (l'ancien « minimum vieillesse » ; les majorations de pension et le minimum contributif depuis 2011), qui sont payées aux assurés par les différents régimes de retraite, et font l'objet d'un remboursement par le FSV auprès de ces régimes, sur justificatifs ;

- des prises en charge de cotisations, évaluées de manière forfaitaire, destinées à compenser pour les régimes de base et de retraite complémentaire le coût de la validation gratuite des périodes d'interruption d'activité (chômage, service militaire et désormais volontariat civil, arrêts maladie et maternité depuis 2010).

Le FSV a également connu une évolution très importante de son panier de recettes, notamment une perte progressive de 0,45 point de CSG, partiellement compensée par une augmentation également progressive de la dotation de la CNAF (désormais égale à 100 % du coût des majorations de pensions pour enfants) et l'adjonction de nombreuses taxes et contributions (C3S, taxes sur les salaires, forfait social,...).

Dans le cadre de la réforme des retraites de 2010, **le FSV a bénéficié directement ou indirectement de toutes les mesures de financement retenues dans le cadre de la réforme**. Il perçoit ainsi une fraction de la taxe sur les salaires (16,7 %) qui faisait jusqu'alors partie du panier de recettes fiscales compensant les allègements généraux de cotisations dont le coût a été réduit par l'annualisation du mode de calcul de cette exonération. Il perçoit également le produit de la C3S additionnelle et une partie du forfait social, taxes qui étaient auparavant affectées à la CNAM. Enfin, il est destinataire des nouvelles dispositions relatives aux « retraites chapeaux ».

En contrepartie, son périmètre de dépenses a été modifié : une partie de la prise en charge du minimum contributif, jusqu'alors assumé par la CNAV, revient au FSV.

Un an après, quel est le bilan de ces transferts ?

D'après les données transmises à votre rapporteur pour avis par le FSV, **des inquiétudes pèsent sur le rendement des nouvelles ressources affectées au fonds qui ne semble pas totalement à la hauteur des prévisions.**

Les produits des recettes relatives aux diverses taxations sur les dispositifs des « retraites chapeau » avaient été estimés à 185 millions d'euros pour 2011. Cette évaluation a été revue à la baisse à 119 millions d'euros, lors de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier.

A ce jour, selon le FSV, il n'est pas certain que la recette atteigne la moitié de cette estimation. En effet, les estimations réalisées à la fin du mois d'août s'élèvent à 73 millions d'euros.

Par ailleurs, s'agissant du produit du forfait social, il devait bénéficier en 2011 de l'impact favorable de la création de la prime de partage de la valeur ajoutée, introduite par LFSS rectificative pour 2011. Son montant, estimé initialement 428 millions d'euros pour 2011, a ainsi été porté à 512 millions d'euros. Or, la mesure ne semble pas donner le rendement escompté (dans les entreprises ayant déjà négocié, le montant moyen de la prime s'établirait à 300 euros contre 700 euros prévus initialement).

Cette incertitude sur les recettes du FSV va peser sur la prise en charge du minimum contributif par le fonds.

Votre rapporteur pour avis sera attentif à ce point les années à venir. Il est en effet à rappeler que ce fonds, pourtant excédentaire en 2008, enregistre depuis un déficit qui se stabilise autour de plus de trois milliards d'euros.

3. La suppression du dispositif de compensation au premier euro des allègements généraux, la sécurité sociale « gagnante » pour l'instant

Enfin, une autre novation importante de l'année 2011, qui a suscité de fortes inquiétudes, a résidé **dans l'évolution du dispositif de compensation des allègements généraux.**

a) Les modifications introduites dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

Les allègements généraux de charges sociales constituent un enjeu financier majeur. Leur coût pour 2011 serait en effet de **21,4 milliards d'euros**, soit 70 % du montant de l'ensemble des mesures d'exonérations de contributions et de cotisations de sécurité sociale.

Depuis 2006 et jusqu'à l'année dernière, la compensation par l'Etat des allègements généraux en faveur des bas salaires était effectuée par **affectation d'un panier de recettes fiscales**, dont la composition a été modifiée par les lois de finances successives.

La répartition du produit du panier des allègements généraux était effectuée par l'ACOSS au prorata des dépenses enregistrées par les différentes branches.

L'affectation de l'excédent de ce panier de recettes suscitait, chaque année, des « convoitises ». En 2009, il a ainsi été utilisé pour compléter le produit du panier fiscal destiné à compenser les exonérations relatives aux heures supplémentaires. En 2010, il a été alloué à l'Etat, afin que celui-ci puisse ensuite payer en retour à la sécurité sociale les sommes qu'il lui doit au titre de la compensation de certaines exonérations ciblées.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, ces allègements ne sont plus compensés par ce « panier », et les impôts et taxes qui le composaient sont définitivement affectés aux organismes de sécurité sociale.

En effet, pour 2011 et les années suivantes, le Gouvernement a introduit, lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2011 à l'Assemblée nationale, un amendement tendant à supprimer, le principe de la compensation automatique du coût des allègements généraux. Pour ce faire, il a proposé d'affecter définitivement à la sécurité sociale, à l'exception du droit de consommation sur les tabacs, les impôts et les taxes qui composent ce panier.

Selon François Baroin, alors ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, qui a présenté l'amendement à l'Assemblée nationale, *« il s'agit, à travers cet amendement, d'officialiser l'affectation du panier de recettes supplémentaires à la sécurité sociale. C'est un élément d'équilibre important du PLFSS ».*

b) Un excédent de 1,7 milliard d'euros en 2011, mais quelle évolution à long terme ?

Selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2011, **la compensation des allègements généraux reste réalisée au premier euro en 2011 et dégage même un excédent de 1,7 milliard d'euros**, améliorant d'autant les comptes des régimes obligatoires de base.

Cette question devra néanmoins être suivie de façon attentive dans les années à venir.

En effet, il peut paraître particulièrement délicat de faire sortir les allègements généraux d'un mécanisme de compensation qui permettait de garantir à la sécurité sociale un niveau de ressources à la hauteur des manques à gagner induits par la politique de l'emploi mise en œuvre par l'Etat. Si le

panier est excédentaire à court terme, rien ne garantit que cette situation perdure.

II. UN NOUVEL EFFORT DE RECETTES IMPORTANT MAIS UN DÉFICIT 2012 TOUJOURS DEUX FOIS PLUS ÉLEVÉ QU'EN 2007

Les mesures du présent projet de loi proposent de **réduire le déficit tendanciel de l'ensemble des régimes obligatoires de base de 8 milliards d'euros en 2012**, grâce à un effort essentiellement porté en recettes.

Malgré ces mesures, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires demeurera à **un niveau élevé de 19,4 milliards d'euros**, soit deux fois le déficit de 2007.

Quant aux projections pluriannuelles, elles laissent encore entrevoir **un besoin de financement de 13,8 milliards d'euros à l'horizon 2015**.

A. LES MESURES PROPOSÉES DANS LE PRÉSENT PROJET DE LOI

1. Des hypothèses macro-économiques optimistes

A titre liminaire, votre rapporteur pour avis souhaite insister sur le **caractère optimiste des hypothèses macroéconomiques sous-tendant le cadrage du présent projet de loi** et décrites ci-dessous :

	2011	2012	2013	2014	2015
PIB (volume)	1,75 %	1,75 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
Masse salariale privée	3,7 %	3,7 %	4,0 %	4,0 %	4,0 %
Inflation	2,1 %	1,7 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
ONDAM en valeur	2,9 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %

Source : annexe B du PLFSS pour 2012

Les hypothèses macroéconomiques retenues pour 2012 dans le cadre du PLFSS sont communes à celles du projet de loi de finances et sont présentées dans le rapport économique, social et financier pour 2012.

Ainsi, la prévision de croissance du PIB retenue par le Gouvernement s'élève à **1,75 % en 2012**, soit la même hypothèse de croissance qu'en 2011.

Cette prévision de croissance paraît cependant, comme l'a indiqué notre collègue Nicole Bricq, rapporteure générale, lors de la présentation des grands équilibres du PLF 2012, **impossible à atteindre**. Le Président de

la République a d'ailleurs annoncé, le 27 octobre dernier, la révision de cette hypothèse à 1 %.

De fait, selon le consensus des conjoncturistes du mois d'octobre³, la croissance du PIB serait de 0,9 % en 2012 (contre 1,2 % selon le consensus de septembre et 1,7 % selon celui d'août).

Cependant, s'agissant des recettes de la sécurité sociale, c'est davantage **l'hypothèse de croissance de la masse salariale, sur laquelle repose notamment l'évolution des cotisations sociales, qui est la plus déterminante**. Elle suit la reprise économique avec un léger décalage.

Le Gouvernement établit une estimation de croissance de celle-ci à 3,7 % en 2012, contre 4,5 % prévue initialement par les projections pluriannuelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. La commission des finances avait très largement insisté sur le caractère optimiste, voire irréaliste, des hypothèses retenus à l'automne dernier.

Cependant, malgré cette révision, **les hypothèses de progression de la masse salariale paraissent également très incertaines**. A ce titre, il est intéressant de citer le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011 :

« Si les estimations de croissance et de masse salariale pour 2011 reposent largement sur des acquis, les hypothèses présentées pour 2012 sont entourées d'une très grande incertitude en raison des tensions exceptionnelles sur les marchés financiers et de la dégradation du climat des affaires constatées depuis le début de l'été. Les organismes internationaux ont commencé à réviser leurs prévisions à la baisse. Ils soulignent la gravité des risques qui pèsent sur les évolutions économiques des prochains trimestres ».

S'il est extrêmement délicat d'établir une corrélation entre la croissance du PIB nominal et la croissance de la masse salariale, dès lors que celle-ci dépend de facteurs multiples, la sensibilité du solde du régime général aux principales hypothèses de prévision peut être relevée : **une variation d'un point de la masse salariale modifie le solde du régime général d'environ 2 milliards d'euros en 2011**.

³ Consensus Forecasts, octobre 2011.

Sensibilité des résultats du régime général aux hypothèses de prévision

	CNAM maladie	CNAM AT-MP	CNAF	CNAV	Régime général
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	910	100	680	300	1 990
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'ONDAM	1 340	40			1 380
Inflation : impact d'une hausse de 1 % de la revalorisation des prestations retraite et famille			270	910	1 180

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport de septembre 2011

Ces éléments permettent de donner un ordre de grandeur de l'effort supplémentaire qui devra être fourni si les hypothèses macro-économiques retenues s'avèrent surévaluées.

2. Un nouvel effort important de recettes

Le présent projet de loi propose, comme cela a été indiqué, de réduire le déficit tendanciel 2012 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV de 8 milliards d'euros.

Cet effort repose sur des **mesures de recettes à hauteur de 6,4 milliards d'euros**. La branche maladie du régime général bénéficiera, à elle seule, des deux-tiers de ces recettes supplémentaires, soit 4,1 milliards d'euros.

a) L'effort en recettes de 6,4 milliards d'euros

Ces mesures de recettes représentent **60 % de l'effort de réduction du déficit public annoncé par le Gouvernement au mois d'août dernier**.

• Des mesures portées par trois textes financiers

Pour près de la moitié, ces recettes ont été prévues dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2011 de septembre dernier qu'il s'agisse du doublement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) à laquelle sont assujettis les contrats de santé « solidaires et responsables », de l'augmentation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital de 12,3 % à 13,5 % et de la réforme du régime des plus-values immobilières.

L'autre moitié est introduite dans le présent projet de loi, ou encore le PLF pour 2012 (taxe sur les boissons sucrées) ou fera l'objet de mesures réglementaires (hausse du prix du tabac, alignement sur le droit commun des assiettes et des taux de cotisation dans les industries électriques et gazières).

Si l'imbrication des différents textes financiers de cette année n'atteint pas la complexité de l'an passé, elle rend malgré tout toujours difficile l'appréciation globale des mesures à destination de la sécurité sociale.

• **Des réductions de « niches sociales » et le renforcement des taxes comportementales**

Comme les années passées, les mesures de recettes proposées consistent principalement en **des réductions de « niches sociales » ou de comportements d'optimisation fiscale** :

- le doublement de la taxe sur les complémentaires santé, même si ce point doit être nuancé comme cela sera démontré dans la suite du présent rapport ;

- la révision du régime des abattements en matière de plus-values immobilières hors résidence principale ;

- la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux sur les bas salaires ;

- la modification des règles d'abattement pour frais professionnels sur les assiettes de CSG et CRDS ;

- l'assujettissement du complément de libre choix d'activité à la CSG ;

- l'augmentation du forfait social ;

- l'homogénéisation de l'assiette de la C3S.

Pour 2012, ces mesures seront complétées également par d'assez nombreuses révisions ou introductions de taxes comportementales :

- la révision du barème de la taxe sur les véhicules de sociétés ;

- la relèvement des droits sur les boissons alcoolisées ;

- la hausse du prix du tabac ;

- la création d'une taxe sur les boissons sucrées.

Comme il l'indiquera dans la suite du présent rapport, s'il partage les objectifs de santé publique ou de lutte contre les véhicules polluants affichés par le Gouvernement, votre rapporteur pour avis regrette néanmoins que ces durcissements de taxes comportementales interviennent à un moment avant tout marqué par l'urgence de redresser les comptes sociaux et la nécessité de trouver des recettes supplémentaires rapidement.

b) Un ONDAM fixé à 2,8 %

L'effort en matière de dépenses porte, quant à lui, essentiellement sur la branche maladie et repose sur **un taux de progression de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2012 fixé à 2,8 %**, ce qui implique 2,1 milliards d'économies réparties comme suit :

Construction de l'ONDAM pour 2012

(en millions d'euros)

Mesures	Economies
Baisse de tarifs en biologie et radiologie	170
Maîtrise médicalisée	550
Baisse de prix de produits de santé	670
Mesures relatives au secteur du médicament	100
Harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières	220
Contrats de performance à l'hôpital	150
Convergence tarifaire ciblée	100
Optimisation des achats à l'hôpital	145
Mesures de lutte contre la fraude à l'hôpital et baisses de tarifs de la liste en sus	55
Total	2 160

Annexe 9 du présent projet de loi de financement

Il est à noter que le taux de progression de l'ONDAM 2011 était de 2,9 % et a été respecté pour la première année depuis sa création en 1997.

Sur l'analyse précise de l'ONDAM, votre rapporteur pour avis renvoie au commentaire de l'article 48 du présent projet de loi.

3. Un déficit qui demeure élevé après les mesures du présent projet de loi

Malgré ces efforts en recettes et en dépenses, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV atteindra encore **19,4 milliards d'euros en 2012, soit plus du double du déficit 2007** (*cf. tableau suivant*).

Les projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi ne laissent, quant à elles, qu'entrevoir **une stabilisation du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base autour de 14 milliards d'euros à l'horizon 2015**, contre 8,9 milliards d'euros en 2007.

Il est intéressant de rappeler que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait **un déficit de l'ensemble des régimes de base de 2,2 milliards d'euros pour 2012, soit environ le déficit de la seule branche famille pour 2012 après les mesures du présent projet de loi**.

Soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (2007-2015)

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011(p)	2012	2012	2013	2014	2015
						avant PLFSS*	après PLFSS			
Maladie	-4,6	-4,4	-10,6	-11,6	-9,6	-12,0	-5,9	-5,1	-3,9	-2,5
Vieillesse	-4,6	-5,6	-7,2	-8,9	-6,0	-6,6	-5,8	-5,9	-5,6	-4,6
Famille	+0,2	-0,3	-1,8	-2,7	-2,6	-2,7	-2,3	-2,6	-2,3	-2,0
Accidents du travail	-0,5	+0,2	-0,7	-0,7	0,0	+0,2	+0,1	+0,2	+0,3	+0,6
Régime général	-9,5	-10,2	-20,3	-23,9	-18,2	-21,2	-13,9	-13,3	-11,5	-8,5
Ensemble des régimes obligatoires de base	-9,1	-9,7	-21,7	-25,5	-20,2	-23,4	-15,7	-15,5	-13,9	-11,0
FSV	+0,2	+0,8	-3,2	-4,1	-3,8	-4	-3,7	-3,4	-3,1	-2,8
Total tous régimes et FSV	-8,9	-8,9	-24,9	-29,6	-24,0	-27,4	-19,4	-18,9	-17,0	-13,8

(*) Prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2011

Source : lois de financement de la sécurité sociale, sauf (*)

B. QUELLES MARGES DE MANŒUVRE ?

1. Une remise en cause des niches sociales véritablement inefficaces

Le Gouvernement a remis au Parlement, en application de l'article 13 de la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, **un rapport d'évaluation de l'ensemble des niches fiscales et sociales en vigueur à la date de publication de la première loi de programmation des finances publiques** (soit le 11 février 2009).

Ce rapport, appelé rapport « Guillaume », du nom de l'inspecteur des finances qui en a supervisé l'élaboration, attribue à chaque niche une note allant de 0 (la plus mauvaise) à 3 (la meilleure).

a) Les principaux enseignements du rapport « Guillaume »

De ce document, il ressort que les **niches sociales sont proportionnellement jugées plus efficaces que les dépenses fiscales par le comité**, puisque celles jugées peu ou pas efficaces correspondent à seulement un tiers du montant total (mais représentent 80 % des dispositifs). Les mesures peu ou pas efficaces (score de 0 ou 1) coûteraient environ 13 milliards d'euros.

Les principaux chiffres du « rapport Guillaume » relatifs aux niches sociales

	Nombre de mesures		Enjeux financiers	
	Nombre	%	Mns €	%
Mesures évaluées	46	68	35 324	92
Mesures non évaluées	22	32	2 894	8
Total	68	100	38 218	100
Score 0	17	37	3 311	9
Score 1	20	43	9 519	27
Score 2	6	13	1 216	3
Score 3	3	7	21 278	60
Total	46	100	35 324	100

Score 0 : mesure non efficace. Score de 3 : mesure efficace (correctement ciblée, coût raisonnable au regard de l'efficacité, outil fiscal/social en lui-même efficace, mesure plus adaptée qu'une dépenses budgétaire ou qu'une mesure non financière).

Source : rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, juin 2011

Cela vient du fait que les niches sociales correspondent pour les deux tiers de leur montant total aux **allègements généraux de charges sur les bas salaires**, qui coûtent environ 21 milliards d'euros en 2011 et, selon les études

disponibles, permettent l'existence d'environ **800 000 emplois**⁴. S'il ne cite pas ce chiffre, le « rapport Guillaume » suggère implicitement un ordre de grandeur analogue⁵. Ainsi, il donne à ces allègements généraux le score de 3, le plus élevé possible.

« Niches sociales » ayant obtenu un score de 0

(en millions d'euros)

Mesure	Chiffrage	Type de bénéficiaires
Exploitants agricoles exerçant leur activité dans les DOM	17	Employeurs seuls
Création d'emploi en zones de revitalisation rurale (ZRR) ou de redynamisation urbaine	18	Employeurs seuls
Organismes d'intérêt général et association en ZRR	61	Employeurs seuls
Arbitres et juges sportifs	34	Employeurs seuls
Exonération pour les travailleurs indépendants en outre-mer	122	Employeurs seuls
Titres restaurant	973	Employeurs et salariés
Chèques vacances	264	Employeurs et salariés
Aide du comité d'entreprise ou de l'entreprise pour le financement d'activités de services à domicile	87	Salariés seuls
Indemnités versées dans certains cas de rupture du contrat de travail	962	Employeurs et salariés
Indemnités versées dans le cadre d'un accord GPEC	0	Employeurs et salariés
Indemnités versées en cas de rupture conventionnelle du contrat de travail	203	Employeurs et salariés

⁴ Ce chiffre de 800 000 emplois ressort de la quinzaine d'études qui ont été faites sur le sujet en France, comme le montre un article publié en janvier 2006 par M. Yannick L'Horty (« Dix ans d'évaluation des exonérations sur les bas salaires », in « Connaissance de l'emploi », n° 24, janvier 2006). Il est également mentionné par le Conseil des prélèvements obligatoires dans son étude relative aux « Prélèvements obligatoires dans une économie globalisée », demandée par la commission des finances en application de l'article L. 351-3 du code des juridictions financières, qui lui a été remise le 7 octobre 2009.

⁵ S'interrogeant sur « l'effet sur l'emploi d'une suppression totale des allègements aujourd'hui », le « rapport Guillaume » indique : « A titre indicatif, un ordre de grandeur peut (...) être donné par l'estimation de Crépon-Desplatz (2001), qui retenait pour fourchette basse un effet emploi des allègements Juppé de 300 000 emplois créés ou sauvegardés, pour un coût annuel de 6,4 milliards d'euros en 1997-1998 (soit 9,4 milliards d'euros en actualisant en 2009 sous l'hypothèse d'une évolution homogène de salaires sur la période). On rappelle qu'en 2009, les allègements Fillon représentent une enveloppe de 22,2 milliards d'euros ». Le « rapport Guillaume » suggère donc implicitement un impact de 22,2 / 9,4 (300 000 ≈ 700 000 emplois).

Mesure	Chiffrage	Type de bénéficiaires
Exonération de CSG et de CRDS sur les rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accidents du travail	425	Salariés seuls
Exonération à la CSG du CLCA et du COLCA	nc	Salariés seuls
Exonération à la CSG de l'Allocation journalière de présence parentale	nc	Salariés seuls
Exonérations de cotisations de sécurité sociale et taux réduit de CSG sur les indemnités journalières maladies allouées aux personnes atteintes d'une ALD	nc	Salariés seuls
Taux réduits et absence de taux majorés pour la taxe sur les salaires pour l'outre-mer	130	Employeurs seuls
Vignette sociale : abattement de 75 % sur la cotisation sur les boissons alcooliques	15	Employeurs seuls

Source : rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, juin 2011

Le tableau qui précède montre, en tous les cas, que **le chantier de la réduction des niches sociales ne sera pas facile à conduire, compte tenu de la forte sensibilité des dispositions en cause**. En toute hypothèse, les suppressions ou réductions de niches sociales doivent s'inscrire, dans le cadre de réformes en profondeur du financement de la sécurité sociale, de manière à accroître son rendement tout en renouant avec la justice fiscale.

b) La remise en cause paradoxale par le Gouvernement des niches sociales les plus efficaces : l'exemple des complémentaires santé

Il est néanmoins intéressant, dès à présent, de regarder quelle appréciation porte ce rapport sur les niches sociales remises en causes en 2011 et en 2012 par le Gouvernement.

Comme l'a souligné notre collègue Nicole Bricq, rapporteure générale, dans son rapport sur les prélèvements obligatoires, **le Gouvernement cible paradoxalement les dispositifs jugés très efficaces par le « rapport Guillaume »**, comme en témoigne le doublement de la taxe sur les complémentaires santé qui avait obtenu un score de 3 par le comité d'évaluation.

Votre rapporteur pour avis, opposé à ce choix, vous propose de revenir sur cette disposition et de « gager » cette mesure, pour moitié, par une hausse de 3 points du forfait social et, pour l'autre, par une hausse de 0,5 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

Il vous proposera, en outre, la révision d'une des mesures les plus coûteuses et sans fondement, les exonérations fiscales et sociales sur les

heures supplémentaires, votées dans le cadre de la loi « Tepsa » d'août 2007, qui représentent un coût total de 4,9 milliards d'euros.

Votre rapporteur pour avis reviendra sur ces deux dispositifs dans la suite du présent rapport.

2. Des chantiers de réformes qui devront être ré-ouverts ou abordés

Du côté des dépenses, trois chantiers devront sans doute être ouverts ou ré-ouverts : **la réforme des retraites, celle du financement de l'assurance maladie et celle de la dépendance.**

a) La réforme des retraites, un financement non assuré

Dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, **la Cour des comptes estime que l'impact de la réforme sur le solde de l'ensemble des régimes de retraite a été surévalué par le Gouvernement**, reprenant, par là même, l'ensemble des observations formulées par le rapporteur pour avis de la commission des finances.

• Selon la Cour, la présentation qui a été faite de la réforme par le Gouvernement inclut, tout d'abord, **deux composantes qui peuvent difficilement être retenues pour apprécier l'impact de la réforme sur les finances publiques :**

- *« La première, intitulée « Effort de l'Etat en faveur de ses fonctionnaires » et qui représente 15 milliards d'euros chaque année, correspond de manière purement conventionnelle à l'augmentation de la contribution du budget général au compte d'affectation spéciale des pensions de 2000 à 2010 » ;*

- *« La deuxième, qui consiste en un basculement de cotisations versées à l'Unedic vers des cotisations de retraite (c'est-à-dire qui revient à gager des augmentations de cotisations retraites par une diminution des cotisations chômage), est envisageable mais encore hypothétique. Les partenaires sociaux se sont accordés en mars 2011 sur le principe d'une baisse des cotisations de chômage, mais son ampleur est indéterminée et elle est soumise à une double condition relative aux évolutions du solde annuel et de l'endettement de l'Unedic. »*

• Par ailleurs, la Cour insiste fortement, comme la commission des finances, sur **l'optimisme des hypothèses prises** en compte. Ces projections s'appuyaient sur le scénario économique intermédiaire du Conseil d'orientation pour les retraites (COR), caractérisé par une baisse du taux de chômage jusqu'à 4,5 % en 2024.

La Cour énonce plusieurs facteurs susceptibles de modifier substantiellement les prévisions relatives à l'état des comptes des régimes de retraite à l'horizon 2020 présentées par le Gouvernement :

- elle note que le COR estimait à 3,8 milliards le besoin de financement supplémentaire des régimes de retraite en 2020 dans son scénario le plus défavorable (avec un taux de chômage de 7 % à long terme) ;

- elle relève que l'ARRCO et l'AGIRC ont réalisé de nouvelles projections de leurs soldes techniques à la fin de 2010, dont il ressort que, pour un même scénario économique que celui du Gouvernement, le solde des régimes supplémentaires pourrait être dégradé de 2,5 milliards en 2020 ;

- elle souligne que l'INSEE a présenté de nouvelles projections démographiques à la fin de 2010 où la population française est un peu plus nombreuse en 2020. L'écart par rapport aux projections antérieures utilisées par le COR étant plus important pour la population de soixante-cinq ans et plus que pour la population de vingt à soixante-quatre ans, le déficit des régimes de retrait serait aggravé de 3,5 milliards en 2020.

• **Même sans remettre en cause les hypothèses macro-économiques retenues par le Gouvernement, il est à rappeler qu'en tout état de cause l'équilibre financier annoncé pour 2008 ne pourra être, au mieux que ponctuel.** A partir de 2020, la question du financement de notre système de retraite par répartition devrait à nouveau se poser car les besoins de financement devraient sensiblement augmenter. Si l'on reprend les hypothèses du COR, les besoins de financement annuels s'élèveraient en 2030 à 70,3 milliards d'euros, soit une progression de 56,2 % par rapport à 2020, contre 39,3 % entre 2010 et 2020.

Ceci semble d'autant plus vraisemblable que certaines marges de manœuvre ont d'ores et déjà été préemptées :

- afin de refinancer les déficits cumulés de la branche vieillesse durant la prochaine décennie, il est prévu de liquider progressivement les actifs du Fonds de réserve des retraites à compter de 2012. Or ce fonds devait permettre initialement de lisser les déficits du système de retraite à partir de 2020 ;

- l'augmentation de la durée de cotisation semble également limitée compte tenu de l'entrée de plus en plus tardive des jeunes sur le marché du travail.

• **Enfin, comme l'avait également souligné la commission des finances, la réforme des retraites provoque des « dépenses connexes ».** La Cour observe que le recul de l'âge minimal de départ en retraite pourrait avoir un impact sur des dépenses sociales autres que les retraites : allocations de chômage, revenu de solidarité active, pensions d'invalidité... Le seul impact sur l'UNEDIC a été évalué à 0,4 milliard.

• Votre rapporteur pour avis note, en outre, que **bien que présentant la réforme des retraites comme entièrement financée, le Gouvernement propose des mesures nouvelles à destination de la CNAV à hauteur de 949 millions d'euros pour 2012**, ce qui peut laisser perplexe quant au bouclage financier de la réforme :

- affectation de la moitié du produit de la hausse des prélèvements sociaux sur les revenus du capital ;

- réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières.

b) L'assurance maladie, l'absence de réforme de fond de son financement

S'agissant de l'assurance maladie, celle-ci est destinataire, comme cela a été indiqué précédemment, de près des deux-tiers des mesures de recettes pour l'année prochaine, ce qui témoigne des difficultés auxquelles doit faire face cette branche.

Dans son rapport précité, la Cour des comptes insiste sur la nécessité d'une réforme du financement de l'assurance maladie dont les déficits ne pourront pas être réduits par la seule maîtrise des dépenses :

« L'analyse des risques à l'horizon 2020 a mis en évidence que même si la croissance effective de la dépense se limite bien à 2,8 % l'an, la réduction du déficit de l'assurance maladie ne sera que très lente. Le déficit ne disparaîtrait qu'en 2027 si la masse salariale progressait au rythme moyen constaté au cours des douze dernières années et en 2018 dans l'hypothèse, optimiste, où elle atteindrait 4,3 % l'an. La maîtrise future de la dépense ne suffisant pas à corriger rapidement le déficit « en base », la question du financement de l'assurance maladie, éludée dans les faits depuis la crise de 2008, devra donc rapidement être mise en débat et tranchée. Si tel n'était pas le cas, la France, à la différence par exemple de l'Allemagne qui n'accepte aucun déficit durable en ce domaine, se placerait durablement dans la situation de reporter, à travers l'accumulation des déficits, la charge des dépenses de soins courants sur les générations futures. L'année 2014, qui suit celle au cours de laquelle le redressement global des finances publiques doit être réalisé selon le programme de stabilité, devrait voir la disparition de ce déficit spécifique que rien, hors circonstances économiques exceptionnelles, ne justifie. »

c) La dépendance, une réforme reportée

Enfin, un autre chantier, jusqu'ici reporté, devra être abordé, celui de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

En février dernier, le Président de la République a lancé le débat national sur la dépendance. Quatre groupes de travail ont été créés à cette occasion, chargés de formuler des constats et des propositions sur les principaux enjeux de la réforme à venir :

- société et vieillissement ;
- enjeux démographiques et financiers de la dépendance ;
- accueil et accompagnement des personnes âgées ;
- stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

Les groupes de travail ont remis leurs rapports le 21 juin dernier. Ces travaux fournissent des indications utiles sur les efforts financiers qui devront être accomplis pour assurer dans de bonnes conditions la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Pour le groupe de travail chargé de réfléchir aux modalités de couverture financière de la dépendance des personnes âgées, les surcoûts de la dépendance peuvent être estimés à près de **34 milliards d'euros** ; ils sont couverts à environ 70 % par la puissance publique (24 milliards d'euros), le reste demeurant à la charge des familles.

Compte tenu du contexte macro-économique actuel, le Gouvernement ne propose pas de réforme de la prise en charge de la dépendance cet automne.

CHAPITRE II

LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES

I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES

Le présent projet de loi propose de réduire le déficit tendanciel 2012 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV de 8 milliards d'euros. Cet effort repose sur **des mesures de recettes à hauteur de 6,4 milliards d'euros**.

Les mesures de recettes consistent principalement en **des réductions de niches sociales** et des révisions ou introductions de **taxes comportementales**.

Elles représentent environ **60 % de l'effort de réduction du déficit public annoncé par le Gouvernement au mois d'août dernier**.

Pour près de la moitié, **ces recettes ont été prévues dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2011 de septembre dernier**. L'autre moitié est introduite dans le présent projet de loi de financement ou le projet de loi de finances pour 2012, ou encore fera l'objet de mesures réglementaires.

La branche maladie du régime général bénéficiera, à elle seule, des deux-tiers de ces recettes supplémentaires, soit 4,1 milliards d'euros.

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble de ces mesures et leur rendement.

**Récapitulatif des mesures de recettes en faveur de la sécurité sociale
(ensemble des régimes obligatoires)**

(en millions d'euros)

	Régimes général					Tous régimes
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches	Toutes branches
Mesures nouvelles sur les recettes	4 129	17	949	484	5 580	6 173
Mesures de la LFR 2011	2 138	0	742	53	2 933	2 933
Passage de 12,3 % à 13,5 % du taux des prélèvements sociaux sur les revenus du capital	665		665		1 330	1 330
Réforme du régime d'imposition des plus values immobilières	423		77	53	553	553
Passage à 7 % du taux réduit de taxe sur les conventions d'assurance dont bénéficient les contrats solidaires et responsables	1 050				1 050	1 050
Mesures du PLFSS 2012	1 329	0	207	317	1 853	2 330
Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des exonérations générales	276		207	117	600	600
Modification des règles d'abattement pour frais professionnels sur les assiettes CSG et CRDS	393			60	453	453
Augmentation de 2 % du taux du forfait social	410				410	410
Assujettissement à la CSG à 6,2 % du complément de libre choix activité				140	140	140
Harmonisation de l'assiette de la C3S et de la C3S additionnelle pour le secteur financier						38
Hausse des droits sur les boissons alcoolisées						340
Révision du barème de la taxe sur les véhicules de société						100
Renforcement de l'efficacité des recours contre tiers	100				100	100
Hausse de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires	150				150	150
Mesures du PLF 2012	120	0	0	0	120	120
Cotisation sur les boissons à sucre ajouté	120				120	120
Autres mesures	542	17	0	115	674	790
Hausse des prix du tabac	392	7		65	464	580
Alignement des assiettes et taux de cotisation des industries électriques et gazières sur le droit commun	150	10		50	210	210

Source : annexe 9 du PLFSS pour 2012

Récapitulatif des mesures de recettes en faveur du FSV

Loi de finances rectificative pour 2011	
Réforme du régime des plus-values immobilières	74
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012	
Modification des règles d'abattement pour frais professionnels sur les assiettes de CSG et CRDS	62
Homogénéisation de l'assiette de la C3S et de la C3S additionnelle dans le secteur financier	112
Total	174
TOTAL FSV	248

Source : annexe 9 du PLFSS pour 2012

A. LES MESURES INTRODUITES EN DEHORS DE LA LOI DE FINANCEMENT

1. Le doublement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à laquelle sont assujettis les contrats de santé « solidaires et responsables » (TSCA)

L'article 9 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011 a, d'une part, **porté de 3,5 % à 7 % le taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)** appliqué aux contrats d'assurance maladie dits « solidaires et responsables » et, d'autre part, majoré de 7 % à 9 % le taux appliqué aux contrats d'assurance maladie « ordinaires ».⁶

a) La remise en cause en deux temps de l'exonération dont bénéficiaient les « contrats solidaires et responsables »

L'article 991 du code général des impôts (CGI) prévoit **l'assujettissement à la TSCA de toute convention d'assurance** conclue avec une société ou compagnie d'assurances ou avec tout autre assureur français ou étranger, quels que soient le lieu et la date auxquels elle a été conclue.

Plusieurs cas d'exonérations de TSCA sont prévus par les articles 995 à 1000 du CGI. Parmi ceux-ci figuraient avant l'adoption de la loi de finances pour 2011 :

- d'une part, les contrats d'assurance maladie facultatifs souscrits de manière individuelle ou collective dits « solidaires et responsables » ;

⁶ La hausse de la TSCA sur les contrats de santé « solidaires et responsables » est affectée à la branche maladie (1,1 milliard d'euro), alors que la recette supplémentaire - d'environ 23 millions d'euros - issue de la hausse de la TSCA sur les contrats non solidaires et non responsables est affectée aux départements.

- d'autre part, les contrats d'assurance maladie obligatoires souscrits de manière collective dits « solidaires et responsables ».

Cette double condition (solidaire et responsable) pour bénéficier d'une exonération de TSCA a été introduite en deux temps :

- la **notion de « contrats solidaires »** a d'abord été introduite par l'article 63 de la loi de finances rectificative pour 2001. Il s'agit des contrats qui, d'une part, ne prennent pas en compte l'état de santé de l'assuré pour la tarification des primes et cotisations et, d'autre part, **ne reposent pas sur un questionnaire médical** ;

- à cette notion de contrats solidaires, l'article 57 de la loi n° 2004 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a ajouté celle de « **contrats responsables** ». Pour bénéficier de cette appellation, les contrats d'assurance maladie sont tenus de prendre en charge certaines prestations de prévention et, en revanche, de ne pas prévoir la prise en charge de certaines participations forfaitaires destinées à responsabiliser les assurés (les franchises médicales, par exemple).

Les conditions pour bénéficier de l'appellation « contrat responsable »

- **Les obligations minimales de prise en charge**

Un contrat « responsable » doit prendre en charge les prestations liées à la prévention et celles liées aux consultations du médecin traitant et à certaines prescriptions (au moins 30 % du tarif servant de base au remboursement par l'assurance maladie pour les consultations du médecin traitant et du médecin correspondant ; au moins 30 % du même tarif pour les médicaments remboursables au taux le plus élevé prescrits par le médecin traitant ou le médecin correspondant ; au moins 35 % du même tarif pour les frais d'analyses et de laboratoire prescrits par les mêmes personnes).

- **Les interdictions de prises en charge**

Un contrat « responsable » ne doit pas couvrir :

- la participation forfaitaire de 1 euro à la charge des assurés pour chaque acte ou chaque consultation ;

- la majoration du ticket modérateur en l'absence de désignation de médecin traitant ou lorsque la consultation s'effectue en dehors du parcours de soins ;

- la majoration du ticket modérateur en cas de refus du patient d'autoriser l'accès ou la modification de son dossier médical personnel par le professionnel de santé ;

- les dépassements d'honoraires en cas de consultation d'un médecin par un patient qui n'y a pas été adressé par son médecin traitant ;

- les franchises médicales sur les boîtes de médicaments (50 centimes), les actes paramédicaux (50 centimes) et les transports (2 euros).

Source : commission des finances, d'après l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale

L'objectif de cette exonération était de **favoriser le développement de la couverture complémentaire santé de la population tout en incitant les assurés à respecter un parcours de soins vertueux** et à optimiser les dépenses de santé.

Selon les données du ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, aujourd'hui plus de 90 % des contrats de santé seraient « solidaires et responsables ».

Dans un premier temps, l'article 21 de la loi de finances pour 2011 a **abrogé l'exonération** dont bénéficiaient les contrats d'assurance maladie dits « solidaires et responsables » **pour la remplacer par une taxation à 3,5 %**, soit la moitié du taux appliqué aux contrats d'assurance maladie « ordinaires », taxés eux à 7 %.

Dans un second temps, l'article 9 de la loi de finances n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011 a **porté de 3,5 % à 7 % le taux de la TSCA appliqué aux mêmes contrats**.

b) La position de votre rapporteur pour avis

Si votre rapporteur pour avis admet **la nécessité d'un effort partagé de tous les acteurs du secteur de la santé au redressement des comptes sociaux** et, donc, par la même, prend acte du souhait du Gouvernement, à l'automne dernier, de remettre en cause l'exonération totale de TSCA dont bénéficiaient les contrats « solidaires et responsables », **il regrette en revanche vivement le doublement de cette taxe huit mois plus tard**.

Cette nouvelle contribution des organismes complémentaires, à hauteur à nouveau d'1,1 milliard d'euros, n'est en effet pas neutre. Outre que se pose la question de sa **répercussion sur les cotisations demandées aux adhérents**, elle conduit plus largement à **s'interroger sur l'évolution même de notre système de protection sociale**.

(1) Une dépense fiscale dont l'efficacité n'est in fine remise en cause par personne

A titre liminaire, votre rapporteur pour avis note que **l'efficacité de la dépense fiscale, dont bénéficiaient les complémentaires santé « solidaires et responsables »** avant la loi de finances rectificative de septembre dernier, n'est *in fine* **contestée par personne** :

- d'une part, le **comité « Guillaume »**, chargé d'évaluer l'ensemble des dépenses fiscales et des « niches sociales », **attribue un score de 3 à cette disposition** (soit le score maximal), considérant que « *le maintien d'un régime privilégié, avec un taux réduit de 3,5 % est de nature à préserver un avantage compétitif sur les contrats moins encadrés et, en conséquence, à ne pas affaiblir l'incitation qu'ils constituent sur le comportement des usagers* » ;

- d'autre part, le Gouvernement, lui-même, reconnaît indirectement l'efficacité de cette mesure puisque **le dispositif proposé dans le cadre de la**

loi de finances rectificative pour 2011 revient, en quelque sorte, à créer une nouvelle dépense fiscale en faveur des contrats de santé « solidaires et responsables » puisqu'un nouveau différentiel de taux – certes de moindre ampleur – est réintroduit entre, d'une part, les contrats dits « solidaires et responsables » et, d'autre part, les contrats « ordinaires », comme en rend compte le tableau suivant.

Evolution de l'écart de taxation entre les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables » et les autres contrats d'assurance maladie

	Avant le 1^{er} janvier 2011	1^{er} janvier 2011 – 30 septembre 2011 <i>(LFI pour 2011)</i>	A compter du 1^{er} octobre 2011 <i>(LFR pour 2011)</i>
Taux de TSCA appliqué sur les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables »	0 %	3,5 %	7 %
Taux de TSCA appliqué sur les autres contrats d'assurance maladie	7 %	7 %	9 %
Ecart de taxation	Ecart de 7 points	Ecart de 3,5 points	Ecart de 2 points

Source : commission des finances

La mesure proposée en septembre apparaît dès lors **davantage comme une mesure de rendement (augmentation générale des taux de taxation des contrats de santé) que comme une mesure de réduction de « niches sociales »**.

(2) Un doublement de la taxation qui sera répercuté sur les assurés

L'inconvénient majeur de ce doublement de la TSCA réside dans la répercussion de cette charge nouvelle sur les adhérents.

• Outre que celle-ci a déjà été annoncée par les complémentaires santé, il convient de rappeler, comme le montre le tableau suivant, que **ce secteur a vu son régime fiscal s'alourdir ces dernières années** : avant la suppression de l'exonération de TSCA dont bénéficiaient les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables » et son remplacement par un niveau de taxation intermédiaire en loi de finances initiale pour 2011 (soit un impact financier d'1,1 milliard d'euros), il est à rappeler qu'en 2009, le taux de la contribution des complémentaires santé au fond « CMU-c », assise sur les primes et cotisations émises, a été plus que doublé, passant de 2,5 % à 5,9 %⁷.

⁷ La LFSS pour 2011 a transformé cette contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance à hauteur de 6,27 % sans conséquence financière puisque l'assiette de la contribution a été en même temps modifiée.

Compte tenu de ce rendement, cette contribution constitue la seule source de financement du fonds « CMU-c » qui finance le dispositif de la CMU-complémentaire (prise en charge de la protection complémentaire des assurés les plus modestes) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (réduction des cotisations du contrat de santé pour les personnes non éligibles à la CMU-c sous conditions de ressources).

Impact financier des mesures fiscales récentes appliquées aux complémentaires santé

Texte juridique	LFSS pour 2009	LFI pour 2011	Présent projet de loi
Mesure	Augmentation de 3,4 points de la contribution au fonds « CMU-c »	Suppression de l'exonération de TSCA et taxation à 3,5 % des contrats « solidaires et responsables »	Doublement de la TSCA appliquée aux contrats « solidaires et responsables »
Impact financier	1 milliard d'euros supplémentaire	1,1 milliard d'euros supplémentaire	1,1 milliard d'euros supplémentaire

Source : commission des finances

• Par ailleurs, contrairement au doublement de la contribution des complémentaires santé au fond « CMU-c » qui avait donné lieu à un engagement des mutuelles à garantir une stabilité des cotisations demandées à leurs assurés au titre de l'année 2009⁸, **aucun engagement de même nature n'a été pris s'agissant de l'assujettissement des contrats santé « solidaires et responsables » à la TSCA.**

Aucune estimation de cette éventuelle répercussion sur le tarif des contrats santé – comme de l'impact des mesures décidées cet automne – n'a pu, à ce stade, être transmise à votre commission des finances. Il est, en effet, difficile de distinguer précisément, dans la hausse des tarifs pratiqués, ce qui relève de l'augmentation d'une taxe de ce qui relève de l'augmentation naturelle des dépenses de santé financées par les complémentaires santé.

Si une telle répercussion était effectivement constatée, **elle serait néanmoins directement supportée par les adhérents, qui pourraient choisir soit de conserver leur contrat moyennant une augmentation de son prix, soit de souscrire un contrat garantissant un moindre degré de protection, soit encore de renoncer à une complémentaire santé.** Ces effets sont difficiles à évaluer et dépendront de l'ampleur de la répercussion.

• Il est, à cet égard, intéressant de noter que **le Gouvernement admet indirectement cette possibilité d'une répercussion sur les prix des**

⁸ Lettre en date du 28 juillet 2008 co-signée par Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Eric Woerth, alors ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française : « Les mutuelles feront les meilleurs efforts, dans le contexte européen actuel, pour ne pas répercuter cette contribution dans les cotisations de leurs adhérents, dès lors qu'elles seront associées plus étroitement à la gestion du risque santé et que les règles du système de soins évolueront ».

contrats de santé puisqu'il propose, dans le même temps, de renforcer l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les publics les plus modestes.

En effet, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a déposé un amendement tendant à relever le plafond de ressources pour l'accès à ce dispositif, soit le plafond de ressources de la CMU-C majoré de 35 %, au lieu de 30 % prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'accueillir favorablement cette initiative, même si elle permet indirectement au Gouvernement de se donner « bonne conscience » face aux conséquences négatives de l'augmentation de la TSCA sur les complémentaires santé.

CMU de base, CMU-c et Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Les dispositifs relatifs à la CMU-c et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ne doivent pas être confondus avec la CMU dite de « base ». Alors que les deux premiers relèvent de la couverture maladie complémentaire, la CMU de base concerne l'assurance maladie obligatoire.

- **La CMU de base**

Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève de la couverture maladie universelle (CMU) de base **lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre** (activité professionnelle, ayant droit et maintien des droits) **aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité**. La CMU de base lui permet de bénéficier gratuitement de ces prestations. Toutefois, si le revenu fiscal de référence du foyer dépasse un plafond (9 164 euros), le bénéficiaire doit acquitter une cotisation. Le nombre de bénéficiaires de la CMU de base s'élève à 2,2 millions environ.

- **La CMU-c**

La CMU-complémentaire ou CMU-c offre, depuis le 1^{er} janvier 2000, **un accès sous condition de ressources à une complémentaire santé gratuite**. Le plafond de ressources (*cf. infra*) varie selon la composition du foyer.

Selon les derniers chiffres de la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de juin 2011, le nombre de bénéficiaires de la CMU-c est estimé à **4,3 millions** en 2010.

- **L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)**

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), entrée en vigueur en 2005, est destinée à **aider, sous condition de ressources, les personnes non éligibles à la CMU-c à souscrire une complémentaire santé**. Elle consiste en l'octroi d'une réduction de cotisation à une complémentaire santé.

Le plafond de ressources pour en bénéficier a été revalorisé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Celui-ci est passé du plafond de la CMU-c majoré de 20 % au plafond de la CMU-c majoré de 26 %. Il devrait atteindre – avant le présent PLFSS –, en 2012, le plafond de la CMU-c + 30 %.

Quant au montant de l'aide, il a beaucoup évolué depuis sa création. Plafonné au montant de la prime due, il varie en fonction de l'âge du bénéficiaire : 100 euros pour les moins de 16 ans, 200 euros pour les 16-49 ans, 350 euros pour les 50-59 ans et 500 euros pour les 60 ans et plus.

Selon les données transmises par le ministère du budget, à la fin du mois de juin 2011, en glissement annuel, le nombre de bénéficiaires de l'ACS s'établit à **680 295**. Sur le premier semestre 2011, il a ainsi augmenté de 14 % par rapport à la même période un an plus tôt.

Plafonds de ressources pour l'attribution de la CMU-c et de l'ACS en métropole en 2011

(en euros)

Nombre de personnes	Plafond annuel CMU-c	Soit par mois	Plafond annuel ACS	Soit par mois
1	7 771	648	9 798	816
2	11 657	971	14 688	1 224
3	13 988	1 166	17 625	1 469
4	16 320	1 360	20 563	1 714
5	19 428	1 619	24 479	2 040
Par personne en plus	+ 3 108,48	+ 259,04	+ 3 916,68	+ 326,39

(3) Une question plus générale est posée, celle de l'accès aux soins

La mesure adoptée en septembre dernier qui conduit à une nouvelle contribution indirecte, par le biais de la fiscalité, des organismes complémentaires au financement des dépenses de la sécurité sociale, pose plus largement la question de l'architecture de notre système de protection sociale, et notamment celle de **la répartition des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire** et l'accès à cette dernière.

La France se caractérise encore aujourd'hui par un taux de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale élevé. Dans son dossier de presse sur le PLFSS, le Gouvernement indique que le reste à charge des ménages diminue, pour s'établir à 9,4 % de la consommation des soins et biens médicaux.

Cependant, il convient de noter que **le maintien de taux de prise en charge globaux assez élevés peut masquer des différences importantes entre assurés.** Ainsi, la forte croissance des dépenses relatives à la prise en charge des personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) – remboursés à 100 % – tire mécaniquement vers le haut les taux de prise en charge globaux, alors que ces dépenses se concentrent sur moins de 10 millions d'assurés.

Par ailleurs, comme l'indique le Conseil économique, social et environnemental dans son avis sur la protection sociale rendu au mois de juillet dernier à la suite d'une saisine du Premier ministre⁹, **l'accès à une complémentaire santé demeure inégalitaire en dépit des mesures destinées à favoriser cet accès (CMU-c, ACS).**

⁹ Avis rendu le 18 juillet 2011 suite à la saisine du Conseil économique, social et environnemental par lettre du Premier ministre en date du 17 mars 2011.

Selon le Conseil, parmi les 6 % de la population ne disposant pas d'une complémentaire santé en 2008 –soit 4 millions de personnes –, 46 % ne peuvent y accéder pour des raisons financières, 22 % par choix et 14 % en raison d'une prise en charge à 100 %. Le Conseil précisait :

« Certaines catégories sociales, comme les étudiants, les salariés de petites entreprises, les retraités et les chômeurs rencontrent de plus en plus de difficultés pour financer une complémentaire santé. La situation des jeunes étudiants, par exemple, apparaît préoccupante (34 % renoncent aux soins pour des raisons financières et 19 % ne disposent pas d'une mutuelle). Les jeunes en insertion professionnelle peuvent également rencontrer des difficultés pour accéder à une complémentaire santé ».

Par ailleurs, comme l'indiquait le Conseil des prélèvements obligatoires dans son rapport d'octobre 2010 intitulé « Entreprises et « niches fiscales et sociales » », **la couverture complémentaire conduit à une inégalité entre les personnes couvertes par un contrat individuel et les personnes relevant d'un contrat collectif :**

« Les contrats individuels représentent structurellement un taux d'effort plus important pour les ménages. En effet, les souscripteurs ne bénéficient pas de la participation de l'employeur et ces contrats sont moins avantageux – en termes de rapport coût-couverture – du fait du pouvoir de négociation des adhérents individuels, bien moindre que celui des employeurs dans le cadre des contrats collectifs ».

La répercussion de la hausse de la TSCA sur le coût des contrats santé risque ainsi d'être davantage préjudiciable aux non-salariés ou aux salariés de petites entreprises qui ne proposent pas de contrats collectifs.

Il est regrettable que la répartition assurance obligatoire/organismes complémentaires n'ait jamais fait l'objet d'un réel débat public et soit davantage le produit, comme cette année, d'une succession de décisions techniques sans approche globale (déremboursements, création de nouvelles participations de l'assuré, transferts financiers par le biais de la fiscalité), plutôt que le résultat de choix débattus et explicites.

Votre rapporteur pour avis vous propose un amendement portant article additionnel ramenant pour 2012 à 3,5 % le taux de TSCA appliquée aux contrats de santé « responsables et solidaires ».

La perte de recettes pour la branche maladie serait compensée, pour moitié, par une hausse du forfait social et, pour l'autre, par une augmentation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

2. L'augmentation de la taxation des revenus du patrimoine

a) La réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières hors résidence principale

L'article 1^{er} de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011 a également procédé à **des aménagements du régime d'imposition des plus-values immobilières, hors résidence principale**, qui conduisent à des recettes pour la sécurité sociale d'environ **553 millions d'euros**.

En effet, jusqu'alors, les plus-values réalisées par des personnes physiques lors de la cession à titre onéreux d'immeubles, bâtis ou non, détenus à titre privé et qui ne constituaient pas leur résidence principale, étaient soumises à un prélèvement forfaitaire libératoire de 19 %, auquel s'ajoutaient les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine (*cf. infra*).

Toutefois, un abattement pour durée de détention de 10 % par an au-delà de la 5^{ème} année était appliqué à la plus-value ainsi calculée. Les ventes réalisées au-delà de la 15^{ème} année de détention du bien étaient donc totalement exonérées d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux.

Tout en **conservant l'exonération actuelle des résidences principales**, le dispositif initialement proposé par le Gouvernement prévoyait :

1) de **supprimer l'abattement dérogatoire pour durée de détention** de 10 % par an au-delà de la cinquième année ;

2) de **supprimer l'abattement fixe de 1 000 euros**, pour déterminer l'assiette imposable des plus-values immobilières ;

3) de **rétablir la prise en compte de l'inflation dans le prix d'acquisition** servant au calcul de la plus-value, afin de ne pas soumettre à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux, des plus-values qui ne résulteraient que de l'érosion monétaire, en particulier lors de la cession de biens détenus par le cédant de longue date.

L'Assemblée nationale a assoupli le dispositif. Ces différentes initiatives ont eu pour objet principal de **rétablir le principe d'un abattement pour durée de détention** mais d'aménager cet abattement afin de porter le délai au terme duquel intervient l'**exonération totale** des biens immobiliers de 15 ans à **30 ans** et, en contrepartie, de **supprimer la prise en compte de l'inflation dans la détermination du prix d'acquisition**.

b) L'augmentation de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital

L'article 10 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011 a, quant à lui, **augmenté de 1,2 point le taux du prélèvement social sur les revenus du capital**.

Les revenus du patrimoine, ainsi que les produits de placement sont désormais, depuis la loi de finances rectificative pour 2011, soumis au **taux global de prélèvements sociaux de 13,5 %**.

Deux types de revenus concernés : les revenus de placement et les revenus du patrimoine

• **Les prélèvements sociaux dits sur les « revenus du patrimoine »**

Aux termes de l'article 136-6 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus du patrimoine, les personnes physiques fiscalement domiciliées en France sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine, assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu :

- des revenus fonciers ;
- des rentes viagères à titre onéreux ;
- des revenus des capitaux mobiliers qui ne sont pas soumis aux prélèvements sociaux sur les revenus d'activité au titre de l'article 136-3 du code de la sécurité sociale, et qui n'ont pas été soumis aux prélèvements sociaux au titre des produits de placement ;
- des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises ainsi que sur les marchés d'options négociables, soumis à l'impôt sur le revenu à un taux proportionnel ;
- des plus-values mentionnées à l'article 167 bis du code général des impôts (plus-values latentes constatées sur les droits sociaux) ;
- de tous les types de revenus entrant, dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices agricoles, à l'exception de ceux qui sont assujettis à la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement définie aux articles L. 136-1 à L. 136-5 du code de la sécurité sociale.

Sont également assujettis à la contribution les revenus taxés forfaitairement, en cas de disproportion marquée entre le train de vie d'un contribuable et ses revenus, d'après certains éléments de train de vie et en cas de présomption de revenu et en fonction des éléments de train de vie.

Enfin, sont concernés par la contribution sociale sur les revenus du patrimoine tous les revenus dont l'imposition est attribuée à la France par une convention internationale relative aux doubles impositions, et qui n'ont pas supporté la CSG au titre des revenus d'activité ou de remplacement.

• **Les prélèvements sociaux dits sur les « revenus de placement »**

Aux termes de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution sociale généralisée sur les produits de placement, l'assiette de ce prélèvement est essentiellement composée :

- des produits de placement entrant dans le champ du prélèvement libératoire (intérêts des comptes sur livrets, comptes courants, revenus obligataires) ;
- des plus-values immobilières ;
- des dividendes (depuis le 1er janvier 2008) ;
- des intérêts et primes d'épargne des comptes et plan d'épargne logement ;
- des produits d'assurance-vie ;
- des produits des plans d'épargne populaire ;
- des plans d'épargne en action (PEA).

Ce taux global recouvre en réalité cinq prélèvements et contributions :

- **la contribution sociale généralisée (CSG)** au taux de 8,2 % (art. L. 136-6 du code de la sécurité sociale) ;

- **la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)** au taux de 0,5 % (art. 15 et 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale) ;

- **le prélèvement social au taux de 3,4 %** (art. L. 245-16 du code de la sécurité sociale) – qui a été modifié par la loi de finances rectificative pour 2011 ;

- **la contribution additionnelle au prélèvement social au taux de 0,3 %** (contribution solidarité-autonomie), codifiée à l'article L. 14-10- 4 du code de l'action sociale et des familles ;

- **la contribution additionnelle au prélèvement social au taux de 1,1 %** (contribution au financement du revenu de solidarité active), codifiée à l'article L. 262-24 du code précité.

Enfin, il faut rappeler que **ce taux du prélèvement social de 13,5 % s'ajoute aux prélèvements libératoires de droit commun de 19 %**. Cependant, de nombreuses dérogations permettent aujourd'hui d'atténuer ces derniers.

En effet, si, pour les impôts, la règle « normale » est celle du prélèvement libératoire au taux de 19 %, elle subit de nombreuses exceptions :

- les dividendes peuvent être taxés au barème de l'impôt sur le revenu après abattement de 40 % ;

- il existe par ailleurs de nombreux produits permettant aux investisseurs, sous certaines conditions, de n'être frappés que de façon réduite – c'est par exemple le cas de la taxation de l'assurance-vie à 7,5 % au-delà de

huit ans de détention – voire d’être exonérés d’impôt (livrets, PEA, certains PEL, etc.) ;

- la détention longue de valeurs mobilières permet également de bénéficier d’un abattement d’un tiers par an au-delà de la cinquième année.

c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis prend acte ces deux dispositifs qui constituent une **part significative du plan annoncé par le Gouvernement** puisque, en année pleine, la recette globale de ces deux mesures est évaluée à **1 883 millions d’euros**, soit 17 % de l’objectif en matière de réduction des déficits publics.

Ces mesures tendent surtout à rapprocher **le niveau des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine de celui des prélèvements sociaux sur les revenus du travail**, même si les marges de progrès en la matière demeurent importantes.

C’est pourquoi, comme il l’a indiqué précédemment, **votre rapporteur pour avis souhaite compenser, pour partie, la diminution de recettes résultant de l’abaissement du taux de la TSCA qu’il propose par ailleurs, par une augmentation de 0,5 point des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine.**

3. La taxe sur les boissons sucrées

Une dernière mesure aura un impact sur les recettes de la sécurité sociale, mais sera examinée dans un autre texte que le présent projet de loi, **l’instauration d’une taxe sur les boissons sucrées.**

a) Le dispositif proposé et son élargissement

L’**article 46** du projet de loi de finances (PLF) pour 2012 prévoit, en effet, la **création d’une contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés**. Le montant de la contribution envisagée vise à augmenter le prix de ces produits et ainsi à dissuader le consommateur en l’orientant vers d’autres types de boissons.

En première lecture, l’Assemblée nationale a proposé :

- d’une part, de **doubler le tarif de la contribution**, qui s’élèverait ainsi à 2 centimes par canette de 33 centilitres. Le produit de la taxe devrait ainsi atteindre environ **240 millions d’euros**. La moitié de cette recette, dans la limite de 120 millions d’euros, devrait être affectée la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés. L’autre partie de ce produit sera affectée au budget général, ce qui conduit au rattachement de la mesure à la première partie du présent projet de loi, le surplus de recette pour l’Etat pouvant être mobilisé pour financer des allègements de charges sociales en faveur du monde agricole ;

- d'autre part, d'**élargir son assiette aux boissons qui comportent des édulcorants**, pour un produit supplémentaire de 40 millions d'euros en 2012.

b) Une taxe à vocation de santé publique ?

L'exposé des motifs de l'article 26 du PLF présente cette mesure, comme un dispositif **de santé publique destinée à lutter contre l'obésité** qui représente un coût pour l'assurance maladie évalué à 10 milliards d'euros¹⁰.

Votre rapporteur pour avis approuve l'objectif poursuivi par la mesure. Il est vrai que les déséquilibres de l'alimentation sont à l'origine du développement de nombreuses pathologies et troubles chroniques, dont le surpoids et l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète, voire même certaines formes de cancer.

Il regrette néanmoins que ce dispositif, comme les autres durcissements de taxes comportementales proposés par ailleurs (taxe sur les véhicules de société, droits sur les alcools, droits sur les tabacs), **intervienne à un moment avant tout marqué par l'urgence de redresser les comptes sociaux et la nécessité de trouver des recettes supplémentaires rapidement.**

Il est à noter que le Sénat avait déjà, il y a quatre ans, proposé un dispositif similaire lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, qui n'avait pas alors été retenu.

Il regrette, en outre, que le produit de cette taxe ne soit pas entièrement destiné à l'assurance maladie, puisqu'à la suite des débats à l'Assemblée nationale, une partie de la mesure devrait financer des exonérations de charges sociales en faveur des agriculteurs.

Votre rapporteur attire, enfin, l'attention sur les risques, par le recours au levier fiscal, de **pénaliser les catégories socioprofessionnelles les plus modestes.** En effet, comme le précise un rapport des inspections générales des finances et des affaires sociales sur la mise en place d'une taxe nutritionnelle de 2008, **l'obésité touche inégalement les milieux sociaux et cette inégalité n'a cessé d'augmenter en France depuis une vingtaine d'années.**

Selon cette étude, entre 1981 et 2003, l'obésité a le plus fortement augmenté chez les agriculteurs, les ouvriers, les artisans commerçants, les chefs d'entreprise et les employés. *A contrario*, les cadres et « *professions intellectuelles supérieures* » restent les moins touchés. Ainsi, en 2005, le pourcentage d'enfants obèses de parents cadres était de 0,6 % contre 6,1 % s'agissant des enfants d'ouvriers.

Selon l'enquête d'épidémiologie nationale sur le surpoids et l'obésité (OBEPI) de 2006, **les écarts de prévalence de l'obésité selon les revenus se**

¹⁰ Audition devant la commission des finances de François Baroin, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, et de Valérie Pécresse, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État – mercredi 28 septembre 2011.

sont fortement accentués entre 1997 et 2006, comme en rend compte le tableau suivant :

Evolution de la prévalence de l'obésité selon les revenus entre 1997 et 2006

(en %)

	Revenu mensuel < 900 euros	Revenu mensuel compris entre 1 901 et 2 300 euros	Revenu mensuel compris entre 3 801 et 5 300 euros
Prévalence de l'obésité en 1997	12,1	7,2	4,9
Prévalence de l'obésité en 2006	18,8	11,8	6,6
Différentiel	6,7	4,6	1,7
Variation	+ 55 %	+ 64 %	+ 35 %

Source : OBEPI 2006

C'est pourquoi, pour votre rapporteur, la politique de prévention définie par le Programme national nutrition santé (PNNS) et le plan « Obésité » doit être réaffirmée et renforcée parallèlement à l'effet signal opéré par l'outil fiscal qui ne peut que constituer un levier d'action complémentaire à la prévention.

Le programme national nutrition santé (PNNS)

Lancé en janvier 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. En 2006 a été lancé pour 5 ans le PNNS 2 (2006-2010). Il a prolongé, précisé et renforcé les axes du PNNS. Une troisième version du PNNS pour les années 2011-2015 a été présentée au mois de juillet 2011. Ses objectifs et sa stratégie seront élaborés en étroite collaboration avec le « Plan Obésité », lancé en 2010.

• Axe 1 - Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention

Mesure 1 : Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle

Mesure 2 : Décliner la stratégie de prévention nutritionnelle dans le champ de l'alimentation

Mesure 3 : Mettre en oeuvre les actions ayant un impact de santé publique mentionnées dans le Programme éducation santé 2011-2015 et complémentaires à ce programme

Mesure 4 : Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle

Mesure 5 : Promouvoir l'allaitement maternel

- **Axe 2 - Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité**

Mesure 1 : Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous

Mesure 2 : Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques

- **Axe 3 - Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition : diminuer la prévalence de la dénutrition**

Mesure 1 : Organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient

Mesure 2 : Prévenir et dépister la dénutrition

Mesure 3 : Prendre en charge la dénutrition

Mesure 4 : Prévenir et prendre en charge les troubles nutritionnels des populations en situation de handicap

- **Axe 4 - Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes**

Mesure 1 : Promouvoir le PNNS comme la référence en matière de « nutrition et santé »

Mesure 2 : Développer les chartes d'engagement des collectivités territoriales actives du PNNS

Mesure 3 : Développer les chartes d'engagement des entreprises au profit des salariés

Mesure 4 : Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS

- **Volet transversal - Formation, surveillance, évaluation et recherche**

Mesure 1 : Contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique

Mesure 2 : Maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer des outils nouveaux indispensables

Mesure 3 : Clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes de l'évaluation

Mesure 4 : Contribuer aux orientations de la recherche en nutrition et santé publique

Mesure 5 : Promouvoir l'expertise française au niveau européen et international

Mesure 6 : Evaluer le PNNS et le Plan obésité

Source : ministère de la santé

B. LES MESURES RELATIVES AUX ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

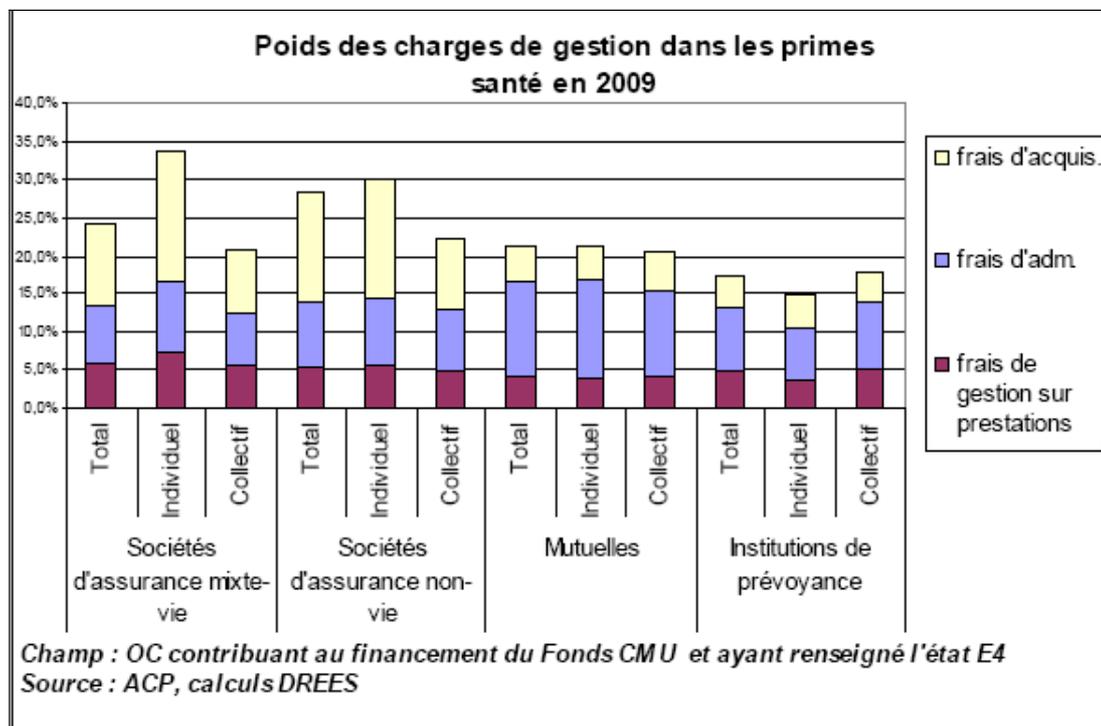
1. L'information des assurés sur les frais de gestion des organismes complémentaires (article 10 A)

L'**article 10 A**, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative de nos collègues députés, Sébastien Huyghe et Valérie Rosso-Debord, tend à prévoir que les organismes complémentaires **communiquent annuellement à leurs assurés le montant et la composition de leurs frais de gestion en pourcentage des cotisations ou primes demandées.**

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ce dispositif qui devrait permettre une **plus grande transparence dans la fixation des prix des contrats de santé complémentaires** et favoriser la « comparabilité » des prestations proposées par les différents organismes concernés.

Il est à rappeler que notre collègue Alain Vasselle, alors président de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, avait effectivement mis en évidence¹¹, **l'importance des coûts de gestion des organismes complémentaires par rapport à ceux de l'assurance maladie obligatoire (24,4 % contre 5,4 %).**

Ces résultats ont été globalement confirmés par l'étude de la DREES sur la situation financière des organismes complémentaires de 2010, comme en témoigne le graphique suivant.



Les charges de gestion (y compris les frais d'acquisition et les frais d'administration) dans les primes sont très différentes selon les organismes : elles s'élèvent à plus 31 % pour les sociétés d'assurance non-vie contre 16 % seulement pour les institutions de prévoyance pour la couverture des risques « dommages corporels » ; l'écart étant très légèrement réduit (29 % contre 17 %) lorsque l'analyse porte sur la seule activité santé.

¹¹ Alain Vasselle, « Santé : qui doit payer ? Une contribution au débat sur les transferts de charges entre l'assurance maladie, les complémentaires et les ménages », rapport d'information n° 385 (2007-2008).

Les organismes de sécurité sociale fournissent, quant à eux, d'importants efforts d'économie (cf. tableau) en matière de frais de gestion pour que chaque euro prélevé soit utilisé au mieux dans le système de santé.

Il convient d'encourager les complémentaires santé à fournir les mêmes efforts.

Comparaison des coûts de gestion des organismes de sécurité sociale au regard du volume des prestations servies et des ressources collectées

	Résultats 2009	Résultats 2010
CNAMTS	4,20 %	3,98 %
CNAF	2,66 %	2,56 %
CNAV	1,17 %	1,16 %
ACOSS	0,34 %	0,33 %

Source : annexe 2 du présent projet de loi de financement

2. La remise d'un rapport sur les coûts de gestion et le niveau des prestations servies par les organismes complémentaires (article 10 B)

L'article 10 B, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue députée, Jacqueline Fraysse, prévoit la remise d'un rapport au Parlement, avant le 31 août 2012, analysant comparativement **les coûts de gestion et le niveau des prestations servies par rapport aux cotisations versées, des organismes de sécurité sociale, d'une part, des mutuelles et des organismes privés d'assurance complémentaire, d'autre part.**

Votre rapporteur pour avis accueille également favorablement cette disposition qui suit le même objectif que l'article 10 A précédemment analysé.

Cette étude viendra compléter utilement le rapport devant être remis annuellement au Parlement sur situation financière des organismes complémentaires en application de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale, mais qui, une nouvelle fois, n'a pu être transmis à temps pour la discussion du présent projet de loi.

C. LA RÉDUCTION DES NICHES SOCIALES

1. Une augmentation de deux points du forfait social (article 10)

L'article 10 du présent projet de loi de financement tend à porter de 6 % à 8 % la contribution à la charge des employeurs, dite « **forfait social** », assise sur **les éléments de rémunération qui sont à la fois exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG).**

a) Les exemptions d'assiette de cotisations sociales

Les salariés peuvent, en effet, aujourd'hui bénéficier d'éléments de rémunérations qui n'entrent pas dans l'assiette des cotisations sociales. Ces dispositifs font ainsi partie de ce que l'on appelle les **exemptions d'assiette** et donc les « niches sociales ».

L'ensemble de ces dispositifs représente désormais une perte d'assiette, et donc de recettes, très importantes pour la sécurité sociale, soit **9 milliards d'euros en 2011.**

Montant des exemptions d'assiette en 2011

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Montant des exemptions d'assiette	Perte de recettes
Participation financière et actionnariat salariés	18	2,9
Aides directes consenties aux salariés	7,2	2,2
Prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire	16,2	2,7
Rupture du contrat de travail	4,4	1,2
Divers	0,0	0,0
Total	45,8	9,0

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

Le comité « Guillaume » d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales de juin 2011 a analysé ces dispositifs. Trois constats ont été formulés :

1) **Le complément de rémunération annuelle dégagé par l'ensemble de ces dispositifs** (participation, intéressement, abondement d'un Plan épargne entreprise (PEE), abondement d'un PERCO) **a représenté en**

moyenne pour les bénéficiaires un surcroît de rémunération équivalent à 6,5 % de leur salaire.

2) Le **rythme d'augmentation** de ces compléments de rémunération est très supérieur à celui de la masse salariale. Entre 1999 et 2007, par exemple, les sommes versées au titre de l'épargne salariale ont été multipliées par plus de deux quand la masse salariale a augmenté de moins de 40 %.

3) Ces dispositifs sont concentrés dans certains secteurs et **bénéficient surtout aux salariés des grandes entreprises**, notamment celles où les salaires sont élevés.

b) Le mécanisme du forfait social

Suivant les conclusions de nombreux travaux sur les niches sociales, notamment de la Cour des comptes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a instauré une sorte de « *flat tax* » sur ces éléments de rémunération.

L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale pose ainsi le principe général d'un assujettissement au « forfait social » de l'ensemble des rémunérations ou gains répondant à un **double critère d'assujettissement à la CSG et d'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale**.

Le dispositif retenu permet ainsi de soumettre automatiquement toute nouvelle exemption d'assiette de cotisations de sécurité sociale au « forfait social »¹².

• **Pour en être exonérée, celle-ci doit être explicitement définie.** L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale en énumère aujourd'hui limitativement quatre types :

- **l'avantage résultant de l'attribution de stock-options ou d'actions gratuites** déjà soumis à des contributions patronales et salariales spécifiques ;

- **les dispositifs de prévoyance complémentaire**, également assujettis à une contribution spécifique ;

- **la fraction des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, exclue de l'assiette des cotisations et soumise à la CSG ;**

- **les aides directes au financement de besoins précis des salariés :** titres-restaurant, chèques-vacances, chèque emploi service universel (CESU), chèques-transport.

• **Par déduction et dans l'état actuel du droit, sont ainsi aujourd'hui soumis au « forfait social » :**

- les sommes versées au titre de **l'intéressement** (articles L. 3311-1 à L. 3315-5 du code du travail), du supplément d'intéressement (articles

¹² Comme, par exemple, la prime de partage de la valeur ajoutée votée dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011.

L. 3314-10 et L. 3324-9 du code du travail), de l'intéressement de projet (articles L. 3312-6 du code du travail) et de la prime exceptionnelle d'intéressement créée par la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail ;

- les sommes versées au titre de **la participation** (articles L. 3321-1 à L. 3326-2 du code du travail) et du supplément de réserve spéciale de participation (articles L. 3314-10 et L. 3324-9 du code du travail) ;

- les abondements de l'employeur aux **plans d'épargne** d'entreprise (PEE) (articles L. 3331-1 à L. 3333-8 du code du travail), aux plans d'épargne interentreprises (PEI) et aux plans d'épargne retraite collectif (PERCO) (articles L. 3334-1 à L. 3334-16 du code du travail) ;

- les contributions des employeurs au financement des **régimes de retraite supplémentaire** (articles L. 136-2, L. 137-1, L. 137-15, L. 242-1 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale), à l'exclusion des « retraites chapeau » déjà assujetties à une contribution spécifique (article L. 137-11 du code de la sécurité sociale) ;

- les **bonus exceptionnels outre-mer** créés par la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre mer ;

- **la prime de partage de la valeur ajoutée** introduite par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011.

• L'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a **étendu le champ d'application du forfait social** aux sommes versées au titre de l'épargne salariale aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail ayant la qualité de travailleur indépendant (chefs d'entreprise, gérants majoritaires, conjoint de collaborateurs ou conjoint associé du chef d'entreprise), ainsi qu'aux jetons de présence et rémunérations exceptionnelles allouées aux membres de conseils d'administration et de surveillance.

Le taux de la contribution est aujourd'hui fixé à **6 %**.

Son produit, évalué à **1 093 millions d'euros pour 2011**¹³, est affecté à la CNAMTS et, depuis la dernière loi de financement de la sécurité sociale, également au FSV.

c) La mesure proposée : le relèvement à 8 % du taux du forfait social

• **Un relèvement systématique de 2 points du taux du forfait social depuis sa création**

Le taux du forfait social a été augmenté systématiquement de 2 points chaque année depuis sa création, passant ainsi de 2 % en 2009, à 4 % en 2010 et à 6 % en 2011.

Le relèvement à 8 % proposé pour l'article 10 du présent projet de loi financement suit ainsi cette tendance.

¹³ Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport septembre 2011.

Selon les estimations transmises par le Gouvernement, cette hausse devrait permettre d'accroître le rendement du forfait social d'environ **410 millions d'euros**. Ce surplus de produit est **affecté à la seule CNAMTS**.

• **Le dispositif adopté à l'Assemblée nationale : l'intégration des dispositifs de prévoyance complémentaire dans l'assiette du forfait social**

A l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements tendant à **introduire dans l'assiette du forfait social les dispositifs de prévoyance complémentaire, jusqu'alors exclus puisque soumis à une contribution patronale spécifique de 8 %**.

En effet, l'augmentation du taux du forfait social à 8 % permet de précéder à la suppression de cette taxation *ad hoc* et à l'élargissement à ces sommes de l'assiette du forfait social.

Le dispositif proposé maintient l'exonération en faveur des employeurs de moins de 10 salariés.

Les deux autres amendements procèdent aux coordinations rédactionnelles requises et tirent les conséquences du premier en termes d'affectation de recettes.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure de cohérence utile qui n'apporte cependant pas de recettes supplémentaires aux régimes de sécurité sociale.

• **Un taux encore très inférieur aux niveaux des cotisations sociales**

Comme le précise l'étude d'impact relative au présent article ou comme le montre le tableau ci-dessous, le taux du forfait social demeure encore très modéré comparativement au **taux global de cotisations patronales** de sécurité sociale appliqué aux salaires, **soit 30,48 % en 2011**.

Dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2011, la Cour des comptes évoquait d'ailleurs (sans le préconiser explicitement), le relèvement du forfait social à 19 %, ainsi que l'élargissement éventuel de son assiette.

C'est pourquoi, comme il l'a indiqué précédemment, **votre rapporteur pour avis souhaite compenser, pour partie, la diminution de recettes résultant de l'abaissement du taux de la TSCA qu'il propose par ailleurs, par une augmentation de 3 points du forfait social.**

2. L'abaissement du plafond d'exclusion d'assiette de cotisations sociales des indemnités de rupture (article 10 *ter*)

L'article 10 *ter*, introduit à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général, **prévoit de porter le plafond d'exclusion d'assiette de cotisations sociales des indemnités de rupture de trois à deux plafonds de la sécurité sociale, soit 70 704 euros en 2011.**

a) L'encadrement progressif des indemnités de rupture du contrat de travail

Avant 2006, les indemnités de rupture étaient exonérées d'impôt sur le revenu totalement ou dans la limite de 50 % de leur montant pour les indemnités de licenciement et de mise à la retraite. Cette assiette déterminait également l'assiette sociale.

L'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, complété par l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, a modifié l'article 80 *duodecies* du code général des impôts et a **accru les contraintes pesant sur la fiscalité personnelle et les cotisations sociales afférentes aux indemnités de licenciement, comme à celles de révocation des dirigeants.**

L'article 80 *duodecies* pose ainsi le principe général selon lequel **toute indemnité versée à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail constitue une rémunération imposable.** Par extension aux mandataires non salariés, constitue également une rémunération imposable toute indemnité versée, à l'occasion de la cessation de leurs fonctions, aux mandataires sociaux et dirigeants.

Ce principe est toutefois assorti de dérogations et de plafonds d'exonération, tenant en particulier compte de ce que les indemnités de licenciement sont traditionnellement considérées comme ayant la nature de dommages et intérêts destinés à compenser un préjudice, et ne sont donc en principe pas considérées comme des salaires imposables comme tels.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a resserré le régime social des indemnités de rupture. Depuis 2009, **les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel de la sécurité sociale (1 060 560 euros en 2011), y compris lorsque le montant correspond aux indemnités légales ou conventionnelles, sont assujetties dans leur totalité, dès le premier euro, aux cotisations de sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS.**

A l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le régime social des indemnités de rupture a, de nouveau, été durci :

- d'une part, l'article 18 de la loi précitée a **plafonné l'exclusion d'assiette de cotisations sociale, à 3 valeurs annuelles du plafond de la**

sécurité sociale (106 056 euros en 2011) y compris pour les indemnités versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi et pour les indemnités allouées par le juge en cas de licenciement irrégulier ou sans cause réelle et sérieuse ;

- d'autre part, le même article a **plafonné l'exonération de CSG et de CRDS existante**, non plus à l'exonération d'impôt sur le revenu, mais à l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales, soit au maximum trois fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

L'article 10 *ter* propose d'**abaisser le plafond d'exclusion d'assiette de cotisations sociales des indemnités de rupture de trois à deux plafonds annuels de la sécurité sociale** (70 704 euros en 2011).

b) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis est favorable à ce dispositif qui s'inscrit dans le prolongement du mouvement engagé par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2009 et 2011.

Il rappelle, à cet égard, que **le comité « Guillaume », qui a analysé ces dispositifs, leur a attribué un score de 0**, faisant notamment remarquer que la plupart des pays de l'OCDE ne font pas bénéficier les indemnités de rupture d'un régime dérogatoire.

Les seuls régimes dérogatoires accordés dans une minorité de pays sont, en tout état de cause, moins complexes et moins onéreux pour les finances publiques que le système français (4,4 milliards d'euros de pertes d'assiette et 1,2 milliard d'euros de pertes de recettes).

Le comité « Guillaume » notait, en outre, que **la dispersion des indemnités de rupture était nettement plus forte que celles des salaires**. Ainsi, en 2008, 90 % des salariés licenciés ont touché une indemnité en moyenne égale à 5 000 euros, alors que les 10 % restants ont reçu une indemnité en moyenne égale à 86 000 euros, soit 17 fois plus que les autres salariés, sans compter les bénéficiaires d'une indemnité de rupture supérieure à 30 fois le plafond de la sécurité sociale, assujettie au premier euro.

La Cour des comptes, dans son rapport de juin dernier sur la situation et les perspectives des finances publiques, envisageait également la remise en cause de ces niches sociales.

3. La prise en compte des heures supplémentaires dans le calcul du coefficient des allègements généraux (article 11)

a) Le dispositif de la loi TEPA

(1) Un double objectif : améliorer l'emploi et augmenter le pouvoir d'achat

Le régime fiscal et social dérogatoire relatif aux heures supplémentaires (salariés à temps complet) et complémentaires (salariés à

temps partiel) a été mis en place par l'article 1^{er} de la loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (TEPA) dans le but d'augmenter la durée de travail des salariés.

Ce dispositif associe trois mesures cumulatives :

- une **exonération totale d'impôt sur le revenu** pour la rémunération des heures supplémentaires et complémentaires réalisées par tous les salariés ;

- une **exonération quasi-totale des cotisations sociales** de la part salarié sur ces mêmes rémunérations, ainsi que de la CSG et de la CRDS ;

- une **exonération partielle forfaitaire de la part employeur** des cotisations sociales à hauteur de 0,5 euro par heure supplémentaire, majorée de un euro pour les entreprises de moins de 20 salariés.

Calcul de l'avantage social

- **Réduction des cotisations salariales**

Toute heure supplémentaire ou complémentaire effectuée et rémunérée entrant dans le champ défini à l'article 81 *quater* du code général des impôts ouvre droit à une réduction des cotisations salariales de sécurité sociale proportionnelle à sa rémunération.

D'un taux maximum de 21,50 % de la rémunération du salarié, cette réduction s'applique dans la limite des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi (cotisations salariales de sécurité sociale, cotisations salariales aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, cotisations salariales d'assurance chômage, CSG et CRDS) dont le salarié est redevable pour chaque heure supplémentaire ou complémentaire.

- **Déduction forfaitaire des cotisations patronales**

Afin de ne pas favoriser le recours au temps partiel, la déduction forfaitaire des cotisations patronales est, conformément à l'objectif général d'augmentation de la durée moyenne du travail, limitée aux seules heures supplémentaires.

Cette déduction forfaitaire est égale à 0,50 euros. Dans les entreprises employant au plus vingt salariés, cette déduction est majorée d'un euro.

A titre expérimental, par exception à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale, la majoration d'un euro de la déduction forfaitaire continue de s'appliquer pendant quatre ans aux entreprises qui, en raison de l'accroissement de leur effectif, dépassent au titre de l'année 2008, 2009, 2010 ou 2011, pour la première fois, l'effectif de 20 salariés.

Source : annexe 5 du présent projet de loi de financement

L'exposé des motifs de la loi précitée justifiait la mise en œuvre de ce dispositif dans les termes suivants : « *l'augmentation de la durée moyenne de travail est une condition essentielle à la baisse durable du chômage et à l'augmentation de notre rythme de croissance* ».

En vertu de ce modèle économique, l'exonération des heures supplémentaires a été présentée comme devant améliorer le marché de

l'emploi du fait de la diminution du coût du travail. Ce raisonnement devait induire en conséquence une augmentation du pouvoir d'achat des salariés concernés, même s'il n'en constituait pas le but principal de la mesure.

(2) Le coût de la partie « sociale » du dispositif : 3,4 milliards d'euros pour 2012

Les exonérations de charges sociales au titre des heures supplémentaires et complémentaires sont compensées par l'Etat par le biais d'un « panier » de recettes fiscales, décrit ci-dessous.

Leur coût devrait atteindre **3,4 milliards d'euros en 2012**, soit une augmentation attendue de 17 % par rapport à 2011 (700 millions d'euros au titre des exonérations de cotisations patronales et 2,7 milliard d'euros pour les exonérations de cotisations salariales). A cela s'ajoute le coût des exonérations fiscales d'un montant de 1,5 milliard d'euros.

Coût des exonérations sociales des heures supplémentaires et complémentaires et leur compensation

(en millions d'euros)

	2010	2011 (prévision)	2012 (prévision)
Tva brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées	1 970,4	1 970,4	1 970,4
Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés	823,0	850,0	1 041,1
Droits de consommation sur les tabacs	326,3	144,1	450,4
Total	3 119,7	2 964,5	3 461,9

Source : annexe 5 du présent projet de loi de financement

b) Le dispositif proposé

L'**article 11** du présent projet de loi propose une meilleure articulation entre le dispositif des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires et le mécanisme des allègements généraux, afin d'éviter certains comportements d'optimisation.

(1) La réintégration des heures supplémentaires dans le calcul du coefficient des allègements généraux

L'allègement général de cotisations (dite « réduction Fillon ») consiste en une exonération dégressive de cotisations sociales patronales sur les rémunérations des salariés comprises entre 1 et 1,6 fois le SMIC. Dans sa forme actuelle, la formule de calcul du taux d'allègement Fillon ne tient pas

compte des rémunérations relatives aux heures supplémentaires et complémentaires qui bénéficient d'une réduction spécifique.

Rappel du mode de calcul de la réduction générale dite « Fillon »

« La réduction générale dite Fillon est égale au produit de la rémunération annuelle par un coefficient déterminé en fonction du rapport entre le SMIC calculé pour un an et la rémunération annuelle du salarié, telle que définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

« Elle est appliquée chaque mois par anticipation sur la base du SMIC mensuel et de la rémunération mensuelle. Le montant définitif de la réduction résulte soit de la régularisation effectuée en fin d'année, soit d'une régulation progressive qui entraîne des ajustements successifs à chaque exigibilité.

« Formules de calcul :

- Entreprises de plus de dix-neuf salariés

*(0,260/0,6) * [1,6 * (SMIC calculé pour un an/rémunération annuelle brute-1)]*

- Entreprises de dix-neuf salariés au plus

*(0,281/0,6) * [1,6 * (SMIC calculé pour un an/rémunération annuelle brute-1)]*

« Pour les entreprises de dix-neuf salariés au plus, le coefficient est pris en compte pour une valeur égale au plus à 0,281. Pour les autres, il est pris en compte pour une valeur égale à au plus 0,26. »

Source : ACOSS

Ce dispositif conduit ainsi à aider doublement l'employeur qui recourt à des heures supplémentaires par rapport à un employeur qui rémunère globalement au même niveau un salarié sur l'année mais sans accomplir d'heures supplémentaires (donc sur la base d'un salaire horaire plus élevé).

En effet, dans ce second cas, l'employeur n'a pas droit aux exonérations spécifiques heures supplémentaires et, bien qu'ayant versé une même rémunération brute annuelle que dans le premier cas, son taux d'exonération générale est inférieur en raison de la dégressivité du barème.

Ainsi le **I** de l'article 11 du présent projet de loi propose de **réintégrer les heures supplémentaires et complémentaires dans le calcul du coefficient de l'allègement général sur les bas salaires**, cette réintégration devant diminuer mécaniquement le montant global de la réduction et donc la dépense qu'elle constitue pour les finances publiques.

En revanche, continuent d'être neutralisées les rémunérations des temps de pause, d'habillage, de déshabillage et de douche.

Selon les estimations du Gouvernement, les encaissements supplémentaires de cotisations sociales suite au changement de calcul de l'allègement Fillon devraient s'élever à **600 millions d'euros**.

Il est proposé d'**affecter ce gain, pour moitié, aux organismes de sécurité sociale** et d'utiliser l'autre moitié pour **abonder le panier fiscal destiné à compenser le coût pour la sécurité sociale des heures supplémentaires**, qui font apparaître un besoin de financement supplémentaire par rapport à 2011 de 500 millions d'euros.

La moitié des économies de la mesure est donc destinée à **compenser la hausse attendue du coût des heures supplémentaires en 2012 et réduit d'autant l'effort qui aurait dû être fait par l'Etat pour les compenser**.

Les **II, III, IV, V, VI, VII, VIII et IX** du présent article procèdent aux ajustements nécessaires d'affectation de recettes entre branches et régimes de la sécurité sociale, qui sont retracés dans le tableau suivant.

De façon synthétique, il s'agit, en contrepartie de leurs encaissements supplémentaires suite au changement de calcul de l'allègement Fillon (600 millions d'euros), d'amputer les régimes de sécurité sociale de droits tabacs, à hauteur de la moitié de ce gain (300 millions d'euros).

Ces organismes de sécurité sociale récupèrent néanmoins cette somme dans le cadre de la compensation du surcoût des heures supplémentaires en 2012. Afin de ne pas léser la branche famille, la clé de répartition de la taxe sur les salaires est également modifiée en sa faveur.

Au final, par rapport à la répartition des encaissements supplémentaires suite au changement de calcul du coefficient de l'allègement Fillon, c'est malgré tout la branche vieillesse qui sort « gagnante » de ces mécanismes.

Neutralité de l'affectation nouvelle des gains financiers

(en millions d'euros)

Régimes ou branche	Encaissements supplémentaires suite au changement de calcul de l'allègement Fillon	Tabacs hors compensations des heures supplémentaires	Tabacs compensation des heures supplémentaires	Taxe sur les salaires	Total
Maladie	276	-132	47	0	191
Vieillesse	207	0	202	-104	306
Famille	117	-156	11	104	76
Autres régimes	0		28		28
Total	600	-288	288	0	600

Source : ACOSS

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général, un amendement de nature rédactionnel.

- (2) Une mesure qui s'inscrit dans le prolongement de l'annualisation des allègements généraux

La mesure proposée, cette année, s'inscrit dans le prolongement de celle adoptée l'an passé qui tendait également à limiter les phénomènes d'optimisation fiscale en matière d'allègements généraux en proposant **l'annualisation de leur calcul**.

Jusqu'alors, le montant des exonérations auxquelles avaient droit les entreprises était calculé sur une base mensuelle, ce qui était facteur de distorsion. Deux salariés bénéficiant de la même rémunération annuelle pouvaient, suivant la chronologie des versements de ces rémunérations, ne pas bénéficier du même montant d'allègements.

Ainsi, une entreprise pouvait-elle rémunérer ses salariés au niveau du SMIC sur onze mois, et bénéficier à plein de l'exonération de la totalité de ses cotisations sociales salariales obligatoires, puis verser, le douzième mois, une prime représentant un treizième, voire un quatorzième mois. La moindre exonération constatée le douzième mois était significativement inférieure à la perte qu'aurait connue l'entreprise si le calcul avait été fondé sur le salaire mensuel moyen sur l'année.

L'annualisation, proposée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, permet ainsi d'éviter certains comportements d'optimisation et de garantir une certaine équité entre entreprises.

c) Aller plus loin ?

Ces deux mesures (annualisation et réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux) avaient été préconisées comme des **dispositifs d'ajustement par le Conseil des prélèvements obligatoires (CPO)**, dans son rapport d'octobre 2010, « Entreprises et niches fiscales et sociales ».

Il est néanmoins à noter que s'agissant des heures supplémentaires, le CPO proposait d'aller plus loin en supprimant totalement le régime fiscal et social des heures supplémentaires.

Les évaluations de ce dispositif par le comité « Guillaume » et le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale soulignent également les limites posées par ces régimes fiscaux et sociaux dérogatoires.

- (1) Pour le Conseil des prélèvements obligatoires : un effet « ambigu » sur l'emploi et des risques forts d'optimisation

Le CPO considère, tout d'abord, que **l'effet global sur l'emploi** de l'exonération des heures supplémentaires est « **ambigu** » car cette mesure produit des effets contradictoires :

- la réduction du coût du travail consécutive à l'exonération est certes **favorable à l'emploi** ;

- mais, l'accroissement de la durée du travail incite les entreprises à substituer des heures de travail supplémentaires aux embauches, ce qui a un **effet négatif sur l'emploi**. Dans un contexte où le chômage est déjà très élevé, la mesure doit donc être considérée comme contre-productive.

Le CPO relève surtout des **risques importants d'optimisation** visant à maximiser l'assiette exemptée de cotisations sociales au détriment de l'assiette assujettie. Le Conseil précise :

« En effet, la baisse de la fiscalité sur les heures supplémentaires comporte un risque de substitution de la rémunération sous formes d'heures supplémentaires à la rémunération sous forme d'heures normales, mutuellement gagnante pour l'employeur et le salarié. Cette substitution peut d'ailleurs se produire par simple réduction de la sous-déclaration des volumes d'heures supplémentaires ».

Selon le CPO, certaines études empiriques laissent penser qu'il y a eu effectivement substitution, la hausse du nombre d'heures supplémentaires déclarés ne correspondant pas nécessairement à une hausse du nombre d'heures effectuées. Ainsi, la très forte augmentation du volume d'heures supplémentaires par salarié entre le deuxième trimestre 2007 et le deuxième trimestre 2008 (+ 34,5 %) paraît, aux yeux du Conseil, peu compatible avec le fort ralentissement de la croissance en 2008.

Le CPO conclut en indiquant que **« l'efficience du dispositif semble limitée, le gain en PIB étant en tout état de cause inférieur au coût de la mesure »**.

- (2) Pour le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales : un impact sur le pouvoir d'achat, mais qui bénéficie davantage aux ménages aisés

Si l'effet « emploi » du dispositif n'est pas démontré, le gain de pouvoir d'achat des salariés effectuant des heures supplémentaires apparaît plus certain.

Il représentait en moyenne un peu moins de 360 euros par salarié bénéficiaire, répartis entre :

- 108 euros d'économie d'impôt sur le revenu ;
- et 248 euros d'exonération de charges sociales.

La mesure a bénéficié à un large public, 9,4 millions de salariés, mais tandis que la proportion de salariés réalisant des heures supplémentaires est décroissante avec la tranche d'imposition, **le gain moyen augmente très nettement dans les déciles supérieurs de niveau de vie**. Le dernier décile gagne en moyenne 900 euros de revenu disponible du fait des exonérations sociales et fiscales contre moins de 300 euros pour chacun des cinq premiers déciles.

Ainsi que l'illustre le tableau ci-dessous, de fortes disparités existent entre déciles, à l'avantage des tranches les plus élevées : alors qu'en moyenne les ménages gagnent après impôt 41 % de plus par heure supplémentaire réalisée, ce taux atteint 60 % pour les foyers les plus riches.

Répartition des exonérations d'impôts sur le revenu et de cotisations sociales à la charge des salariés par décile de niveau de vie

(en euros)

Décile	Revenu moyen exonéré	Gain moyen d'impôt	Gain moyen de cotisation	« Effet croisé » fiscal-social	Exonération moyenne	Taux moyen d'exonération
1	663	16	138	-4	151	30 %
2	847	32	179	-7	204	32 %
3	892	55	188	-12	231	35 %
4	930	72	195	-16	252	37 %
5	1 025	82	213	-18	277	37 %
6	1 197	119	245	-25	339	39 %
7	1 360	154	274	-32	396	41 %
8	1 397	174	277	-35	416	42 %
9	1 777	261	348	-52	557	46 %
10	2 406	538	468	-106	900	60 %
Total	1 222	137	248	-28	356	41 %

Source : rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales (juin 2011)

En raison de l'augmentation du taux marginal d'imposition en fonction du niveau de revenu, les ménages les plus riches bénéficient d'un avantage fiscal nettement plus important pour une même rémunération d'heure supplémentaire.

(3) Pour le comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale : un « effet d'aubaine »

Ces critiques sont également largement partagées par le comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale. Ainsi, nos deux collègues députés, Jean-Pierre Gorges et Jean Mallot, rapporteurs, ont-ils mis en évidence un « *faisceau d'indices* » soulignant que le nombre annuel d'heures supplémentaires n'a pas connu de hausse significative et la durée moyenne effective du travail n'a pas substantiellement augmenté. Ils ajoutent

que « *l'application du dispositif est marquée par un fort effet d'aubaine, un certain nombre d'heures supplémentaires effectuées mais non déclarées comme telles avant la réforme ayant bénéficié des allègements fiscaux et sociaux* »¹⁴.

Sur le plan économique, ils considèrent qu'à moyen et à long terme, cette **dépense est peu efficace** et qu'elle est « *financée par un surcroît de dette publique dont les intérêts correspondant à la dépense annuelle atteignent environ 140 millions d'euros* » qui pèsera sur les prélèvements obligatoires futurs.

(4) Au total, un dispositif dont les inconvénients l'emportent sur les avantages

Au regard de ces éléments, votre rapporteur pour avis vous propose de supprimer les exonérations sociales et fiscales sur les heures supplémentaires.

4. La réduction de 3 % à 2 % de l'abattement pour frais professionnels sur les revenus d'activité soumis à la CSG et à la CRDS, et la suppression de cet abattement sur les revenus autres que le salaire et les allocations de chômage (article 12)

L'**article 12** du présent projet de loi de financement a pour objet, d'une part, de **diminuer d'un point l'abattement pour frais professionnels** sur les revenus supportant la CSG et, d'autre part, de **supprimer cet abattement sur les revenus autres que le salaire et les allocations chômage.**

a) Le principe de l'égalité des charges publiques entre salariés et non salariés

Aujourd'hui, la CSG et la CRDS se calculent sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires ainsi que des allocations de chômage, après application d'une **déduction forfaitaire représentative des frais professionnels**. Cette déduction s'opère sur la totalité des sommes incluses dans l'assiette des contributions, **y compris sur les sommes liées à l'intéressement, à la participation ou à l'actionnariat.**

Cette réduction a été instituée à l'origine pour assurer l'égalité devant les charges publiques en ce qui concerne l'assujettissement à la CSG, entre salariés et non-salariés, compte tenu du fait que les indépendants ont, par rapport aux salariés, de meilleures possibilités de déduction de leurs frais professionnels de l'assiette sociale. Pour les non-salariés, c'est le revenu net des charges, celles-ci comprenant les frais professionnels, qui est retenu pour déterminer l'assiette de la CSG comme celle des cotisations.

¹⁴ Rapport d'information n° 3615 (13^{ème} législature) sur l'évaluation des dispositifs de promotion des heures supplémentaires prévus par l'article premier de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite loi « Teps ».

A la création de la CSG, le taux d'abattement pour frais professionnels avait été fixé à 5 %. Ce taux a ensuite été ramené à 3 % par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

L'assiette de la CSG sur les revenus d'activité (salariés) et sur les allocations chômage est donc aujourd'hui égale à 97 % de ces revenus. L'assiette de la CRDS étant corrélée à celle de la CSG, ce mécanisme s'applique également au calcul de la CRDS.

b) Le plafonnement de l'abattement forfaitaire introduit en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a instauré un **plafonnement de l'abattement forfaitaire**.

En effet, avaient alors été considérés comme critiquables le caractère proportionnel et l'absence de plafonnement de cette déduction. Comme l'expliquait l'étude d'impact associé au PLFSS pour 2011, « *s'il est possible de considérer que les frais professionnels sont plus importants au fur et à mesure que le salaire croît, cette corrélation n'est pas sans limite et devient très discutable pour ce qui concerne les plus hauts salaires* ».

Ainsi, désormais, en application de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'assiette de la CSG, la réduction représentative de frais professionnels **n'est appliquée que jusqu'à quatre plafonds annuels de la sécurité sociale (PASS)** – soit 141 408 euros –, quel que soit le montant brut de la rémunération retenue. En cas de dépassement du seuil, l'abattement est supprimé pour la seule partie de la rémunération supérieure à ce seuil.

Selon l'étude d'impact associé à cet article en PLFSS pour 2011, cette mesure devait concerner environ **1 % des salariés**, soit à peu près **160 000 personnes**. Compte tenu de l'étroitesse de la cible, le rendement de la mesure était peu élevé, à peine 25 millions d'euros par an.

c) La mesure proposée par le présent projet de loi de financement

• L'article 12 du présent projet de loi propose, tout d'abord, de réduire de 3 à 2 % l'abattement pour frais professionnels.

Pour justifier cette mesure, le Gouvernement avance trois principaux arguments :

- **le caractère mixte (professionnel-privé) de certains frais supportés par les salariés en lien avec leur activité** (déplacement, téléphonie, utilisation d'un ordinateur,...) et leur remboursement, dans certains cas, par l'employeur ;

- **la revalorisation récente de certains dispositifs** : extension de la prise en charge obligatoire d'une partie des abonnements de transport en commun antérieurement limitée à la région parisienne ; mise en place de dispositifs incitatifs pour la prise en charge de frais de carburant des salariés ne pouvant utiliser les transports en commun ; extension des conditions

d'utilisation des titres restaurants ; meilleure prise en charge des dépenses de téléphonie ;

- enfin, **la hausse du recours des non-salariés aux associations de gestion agréées**, facteur offrant, selon le Gouvernement, des garanties en matière de contrôle des frais professionnels des non-salariés.

Il est regrettable qu'un abaissement uniforme du taux de la réduction pour frais professionnels dont bénéficient les salariés soit ainsi proposé **sans étude préalable chiffrée** sur les dépenses supportées par les salariés et les non-salariés en lien avec leur activité et leur éventuel différentiel de traitement en matière de déductibilité de l'assiette de la CSG-CRDS.

L'absence de données précises ne permet pas en particulier d'apprécier dans quelle mesure il y a aujourd'hui une réelle rupture de l'égalité devant les charges publiques entre salariés et non-salariés, ni dans quelle mesure le dispositif proposé permet réellement un rapprochement des situations réelles des salariés et des non-salariés.

• **L'article 12 du présent projet de loi propose, ensuite, de supprimer l'abattement** pour :

- les sommes allouées au salarié au titre de **l'intéressement**, de la **participation** et de **l'épargne salariale** ;

- les **indemnités perçues par différents élus**, par les membres du Conseil économique, social et environnemental et du Conseil constitutionnel ;

- les contributions des employeurs destinés au financement des **prestations complémentaires de retraite et de prévoyance** ;

- les **indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail** pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle ;

- les indemnités versées aux **mandataires sociaux, dirigeants**, à l'occasion de la cessation de leurs fonctions ;

- les **indemnités journalières** ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale à **l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité ou des accidents du travail et des maladies professionnelles** ;

- **les stock-options et les actions gratuites** ;

- **la contribution employeur à l'acquisition des chèques vacances** dans les entreprises de moins de 50 salariés ;

- **le bonus exceptionnel « outre-mer »** prévu par la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

Seuls pourront ainsi **continuer à bénéficier de l'abattement** pour frais professionnels :

- les traitements, indemnités, émoluments, **salaires** ;

- les revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et salaires ;

- les **allocations de chômage**.

S'il est vrai que l'application d'un taux de réduction pour frais professionnels se justifie moins pour les éléments de rémunération « annexes » au salaire, il convient néanmoins de rappeler que **les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement, de la participation et de l'épargne salariale viennent, dans certains cas, en substitution du salaire**.

• Enfin, l'article 12 procède à un toilettage d'un dispositif d'exonération devenu caduc, l'exonération de CSG de l'allocation versée par l'employeur au salarié pendant la durée de son congé parental d'éducation. Cette disposition a pris fin en 1999.

Selon l'étude d'impact annexé au présent projet de loi, la mesure proposée devrait permettre des **recettes supplémentaires de CSG de l'ordre de 558 millions d'euros** en 2012 et de **CRDS de l'ordre de 37 millions d'euros**.

d) Les modifications adoptées à l'Assemblée nationale

A l'initiative de notre collègue députée, Isabelle Vasseur, rapporteure pour avis au nom de la commission des finances, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- un premier amendement tendant à **abaisser l'abattement pour frais professionnels à 1,75 %**. Selon l'auteur de l'amendement, cette mesure pourrait améliorer de 140 millions d'euros le rendement de la réduction d'abattement prévue à l'article 12, ce qui offrirait une alternative à l'assujettissement à la CSG du complément du libre choix d'activité, le CLCA, prévu à l'article 13, dont la commission des finances de l'Assemblée nationale a proposé la suppression (*cf. infra*) ;

- un second visant à **prévoir explicitement l'assujettissement à la CSG et la CRDS de l'indemnité de résidence** des parlementaires.

Sous réserves des observations qu'il a formulées précédemment, votre rapporteur pour avis prend acte de ces mesures.

5. L'assujettissement à la CSG à taux réduit du complément du libre choix d'activité et du libre choix d'activité optionnel (article 13)

L'article 13 propose d'**assujettir à la CSG** le complément du libre choix d'activité (CLCA) et du libre choix d'activité optionnel (COLCA).

a) Deux composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant aujourd'hui exonérées de CSG et d'impôt sur le revenu

L'**allocation de base** de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a pour objet de faire face aux dépenses liées à la naissance ou à l'adoption d'un enfant et à son entretien. Cette allocation est attribuée, **sous conditions de ressources**, aux parents d'enfants de moins de trois ans. Elle n'est **pas subordonnée à la baisse ou à la cessation de l'activité de l'un des parents**.

Cette allocation de base est complétée par deux prestations complémentaires : le complément de libre choix d'activité (CLCA) et le complément du libre choix d'activité optionnel (COLCA).

• **Le complément de libre choix d'activité (CLCA)**

Le CLCA a pour objet de permettre à l'un des parents de **réduire ou de cesser totalement son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant**.

Toute personne peut en bénéficier si elle a au moins **un enfant** de moins de 3 ans, si elle **n'exerce pas d'activité professionnelle ou travaille à temps partiel**, et si elle a antérieurement exercé une activité et justifié à ce titre de huit trimestres de cotisations vieillesse.

Le montant mensuel de la CLCA varie entre 141,62 euros et 560,40 euros en fonction de l'ampleur de la cessation d'activité du parent bénéficiaire et du cumul ou non de cette prestation avec l'allocation de base de la PAJE.

Montant de la CLCA

(en euros)

Situation du parent	Montant mensuel sans droit à l'allocation de base	Montant mensuel avec droit à l'allocation de base
A interrompu son activité totalement	560,40	379,79
Salarié à temps partiel avec un temps de travail ne dépassant pas 50 % de la durée du travail fixée dans l'entreprise	426,12	245,51
Salarié à temps partiel avec un temps de travail compris entre 50 % et 80 % de la durée du travail fixée dans l'entreprise	322,24	141,62

Le complément est versé pendant six mois pour les parents ayant un seul enfant et pendant trois ans pour les parents ayant au moins deux enfants à charge.

• **Le complément du libre choix d'activité optionnel (COLCA)**

Le COLCA est, quant à lui, attribué à toute personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant de moins de trois ans.

Contrairement à la CLCA, ce complément **s'adresse uniquement aux parents ayant au moins trois enfants et ayant cessé toute activité professionnelle**. Les conditions d'activité professionnelle antérieure sont en revanche les mêmes que celles requises pour le CLCA.

Les montants mensuels de la COLCA sont plus élevés que ceux de la CLCA (620,78 euros en cas de perception de l'allocation de base de la PAJE et de 801,39 euros en cas de non perception de l'allocation de base), mais sont versés sur une durée plus courte (1 an).

Le CLCA a bénéficié en 2009 à plus de **570 000 personnes** pour un coût évalué à 2,3 milliards d'euros et le COLCA à **2 300 personnes** pour un coût de 18,3 millions d'euros.

b) Des allocations familiales ou des revenus de remplacement ?

Aujourd'hui, ces deux prestations complémentaires, **considérées comme des prestations familiales** au sens de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, sont **exonérées d'impôt sur le revenu** en application de l'article 81 2° du code général des impôts et **exonérées de CSG** en vertu de l'article 136-2 du code de la sécurité sociale. Elles sont, en revanche, **soumises à la CRDS**.

L'**article 13** du présent projet de loi propose d'assujettir ces deux prestations à **la CSG au taux réduit de 6,2 %**, soit le taux en vigueur pour les allocations chômage et les indemnités journalières de sécurité sociale, considérant que le CLCA et le COLCA se rapprochent davantage, par leur nature, d'un **revenu de remplacement** que d'une allocation familiale :

- ces allocations sont subordonnées à la cessation ou la réduction d'activité et visent à compenser la perte de revenu qui en découle ;
- elles ne sont pas soumises à conditions de revenus ;
- elles permettent l'acquisition de droits à la retraite.

Rappel des principaux taux de CSG et principales exonérations

Nature des revenus	Taux global de CSG	Assiette
Revenus du capital		
<i>Revenus du patrimoine</i> (revenus fonciers, rentes viagères constituées à titre onéreux, revenus de capitaux mobiliers, plus-values taxées à l'IR à un taux proportionnel)	8,2 %	
<i>Revenus de placement</i> (plus-values immobilières, produits de placement à revenu fixes soumis à prélèvement libératoire, plans et comptes épargne logement, assurance-vie, plan épargne populaire, plan d'épargne en action,...)	8,2 %	
Revenus d'activité		
Salaires, primes et indemnités diverses, avantages en nature ou en espèce	7,5 %	97 % du revenu brut si le montant ne dépasse pas 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale ; au-delà 100 % du revenu brut
Revenus de remplacement		
Allocations chômage	6,2 %	97 % du revenu brut si le montant ne dépasse pas 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale ; au-delà, 100 % du revenu brut
Pensions de retraite, d'invalidité	6,6 % (ou 3,8 % si faibles revenus)	100 % du revenu brut
Allocations de préretraite	7,5 % (ou 3,8 % si faibles revenus)	97 % de l'allocation brute
Allocations de préretraite (si la préretraite ou la cessation anticipée d'activité a pris effet avant le 11 octobre 2007)	6,6 %	97 % de l'allocation brute
Indemnités journalières de sécurité sociale	6,2 %	100 % des indemnités
Principales exonérations		
<ul style="list-style-type: none"> • Intérêts des sommes inscrites sur le livret A, sur le livret jeune, livret d'épargne populaire, livret de développement durable, livret d'épargne-entreprise,...) • Allocations familiales • Rentes viagères ou capitaux versés aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles • Pensions de retraite ou d'invalidité dans certains cas • Allocations chômage dans certains cas (faibles ressources) • Indemnités versées dans le cadre de l'accomplissement d'un volontariat international ou de solidarité international • Allocations et primes versées dans le cadre d'un contrat de volontariat pour l'insertion 		

- Prestations de prévoyance dans le cadre de contrats souscrits à titre privé
- Allocation aux adultes handicapés
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- Allocation personnalisée d'autonomie
- Certaines pensions alimentaires
- Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, retraite du combattant, pensions temporaires d'orphelin
- Bourses versées aux étudiants sous condition de ressources
- Prime de retour à l'emploi et prime forfaitaire mensuelle versées aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et de l'allocation temporaire d'attente (ATA) reprenant une activité professionnelle.

Source : *commission des finances*

Le rendement attendu de cette mesure est de **140 millions d'euros** et sera, dans sa totalité, **affecté à la Caisse nationale des allocations familiales**.

A l'initiative de la commission des affaires sociales, de la commission des finances, du groupe Nouveau centre et du groupe socialiste, **l'Assemblée nationale a supprimé ce dispositif, ce que votre rapporteur pour avis accueille favorablement.**

En effet, selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, la mesure devrait minorer le montant des prestations versées aux bénéficiaires du CLCA ou du COLCA de l'ordre de 20 euros par mois, sur la base d'une allocation moyenne de 330 euros, soit une minoration de 6 %.

Certes, comme l'indique le comité « Guillaume », « *ce dispositif ne concerne pas que les ménages aux revenus les plus modestes* », mais en touchent malgré tout.

L'exonération de CSG dont bénéficient aujourd'hui le CLCA et le COLCA s'est, il est vrai, vue attribuer un score de 0 par le comité « Guillaume », mais fait partie, pour votre rapporteur pour avis, des « *mesures de cohésion sociale* », pour reprendre l'expression de la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, sur lesquelles il convient de ne pas revenir dans le contexte actuel. D'autres « niches sociales » – plus critiquables – pourraient davantage être remises en cause.

6. Une clarification de certaines dispositions relatives à la territorialité des contributions sociales (article 13 bis)

L'**article 13 bis**, introduit à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général, propose de **clarifier certaines dispositions en matière de territorialité des contributions sociales**.

Selon l'auteur de l'amendement, la pratique aurait mis en lumière un certain nombre d'incohérences et de limites qu'il convient de corriger « **dans**

une optique de lisibilité, de simplification et de sécurisation de la recette pour les organismes de sécurité sociale ».

Le I permet d'harmoniser le recouvrement de la CSG assise sur les revenus de remplacement de source étrangère sur celui de la CRDS sur ces mêmes revenus.

Le II corrige une omission en matière d'assujettissement social de ce même type de revenus de remplacement lorsqu'ils sont exonérés d'impôt sur le revenu en application d'une convention fiscale.

Le III aligne les conditions d'assujettissement à la CRDS des revenus du patrimoine sur celles applicables à la CSG sur ces mêmes revenus.

Le IV précise que ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2012.

Votre rapporteur pour avis prend note de ces mesures de clarification technique.

7. Une harmonisation de l'assiette de la C3S (article 14)

L'article 14 du présent projet de loi propose **d'harmoniser l'assiette de la contribution sociale de solidarité des entreprises.**

a) Une clarification de l'assiette de la C3S

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), créée en 1970, assujettit les entreprises **au taux de 0,13 % de leur chiffre d'affaires lorsque celui-ci dépasse 760 000 euros sur l'année.** La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie a, par ailleurs, créé la C3S additionnelle au taux de 0,03 % assise sur la même assiette que la C3S « classique ».

Selon les données du ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, la C3S a concerné près de **300 000 entreprises** en 2010 et présente un rendement de **5 milliards d'euros pour la sécurité sociale.**

Elle est affectée au financement des régimes de base du régime social des indépendants (RSI), de la branche maladie du régime des non salariés agricoles et du Fonds de solidarité vieillesse.

Son assiette est aujourd'hui constituée du « *chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées* ».

Une base imposable propre au secteur financier a été adoptée du fait de la spécificité de cette activité. Elle est constituée de l'agrégat « chiffre d'affaires + produits d'exploitation ». Or les produits d'exploitation étant mal définis pour le secteur financier, il en résulterait des pratiques hétérogènes selon l'établissement redevable.

Afin de mettre un terme aux différences de pratiques des entreprises du secteur financier et de limiter ainsi les possibilités d'optimisation, **l'article 14** du présent projet de loi propose de **clarifier l'assiette de la C3S, et par conséquent, celle de la C3S additionnelle**, applicable aux entreprises du secteur financier.

Pour ce faire, l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le présent article, se réfère à la définition du chiffre d'affaires des établissements de crédit et des entreprises d'investissement donné par le code général des impôts (1° du III de l'article 1586 *sexies*) et applicable à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE).

Les opérations sur instruments à terme et sur devises ne sont retenues dans le chiffre d'affaires que pour leur **montant net** (différence positive entre les flux financiers reçus et les flux financiers versés).

Par ailleurs, il est instauré pour ces entreprises un « *dispositif de plafonnement de la contribution* », à l'instar de ce que prévoit déjà le code de la sécurité sociale pour d'autres activités (article L. 651-3). La C3S est ainsi limitée à 1,6 % du produit net bancaire (PNB – agrégat pouvant se rapprocher de la valeur ajoutée produite).

D'après les informations qui ont été transmises à votre rapporteur, le plafonnement ne devrait entraîner une perte de recettes que de l'ordre de 25 millions d'euros et bénéficier à moins d'une dizaine d'établissements chaque année.

L'assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député, Yves Bur, à titre personnel, un amendement de nature rédactionnelle.

b) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis approuve ces mesures d'harmonisation techniques au rendement relativement modeste : 38 millions d'euros pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et 112 millions d'euros pour le FSV.

Il convient de noter que le RSI ne bénéficiera pas de cette mesure puisque conformément à l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, le RSI ne bénéficie d'une attribution annuelle de C3S que dans la limite de son déficit comptable.

Votre rapporteur pour avis note que **les mêmes ajustements devraient être envisagés**, comme le suggère l'étude d'impact du présent article¹⁵, **s'agissant des sociétés d'assurance**. Il encourage la mise en œuvre de ces mesures le plus rapidement possible.

¹⁵ L'étude d'impact relatif au présent article indique en effet : « afin de poursuivre la clarification et la modernisation de l'assiette de la contribution du secteur financier, l'assiette des sociétés d'assurance sera à court terme également redéfinie ».

D. LES TAXES COMPORTEMENTALES

1. La révision du barème de la taxe sur les véhicules de société (article 15)

L'article 15 du présent projet de loi propose de durcir le barème de la taxe sur les véhicules de société.

a) Le mécanisme de la TVS

L'article 1010 du code général des impôts prévoit que les sociétés sont soumises à une taxe annuelle, appelée « **taxe sur les véhicules de société** » (TVS), à raison des **véhicules qu'elles utilisent, possèdent ou louent**.

La TVS n'est cependant pas applicable aux véhicules destinés exclusivement à la vente, à la location de courte durée ou à l'exécution d'un service de transport public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société.

La TVS n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés.

Depuis 2006, **la TVS s'applique selon un barème progressif assis sur la quantité de CO₂ émise par le véhicule**, comme en témoigne le tableau suivant.

Barème de la TVS selon la date d'acquisition ou d'utilisation du véhicule

Véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire, dont la première mise en circulation est intervenue à compter du 1^{er} juin 2004 et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1^{er} janvier 2006	
Taux d'émission en gr. CO₂ / km	Tarif en euros par gr. CO₂
< ou = 100	2
> 100 et < ou = 120	4
> 120 et < ou = 140	5
> 140 et < ou = 160	10
> 160 et < ou = 200	15
> 200 et < ou = 250	17
> 250	19
Autres véhicules	
Puissance fiscale en chevaux-vapeur	Tarif en euros
< ou = 4	750
De 5 à 7	1 400
De 8 à 11	3 000
De 12 à 16	3 600
> 16	4 500

Le barème de la TVS est **demeuré inchangé depuis cette date**. Or, sous l'effet du Grenelle de l'environnement et du soutien des pouvoirs publics à la réduction des émissions de CO₂ du parc automobile, qui se sont concrétisés en particulier par les dispositifs du bonus/malus et de la prime à la casse, les technologies ont sensiblement progressé et le parc automobile s'est renouvelé vers des véhicules moins émetteurs de CO₂.

Ainsi, sur le plan écologique, les émissions moyennes des véhicules neufs ont fortement diminué puisqu'elles sont passées de 149 g de CO₂/km en 2007 à 133 g CO₂/km fin 2009 et environ 130 g CO₂/km fin 2010. Elles pourraient tomber sous les 128 g CO₂/km fin 2011.

En conséquence et conformément à la finalité d'une taxe écologique qui a vocation à disparaître, **le rendement de la TVS s'est érodé ces dernières années**.

Ainsi, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011, le produit de la TVS s'est élevé à 1,1 milliard d'euros en 2009, à 993 millions d'euros en 2010 et à 930 millions d'euros en 2011. Avant la présente mesure, le produit attendu de la TVS pour 2012 serait de 898 millions d'euros.

L'article 16 du présent projet de loi propose ainsi :

- d'une part, de **durcir le barème de la TVS**. Le I de l'article 16 utilise, pour cela, deux leviers : l'abaissement des seuils d'entrée dans le dispositif (50 g CO₂/km au lieu de 100 g CO₂/km) et une modification à la hausse des tarifs à partir d'un taux d'émission de 120 g CO₂/km. S'agissant des véhicules dont la mise en circulation est antérieure à 2006, les différents seuils de taxation ont été abaissés ;

Barème de la TVS avant et après mesures du présent article

Véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire, dont la première mise en circulation est intervenue à compter du 1 ^{er} juin 2004 et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1 ^{er} janvier 2006		Véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire, dont la première mise en circulation est intervenue à compter du 1 ^{er} juin 2004 et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1 ^{er} janvier 2006	
Taux d'émission de CO ₂ (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de CO ₂ (en euros)	Taux d'émission de CO ₂ (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de CO ₂ (en euros)
< ou = 100	2	< ou = 50	0
> 100 et < ou = 120	4	> 50 et < ou = 100	1
> 120 et < ou = 140	5	> 100 et < ou = 120	4
> 140 et < ou = 160	10	> 120 et < ou = 140	5,5
> 160 et < ou = 200	15	> 140 et < ou = 160	11,5
> 200 et < ou = 250	17	> 160 et < ou = 200	18
> 250	19	> 200 et < ou = 250	21,5
		> 250	27
Autres véhicules		Autres véhicules	
Puissance fiscale en chevaux-vapeur	Tarif en euros	Puissance fiscale en chevaux-vapeur	Tarif en euros
< ou = 4	750	< ou = 3	750
De 5 à 7	1 400	De 4 à 6	1 400
De 8 à 11	3 000	De 7 à 10	3 000
De 12 à 16	3 600	De 11 à 15	3 600
> 16	4 500	> 15	4 500

- d'autre part, de **supprimer les exonérations existantes** aujourd'hui pour les véhicules fonctionnant exclusivement ou non au moyen de l'énergie électrique, du gaz naturel véhicules, du gaz de pétrole liquéfié ou de superéthanol E85, ainsi que les véhicules fonctionnant alternativement au moyen de supercarburants et de gaz de pétrole liquéfié (**II** de l'article 16).

Le **III** de l'article 16 précise que ces mesures s'appliqueront à compter de la période d'imposition s'ouvrant le 1^{er} octobre 2011.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

b) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'être favorable à ces dispositions destinées à lutter contre les véhicules polluants et qui restaurent la logique et l'esprit de la TVS en renforçant, d'une part, son caractère incitatif et en comblant, d'autre part, une lacune qui permettait à certains véhicules d'en être exonérés.

Cette mesure s'inscrit ainsi **dans le prolongement de la disposition adoptée dans le cadre de la loi de finances pour 2011** qui avait révisé le

champ de la TVS et d'autres taxes sur les véhicules afin notamment de réintégrer dans leur assiette les véhicules de tourisme.

Dans le même esprit, il est à noter que le Gouvernement a proposé, lors de l'examen de la première partie du PLF pour 2012 à l'Assemblée nationale, un amendement tendant à **réviser le barème du « malus » automobile** en prévoyant d'abaisser le seuil de la taxe annuelle sur les véhicules les plus polluants.

Le rendement attendu de la mesure proposée dans le cadre du présent projet de loi est évaluée à **100 millions d'euros**, affectés au financement de la branche maladie du régime des exploitants agricoles gérés par la Mutualité sociale agricole.

2. Une hausse de la fiscalité sur les alcools (article 16)

L'**article 16** du présent projet de loi propose de **renchérir le prix des boissons alcoolisées par le biais du levier fiscal**, en procédant à différents aménagements de l'assiette et du taux des différents droits de consommation sur les alcools.

a) Le dispositif proposé

Pour le détail précis des modifications apportées par le présent article, votre rapporteur pour avis renvoie au commentaire de nos collègues de la commission des affaires sociales saisie au fond.

Il note que le dispositif proposé a notamment pour **effet de davantage taxer les alcools forts**, mais ne modifie pas le produit issu de la taxation du vin et de la bière.

Selon l'étude d'impact relatif au présent article, cette mesure aurait, par exemple, pour conséquence une augmentation de la charge fiscale hors TVA de 70 centimes pour une bouteille titrant 40°.

Incidence de la révision de la fiscalité sur les alcools (2011-2012)

(en millions d'euros)

	2011	2012 avant PLFSS	Impact du PLFSS	2012 après PLFSS
Produits intermédiaires	96	93	- 40	53
Alcools	2 141	2 194	+ 170	2 364
Vins, poirés, cidres et hydromels	119	121	-	121
Bières	380	385	-	385
Alcools > 25 % en volume	532	537	+ 210	747
Total	3 280	3 330	+ 340	3 670

Source : ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat

Le produit de la mesure évalué à **340 millions d'euros** sera réparti, à part égale, entre la branche maladie et la branche vieillesse des exploitants agricoles.

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements de nature rédactionnelle.

b) La position de votre rapporteur pour avis

Comme pour l'instauration de la taxe sur les boissons sucrées, **votre rapporteur pour avis partage bien évidemment la finalité de la mesure, à savoir la lutte contre l'alcoolisme et ses conséquences.**

Ceci d'autant plus que comme l'indique l'étude d'impact relatif au présent article, « *il ressort qu'à coût de la vie égal, l'alcool est 10 % moins cher aujourd'hui qu'en 1960. L'indice relatif du prix des boissons alcoolisées, corrigé de l'évolution de l'indice de l'ensemble des prix a baissé entre 1960 et 1989 et très peu augmenté depuis 1990* ».

Toujours selon l'étude d'impact, au niveau européen, la France se caractériserait en outre par un niveau de prix inférieur de 10 % à la moyenne de l'Union.

Votre rapporteur pour avis souhaite néanmoins que, comme pour la taxe sur les boissons sucrées, **la politique de prévention, dans ce domaine, soit réaffirmée et renforcée parallèlement à l'effet signal opéré par l'outil fiscal.**

E. LES TAXES RELATIVES À L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

1. La fixation du « taux K » à 0,5 % (article 17)

L'article 17 du présent projet de loi fixe le « taux K » pour le calcul des contributions au titre de la clause de sauvegarde en 2012 à 0,5 %.

a) Le dispositif de la clause de sauvegarde, une participation des entreprises pharmaceutiques à la régulation des dépenses de l'assurance maladie

On rappellera que la clause de sauvegarde, instituée par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, consiste dans le versement, à l'assurance maladie, d'une **contribution des laboratoires pharmaceutiques lorsque leur chiffre d'affaires global hors taxes réalisé en France au titre des spécialités remboursables** – et de la « liste en sus » depuis 2009 – **a crû plus vite qu'un taux de progression défini en loi de financement de la sécurité sociale.**

Ce taux – qui déclenche le mécanisme de la clause de sauvegarde – est appelé « taux K ». Selon les termes de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, il correspond au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année en cours et des années précédentes.

Les entreprises **peuvent être exonérées du paiement de cette contribution si elles choisissent de contracter une convention avec le comité économique des produits de santé (CEPS)**. Elles doivent alors accepter certaines baisses de prix et s'acquitter en contrepartie de remises conventionnelles.

Le taux de contribution (50 %, 60 %, 70 %) varie en fonction du dépassement du « taux K » et s'applique successivement à une tranche déterminée de supplément de chiffre d'affaires constaté par rapport à celui qui aurait résulté d'une stricte application du « taux K ».

Exemple de calcul de la clause de sauvegarde

On considère un marché dont le chiffre d'affaires hors taxes en année n atteint 18 milliards d'euros. Son taux de croissance t entre n et $n+1$ s'établit à 3,5 % pour un « taux K » de 1 %. Le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) s'élève donc à 18,63 milliards d'euros en $n+1$ contre 18,18 milliards d'euros si le « taux K » avait été respecté. Le dépassement atteint ainsi 450 millions d'euros. Cette somme va faire l'objet de la taxation selon le barème suivant, conformément à l'article L. 138-10, alinéa 1, du code de la sécurité sociale :

* 1ère tranche : pour t compris entre k et $k+0,5$, taux de contribution = 50 % ;

* 2e tranche : pour t compris entre $k+0,5$ et $k+1$, taux de contribution = 60 % ;

* 3e tranche : pour t supérieur à $k+1$, taux de contribution = 70 %.

Le calcul de la taxe est le suivant :

* 1ère tranche : $CAHT_n \times (k+0,5 - k) \times 50 \% = 18.000 \times (1,5-1) \times 50 \% = 45$ millions d'euros ;

* 2e tranche : $CAHT_n \times (k+1 - k+0,5) \times 60 \% = 18.000 \times (2-1,5) \times 60 \% = 54$ millions d'euros ;

* 3e tranche : $CAHT_n \times (t - k+1) \times 70 \% = 18.000 \times (3,5-2) \times 70 \% = 189$ millions d'euros.

NB : $18.000 \times (1,5-1) + 18.000 \times (2-1,5) + 18.000 \times (3,5-2) = 18.000 \times (t - k) = 450$ millions d'euros.

Le montant de la clause de sauvegarde atteint donc, dans cet exemple, 288 millions d'euros.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2007

Le montant global ainsi calculé est 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 %.

En outre, en application de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes.

Sont enfin exonérés les médicaments orphelins, à l'exception (depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011) de ceux dont le chiffre d'affaires annuel dépasse 30 millions d'euros.

b) Le maintien de l'effort des entreprises pharmaceutique à la régulation des dépenses de médicament

Comme en 2011, le présent projet de loi de financement propose de fixer à **0,5 % le « taux K », prolongeant ainsi la participation de l'industrie pharmaceutique à l'effort de régulation des dépenses de médicament.**

Le tableau suivant rappelle l'évolution depuis 2000 du taux K, évolution assez erratique.

Evolution du « taux K »

(en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taux « K »	2	3	3	4	3	1	1	1	1,4	1,4	1,0	0,5

Source : lois de financement de la sécurité sociale

Il convient de rappeler que la clause de sauvegarde constitue en réalité **une « contribution théorique »**, dans la mesure où la totalité des entreprises ont choisi l'alternative qui leur est proposée de conclure des conventions avec le CEPS plutôt que de se voir appliquer la clause de sauvegarde. Le rendement fiscal de la clause de sauvegarde est ainsi nul depuis 2005.

L'impact financier de cette mesure devrait néanmoins s'élever à 50 millions d'euros. Celui-ci ne doit pas s'analyser en termes de recettes supplémentaires pour la branche maladie - le rendement fiscal de la clause de sauvegarde devant de nouveau être nul en 2012 -, mais en termes de moindres dépenses remboursables, par son effet sur les remises conventionnelles. Le montant des remises conventionnelles devrait être majoré de 50 millions d'euros en 2012, compte tenu de l'abaissement du « taux K » à 0,5 %.

Les remises conventionnelles

Les remises conventionnelles sont au nombre de trois. On distingue :

*** Les remises par agrégats**

Chaque année, le CEPS détermine des groupes homogènes de classes pharmacothérapeutiques et fixe pour chacun un taux d'évolution en fonction du « taux K ». Au delà de ce taux, des remises seront dues si le « taux K » est dépassé. Ces remises sont proportionnelles au dépassement.

*** Les remises sur chiffre d'affaires**

Lorsque le chiffre d'affaires d'une entreprise dépasse un certain seuil – fixé actuellement par convention entre le CEPS et le LEEM à 10 % –, et que le « taux K » est dépassé, l'entreprise doit s'acquitter d'une remise. L'entreprise en est exonérée lorsque le montant des remises par agrégats dépasse ce qu'elle aurait dû payer en cas d'application de la clause de sauvegarde.

*** Les remises par produits**

Ces remises sont définies au sein de clauses particulières des conventions. Leur montant est indépendant de l'évolution du marché global, mais est fonction du respect des engagements de l'entreprise (engagement sur les volumes, sur le respect des posologies par exemple). Elles sont déduites du chiffre d'affaires servant de référence au calcul des remises par agrégats.

Source : d'après le rapport de septembre 2007 de la commission des comptes de la sécurité sociale

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député, Yves Bur, à titre personnel, un amendement de nature rédactionnelle.

2. L'augmentation du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises du médicament et le financement de la formation continue des médecins (article 18)

L'article 18 propose de **fixer, pour les années 2012, 2013 et 2014, le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises du médicament à 1,6 %, contre 1 % pour la période triennale 2009-2011.**

a) Une taxe longtemps exceptionnelle reconduite chaque année

En application des articles L. 245-6 et L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, cette contribution, dont le produit est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, est due par les entreprises assurant l'exploitation en France d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou des spécialités inscrites sur une liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Elle est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises.

Cette contribution **avait été instaurée, à titre exceptionnel**, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, avec un taux fixé à 0,525 %. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a pérennisé ce dispositif et fixé le taux de la contribution à 0,6 %. A titre exceptionnel, ce taux a été fixé à 1,76 % pour la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année 2006. Il a été fixé, toujours à titre exceptionnel, à 1 % pour 2007 et 2008.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé **le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2009, 2010 et 2011 à 1 %**, afin d'assurer une certaine stabilité au dispositif et donner de la lisibilité à l'industrie pharmaceutique.

b) Une mesure neutre pour l'assurance maladie

L'article 18 du présent projet de loi de financement propose de porter le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires à **1,6 % pour les trois prochaines années 2012-2013-2014.**

L'étude d'impact évalue les recettes issues de cette mesure à 400 millions d'euros par an, considérant ce dispositif comme nouveau par rapport au triennal passé 2009-2011. En réalité, seul doit être considéré le

surplus de ressources consécutif à l'augmentation de 0,6 point de la taxe, soit **150 millions d'euros par an**.

Le produit de la contribution sera toujours affecté à la CNAM. Cependant, l'exposé des motifs du présent article précise que conformément à l'engagement pris par le Gouvernement à l'issue des Assises du médicament s'agissant de la formation des médecins, le produit de la majoration de la taxe sur le chiffre d'affaires sera **reversé par la CNAM** à l'organisme de gestion du développement professionnel continu (**OGDPC**) et à l'organisme paritaire collecteur (**OPCA**) pour les médecins salariés.

L'article 18 du présent projet de loi n'apporte ainsi pas de recettes nouvelles à la branche maladie par rapport à 2011.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces deux mesures (article 18 et article 19) relatives à l'industrie pharmaceutique qui n'auront qu'un faible impact sur les comptes de la sécurité sociale.

3. L'extension de l'assiette de la taxe sur les dépenses de promotion (article 17 bis)

L'**article 17 bis**, introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue, Yves Bur, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général, **tend à réintégrer, dans l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion, les frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires dans la presse médicale spécialisée.**

a) La taxe sur les dépenses de promotion

En application des articles L. 245-1 à L. 245-5-1-A du code de la sécurité sociale, cette contribution, dont le produit est affecté à la CNAM et à la HAS, est due par les laboratoires dont le chiffre d'affaires dépasse 15 millions d'euros.

La contribution est aujourd'hui assise sur les **frais de prospection et d'information des praticiens** : rémunération des visiteurs médicaux auprès des médecins de ville et des établissements de santé ; remboursement des frais de transport, de repas ou d'hébergement de ces visiteurs ; frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires, à l'exception de la presse médicale spécialisée. **C'est sur cette dernière exonération que propose de revenir l'article 17 bis.**

L'assiette de la contribution fait l'objet d'un abattement.

Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème progressif, comprenant quatre tranches.

b) Un outil pour diminuer la pression promotionnelle des laboratoires pharmaceutiques

Votre rapporteur pour avis approuve ce dispositif qui s'inscrit pleinement dans les recommandations d'un rapport de 2007 de l'inspection générale des affaires sociales¹⁶ qui soulignait la nécessité de diminuer la pression promotionnelle de l'industrie pharmaceutique et recommandait, dans des termes forts, d'« *organiser le désarmement en matière d'actions promotionnelles en combinant l'action par la taxe sur la promotion et par des objectifs quantitatifs* ».

**Extraits du rapport de l'inspection générale des affaires sociales -
« L'information des médecins généralistes sur le médicament »**

L'IGAS notait ainsi que « *l'industrie pharmaceutique, à travers l'importance des moyens qu'elle déploie pour la promotion [des médicaments], est un acteur prééminent dans le dispositif d'information des médecins. Elle y consacre au moins 3 milliards d'euros, aux trois-quarts sous la forme de la visite médicale, et encore cette estimation est-elle certainement sous-évaluée. L'information ainsi délivrée dans une perspective commerciale est affectée de biais structurels (sur-valorisation des produits promus, dévalorisation des produits anciens notamment dès lors qu'ils sont génériques...). La mise en place récente d'une charte de la qualité de la visite médicale ne devrait pas corriger en profondeur ces déficiences. Les médecins, conscients de ces biais, accordent peu de crédibilité à la visite médicale mais restent majoritairement attachés à ce mode d'information pratique, adapté à leurs besoins et gratuit. Malgré le recul critique des médecins, la visite médicale a eu une influence certaine sur les prescriptions. (...) Si cette influence peut être bénéfique lorsque les objectifs commerciaux (expansion de la prescription) sont congruents avec les exigences du bon usage, cette congruence est loin d'être systématique. Enfin, la visite médicale, financée en fait par la collectivité à travers les prix administrés du médicament, s'avère un moyen très coûteux d'apporter de l'information aux généralistes : plus de 25.000 euros par médecin généraliste et par an ».*

L'IGAS estimait ainsi qu'« *une action plus vigoureuse des pouvoirs publics en matière de production et de diffusion de l'information sur le médicament doit s'accompagner d'une régulation du volume de l'effort promotionnel des laboratoires. Il serait aberrant pour les finances publiques que les institutions publiques soient conduites à déployer des moyens importants, simplement pour faire contrepoids aux initiatives de l'industrie pharmaceutique. Un désarmement commercial organisé est aussi dans l'intérêt des laboratoires. Il s'avère que l'on dispose des outils pour organiser ce désarmement à travers soit la taxe sur la promotion soit les objectifs quantitatifs par classe. Il appartient aux pouvoirs publics d'utiliser ces outils dans le cadre d'une politique clairement affichée : réduction progressive de moitié des dépenses de promotion ».*

¹⁶ Pierre-Louis Bras, Pierre Ricordeau, Bernadette Roussille, Valérie Saintoyant, « L'information des médecins généralistes sur le médicament », rapport n° RM 2007-136P (septembre 2007).

4. Le financement de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (article 19)

a) L'AFSSAPS, le CeNGEPS et les CPP sont substantiellement financés par des taxes acquittées par l'industrie pharmaceutique

(1) Le financement actuel de l'AFSSAPS et des CPP

La taxe sur les médicaments et les produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, telle que prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique, est **perçue par l'AFSSAPS à son profit et à celui des comités de protection des personnes (CPP)**. Une **fraction égale à 11,4 % du produit de la taxe est reversée chaque année à ces comités** selon les modalités déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Selon le tome I du fascicule « Voies et Moyens » annexé au projet de loi de finances pour 2012, les recettes de la taxe sur les médicaments s'élèvent à plus de **24 millions d'euros en 2011**.

La taxe sur les médicaments **représente une part importante des ressources dont dispose l'AFSSAPS et les CPP**.

Au cours de l'exercice 2010, l'AFSSAPS disposait de **117,7 millions d'euros de recettes de fonctionnement**, dont **76 % proviennent de taxes affectées** acquittées par l'industrie pharmaceutique. Ainsi, l'Agence a perçu en 2010 les taxes suivantes :

(en milliers d'euros)

Taxe annuelle sur les médicaments (part AFSSAPS)	23 847
Taxe annuelle sur les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle	
Taxe annuelle sur les dispositifs médicaux et les dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i>	17 334
Taxe annuelle pour contrôle qualité des analyses de biologie médicale	2 373
Droit progressif sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché	40 442
Enregistrement des produits homéopathiques	76
Enregistrement des médicaments à base de plantes	91
Redevance pour visa de publicité	5 050
Demandes de certificats matières premières	111
Taxe sur les demandes d'AIP	200
Total Taxes	89 523

Source : AFSSAPS (5/10/2011)

À titre de comparaison, les subventions de l'État ne représentaient que 8 % des recettes de l'AFSSAPS¹⁷.

¹⁷ Les subventions de l'État s'élevaient à 9,78 millions d'euros en 2010.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a été créée par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire et des produits destinés à l'homme. Il s'agit d'un établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé.

L'AFSSAPS a pour mission essentielle d'**évaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation des produits de santé**. Ainsi, elle doit contribuer par ses diverses formes d'intervention à ce que les risques inhérents à chaque produit puissent être identifiés, analysés et maîtrisés tout en tenant compte des besoins thérapeutiques et des impératifs de continuité des soins.

Le domaine d'intervention de l'AFSSAPS est large et concerne les médicaments et les matières premières, les dispositifs médicaux et les dispositifs de diagnostic *in vitro*, les produits biologiques d'origine humaine (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules, produits de thérapies génique et cellulaire), les produits cosmétiques, etc.

L'AFSSAPS constitue un maillon essentiel de la chaîne de sécurité sanitaire du médicament ; ainsi, avant commercialisation d'un médicament :

- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) **évalue la sécurité** du médicament sur la base du rapport bénéfice thérapeutique/risque ;
- la Haute autorité de santé (HAS) **évalue la qualité** du médicament sur une base d'efficacité médico-technique ;
- le Comité économique des produits de santé **fixe le prix** du médicament en négociation avec le secteur industriel concerné.

Les comités de protection des personnes sont financés quant à eux par le versement d'une fraction de différentes taxes perçues par l'AFSSAPS ; il s'agit en premier lieu de la **taxe sur les médicaments** et les produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, mais également de la **taxe annuelle sur les dispositifs médicaux**¹⁸ et de la **taxe annuelle sur les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro***¹⁹. Ainsi, les CPP ont bénéficié en 2010 de près de 3 millions d'euros de recettes de fonctionnement dont **plus de 90 % provenaient de la taxe annuelle sur les médicaments**.

Les comités de protection des personnes (CPP)

Les comités de protection des personnes (CPP) ont été créés par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. La création des CPP résulte d'une mise en conformité de la législation française avec la directive 2001/20/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 avril 2001 prévoyant un contrôle de **comités d'éthique** sur la conduite d'essais cliniques chez l'homme. Les CPP viennent ainsi se substituer aux comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB) qui avaient été créés par la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale, dite Huriet-Sérusclat.

¹⁸ Art. L. 5211-5-2 du code de la santé publique.

¹⁹ Art. L. 5221-7 du code de la santé publique.

L'article L. 1121-4 du code de la santé publique précise que **la recherche biomédicale ne peut être mise en œuvre qu'après avis favorable du comité de protection des personnes** compétent²⁰, alors que l'avis des précédents CCPRB n'était que consultatif. L'autorisation de l'AFSSAPS est également requise.

Selon l'article L. 1121-1 du code de la santé publique, le ministre chargé de la santé agréé au niveau régional ou interrégional plusieurs comités de protection des personnes et détermine leur compétence territoriale. Leurs membres sont nommés par le représentant de l'État dans la région dans laquelle le comité a son siège.

(2) La taxe additionnelle à la taxe annuelle sur les médicaments permet de financer le CENGEPS

La loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 a créé une **taxe additionnelle** à la taxe sur les médicaments et les produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique précité. Initialement créée à titre provisoire, cette imposition additionnelle a été prorogée par les projets de loi de finances pour 2010 puis pour 2011, jusqu'à l'exercice 2013 compris.

Le tarif de la taxe additionnelle est égal 39 % de celui de la taxe sur les médicaments. Cette taxe additionnelle est également recouvrée par l'AFSSAPS, à l'instar de la taxe annuelle à laquelle elle s'ajoute.

Le produit de cette imposition additionnelle est réparti, par arrêté du ministre chargé de la santé, **entre les centres de gestion des essais de produits de santé** créés sous forme de groupements d'intérêt public (GIP).

Ainsi, un **Centre national de gestion des essais de produits de santé** (CeNGEPS) a été mis en place par une décision du 19 mars 2007 du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la recherche²¹, approuvant la convention constitutive de ce groupement d'intérêt public. Le CeNGEPS regroupe différents partenaires publics et privés, comprenant l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), du syndicat des entreprises du médicament (LEEM) et des établissements de santé. Cet organisme a pour objet de **faciliter la coordination et la gestion des essais cliniques à promotion industrielle** réalisés dans les établissements de santé ou dans le cadre des réseaux de soins ; ainsi, il a entre autres vocation à maintenir l'attractivité du territoire français pour la réalisation de ces essais cliniques.

Unique bénéficiaire de la taxe additionnelle à la taxe sur les médicaments et les produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, le CeNGEPS est essentiellement financé par cette contribution dont les recettes s'élèvent à **10 millions d'euros**²² par an.

²⁰ L'article L. 1123-6 du code de la santé publique précise qu'il ne peut être sollicité qu'un seul avis par projet de recherche. Toutefois, en cas d'avis défavorable du comité, le promoteur peut demander au ministre chargé de la santé de soumettre le projet de recherche, pour un second examen, à un autre comité désigné par le ministre.

²¹ J.O. du 28 mars 2007.

²² Tome I du fascicule « Voies et moyens » annexé au projet de loi de finances pour 2011.

L'article 26 du projet de loi de finances pour 2012 prévoit l'abrogation de cette taxe additionnelle.

b) Le financement de l'AFSSAPS, des CEP et du CENGEPS par une dotation de l'État

À la suite de l'affaire du Mediator[®], qui a révélé l'existence de défaillances dans le fonctionnement du système de sécurité sanitaire du médicament, **le Gouvernement a souhaité entreprendre une réforme d'ampleur de la politique du médicament.** Celle-ci a vocation à être mise en œuvre par le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, actuellement en cours d'examen devant le Parlement ; ce projet de loi prévoit notamment de transformer l'AFSSAPS en Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Dans le cadre de cette réforme, les modalités de financement de l'AFSSAPS, mais également des CPP et du CeNGEPS sont modifiées. Désormais, **ces entités doivent être financées par le biais de dotations de l'État**, et ce afin de renforcer les garanties d'indépendance de celles-ci à l'égard de l'industrie pharmaceutique et des dispositifs médicaux.

Il est donc prévu, dans le cadre du projet de loi de finances pour 2012, d'instaurer une subvention pour charge de service public à l'AFSSAPS de **134,9 millions d'euros**²³ et des dotations au CeNGEPS et aux CPP à hauteur de **13,5 millions d'euros**, à partir du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé ».

De ce fait, l'**article 19** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 **modifie l'article L. 5321-2 du code de la santé publique** afin de prévoir que le financement de l'AFSSAPS sera désormais assuré par :

- une subvention de l'État ;
- des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales.

La référence aux redevances pour services rendus et aux taxes prévues à son bénéfice est supprimée.

Votre rapporteur spécial estime qu'à la suite de l'émotion suscitée par l'affaire du Mediator[®], il est nécessaire de restaurer la confiance dans l'ensemble de la chaîne du médicament. C'est pourquoi, prévoir un financement de la future ANSM par voie de dotations de l'État est bienvenu, dès lors qu'il permet de rompre tout lien avec l'industrie pharmaceutique.

²³ Cette augmentation du budget alloué à l'AFSSAPS, qui ne s'élevait qu'à 117,7 millions d'euros, est imputable, selon le Gouvernement, au renforcement des missions de l'agence, dont la transformation en Agence nationale de sécurité du médicament est envisagée, notamment dans le domaine de la pharmacovigilance, au développement de l'expertise interne, au renforcement de la communication, de l'information, de l'inspection et du contrôle, etc.

Afin d'assurer la neutralité de cette opération pour le budget de l'État, l'article 26 du projet de loi de finances pour 2012 précité prévoit de **réaffecter au budget de l'État 57 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fabricants de lunettes actuellement perçue par la CNAM.**

Le Gouvernement estime que le transfert de recettes opéré au profit du budget de l'État s'élèverait à **148,4 millions d'euros.**

c) L'augmentation des impositions dont le produit était perçu par l'AFSSAPS et leur affectation à la CNAMTS

Quant à l'assurance maladie, la perte de recettes liée à la réaffectation d'une part de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fabricants de lunettes sera compensée par l'affectation des taxes précédemment destinées à l'AFSSAPS.

Le rendement actuel des taxes et redevances affectées au financement de l'AFSSAPS, des CPP et du CeNGEPS est inférieur au montant de **148,4 millions d'euros.** Afin que le transfert des taxes et redevance perçues par l'AFSSAPS à la CNAMTS soit sans incidence sur les ressources de celle-ci, une augmentation des plafonds, des taux et des tarifs de ces impositions est prévue le cadre du PLFSS pour 2012 et par voie réglementaire. Ainsi, l'**article 19** du présent projet de loi :

- **porte à 50 000 euros le plafond maximal concernant les droits progressifs sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM).** Ce relèvement devrait permettre l'augmentation des tarifs fixés par voie réglementaire. Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi de financement, il est prévu, à ce titre, de porter de 674 à 5 000 euros le plafond des tarifs des renouvellement d'AMM. Les tarifs des procédures décentralisées et reconnaissance mutuelle devraient aussi être revalorisés ;

- **relève les montants forfaitaires de la taxe annuelle sur les médicaments,** également appelée taxe sur les chiffres d'affaires des spécialités pharmaceutiques ;

(en euros)

Montant des ventes hors taxes au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes à l'exportation	Montant de la taxe
≤ 76 000	499
76 000 - 380 000	1 636
380 001 – 760 000	2 364
760 001 – 1 500 000	3 890
1 500 001 – 5 000 000	6 583
5 000 001 – 10 000 000	13 166
10 000 001 – 15 000 000	19 749
15 000 001 – 30 000 000	26 332
> 30 000 000	33 913

- **augmente le taux de la taxe annuelle sur les dispositifs médicaux et les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* à 0,29 %**. Celui-ci est actuellement de 0,25 % ;

- **accroît le montant des droits dus pour certains services rendus par l'AFSSAPS.**

Il est également indiqué, dans l'étude d'impact précitée, que le tarif de la **taxe sur le contrôle national de qualité**, acquittée par les laboratoires de biologie médicale, est relevé par voie réglementaire de 463 à 540 euros. Son plafond est fixé à 600 euros par la loi.

Il est avancé par le Gouvernement que l'ensemble des augmentations de ces droits et taxes devrait rapporter **41 millions d'euros**.

Votre rapporteur pour avis est favorable à la réforme du financement de l'AFSSAPS, qui a vocation à devenir la nouvelle agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM). Cette réforme doit participer à rétablir la confiance dans le système de sécurité sanitaire tout en étant neutre pour les finances de l'État et de l'assurance maladie.

F. LES AUTRES MESURES

1. Le plafonnement des compensations bilatérales maladie (article 3)

L'article 3 du présent projet de loi propose de **plafonner les compensations bilatérales maladie**.

a) Des règles applicables aux « compensations démographiques vieilli[es] et [devant] faire l'objet d'une refonte générale »²⁴

(1) Les transferts, tous types confondus, qui peuvent représenter une part importante des produits ou des charges de certains régimes

Plusieurs types de transferts permettent de compenser, au titre de la solidarité, les déséquilibres démographiques et les capacités contributives très différentes d'un régime à l'autre :

- des subventions d'équilibre versées par l'Etat ;
- la prise en charge des déficits de certains régimes spéciaux par le régime général ;

- des transferts de compensations démographiques entre régimes. Ces derniers mécanismes existent, d'une part, entre régimes obligatoires de retraites et, d'autre part, entre les régimes d'assurance maladie.

Les transferts, tous types confondus, peuvent représenter une part importante des produits ou des charges de certains régimes d'assurance maladie. Comme le soulignait la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2010 sur la sécurité sociale, ces différents transferts rapprochent tous les régimes de l'équilibre, sauf le régime général.

²⁴ Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – septembre 2010.

Part des charges et produits de transfert par rapport aux produits et charges totaux des différents régimes d'assurance maladie en 2008

(en milliards d'euros)

	Produits hors produits de transfert	Charges hors charges de transfert	Résultat « brut »	Produits de transfert	Part des produits de transfert dans le total des produits	Charge de transfert	Part des charges de transfert dans le total des charges	Résultat
CANSSM	0,46	1,58	-1,12	1,00	68,4 %	0,00	0,1 %	-0,12
ENIM	0,18	0,40	-0,21	0,25	58,0 %	0,03	6,8 %	0,01
CAVIMAC	0,09	0,20	-0,11	0,11	56,1 %	0,00	0,0 %	0,00
SNCF	1,33	2,01	-0,68	0,69	34,4 %	0,05	2,3 %	-0,03
MSA – exploitants	6,28	8,60	-2,32	2,79	30,7 %	0,05	0,6 %	0,42
RSI maladie	7,63	8,06	-0,43	1,70	18,2 %	1,25	13,4 %	0,02
MSA – salariés	4,45	5,18	-0,73	0,82	15,6 %	0,00	0,1 %	0,08
CRPCEN	0,35	0,28	-0,07	0,00	0,0 %	0,07	20,4 %	-0,00
RATP	0,31	0,27	-0,03	0,00	0,0 %	0,03	11,5 %	0,00
CNAMTS	160,97	163,09	-2,11	0,70	0,4 %	3,04	1,8 %	-4,45
Autres régimes	3,05	3,05	-0,00	0,00	0,1 %	0,04	1,2 %	-0,03
TOTAL	185,11	192,72	-7,62	8,07	4,2 %	4,56	2,3 %	-4,10

Source : Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Deux types de compensation doivent être distingués : la **compensation généralisée** entre les différents régimes, d'une part, et les **compensations bilatérales** entre le régime général et les autres régimes d'assurance maladie, d'autre part.

(2) La suppression de la compensation généralisée maladie en 2011

Les transferts de compensation généralisée maladie ont été supprimés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Dans son rapport précité de septembre 2010, la Cour des comptes formulait plusieurs critiques à l'égard de ce dispositif. Elle notait, notamment, que certains paramètres avaient été déterminés à partir d'estimations qui auraient dû être régulièrement revues et qui ne l'ont pas été : les règles de calcul de la prestation moyenne étaient ainsi différentes d'un régime à l'autre et la masse salariale des cotisants du régime général pouvait être sous-évaluée de l'ordre de 2 %, ce qui conduisait ainsi à réduire les compensations démographiques à la charge de la CNAM.

La Cour proposait de supprimer, à terme, pour les régimes d'assurance maladie la compensation démographique généralisée et de réviser les mécanismes de compensation bilatérale entre le régime général et les régimes spéciaux. C'est ce second mécanisme que le présent projet de loi propose désormais de réformer.

b) Le dispositif proposé

L'article 3 du présent projet de loi propose **d'encadrer le mécanisme de compensation bilatérale** grâce à une règle de plafonnement des transferts afin d'éviter qu'un régime lui-même déficitaire ne contribue pas plus que nécessaire à l'équilibre d'un autre régime.

Le mécanisme de la compensation bilatérale est rappelé dans l'encadré suivant.

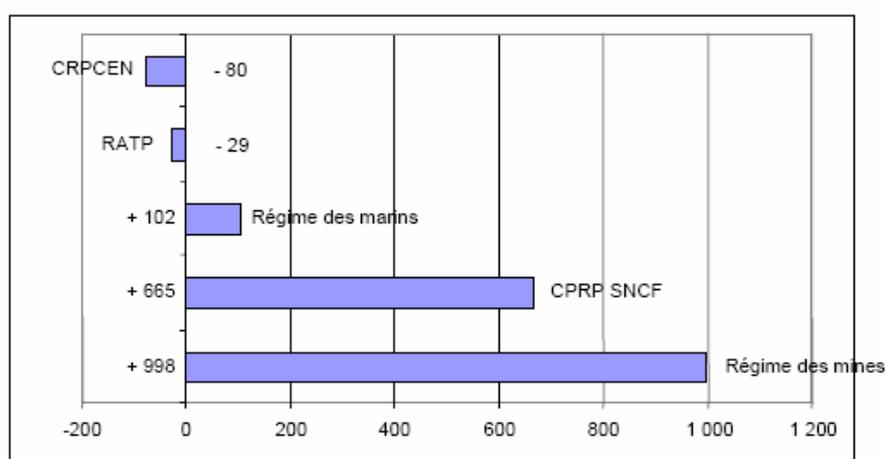
Le mécanisme des compensations bilatérales

« Les compensations bilatérales entre la branche maladie du régime général et certains régimes spéciaux de salariés sont, pour certaines, antérieures à la compensation généralisée : elles ont été instituées en 1971 pour la SNCF et en 1972 pour les régimes des mines, des marins et de la RATP. Elles ont ensuite été étendues à d'autres régimes.

« Il s'agit, à la différence des compensations généralisées, d'une juxtaposition de transferts entre le régime général et chacun des régimes spéciaux de salariés.

« En application de ce mécanisme, le régime général prend à sa charge le déficit (ou enregistre un produit en cas d'excédent), pour ce qui concerne les prestations en nature, que le régime spécial aurait constaté s'il avait appliqué les règles du régime général : les charges des prestations légales du régime spécial sont ainsi simulées en appliquant les taux de remboursement du régime général et les produits sont évalués à partir des différentes contributions et de la masse salariale, à laquelle sont appliqués les taux de cotisation du régime général. »

Transferts issus de la compensation bilatérale maladie (2008)



Source : Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale – septembre 2010

Comme l'indique l'étude d'impact annexée au présent article, il s'agit concrètement **d'éviter que la compensation bilatérale ne conduise à placer un régime en situation d'excédent comptable alors même que le régime débiteur est soumis à un impératif de redressement.**

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, un amendement de coordination.

Votre rapporteur pour avis note que cette mesure permet ainsi d'améliorer le solde de la branche maladie du régime général de 100 millions d'euros en 2012.

2. L'extension du dispositif d'exonération des rémunérations versées aux aides à domicile à destination des « familles fragiles » (article 10 bis)

L'article 10 bis, introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue Bérengère Poletti, propose **d'étendre le dispositif d'exonération de cotisations patronales aux aides à domicile à destination des « familles fragiles »**.

a) Le dispositif introduit en loi de finances pour 2011

L'article 90 du projet de loi de finances pour 2011 - devenu l'article 200 de la loi de finances - a supprimé, à compter du 1^{er} janvier 2011, **deux exonérations spécifiques de cotisations sociales à la charge de l'employeur**, dans le domaine des services à la personne :

- d'une part, l'abattement forfaitaire de 15 points sur les cotisations sociales dues par les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle ;

- d'autre part, la franchise de cotisations patronales (à l'exclusion des cotisations accidents du travail-maladies professionnelles) dans la limite du salaire minimum de croissance (SMIC), sans plafond de rémunération, dont bénéficient les prestataires agréés ou déclarés intervenant auprès de publics dits « non fragiles ».

Quant aux dispositifs fiscaux dérogatoires (réduction et crédit d'impôt pour l'emploi des salariés à domicile), ceux-ci n'ont pas été modifiés par la loi de finances initiale pour 2011.

Les exonérations de cotisations sociales pour les publics fragiles ont en revanche été maintenues, pour les structures agréées comme pour l'emploi en direct par un particulier. Elles concernent :

- les personnes âgées de soixante-dix ans ou plus ;
- les invalides à 80 % ou titulaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- les personnes âgées de plus de soixante ans ayant l'obligation de recourir à une tierce personne ;
- les bénéficiaires de l'Apa ;
- les parents d'enfants handicapés.

b) Le dispositif proposé

L'article 10 *bis* propose d'étendre ce dispositif d'exonération aux aides à domicile à destination des « familles fragiles ».

Il s'agit, selon l'auteur de l'amendement, des techniciennes de l'intervention sociale et familiales envoyées par le Conseil général dans le cadre de **l'aide sociale à l'enfance dans des familles en difficultés**, ainsi que des aides aux familles envoyées par les caisses d'allocations familiales, *via* des associations ou organismes agréés ou autorisés.

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'être favorable à cette mesure.

3. L'assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages alloués à des salariés par des personnes tierces (article 10 *quater*)

a) Le dispositif adopté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

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

Il s'agit, par exemple, en matière commerciale, de pratiques d'incitations directes des salariés d'entreprises tierces, le plus souvent des personnels de vente, sous la forme de chèques-cadeaux, de rémunérations proportionnelles au montant des ventes réalisées ou même d'avantages en nature.

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

Rien n'était ainsi prévu lorsque ces sommes ou gratifications étaient versées au salarié par une entreprise ou une personne tierce à l'employeur. Il en résultait une exonération de cotisations sociales de fait sur des sommes qui étaient pourtant versées à raison d'une activité professionnelle.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a permis, d'une part, **d'assimiler à des rémunérations ces sommes et avantages alloués à un salarié par une personne qui n'est pas son employeur** et, d'autre part, de **soumettre à prélèvements sociaux ces sommes et avantages**.

Ainsi, l'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale prévoit que, dans ces cas particuliers, les cotisations des assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail et les contributions sociales dues sur ces rémunérations **sont acquittées sous la forme d'une contribution libératoire**

à la charge de la personne tierce dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois sur la base de la durée légale du travail.

Les autres cotisations d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations.

Lorsque ces rémunérations versées pour un an excèdent la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois, la part supérieure à ce plafond est assujettie à toutes les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle.

b) Les modifications proposées

L'article 10 *quater* du présent projet de loi, introduit à l'initiative de notre collègue député, Dominique Tian, a pour objet de simplifier le dispositif prévu à l'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Il s'agit d'un amendement qui avait déjà été présenté dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement rectificative pour 2011 en juin dernier et dont le Gouvernement avait demandé le retrait au bénéfice de son re-dépôt dans le PLFSS 2012.

Selon l'auteur de l'amendement, ce dispositif devrait éviter des procédures déclaratives individuelles qui pourraient, par leur complexité et leur lourdeur administrative, pousser les personnes tierces à l'employeur des salariés concernés à renoncer à ce mode de gratification.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces mesures.

4. L'harmonisation des règles applicables en cas de récidive de rétention de précompte (article 20 *bis*)

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a introduit un article 29 *bis* tendant à **soumettre les employeurs agricoles d'être soumis aux mêmes peines, en cas de récidive de rétention de précompte, que les autres employeurs.**

Cet amendement fait suite à la décision du Conseil constitutionnel n° 2011-161 du 9 septembre 2011, saisi par la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité.

Le Conseil a examiné la situation des employeurs agricoles et des autres employeurs et a relevé que, pour une même infraction, ces deux catégories sont soumises à une procédure, à un quantum de peine, à des règles de prescription, à des règles en matière de récidive, à des conséquences pour le casier judiciaire et à des incapacités consécutives à la condamnation différents.

Il a jugé par conséquent contraire au principe d'égalité devant la loi pénale l'article L. 725-21 du code rural et de la pêche maritime. Cette déclaration d'inconstitutionnalité prend effet à compter du 9 septembre 2011, date de la publication de la décision. Elle peut être invoquée dans les instances en cours à cette date et dont l'issue dépend des dispositions déclarées inconstitutionnelles.

La modification proposée permet aux employeurs agricoles d'être soumis aux mêmes peines, en cas de récidive de rétention de précompte, que les autres employeurs.

Votre rapporteur pour avis prend acte de cette disposition.

5. Le transfert du régime spécial d'assurance maladie de la CCI de Paris au régime général (article 21)

a) Un transfert partiel du régime spécial du personnel de la CCI de Paris...

L'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a prévu **de transférer les risques vieillesse et invalidité du régime spécial du personnel de la Chambre de commerce et d'industrie (CCI) de Paris au régime général** à compter du 1^{er} janvier 2006. L'objectif de ce transfert, demandé par la CCI, était de **garantir à long terme le paiement des retraites des agents de la CCI de Paris** grâce à l'intégration de ce régime de faible taille au régime général ; en effet, en 2006, ce régime spécial comptait seulement 3 600 cotisés et 2 400 pensionnés. De telles opérations avaient déjà été réalisées pour des régimes analogues, tels que celui de la CCI de Roubaix en 1998.

Cet article prévoyait, par la même occasion, la **suppression du régime spécial de retraite et d'invalidité** de la CCI de Paris.

b) ... qu'il est proposé de confirmer pour le risque invalidité...

Le transfert effectif de l'assurance invalidité au régime général n'a pu être réalisé dans les faits, ce risque continuant par conséquent à être géré par le régime de la CCI. En effet, **il s'est avéré difficile, en pratique, de dissocier la gestion du risque invalidité de celle du risque maladie**, qui ouvrent tous deux droit à une prise en charge des prestations en nature.

Cette absence de transfert a, quant à elle, des conséquences sur le bon fonctionnement de la gestion du risque vieillesse par le régime général. La validation des pensions d'invalidité du régime spécial ne peut être réalisée, lors de la liquidation des droits à retraite des agents de la CCI de Paris, qu'au terme d'une procédure manuelle susceptible d'entraîner des erreurs.

L'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit donc de **confirmer le transfert du risque invalidité au**

régime général ; toutefois, celui-ci ne sera réalisée de façon effective qu'au 1^{er} janvier 2013, notamment afin d'éviter les difficultés de gestion pouvant en résulter.

c) ... *et d'étendre aux risques maladie et maternité*

L'**article 21** prévoit également le **transfert des risques maladie et maternité** du régime spécial de la CCI de Paris au régime général, et ce **à partir du 1^{er} janvier 2013**. L'échéance choisie a pour finalité de faire correspondre cette mesure avec la création, par la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services, de la CCI de la région Paris-Île-de-France, à laquelle la CCI de Paris sera intégrée. Les modalités de ce transfert sont déterminées par un décret en Conseil d'État.

L'intégration du régime spécial de la CCI au régime général doit s'accompagner d'un **alignement du taux de cotisation employeur sur celui du régime général**, soit 13,10 %. Toutefois, compte tenu des contraintes budgétaires de la CCI de Paris, il est proposé un alignement progressif, sur une période allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2018. Les taux seraient alors fixés par décret.

Le régime spécial de la CCI de Paris doit prendre fin à compter du 1^{er} janvier 2013.

Divers amendements rédactionnels et de précision ont été adoptés par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur.

Votre rapporteur pour avis prend acte de cette mesure, nécessaire pour assurer une couverture de protection sociale pérenne au personnel de la CCI de Paris.

6. La suppression de la double cotisation pour le régime de base des experts-comptables salariés (article 21 bis)

À l'initiative de nos collègues députés Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général pour la commission des affaires sociales, et Denis Jacquat, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 21 *bis* visant à **supprimer la double cotisation pour le régime de base des experts comptables**.

L'article L. 642-4 du code de la sécurité sociale dispose que « *l'inscription au tableau de l'ordre en qualité d'expert-comptable ou de comptable agréé comporte l'obligation de cotiser à la Caisse d'allocation vieillesse des experts-comptables et des comptables agréés, même en cas d'affiliation au régime général de sécurité sociale.* » Ces dispositions imposent par conséquent que tout professionnel inscrit à l'ordre des experts-comptables cotise à la fois au régime de base de la Caisse d'allocation vieillesse des experts-comptables et des comptables agréés (CAVEC), mais

également au régime complémentaire qui y est rattaché. Sont concernés par cette obligation aussi bien les experts-comptables exerçant à titre libéral que les salariés.

Or, les experts-comptables et les comptables agréés salariés sont également affiliés au régime général et aux régimes complémentaires gérés par l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres (AGIRC) et par l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO). Il en résulte pour ces professionnels une double affiliation au régime de base et au régime complémentaire.

Selon les auteurs de l'amendement, cette situation implique le paiement d'une double cotisation, coûteuse pour les cabinets d'experts-comptables, l'affiliation au régime de base du CAVEC s'élevant à 2 500 euros.

L'article 21 *bis* précité prévoit par conséquent de modifier l'article L. 642-4 du code de la sécurité sociale afin que l'inscription au tableau de l'ordre des experts-comptables n'entraîne désormais l'obligation que de cotiser au régime complémentaire du CAVEC. Par suite, **les experts-comptables salariés ne seraient plus tenus de cotiser pour le régime de base du CAVEC**. La couverture du risque vieillesse serait dès lors, pour ces professionnels, assurée par le régime général, les régimes complémentaires gérés par l'AGIRC-ARRCO et le régime complémentaire du CAVEC.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions.

7. Une harmonisation technique relative aux cotisations des travailleurs indépendants (article 29)

Outre de très nombreuses mesures d'ordre rédactionnel, l'article 29 du présent projet de loi propose plusieurs **mesures d'harmonisation technique relatives aux cotisations des travailleurs indépendants**.

Ainsi est-il proposé :

- de **préciser la définition de l'assiette des cotisations sociales en visant explicitement le revenu tiré de l'activité professionnelle** tel qu'il est pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant application des exonérations et abattements fiscaux ;

- **d'harmoniser les modalités de calcul des assiettes forfaitaires**, nécessaires dans certains cas ;

- **de rendre plus flexible l'échéancier de recouvrement** : la possibilité de régularisation l'année précédente dès le revenu fiscal connu est établie et la possibilité de modifier les versements en raison de problèmes de trésorerie élargie.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement et de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général, plusieurs amendements tendant à :

- adapter des dispositions du présent article relatives aux taxations forfaitaires ;

- prévoir une consultation des organisations professionnelles avant la mise en œuvre de la simplification des modalités de calcul du revenu unique forfaitaire ;

- adapter les dispositions relatives aux obligations déclaratives des travailleurs indépendants en matière sociale ;

- proposer une simplification des dispositions propres à la CSG due par les exploitants agricoles afin de tenir compte des modifications introduites par le présent article en matière de cotisations sociales des travailleurs indépendants ;

- donner aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés la possibilité d'opter, pour l'ensemble de leurs revenus, pour le régime social des indépendants.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces mesures qui reprennent les propositions avancées dans le cadre du rapport de Jean-Luc Warsmann de simplification du droit. Ces mesures ne devraient avoir un impact que de **3 millions d'euros** en 2012 et de 2 millions d'euros en 2013.

8. L'articulation de la déclaration annuelle des données sociales et de la déclaration sociale nominative (article 30)

a) La déclaration annuelle des données sociales (DADS)

Conformément à l'article R. 242-14 du code de sécurité sociale (CSS), tout employeur ou travailleur indépendant est tenu de transmettre aux organismes de sécurité sociale dont il dépend une **déclaration annuelle des données sociales (DADS)**. Créée par l'article 1^{er} du décret n° 85-1343 du 16 décembre 1985, cette déclaration précise **les sommes perçues par le travailleur indépendant ou par chaque salarié au cours de l'année civile écoulée et les cotisations versées**. Elle doit être souscrite au plus tard le 31 janvier de chaque année par les travailleurs indépendants et les employeurs, y compris ceux du secteur public.

La DADS permet de détailler les éléments sur lesquels sont calculées les cotisations, de déterminer leurs droits aux prestations de l'assurance maladie et de reporter les droits des salariés au compte d'assurance vieillesse. Elle fournit également les données nécessaires à l'établissement des statistiques sur l'emploi et les rémunérations.

À partir de 2006, dans le cadre d'une simplification des démarches administratives au profit des PME, les déclarations de données sociales ont été

unifiées et la procédure de souscription, dématérialisée. La déclaration établie selon ces nouvelles normes a pris le nom de déclaration de déclaration annuelle des données sociales unifiée (DADS-U). La DADS-U est transmise sur le site Internet *net-entreprise.fr* ou sur *e-ventail.fr*. Les informations recueillies sont ensuite diffusées aux organismes de sécurité sociale concernés.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement, cette déclaration a été souscrite, au titre de l'année 2010, par plus de 2 millions d'entreprises pour près de 16 millions de salariés.

La DADS reste régie exclusivement par le décret du 16 décembre 1985 précité. Pourtant, ce cadre juridique n'autorise pas le développement de nouveaux usages de cette déclaration, notamment en matière de recouvrement pour le compte d'autres administrations, comme l'envisage le projet de **Déclaration sociale nominative (DSN)** qui fait l'objet d'une mesure envisagée par la **proposition de loi relative à la simplification du droit et de l'allègement des démarches administratives**²⁵ de Jean-Luc Warsmann, actuellement examinée par le Sénat.

b) Préparer la mise en place de la déclaration sociale nominative

L'article 30 de la proposition de loi relative à la simplification du droit et de l'allègement des démarches administratives, issu d'une proposition formulée par Jean-Luc Warsmann dans son rapport remis en juillet 2011 au président de la République sur la simplification du droit au service de la croissance et de l'emploi, prévoit la **création d'une déclaration sociale nominative (DSN)**. Dans le but de réduire la charge déclarative pesant sur les employeurs, de fiabiliser les informations servant au calcul des droits des salariés et de réduire les coûts de gestion, cette déclaration aurait vocation à se substituer progressivement à la totalité des déclarations sociales à partir du 1^{er} janvier 2013.

L'actuelle déclaration annuelle des données sociales (DADS) aurait naturellement vocation à être englobée dans la DSN. Dans cette perspective, l'**article 30** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 insère un nouvel article L. 133-5-4 dans le code de la sécurité sociale qui :

- confère une **consécration législative aux dispositions réglementaires encadrant le DADS** ;

- prévoit que **la DADS se substitue aux déclarations annuelles destinées aux URSSAF et aux caisses de sécurité sociales, à la déclaration des salariés et à la déclaration mensuelle de mouvements de main d'œuvre (DMMO)**. Sont également concernées les déclarations instituées par voie réglementaire dont la liste est fixée par décret.

En outre, ce dernier article pose le **principe de la transmission électronique de la DADS**. Il propose également que l'employeur soit tenu de

²⁵ Proposition de loi de Jean-Luc Warsmann relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives n° 3706, déposée le 26 juillet 2011 à l'Assemblée nationale.

régulariser les éléments déjà déclarés au titre d'une année civile par l'envoi d'une **déclaration de régularisation** et, le cas échéant, du versement complémentaire de cotisations et de contributions. Enfin, l'article 30 précité précise que le défaut de production d'une déclaration est sanctionné par une **pénalité** fixée à 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur.

Divers amendements rédactionnels et de précision ont été adoptés par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement et de notre collègue député Yves Bur.

Votre rapporteur pour avis est favorable à ces dispositions qui semblent aller dans le sens d'une simplification des démarches administratives.

9. Le contrôle de l'application de la législation de la sécurité sociale en matière de cotisations et de contributions sociales aux autorités de l'État (article 30 *ter*)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, le présent article 30 *ter* tendant à **étendre la mission de contrôle relative à l'application du code de la sécurité sociale en matière de cotisations et de contributions sociales à l'ensemble des autorités de l'État.**

Depuis 2004, conformément à la loi n° 2003-1199 du 19 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale prévoit que le contrôle de l'application de la législation de la sécurité sociale au titre des cotisations et contributions sociales, dans les services déconcentrés de l'État, relève des Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Pour les administrations centrales de l'État, cette mission est assurée par la Cour des comptes.

L'**article 30 *ter*** propose d'étendre la compétence de contrôle de la Cour des comptes de l'application du code de la sécurité sociale en matière de cotisations et de contributions sociales **aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs et aux organes juridictionnels mentionnés dans la Constitution, soit le Conseil constitutionnel, le Conseil d'État et la Cour de cassation.** Il est par ailleurs prévu que, pour la **Cour des comptes**, ce contrôle est assuré par l'URSSAF dont elle relève.

Il est pris acte de ces dispositions par votre rapporteur pour avis.

**10. L'extension du champ d'intervention de la Cour des comptes
(article 31 *bis*)**

L'article 31 *bis*, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général, a pour objet de donner, aux membres et personnels de la Cour des comptes, une faculté d'examen de certaines opérations effectuées par des régimes et organismes dont les comptes sont par ailleurs certifiés par un commissaire aux comptes.

Selon l'auteur de l'amendement, la faculté donnée à la Cour porterait ainsi uniquement sur les opérations effectuées pour le compte du régime général par les autres régimes et organismes de sécurité sociale.

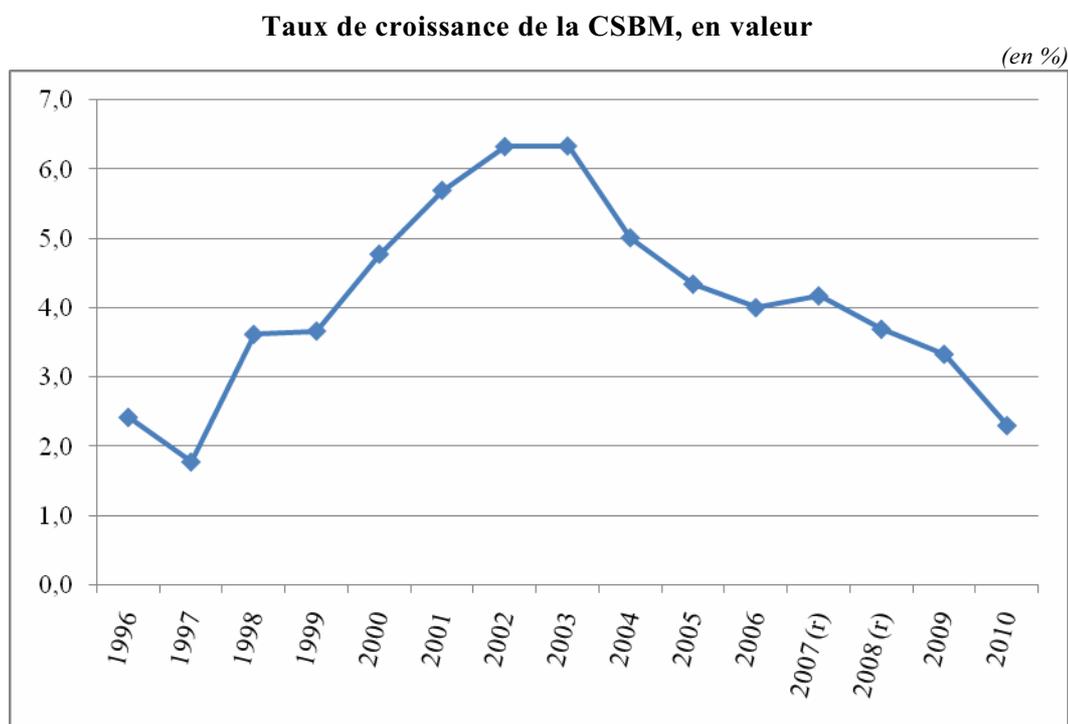
Votre rapporteur pour avis prend acte de ce dispositif qui devrait participer au renforcement de la mission de certification confiée à la Cour des comptes.

II. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2012

Les dépenses d'assurance maladie des régimes de base de la sécurité sociale représentaient **16 % des dépenses publiques totales en 2010**, soit 9 % du produit intérieur brut (PIB). Leur pilotage constitue, de ce fait, un **enjeu essentiel du respect de la trajectoire des finances publiques**, d'autant qu'il s'agit de dépenses particulièrement dynamiques.

La croissance de la consommation des services et biens médicaux (CSBM) a ralenti à partir de 2007. Toutefois, la CSBM a continué à augmenter à un rythme conséquent, enregistrant une hausse de 2,3 % en valeur en 2010.



Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

En cinquante ans, **la part de la CSBM dans le PIB est passée de 3,4 % en 1960 à 9 % en 2010**. Cette hausse de long terme est imputable aux effets combinés du progrès technique, qui induit une augmentation du prix des services et produits de santé, et du vieillissement de la population.

Les dépenses d'assurance maladie font donc d'une attention toute particulière et connaissent, par conséquent, un double encadrement :

- par les **objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès** ;

- par l'**objectif national de dépenses d'assurance maladie** (ONDAM).

1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (articles 1^{er}, 8 et 47)

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que, dans sa partie relative aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général. À ce titre, la loi de financement définit **un objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et un autre pour le régime général seul.**

Ces deux objectifs sont distincts de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). En effet, comme le rappelle l'annexe 7 au présent projet de loi de financement, le champ des objectifs de dépenses de la branche maladie intègre des postes de charges plus nombreux que ceux compris dans celui de l'ONDAM, comme le montre le tableau ci-après :

**Composition de l'ONDAM et des comptes de branches
pour l'exercice 2011**

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM		ONDAM	
<i>A. Gestion technique</i>			
I- Prestations sociales - part des prestations médico-sociales financées par la CNSA ; - prestations en espèces : IJ maternité ; - prestations invalidité décès ; - prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) ; - action de prévention ; - autres prestations.	I- Prestations légales maladie maternité - prestations en nature maladie maternité (hors part des prestations médico-sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales, minorées des remises conventionnelles pharmaceutiques) ; - prestations en espèces (hors IJ maternité).	I- Prestation pour incapacité temporaire - prestations en nature ; - prestations en espèces suite à un accident du travail.	I- Prestations pour incapacité permanente.
II- Charges techniques	II- Charges techniques, dont : - dotation ONDAM médico-social à la CNSA ; - prise en charge de cotisations des professionnels libéraux ; - dotation aux fonds (FIQCS, FAC, FMESPP).		II- Charges techniques - rentes accidents du travail ; - dotations aux fonds amiante.
III- Diverses charges			III- Diverses charges
IV- Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM			IV- Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM
V- Charges financières			V- Charges financières
<i>B. Gestion courante</i>			
	- Aide à la télétransmission.		

Source : Annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Par ailleurs, **l'ONDAM est un objectif inter-branches** qui porte tant sur des dépenses de la **branche maladie** que sur certaines dépenses de la **branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)**. Toutefois, le champ des prestations de l'ONDAM est plus limité que celui des prestations d'assurance maladie ; ainsi, à titre d'exemple, il ne couvre pas les indemnités journalières maternité, ni les dépenses relatives aux soins en France d'assurés de régimes étrangers que l'assurance maladie prend en charge avant de se faire rembourser au titre de conventions internationales. Il est en de même avec la branche AT-MP, puisque l'ONDAM ne retrace pas les indemnités journalières pour incapacité permanente. Ainsi, **l'ONDAM intègre 80 % des dépenses de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), pour la maladie, et seulement 30 % des charges de la branche AT-MP.**

Ces différences de périmètre explique en grande partie que **les objectifs de dépenses de la branche maladie et l'ONDAM ne connaissent pas la même progression**. En outre, l'annexe 7 au présent projet de loi de financement précise que l'ONDAM est construit comme un objectif inter-régime, alors même que les dépenses de chaque régime sont influencées par des facteurs sociodémographiques qui lui sont propres.

Pour l'année 2012, l'**article 46** du présent projet de loi fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès :

- pour **l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**, à **186,8 milliards d'euros**.

- pour le **régime général de sécurité sociale**, à **162,2 milliards d'euros**.

Par rapport aux objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès tels que rectifiés par l'**article 8**, les montants retenus pour 2012 progressent :

- de **3 % pour l'ensemble des régimes obligatoires de base**, soit une augmentation de 5,5 milliards d'euros ;

- de **3 % pour le régime général**, soit une hausse de 4,8 milliards d'euros.

2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (articles 9 et 48)

a) En 2010, l'ONDAM serait respecté pour la première fois depuis 1997

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 avait fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à **162,4 milliards d'euros** pour cet exercice. **Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM serait respecté**. Selon le rapport remis à la Commission des comptes de sécurité sociale en septembre 2011, les dépenses dans le champ de l'ONDAM laisseraient apparaître une **sous-exécution d'environ 640 millions d'euros** de l'objectif voté. Les dépenses s'élèveraient ainsi à 161,8 millions d'euros, soit une croissance de 2,9 % par rapport à l'objectif voté pour 2009.

Pourtant, dans son avis n° 8 du 28 mai 2010, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie avait mise en évidence un risque de dépassement des sous-objectifs de l'ONDAM de près de 400 millions d'euros. Ainsi, celui-ci estimait qu'à défaut de mesures nouvelles, l'ONDAM pour 2010 pourrait être dépassé de 600 millions d'euros, dont 200 millions d'euros au titre des soins de ville et 400 millions d'euros au titre des dépenses hospitalières.

Par conséquent, des mesures d'économies supplémentaires ont été arrêtées en cours d'année. Elles ont initialement porté sur un total de

650 millions d'euros. Mais leur montant et leur contenu a évolué pour atteindre, finalement **734 millions d'euros** :

- 364 millions d'euros du fait de dotations pour missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) non déléguées, portant essentiellement sur les crédits au titre de l'aide à la contractualisation (AC) ;

- 105 millions d'euros d'économies sur la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESSPP) ;

- 100 millions d'euros liés à la baisse des prix sur les médicaments qui étaient initialement programmés pour 2011 ;

- 100 millions d'euros de réduction de la participation des régimes d'assurance maladie à la couverture des dépenses relevant de l'objectif global de dépense ;

- 55 millions d'euros au titre de gels sur les dotations annuelles de financement consacrées aux unités de soins de longue durée (USLD), à la psychiatrie et aux soins de suite et réadaptation (SSR) ;

- 10 millions d'euros au titre de la non-revalorisation des indemnités journalières (IJ) longues.

Ces mesures correctrices permettraient donc à l'ONDAM d'être respecté en 2010, alors même que celui-ci a fait l'objet de dépassements conséquents depuis sa création. À cet égard, le rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie²⁶, présidé par M. Raoul Briet, a rappelé qu'entre 1998 et 2002, les dépenses d'assurance maladie ont excédé de 2,44 % en moyenne l'ONDAM voté, et de 0,74 % depuis 2003. L'année 2007 toutefois marqué une exception, le dépassement constaté ayant atteint 1,9 % de l'ONDAM voté.

ONDAM voté – ONDAM réalisé

(en milliards d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (p)
ONDAM initial	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4	167,1
Dépenses réalisées	124,1	130,2	135,1	142,1	147,6	152,9	158,1	161,8	167,1
Dépassement de l'objectif en valeur	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	0,9	0,5	-0,6	0
Dépassement de l'objectif	0,5 %	0,4 %	0,1 %	1,0 %	1,9 %	0,6 %	0,3 %	-0,4 %	0 %

Source : commission des finances

²⁶ R. Briet, Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, mai 2010.

Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2010

(en milliards d'euros)

	Objectifs arrêtés	Constat provisoire	Exécution par rapport aux objectifs
Soins de ville	75,2	74,8	-0,4
Établissements de santé	70,9	70,8	-0,1
Établissements et services médico-sociaux	15,2	15,1	-0,1
Autres prises en charge	1	1,1	0,1
ONDAM TOTAL	162,4	161,8	-0,6

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011

Il ne s'agit néanmoins que de réalisations provisoires. Ce n'est qu'en 2012, au vu des comptes pour l'exercice 2011, que pourront être constatées les réalisations définitives.

b) Les dernières informations disponibles laissent envisager le respect de l'ONDAM en 2011

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a fixé l'ONDAM à **167,1 milliards d'euros** pour 2011, soit une **progression de 2,9 %** par rapport à l'exercice précédent. Pour la deuxième année consécutive, l'ONDAM pourrait donc être respecté.

La prévision retenue dans le cadre du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2011 laissait envisager un léger dépassement de l'ONDAM pour 2011 par rapport à l'objectif voté, à hauteur de 45 millions d'euros.

Toutefois, les prévisions de dépenses ont été revues à la baisse et la réalisation prévisionnelle de l'ONDAM pour 2011 correspondrait effectivement à un taux de progression de 2,9 % par rapport à l'objectif arrêté pour 2010.

Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2011

(en milliards d'euros)

	Objectifs arrêtés	Constat provisoire	Exécution par rapport aux objectifs
Soins de ville	77,3	77,3	0,0
Établissements de santé	72,9	72,9	0,0
Établissements et services médico-sociaux	15,8	15,8	0,0
Autres prises en charge	1,1	1,1	0,0
ONDAM TOTAL	167,1	167,1	0,0

Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que, dans sa partie relative à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale rectifie « *l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale* ».

Dès lors que les informations disponibles indiquent que l'ONDAM pour 2011 serait respecté, l'**article 9** du présent projet de loi de financement dispose que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et ses sous-objectifs demeurent fixés conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

c) Un ONDAM fixé à 171,1 milliards d'euros, en croissance de 2,8 % pour 2012

Pour 2012, l'**article 48** du présent projet de loi de financement arrête le montant de l'ONDAM à **171,1 milliards d'euros**, soit un taux de progression de **2,8 % par rapport à 2010**.

Cette évolution est **conforme au cadrage pluriannuel posé par la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014**.

L'article 8 de la loi de programmation des finances publiques précitée dispose que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est fixé, à périmètre constant, aux montants suivants, exprimés en milliards d'euros :

2010	2011	2012	2013	2014
162,4	167,1	171,8	176,6	181,6
+2,9 %	+2,9 %	+2,8 %	+2,8 %	+2,8 %

En 2012, les dépenses dans le champ de l'ONDAM progresseraient tendanciellement de **4,1 %**. Ce taux intègre l'évolution prévisible des prestations remboursées compte tenu de la prévision d'exécution pour l'objectif pour 2011 et des tendances à moyen terme ainsi que les mesures nouvelles de dépenses prévues pour 2012. Il comprend en outre les effets reports des différentes mesures mises en œuvre en 2011.

Taux d'évolution spontanée de l'ONDAM

ONDAM total	+4,10 %
Soins de ville	+4,90 %
ONDAM Établissements de santé	+3,30 %
ONDAM Établissements et services médico-sociaux	+4,20 %
Dépenses relatives aux autres prises en charge	+5,90 %

Source : Annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Afin d'aboutir à un ONDAM de 2,8 % en 2012, **un montant global d'économies de 2,2 milliards d'euros est nécessaire**. Les mesures d'économies pour 2012 s'inscrivent dans la continuité de celles engagées au cours des années précédentes. Elles sont détaillées dans le tableau suivant :

Impact des mesures nouvelles pour 2012

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2012	1 851	2 163
Baisse de tarifs en biologie et en radiologie	145	170
Maîtrise médicalisée	469	550
Baisses de prix de produits de santé	572	670
Mesures diverses sur le médicament (marges des grossistes répartiteurs, tarifs forfaitaires de responsabilité, déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant)	85	100
Harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières	196	223
Contrats de performance à l'hôpital	128	150
Convergence tarifaire ciblée	85	100
Optimisation des achats à l'hôpital	124	145
Mesure de lutte contre la fraude à l'hôpital et baisses de tarifs de la liste en sus	47	55

Source : Annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Considérant les évolutions tendanciennes et des économies mentionnées, l'ONDAM pour 2012 est donc fixé à 171,7 milliards d'euros par l'article 48 du présent projet de loi qui précise également **la ventilation de ce montant entre les sous-objectifs**, reprise dans le tableau suivant :

Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2012

(en milliards d'euros)

	Base 2011	PLFSS 2012	Taux d'évolution
Soins de ville	77,3	79,4	+2,70 %
Établissement de santé tarifés à l'activité	53,9	55,3	+2,70 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,9	19,4	+2,70 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,6	8,1	+6,30 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,3	8,4	+2,10 %
Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,1	1,2	+5,90 %
ONDAM total	167	171,7	+2,80 %

Source : Annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

B. LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

1. Le renforcement de l'analyse médico-économique dans les travaux de la Haute autorité de santé (article 33)

a) La HAS, un acteur du système d'admission au remboursement et de fixation du prix des médicaments

Le système d'admission au remboursement et la fixation du prix des médicaments constitue une chaîne faisant intervenir des acteurs séparés. Tout d'abord, l'**agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS)** ou l'**agence européenne du médicament (EMA)** évaluent les médicaments à l'aune de leur sécurité et de leur rapport bénéfice/risque pour leur accorder une **autorisation de mise sur le marché (AMM)**.

Puis, la **commission de transparence de la Haute autorité de santé (HAS)** émet deux avis portant sur :

- l'évaluation du service médical rendu (SMR) ;
- l'évaluation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR).

La fixation des prix des médicaments est ensuite assurée par le comité économique des produits de santé (CEPS), comité administratif placé sous l'autorité des ministres compétents, qui réunit des représentants des directions de la santé, de la sécurité sociale, de la concurrence et de l'industrie ainsi que des organismes payeurs. Ces prix sont négociés par voie conventionnelle entre le comité et les entreprises pharmaceutiques.

Enfin, l'admission au remboursement et le niveau de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie sont respectivement fixés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et le directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

b) Un système d'admission au remboursement et de fixation du prix des médicaments critiqué

Le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2011 **qualifie le système de fixation du prix et d'admission au remboursement des médicaments d'« insuffisamment rigoureux »**. À cet égard, la Cour a mis en évidence le fait que les évaluations préalables à la commercialisation d'un médicament s'appuient sur des études laissées à l'initiative de l'industrie pharmaceutique sans qu'un cadre rigoureux ait été posé relativement à ces études. Par ailleurs, elle souligne **les possibles inconséquences qui peuvent résulter du fait que l'expertise médico-technique, d'une part, et la décision d'autorisation au remboursement et la fixation de son niveau de remboursement, d'autre part, relèvent d'autorités différentes**. Ainsi, la Cour des comptes relève que *« les produits ayant un niveau de SMR insuffisant ne devraient pas, en application de l'article R. 163-3 du code de la sécurité sociale, être remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Mais la décision ministérielle d'admission des médicaments au remboursement n'est pas liée par l'avis de la commission de la transparence. La décision prise peut être ainsi en contradiction avec l'avis rendu. Par exemple, Fonlipol®, un hypocholestérolémiant pour lequel la commission de la transparence a considéré en octobre 2009 que le SMR était insuffisant pour une prise en charge par la solidarité nationale, reste remboursable en 2011. Il en a été de même pour Médiator® jusqu'en novembre 2009. »*

Enfin, la Cour des comptes estime peu contraignant le système de fixation des prix des médicaments. Conformément à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale (CSS), l'ASMR permise par le médicament et le prix des médicaments à même visée thérapeutique doivent constituer des paramètres intervenant dans la détermination du prix. En réalité, comme le montre la Cour, *« le prix d'un médicament est avant tout le fruit d'une négociation entre l'industriel et le décideur public. **Les décisions du CEPS ne se fondent cependant pas sur des critères suffisamment clairs et transparents.** »*

c) Le renforcement de l'analyse médico-économique

(1) La place de l'évaluation médico-économique dans l'expertise de la HAS

Dans son rapport d'avril 2011 relatif à l'expertise sanitaire, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹ recommande de *« donner la priorité au développement de l'analyse médico-économique »*. Selon ce même

¹ IGAS, Expertise sanitaire, avril 2011

même rapport, l'évaluation médico-économique a pour objectif d'« *identifier les stratégies de soins, de prescription et de prise en charge les plus efficaces. Cette évaluation met en regard les résultats attendus d'une intervention de santé avec les ressources consommées pour la produire* ».

L'analyse médico-économique semble constituer une voie intéressante permettant d'éclairer les choix réalisés en matière d'autorisation de remboursement et de fixation du taux de remboursement des médicaments.

L'**article 33** du projet de loi de financement vise par conséquent à établir un cadre juridique favorable au développement de l'évaluation médico-économique. Ainsi, il modifie l'article L. 161-7 du CSS, fixant les prérogatives de la Haute autorité de santé (HAS), afin qu'il y soit explicitement fait référence à l'analyse médico-économique.

Par conséquent, il est prévu que lorsque la HAS procède à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, « *elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prescriptions de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé.* »

Un amendement adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de Marisol Touraine et des membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche, a également prévu que **la HAS coordonne l'élaboration et assure la diffusion d'une information sur la qualité de la prise en charge dans les établissements de santé.**

Par ailleurs, le dispositif prévoit qu'une **commission spécialisée** de la HAS « *est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces* ». Ainsi, la **Commission Évaluation Économique et de Santé Publique (CEEPS)** connaît une consécration législative. Cette commission, distincte du comité de transparence, a vocation à mener des évaluations médico-économiques.

(2) L'analyse médico-économique de la HAS dans la fixation du prix des médicaments

L'article 33 modifie l'article L. 162-16-4 du CSS encadrant les modalités selon lesquelles est fixé le prix de vente au public des médicaments. Il est précisé que la fixation de ce prix tient également compte « *des résultats de l'évaluation médico-économique* ».

(3) L'évaluation médico-économique des produits de santé

Un nouvel article L. 161-37-1 est créé dans le code de la sécurité sociale. Celui-ci prévoit que toute demande d'inscription et de renouvellement d'un produit de santé¹ requiert une évaluation médico-économique.

Enfin, est prévue la **création d'une taxe additionnelle** pour toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique. **Le produit de cette taxe est versé à la HAS.** Son barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 euros ; ce plafond a été arrêté par un amendement adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales.

Au total, selon l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement, le dispositif prévu à l'article 33 permettrait de dégager **une économie de 20 millions d'euros en 2012**, notamment du fait d'une réévaluation du prix des médicaments et des produits de santé du fait de leur faible efficacité.

(4) La sanction prévue en cas de non-réalisation des études post-autorisation de mise sur le marché

À l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement disposant que **des sanctions financières ou des baisses de prix sont prévues en cas de non-réalisation des études post-autorisation de mise sur le marché par les entreprises pharmaceutiques.** Les modalités d'application de ces sanctions sont déterminées par un décret en Conseil d'État.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces dispositions. Il lui semble en effet souhaitable qu'il soit procédé à un renforcement de l'expertise au sein du système d'admission au remboursement et de fixation du prix des médicaments.

2. La motivation obligatoire de la non-prise en compte de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) dans la fixation du prix des médicaments (article 33 bis)

À l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 33 bis visant à **imposer que le comité économique des produits de santé (CEPS) motive sa décision lorsqu'il fixe**

¹ Selon le code de la santé publique, les produits de santé répondent à une définition plus large que les seuls médicaments. Ils comprennent également les produits cosmétiques, les médicaments vétérinaires, les dispositifs médicaux de diagnostic, etc.

le prix d'un médicament sans tenir compte à titre principal, de l'amélioration du service rendu (ASMR).

Le prix de vente au public des médicaments est fixé par une convention établie entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé (CEPS) ou, à défaut, par décision du Comité, sauf opposition conjointe des ministres compétents. À ce titre, l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale dispose que « ***la fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament*** ».

Toutefois, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2011, la Cour des comptes a estimé que le système de fixation du prix des médicaments était « *insuffisamment rigoureux* ». Elle souligne à cet égard que les prix sont parfois fixés sans prise en compte réelle de l'ASMR.

L'article 33 *bis* prévoit donc d'imposer que lorsque la fixation du prix du médicament ne tient pas compte de l'amélioration du service médical rendu (ASMR), **le CEPS doit motiver sa décision auprès du comité de transparence de la Haute autorité de santé (HAS) qui évalue l'ASMR des médicaments.**

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette initiative qui va dans le sens d'une plus grande transparence du système de fixation des prix des médicaments.

3. La prolongation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (article 34)

La rémunération des professionnels de santé repose aujourd'hui sur le paiement direct des honoraires par le malade. Le paiement à l'acte est considéré comme l'un des principes fondateurs de la médecine libérale au même titre que le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription et la liberté d'installation.

Toutefois, des expérimentations ont été menées afin de compléter le paiement à l'acte par d'autres modes de rémunération complémentaires. Dès 2005, la convention médicale avait prévu que le médecin traitant touchait un forfait de 40 euros annuels pour chaque patient suivi souffrant d'une affection longue de longue durée (ALD).

L'article 44 de la loi de financement pour 2008 a souhaité permettre un réel développement de ces rémunérations alternatives. Ce dispositif a prévu une expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels et des centres de santé sur une période comprise entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2012.

Les modes de rémunération expérimentés peuvent compléter ou se substituer au paiement à l'acte. Ils sont versés sur le fondement d'une analyse quantitative et qualitative de l'activité réalisée par les professionnels et les centres de santé concernés. Cette expérimentation permet de déroger aux règles conventionnelles régissant habituellement les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, et fixant notamment la rémunération des actes accomplis par ceux-ci, ainsi qu'au principe du paiement à l'acte. Elle a été pilotée par les Missions régionales de santé (MRS) dans six régions.

Le dispositif retenu à l'article 44 précité semble surtout avoir eu vocation à encourager l'exercice des professionnels de santé au sein des structures pluriprofessionnelles. En effet, il est souligné dans le rapport remis au Président de la République en novembre 2010 par la mission de concertation sur la médecine de proximité, présidée par Élisabeth Hubert, que les professionnels engagés dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) « *ont tout à la fois témoigné de leur souhait d'aller plus loin dans la modification de leur exercice et déploré le fait que cette transformation ne soit que timidement accompagnée financièrement, le paiement à l'acte ne pouvant pas prendre en compte ce travail collectif et pluridisciplinaire* » .

Selon le Gouvernement, les expérimentations, qui concernent 150 maisons, pôles et centres de santé en France, ont nécessité une élaboration technique qui n'a permis leur déploiement opérationnel qu'au 1^{er} janvier 2011. Deux années d'expérimentation paraissent insuffisantes pour permettre une solide évaluation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. L'article 34 du projet de loi de financement pour 2012 prévoit donc de prolonger le dispositif d'un an, soit jusqu'au 31 décembre 2013.

Enfin, ce dernier article prévoit également que « *les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé peuvent prévoir, dès 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnelles sur la base de l'évaluation des expérimentations* ».

Divers amendements rédactionnels et de précision ont été adoptés par l'Assemblée nationale, à l'initiative de certains de nos collègues députés.

Votre rapporteur spécial ne peut que prendre acte de la prolongation de cette expérimentation visant à favoriser l'exercice des professionnels de santé au sein de structures pluriprofessionnelles.

4. L'inscription au répertoire des spécialités génériques des spécialités pharmaceutiques dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale (article 34 *quater*)

À l'initiative de notre collègue député Yves Bur, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement et de la commission des affaires sociales, le présent article 34 *quater* visant à **permettre l'inscription au répertoire des spécialités génériques des**

spécialités pharmaceutiques dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale.

L'auteur de l'amendement à l'origine de l'**article 34 quater** considère que « *les spécialités pharmaceutiques qui présentent un principe actif d'origine végétale ou minérale n'ont pas la possibilité d'obtenir le statut de médicaments génériques. Elles ne peuvent donc pas être inscrites au répertoire des spécialités génériques et bénéficier de la substitution alors qu'elles présentent une activité thérapeutique équivalente à celle d'une spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes* ». C'est la raison pour laquelle l'article précité prévoit que les **produits phytosanitaires** sont inscrits, après avis du directeur général de+ la future Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), au registre des spécialités génériques si elles présentent une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence.

Votre rapporteur pour avis ne peut pas être favorable à cette initiative. En effet, une spécialité générique doit présenter des propriétés identiques à celles du « *princeps* » et ne peut, par conséquent, pas soutenir l'ouverture de la liste des spécialités génériques à des produits pour le seul motif qu'ils ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes de la spécialité de référence.

5. L'évaluation de la rémunération à la performance des médecins (article 34 quinquies)

À l'initiative de nos collègues députés Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales, et Dominique Tian, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 34 *quinquies* qui vise à **l'institution d'une évaluation régulière de la rémunération à la performance des médecins exerçant à titre libéral.**

Le 26 juillet 2011 a été signée la nouvelle convention entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et trois syndicats représentant les médecins libéraux (CSMF, MG France, SML). Cette convention modifie en profondeur les modalités de rémunération des médecins exerçant à titre libéral ; elle prévoit en effet de compléter le paiement à l'acte par une rémunération prenant en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus au regard d'objectifs de santé publique et en matière d'efficience.

Afin que ce mode de rémunération fasse l'objet d'une évaluation régulière, l'**article 34 quinquies** modifie l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale de sorte que le bilan détaillé de mise en œuvre de l'impact financier des mesures proposées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et reprises dans le projet de loi de financement de la

sécurité sociale, remis chaque année au ministre en charge de la santé et au Parlement, comprenne « *une évaluation spécifique de la rémunération sur objectifs de santé publique des professionnels de santé* ».

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions.

6. Prévoir un encadrement alternatif des dépassements d'honoraires en cas d'échec des démarches conventionnelles (article 34 *nonies*)

À l'initiative du Gouvernement, avec un avis favorable du rapporteur, l'Assemblée nationale a adopté le présent article 34 *nonies* visant à **prévoir un encadrement alternatif des dépassements d'honoraires en cas d'échec des démarches conventionnelles portant sur la mise en place d'un nouveau secteur dit optionnel.**

L'existence d'importants dépassements d'honoraires dans certaines spécialités médicales et dans certaines zones du territoire restreint l'accès aux soins, notamment pour les patients les plus modestes. L'augmentation du nombre de praticiens de secteur II dans certaines spécialités pose des difficultés en termes d'effectivité de l'accès aux soins, les patients étant confrontés à d'importants **restes à charge**.

Encadrer les dépassements d'honoraires est donc apparu comme une nécessité. La convention signée le 26 juillet 2011 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et trois syndicats de médecins a, à ce titre, rappelé que les partenaires conventionnels devaient s'accorder pour mettre en place d'un nouveau secteur conventionnel pour lequel les dépassements d'honoraires seraient encadrés afin d'améliorer l'accès à des soins de qualité par la diminution du reste à charge et la maîtrise des tarifs.

Toutefois, ces démarches conventionnelles concernant les dépassements d'honoraires ne semblent pas connaître d'aboutissement favorable à ce jour. Le ministre en charge de la santé a annoncé le refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) de signer l'accord qui leur était proposé sur ce sujet.

L'**article 34 nonies** prévoit donc les dispositions qui trouveraient à s'appliquer à **défaut de conclusion d'un accord relatif aux dépassements d'honoraires, dans un délai d'un mois après l'entrée en vigueur du présent projet de loi.**

Dans une telle hypothèse, il est donc prévu que **la convention qui définit les rapports entre l'UNCAM et les médecins peut être modifiée par arrêté afin de fixer à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires.** Cette mesure ne concernerait toutefois que les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation du secteur II.

Par ailleurs, **les assurances maladie complémentaires offrant des contrats responsables, qui représentent près de 90 % des contrats complémentaires, devraient prendre en charge les dépassements d'honoraires à hauteur de 150 % du tarif remboursable.**

Ne considérant pas que la mise en place d'un nouveau secteur conventionnel soit de nature à permettre une meilleure régulation des dépassements d'honoraires, **votre rapporteur pour avis est défavorable à cette initiative.**

7. La réforme de l'économie officinale (article 39)

a) Une rémunération des pharmaciens exclusivement basée sur les ventes des médicaments

La rémunération des pharmaciens est fondée sur une marge proportionnelle au prix du médicament. Toutefois, une marge dégressive a été introduite en 1990 afin d'éviter la substitution de produits plus coûteux à ceux de prix moindre, à l'instar des génériques. Le dispositif actuel est résumé dans le tableau suivant :

Tranches de prix en euros	Taux limite de marge brute
0 - 22,90	26,10 %
22,90 - 150	10 %
Supérieur à 150	6 %
Forfait par boîte	0,53 centime

Source : IGAS, Pharmacies d'officine : rémunération, mission, réseau, juin 2011

Toute l'économie de la distribution de médicaments par les pharmacies d'officine s'est donc construite sur la logique de la **marge commerciale**. Les marges représentent aujourd'hui environ 75 % des ressources des officines pour la dispensation des médicaments remboursables contre 25 % pour le forfait par boîte.

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les pharmacies d'officine de juin 2011 dresse un **bilan très critique des modalités de rémunération et d'exercice de l'activité officinale**. Celui-ci propose par suite de substituer progressivement au système de rémunération actuel un honoraire de dispensation. Celui-ci permettrait notamment de rendre compte de l'activité réelle des pharmaciens, qui ne se limite pas à la délivrance de médicaments mais comprend aussi des soins de premier recours. Une rénovation de la rémunération des pharmaciens semble aujourd'hui

justifiée par l'accroissement du nombre d'officines mises en faillites. Par ailleurs, la logique de rémunération à la marge commerciale continue de constituer une incitation à la vente de médicaments aux prix élevés, contrariant la maîtrise des dépenses pharmaceutiques.

b) L'introduction d'une part de rémunération déconnectée du prix des produits délivrés

L'article 39 du projet de loi de financement prévoit de modifier l'article L. 162-16-1 CSS afin de compléter le champ des négociations conventionnelles passées entre les pharmaciens et l'assurance maladie par :

- la **la fixation d'honoraires de dispensation**, autres que les marges, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux. Il s'agit de la rémunération par l'assuré d'un acte de dispensation ;

- la **rémunération, autre que les marges, versées par les régimes d'assurance maladie, en contrepartie du respect d'engagements individualisés**. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, etc. La rétribution accordée par l'assurance maladie à ce titre s'apparente à une rémunération à la performance.

À l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à ce que la convention entre les pharmaciens et l'assurance maladie précise **les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par cette convention**.

L'article 39 précité précise que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou des rémunérations dues par les assurés sociaux, au titre de la dispensation, ou par les régimes d'assurance maladie en contrepartie du respect des engagements individualisés.

Afin que ce dispositif ne nuise pas au respect de l'ONDAM, il est par ailleurs prévu que *« lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie [...] et dès lors que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution des sous-objectifs [...] comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet la revalorisation au cours de l'année des tarifs, honoraires, rémunérations et frais [au profit des pharmaciens titulaires d'officine] est suspendue »*.

c) Accompagner l'évolution du réseau des officines

L'article 39 prévoit également d'intégrer au champ des négociations conventionnelles passées entre les pharmaciens et l'assurance maladie la fixation d'objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines.

Le rapport de l'IGAS précité relève que la France se caractérise par un réseau d'officines plus dense que les principaux pays européens comparables. Ainsi, au 1^{er} janvier 2011, elle compte 22 186 officines en métropole. Pour une moyenne européenne d'environ 30 officines pour 100 000 habitants, la France en compte 35. Par ailleurs, le réseau se concentre dans les zones densément peuplées. La bonne couverture du territoire en pharmacies se fait au prix d'un nombre importants d'officines de petite taille, économiquement fragiles.

La disposition insérée par l'article 39 dans l'article L. 161-16-1 du code de la sécurité sociale doit donc favoriser une **recomposition du réseau des officines sur le territoire français**.

À l'initiative de Guy Malherbe et plusieurs de nos collègues députés, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à **accompagner la restructuration du réseau officinal**. Lorsqu'une opération de restructuration est opérée au sein d'une même commune ou de communes limitrophes, donnant lieu à la cessation d'activité d'une ou plusieurs officines, l'avis du directeur de l'agence régionale de santé est requis. Il s'agit d'éviter qu'une telle opération ait pour effet de compromettre l'approvisionnement en médicaments de ces collectivités.

Si votre rapporteur pour avis approuve le principe d'une évolution des modalités de rémunération des pharmaciens en officine, il s'interroge néanmoins sur les dispositions relatives aux « honoraires de dispensation » dus par les assurés sociaux. Il ne lui semble en effet pas souhaitable que le développement de nouveaux modes de rémunération des pharmaciens conduise à imposer des charges supplémentaires aux assurés sociaux qui viendraient s'ajouter à celles résultant de l'achat des produits de santé.

C. LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

1. La consultation des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés dans la cadre de la procédure de placement sous entente préalable de certaines dépenses d'hospitalisation (article 34 *sexies*)

À l'initiative de nos collègues députés Jean-Luc Prél, Claude Leteurtre et Olivier Jardé, l'Assemblée nationale a adopté, avec un avis de sagesse du Gouvernement et l'avis défavorable de la commission des affaires

sociales, le présent article 34 *sexies* visant à **prévoir la consultation des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés dans la cadre de la procédure de placement sous entente préalable de certaines dépenses d'hospitalisation.**

L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale permet au directeur de l'agence régionale de santé (ARS), sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie la prise en charge de certaines prestations d'hospitalisation. Cette procédure a vocation à être engagée lorsque des facturations peu conformes aux modalités habituelles ont été constatées. Une procédure contradictoire préalable doit alors être engagée.

L'article 34 *sexies* prévoit que, dans la phase précédant cette procédure contradictoire préalable, doit être recueilli l'avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur la pertinence de ces dispositions qui risqueraient de complexifier la mise en œuvre d'une procédure ayant vocation à réguler les dépenses hospitalières.

2. L'amélioration de la performance des organisations des établissements de santé (article 35)

a) Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) constituent un **instrument essentiel du pilotage de l'organisation de l'activité des établissements de santé**. Définis aux articles L. 6114-1 à L. 6114-5 du code de la santé publique (CSP), les CPOM sont signés pour une durée maximale de cinq ans entre, d'une part, les agences régionales de santé (ARS) et, d'autre part, les établissements de santé et les titulaires d'autorisations de regroupement d'activités de soins et d'installation d'équipements matériels lourds. Les CPOM comportent des éléments obligatoires :

- les **engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours**, ainsi que les autres engagements, notamment de **retour à l'équilibre financier**, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale (dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, MIGAC) ;

- les engagements pris par les établissements de santé ou le titulaire de l'autorisation en vue de la **transformation de ses activités et de ses actions de coopérations** ;

- les éléments relatifs à l'**activité de soins palliatifs** de l'établissement ;

- les objectifs quantifiés (OQOS) des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et les conditions de leur mise en œuvre ;

- les **objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins** et les engagements d'amélioration de la qualité des soins qui font suite à la procédure de certification par la Haute autorité de santé (HAS) ;

- les **objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses**, d'évolution et d'amélioration des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12 du CSP (accords d'amélioration des pratiques hospitalières) ;

- les **transformations relatives à l'organisation et la gestion des établissements** ;

- un volet social et culturel.

Le non-respect des CPOM par les établissements de santé est sanctionné. L'article L. 6114-1 du code de la santé publique précise que :

- dans un cas d'inexécution totale ou partielle des engagements pris, des pénalités financières peuvent être infligées au titulaire de l'autorisation signataire d'un CPOM ; ces pénalités sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, 5 % des produits reçus, par l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation, des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos ;

- le contrat peut être résilié par l'ARS en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles.

b) L'introduction d'objectifs de performance dans les CPOM

L'article 35 du présent projet de loi de financement propose d'introduire des objectifs de performance dans les CPOM. Il prévoit de modifier l'article L. 6114-3 du CSP pour y préciser que les CPOM « **fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé** ». Les indicateurs sont fixés par voie réglementaire et devraient décliner des axes considérés comme prioritaires pour améliorer la performance des organisations hospitalières. L'étude d'impact annexée au projet de loi de financement précise que ces **indicateurs de performance** pourraient concerner, notamment, l'optimisation des plateaux techniques, le développement de la chirurgie ambulatoire ou encore la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. Deux amendements adoptés par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales, prévoient que :

- les objectifs précités sont fixés **dans le respect de la déontologie des professions de santé** ;

- les indicateurs sont déterminés par voie réglementaire, **après consultation de la Haute autorité de santé (HAS), de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et des fédérations représentatives des établissements de santé publics et privés.**

L'article 35 précise également que « **les résultats obtenus sont publiés chaque année par les établissements de santé** » ; le non-respect de l'obligation de publicité est sanctionné par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS).

Enfin, un amendement adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue Dominique Tian, a prévu la possibilité, à titre expérimental, pour une durée de deux ans, de décider d'une **modulation de la dotation pour missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) selon que les objectifs sont atteints ou non.**

Votre rapporteur spécial est défavorable à ces dispositions, dès lors qu'il ne peut approuver l'inscription de la gestion des établissements de santé dans une simple logique de performance, et ce d'autant qu'une réduction du financement est permise en cas de non respect des objectifs fixés.

3. Le rétablissement de la possibilité d'ajuster les prix par rapport aux tarifs des examens de biologie médicale dans le cadre de conventions passées avec les établissements de santé, les caisses d'assurance maladie et d'autres laboratoires (article 35 bis)

À l'initiative de notre collègue député Yves Bur, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement et l'avis défavorable de la commission des affaires sociales, le présent article 35 bis visant à **rétablir la possibilité d'ajuster les prix par rapport aux tarifs des examens de biologie médicale dans le cadre de conventions passées avec les établissements de santé, les caisses d'assurance et d'autres laboratoires.**

L'ordonnance n° 2010 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale a abrogé une disposition permettant d'ajuster les prix des examens de biologie médicale dans le cadre de conventions passées avec les établissements de santé, les caisses d'assurance maladie ou encore d'autres laboratoires.

Désormais, conformément à l'article L. 6211-21 du code de la santé publique, « *un laboratoire de biologie médicale facture les examens de biologie médicale qu'il réalise au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale* ».

Selon l'auteur de l'amendement, l'impossibilité de procéder à un ajustement des tarifs a représenté une augmentation des dépenses de 48,7 millions d'euros pour les établissements publics de santé concernés.

L'**article 35 bis** propose donc de modifier l'article L. 6211-21 précité afin de permettre de nouveau aux laboratoires de biologie médicale d'ajuster le prix de leurs examens dans le cadre de conventions passées avec **des établissements de santé, des caisses d'assurance et d'autres laboratoires**.

Enfin, il est prévu **l'abrogation du IV de l'article 8 de l'ordonnance n° 2010 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale** ; cette disposition précise que « *les ristournes mentionnées à l'article L. 6211-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance, consenties par des laboratoires de biologie médicale dans le cadre de contrats de collaboration, ou d'accords ou de conventions passés avec des établissements de santé publics ou privés avant la publication de ladite ordonnance, cessent d'être versées au plus tard le 1^{er} novembre 2013.* »

Votre rapporteur s'interroge sur l'opportunité de permettre une négociation du prix des examens de biologie médicale. Cette possibilité lui semble en effet peu compatible avec les règles de déontologie qui s'imposent aux biologistes. Par ailleurs, il n'est pas en mesure de se prononcer sur les effets de cette mesure sur la pérennité des laboratoires qui seraient dans l'incapacité, du fait de leur taille par exemple, d'offrir des prix inférieurs aux tarifs réglementés.

4. La pérennisation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée (article 35 ter)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, le présent article 35 *ter* qui vise à **pérenniser l'existence de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée**.

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a été créé par l'article 73 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de sécurité sociale pour 2007. Il est chargé du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités. Toutefois, cette entité ne devait exister que pour une période de cinq ans à compter du 1er janvier 2007.

L'**article 35 ter** propose de pérenniser l'observatoire et modifie à cette fin l'article L. 161-21-3 du code de la sécurité sociale. La mention relative à la durée d'existence de cet observatoire est donc supprimée.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces dispositions et en prend acte.

5. L'amélioration de la régulation des produits de santé (article 35 quater)

À l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 35 *quater* visant à **améliorer la régulation des produits de santé**.

Certains produits de santé, délivrés dans un cadre hospitalier, sont **remboursés par l'assurance maladie sur la base du prix de facturation** et font donc l'objet d'une régulation moindre que les produits dont les tarifs sont fixés au niveau national. Face à la forte croissance des dépenses afférentes à ces produits de santé au cours des dernières années, l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale a prévu que l'État arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations de santé (dispositifs médicaux de diagnostics, etc.), **un taux prévisionnel d'évolution de ces dépenses**. Lorsqu'un établissement de santé dépasse ce taux et que l'agence régionale de santé (ARS) compétente estime que cette croissance résulte du non-respect des référentiels définis par les agences sanitaires (HAS, INCa, AFSSAPS), celle-ci et l'assurance maladie concluent **un contrat de bon usage des médicaments et des produits de santé ainsi qu'un plan d'action avec l'établissement afin d'améliorer les pratiques de prescriptions**.

L'article 35 *quater* prévoit que soient arrêtés **deux taux prévisionnels** pour, d'une part, les spécialités pharmaceutiques et, d'autre part, les produits et prestations de santé. Cette initiative vise à mieux adapter ces taux prévisionnels aux spécificités de ces deux catégories de produits. Les évolutions de ces dernières feraient alors l'objet d'une régulation plus fine. Cette mesure doit s'appliquer à partir du 1^{er} janvier 2012.

Notre rapporteur pour avis s'interroge sur la possibilité technique de distinguer, à des fins de régulation, les médicaments et les autres produits de santé. Il craint à cet effet que ces dispositions ne mettent à mal un dispositif d'encadrement nécessaire des dépenses afférentes aux produits de santé remboursés par l'assurance maladie sur la base du prix de facturation.

6. Réunir les rapports remis par le Gouvernement au Parlement portant sur les modalités du financement des établissements de santé (article 35 quinquies)

À l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 35 *quinquies* qui vise à **réunir dans un**

rapport unique, les trois rapports au Parlement remis par le Gouvernement portant sur les modalités du financement des établissements de santé.

Concernant les modalités de financement des établissements de santé, trois rapports au Parlement sont remis par le Gouvernement :

- un rapport sur la **tarification à l'activité des établissements de santé** et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés est remis avant le 15 septembre de chaque année (article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale) ;

- un rapport dressant un bilan du bien-fondé du périmètre des **missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)**, de l'évolution de la dotation nationale de financement de ces missions et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement doit être transmis avant le 15 octobre de chaque année (article. 162-22-13 du code de la sécurité sociale) ;

- un rapport dressant un **bilan d'avancement du processus de convergence intersectorielle des tarifs** est remis avant le 15 septembre de chaque année (VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004).

L'article 35 *quinquies* prévoit la suppression de ces trois rapports et leur substitue **un unique rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et les évolutions envisagées**, remis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année.

Votre rapporteur pour avis prend acte de cette initiative.

7. La réduction à un an du délai de paiement des prestations de l'assurance maladie aux établissements de santé (article 35 *sexies*)

À l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 35 *sexies* qui tend à **réduire à un an le délai de paiement des prestations de l'assurance maladie aux établissements de santé.**

Selon l'auteur de l'amendement à l'origine de cet article, les établissements de santé soumis à la tarification à l'activité disposent d'un long délai pour émettre et modifier leurs facteurs. Ce dernier estime à ce titre que ce délai est incompatible avec le pilotage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui nécessite de disposer de l'ensemble des données afférentes à l'exercice en cours. Il lui paraît donc souhaitable de

mieux identifier le rattachement des charges au bon exercice afin d'améliorer le suivi comptable de la facturation de la part des établissements de santé.

C'est la raison pour laquelle l'**article 35 sexies** propose de fixer à un an le délai de paiement des prestations de l'assurance maladie aux établissements de santé. À cette fin, il insère un nouvel article L. 162-25 dans le code de la sécurité sociale qui prévoit que **le paiement des prestations de l'assurance maladie à ces établissements « se prescrit par un an »**.

Cette initiative repose, selon son auteur, sur des préconisations formulées par la Cour des comptes et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) que votre rapporteur pour avis n'est pas parvenu à retrouver. Par conséquent, il n'est pas en mesure de se prononcer sur ces dispositions.

8. Le report de l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité (T2A) pour les activités de médecine exercées dans les hôpitaux locaux (article 35 septies)

À l'initiative de nos collègues députés Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de la commission des affaires sociales, et Isabelle Vasseur, rapporteure pour avis de la commission des finances, l'Assemblée nationale a adopté, avec un avis favorable du Gouvernement, le présent article 35 *septies* prévoyant le **report de l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité pour les activités de médecine exercées dans les hôpitaux locaux à mars 2013**.

Le VIII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 prévoyait que les activités de médecine dans les hôpitaux locaux devaient être soumises à la tarification à l'activité (T2A) à partir du 1^{er} janvier 2012.

Toutefois, il semble que des difficultés techniques subsistent et retardent la mise en œuvre de la T2A pour ces activités. C'est la raison pour laquelle l'article 35 *septies* modifie l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précité afin de préciser que **la T2A pour les activités de médecine exercées dans les hôpitaux locaux n'entre en vigueur qu'en mars 2013**.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions.

9. L'expérimentation de nouvelles règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers (article 36 bis)

À l'initiative de nos collègues députés, Jean-Pierre Door et Yves Bur, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 36 *bis* visant à **permettre l'expérimentation de nouvelles**

règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents demandés par les services d'aide médicale d'urgence.

Les auteurs de l'amendement à l'origine de cet article estiment que les modalités actuelles de prise en charge des transports urgents par les ambulanciers ne permettent pas de répondre aux besoins. Ils constatent à cet égard de nombreuses indisponibilités des entreprises de transports sanitaires privées.

Pour cette raison, l'**article 36 bis** prévoit que des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale d'urgence (SAMU-Centre 15). Il s'agit de permettre une meilleure adaptation de la gestion de ces transports aux besoins constatés localement.

Ces expérimentations seraient menées par les agences régionales de santé (ARS), en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie. Pour ce faire, il est prévu **de permettre une dérogation aux dispositions applicables relatives aux conditions de réalisation des transports sanitaires urgents et aux conditions de rémunération des entreprises de transport sanitaire dans le cadre de leur participation à la garde départementale.**

L'article précité prévoit en outre que ces expérimentations sont **appliquées par voie de conventions** conclues entre les ARS, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale d'urgence et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative. Ces conventions doivent comprendre un objectif de dépenses.

Enfin, il est prévu une **évaluation semestrielle** de ces expérimentations.

Les modalités de mise en œuvre des expérimentations ainsi menées sont déterminées par un décret en Conseil d'État.

Votre rapporteur pour avis ne peut que prendre acte d'une initiative visant à améliorer l'organisation des transports sanitaires urgents.

10. L'introduction d'une tarification applicable aux V.I.P. étrangers non assurés sociaux (article 40)

a) Le régime actuel de tarification des prestations de soins pour les étrangers en situation régulière

Les étrangers recevant des prestations de soins sur le territoire français, à l'exception de ceux bénéficiant de l'aide médicale d'État (AME), relèvent du **statut des non assurés sociaux**, conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-11 du code de la sécurité sociale (CSS). Lorsque les

soins sont reçus dans les hôpitaux publics et les établissements de santé privés à but non lucratif, les étrangers concernés se voient appliquer les **tarifs nationaux des prestations**, aussi appelés **tarifs journaliers de prestations** (TJP), fixés chaque année par l'État.

La logique qui sous-tend la fixation des TJP réside dans ce qu'aucune charge ne doit rester à l'établissement. Dès lors que les assurés ne cotisent pas dans le cadre de l'assurance maladie française, le remboursement des soins n'est pas justifié.

b) Une libre tarification des soins dispensés aux étrangers fortunés pour réduire le déficit hospitalier ?

Le Gouvernement souhaite « *ouvrir la possibilité aux établissements volontaires de développer et de valoriser une offre de soins programmés à destination des patients étrangers fortunés qui souhaitent bénéficier en France d'une intervention dans un établissement dont l'attractivité est reconnue* ». Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement, cette mesure permettrait de dégager des recettes à hauteur de **5 millions d'euros**, au profit des établissements de santé. Celle-ci est donc présentée comme un moyen de réduire le déficit des hôpitaux, son rendement équivalant à 1 % des aides à la contractualisation (AC) consacrées au soutien des établissements déficitaires.

L'**article 40** modifie par conséquent l'article L. 166-22-11 du CSS. Il y ajoute, outre une mention rédactionnelle relative aux recours contre tiers, une disposition précisant que les malades non couverts par un régime d'assurance maladie sont soumis aux tarifs nationaux des prestations, **sous réserve de l'application du nouvel article L. 170-20 introduit dans le même code.**

Ce dernier article dispose que « *pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturée aux patients non couverts par un régime d'assurance [maladie]* ». Sont toutefois exclus du dispositif :

- les **patients bénéficiant de l'aide médicale d'État** définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

- **ceux relevant des soins urgents** relevant de l'article L. 251-4 du même code ;

- ceux accueillis dans le cadre d'une **intervention humanitaire** ;

- **ceux relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française** pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladie professionnelle en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie. Cette dernière précision permet d'assurer notamment la **compatibilité du dispositif proposé**

avec les libertés de circulation consacrées par le droit de l'Union européenne.

Les conditions d'application de cet article sont déterminées par décret.

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'être défavorable à un tel dispositif. En effet, celui-ci ne permet pas de distinguer, parmi les étrangers en situation régulière, ceux qui sont « fortunés » de ceux qui ne le sont pas. Par conséquent, **cette dérogation aux règles de facturation pourrait conduire à pénaliser les étrangers plus modestes** qui souhaitent accéder à un système de soins reconnu pour sa qualité. C'est pourquoi votre rapporteur pour avis vous propose un **amendement de suppression**.

D. LES DISPOSITIONS RELATIVES AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

1. Des dépenses médico-sociales en forte croissance

a) Un effort particulier en direction des personnes âgées

Alors même que **le Gouvernement a choisi de reporter la réforme de la dépendance** au cours de l'été 2011, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 enregistre à nouveau une forte hausse du financement à destination du secteur médico-social. L'ONDAM médico-social devrait augmenter de 4,2 %, soit un taux d'évolution bien supérieur à l'ONDAM général dont la progression est arrêtée à 2,8 % en 2012. Au total, **l'ONDAM médico-social s'établirait à 15,8 milliards d'euros**. Ce dernier regroupe trois objectifs qui reprennent principalement les dépenses spécifiques de l'assurance maladie au profit des **personnes âgées** et des **personnes handicapées**.

Évolution de l'ONDAM médico-social en 2012

(en milliards d'euros)

	Montants	Taux d'évolution
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	15,8	4,20%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,6	6,30%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,3	2,10%

Source : Annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Le montant de la contribution versée aux agences régionales de santé (ARS) par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le financement d'actions en faveur des personnes âgées et handicapées est par ailleurs relevé en 2012. L'**article 46** du projet de loi de financement pour 2012

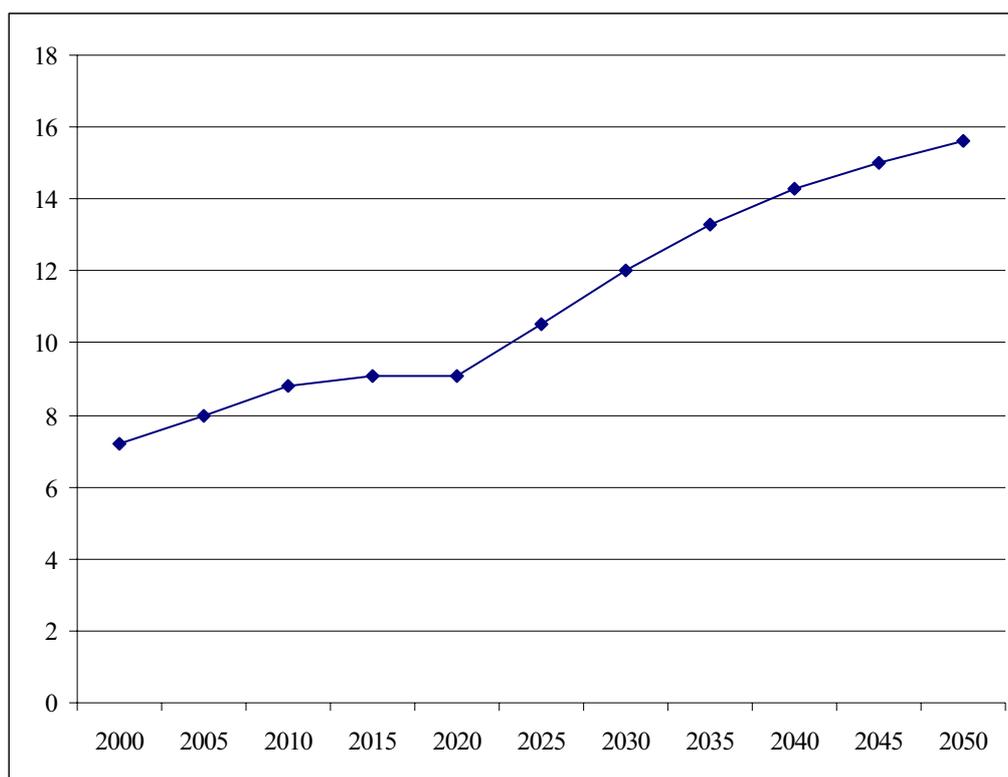
fixe ce montant à **64,55 millions d'euros**, alors qu'il n'était que de 52 millions d'euros en 2011.

L'exercice 2012 laisse clairement apparaître **le caractère prioritaire de la prise en charge des personnes âgées**. Le sous-objectif prévu à cet effet doit connaître une croissance de 6,3 % en 2012, 2,25 fois supérieure à celle de l'ONDAM général.

Le vieillissement démographique constitue une tendance lourde avec laquelle il conviendra de composer. La part des plus de 75 ans devrait doubler en France entre 2010 et 2050 et **atteindre 15,6 % de la population totale** selon l'INSEE. Tout doit être fait pour éviter une situation de « *care deficit* », conjonction d'une demande croissante d'aide de la part d'une population vieillissante et une offre insuffisante de services aux personnes âgées.

Part des plus de 75 ans dans la population totale en projections

(en %)



Source : INSEE, situations démographiques et projections de population 2005-2050, Juillet 2006

b) La spécificité des dépenses du secteur médico-social

Au sein de l'ONDAM, les dépenses dédiées aux établissements et services médico-sociaux représentent un sous-objectif spécifique. La contribution de l'assurance maladie à ce secteur constitue une « **enveloppe fermée** », ce qui écarte toute incertitude quant à son éventuel dépassement.

Le financement des prestations de ces établissements à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un **objectif global de dépense (OGD)**, fixé chaque année par arrêté ministériel. Son montant comprend la contribution de l'assurance maladie retracée dans l'ONDAM médico-social et une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). À partir de l'OGD sont déterminés le montant total des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, des tarifs, forfaits et prix de journées. Ce montant est par la suite réparti aux niveaux régional puis départemental, respectivement par la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** et les **agences régionales de santé (ARS)**.

La difficulté résidait surtout dans la **sous-consommation récurrente des crédits médico-sociaux de l'OGD constatées de 2006 à 2009**. Cette situation était difficilement comprise par les personnes concernées eu égard aux besoins réels à satisfaire. Reprenant la logique instituée par la LOLF pour le budget de l'État, le Gouvernement a choisi de **distinguer les crédits du secteur personnes âgées et handicapées en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiements (CP)**. Ce mécanisme, institué par la loi de financement pour 2011, permet tout à la fois de respecter les objectifs de développement de ce secteur, tout en s'assurant que la budgétisation annuelle est adaptée à la capacité réelle d'accroissement de l'offre de services dans les établissements. La répartition de l'enveloppe en AE et CP permet ainsi **d'accompagner des politiques conçues dans une perspective pluriannuelle**, telles que le programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées ou encore le plan « Solidarité Grand Âge » (PSGA).

c) La gestion de l'enveloppe médico-social par une CNSA aujourd'hui déficitaire

La gestion de l'ONDAM médico-social est déléguée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La caisse assure la répartition sur l'ensemble du territoire de la dotation de l'assurance maladie, mais aussi de ses ressources propres. Ces dernières sont également destinées aux départements pour financer une partie de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et du fonctionnement des maisons des personnes handicapées (MDPH).

La CNSA est déficitaire en 2010 à hauteur de 291,6 millions d'euros, mais conserve un excédent cumulé de 247,4 millions d'euros. Dans ses charges et ses produits nets, la part des transferts entre la CNSA et l'assurance maladie demeure prépondérante.

Charges et produits nets de la CNSA

(en millions d'euros)

	2009	2010		2011		2012	
Charges nettes	17 863,2	18 800,0	5,2 %	19 533,2	3,9 %	20 113,1	3 %
Produits nets	17 389,1	18 508,4	6,4 %	19 343,2	4,5 %	20 113,5	4 %
Résultat net	-474,0	-291,6		-190,0		0,4	
Résultat cumulé	538,9	247,4		57,4		57,8	

Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La CNSA a été instituée par la loi n° 2004-626 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle a vocation à **rassembler les moyens destinés à la prise en charge de la perte d'autonomie et des dépenses de soins des personnes âgées et handicapées.**

La loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini le périmètre définitif des missions de la CNSA qui assure notamment, depuis le 1^{er} janvier 2006, la répartition sur l'ensemble du territoire du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et handicapées. Ces dépenses sont financées par l'assurance maladie. La CNSA répartit également des concours financiers nationaux aux départements pour le financement de l'**allocation personnalisée d'autonomie (APA)**, de la **prestation de compensation du handicap (PCH)** et finance une **majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** pour les familles monoparentales. Par ailleurs, la caisse assure une fonction d'expertise sur les questions relatives à la perte d'autonomie et à sa prise en charge.

Depuis 2006, l'ensemble des dépenses médico-sociales est intégré dans les comptes de la CNSA par des dotations de l'assurance maladie relevant du champ de l'ONDAM. L'objectif global de dépenses (OGD), délégué à la CNSA, est financé par le montant d'ONDAM transféré de l'assurance maladie et par l'apport propre de la caisse.

2. La simplification du paiement des cotisations et des contributions pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH (article 30 bis)

À l'initiative de notre collègue député Yves Bur, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 30 bis visant à **simplifier le paiement des cotisations et des contributions pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), lorsque celles-ci sont prises en charge par le conseil général.**

L'APA et la PCH constituent des prestations en nature. **Les conseils généraux, qui en assurent le paiement, peuvent servir l'APA et la PCH sous la forme de chèques emploi service (CESU) préfinancés.** Ainsi, le CESU préfinancé permet d'assurer la rémunération de la personne employée par le bénéficiaire de la prestation. Toutefois, **les cotisations sociales ne peuvent pas être payées à l'aide du CESU** : celui-ci ne permet que de payer le salaire net. Les cotisations sont prélevées par le **Centre national du chèque emploi service universel (CNCESU).**

Par conséquent, lorsque les conseils généraux volontaires prennent en charge tout ou partie des cotisations sociales dues par les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH, ils sont amenés à **verser le montant des cotisations à ces derniers, en parallèle de la somme correspondant au salaire net versée sous la forme de CESU préfinancés.**

Cette situation constitue indubitablement un facteur de complexité. D'autant que les bénéficiaires de ces prestations sont parfois amenés à avancer le montant des cotisations et contributions sociales. C'est la raison pour laquelle le « Plan 2 des services à la personne », lancé le 24 mars 2009, prévoyait la mise en place du dispositif du tiers payant pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH : il devait permettre le prélèvement, directement sur le compte bancaire des conseils généraux, des cotisations sociales prises en charge. Cependant, cette proposition n'a pas été mise en œuvre.

L'article 30 bis introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 133-8-4 prévoyant que lorsque l'employeur, titulaire de l'APA ou de la PCH versée sous la forme de CESU préfinancés, bénéficie d'une prise en charge des cotisations et contributions sociales par le conseil général, **le versement de ces dernières est directement effectué par le département pour le compte de l'employeur.** Les modalités de versement des cotisations et contributions sociales directement auprès du CNCESU par le département sont prévues par décret.

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'accueillir favorablement une initiative tendant à simplifier le paiement des cotisations sociales par les employeurs bénéficiant de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

3. La prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport des enfants et adolescents se rendant dans les centres d'action médico-sociale (CAMSP) et dans les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) (article 34 septies)

À l'initiative de Jean-Pierre Door, Isabelle Vasseur et plusieurs de nos collègues députés, l'Assemblée nationale a adopté, avec un avis favorable du Gouvernement, le présent article 34 *septies* qui vise à prévoir la **prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport des enfants et**

adolescents se rendant dans les CAMSP et les CMPP pour y recevoir des soins.

L'absence de remboursement de ces frais de transport a été relevée par le Médiateur de la République en janvier 2011. À ce titre, ce dernier a formulé une proposition de réforme relative à la prise en charge des frais de transport des enfants accueillis en CMPP. Ces structures s'adressent aux enfants et adolescents de 3 à 18 ans présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement.

Une lettre ministérielle du 29 mai 1990 détaillait le régime de prise en charge des frais de transport dans les CMPP. La prise en charge était intégrale par l'assurance maladie pour les six premières séances, avec poursuite au-delà si l'admission de l'enfant répondait à la vocation des CMPP. Son contenu n'a toutefois pas été repris par les circulaires et les directives de 2007 et 2008 portant sur ce sujet. Aujourd'hui, les régimes de prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les CMPP varient par conséquent selon les départements.

L'article 39 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) avait posé le principe de la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport des enfants et adolescents se rendant dans les CAMSP et les CMPP pour y recevoir des soins. Toutefois, cet article a fait l'objet d'une censure par le Conseil constitutionnel, qui l'a qualifié de « cavalier législatif » dans sa décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011.

L'article 34 *septies* propose donc de reprendre à son compte les dispositions de l'article censuré. Il est prévu de créer à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale un alinéa spécifique prévoyant **la prise en charge de droit commun par l'assurance maladie des transports vers ces établissements des enfants ou adolescents qui en rempliront les conditions requises par voie réglementaire**. Cependant, une modification notable y a été apportée par un sous-amendement de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, précisant que la fixation des conditions de prise en charge par voie réglementaire se fait **après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations**.

Selon Isabelle Vasseur, cette prise en charge devrait représenter un coût de près de 10 millions d'euros par an.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette initiative.

4. Le financement du plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social pour 2012 (article 38)

a) *La situation financière de la CNSA ne lui permet plus aujourd'hui de porter le financement des plans d'aide à l'investissement*

Les plans d'aide à l'investissement (PAI) en direction des établissements et services pour personnes âgées et handicapées étaient jusqu'ici financés sur les fonds propres de la CNSA, dotée à cet effet notamment de ressources propres. Toutefois, **l'ampleur de ces plans a décréu avec le résultat cumulé de la caisse**. La CNSA ne semble aujourd'hui plus en mesure d'assurer cette action.

Plans d'aide à l'investissement et résultat cumulé

(en millions d'euros)

	2009	2010		2011		2012	
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - Personnes âgées	308,2	100,4	-67,4%	66,9	-33,3%	0	-
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - Personnes handicapées	132,9	29,8	-77,6%	46,4	56%	0	-
Total - PAI	441,1	130,2	-70,5%	113,4	-12,9%	0	
Résultat cumulé	538,9	247,4		57,4		57,8	

Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011

Un plan d'aide à l'investissement n'a pu être maintenu en 2011 qu'au bénéfice d'une initiative parlementaire, tendant à inscrire dans **le projet de loi de financement pour 2011 un plan d'aide à l'investissement de 92,8 millions d'euros** en prélevant 4 % de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) de la section I de la CNSA pour les réaffecter à la section V¹.

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant que la CNSA verse une dotation à l'Agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH) pour financer des études de coûts des établissements et services médico-sociaux.

b) *Le plan d'aide à l'investissement pour 2012*

L'**article 38** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 propose la mise en place d'un **nouveau plan d'aide à l'investissement** en faveur des personnes âgées et handicapées. Il modifie

¹ Le budget de la CNSA est organisé en sections distinctes, parfois même en sous-sections, avec des règles strictes de répartition et d'affectation des ressources et des charges. Chaque section correspond à une mission spécifique de la caisse.

l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles afin de **transférer 2 % de contribution sociale pour l'autonomie (CSA) de la section I du budget de la CNSA vers la section V, suivant le même mécanisme qu'en 2011.**

L'annexe 8 au projet de loi de financement pour 2012 prévoit un rendement prévisionnel de la contribution sociale pour l'autonomie (CSA) de **2 410 millions d'euros en 2012**. Ainsi, l'effort d'aide à l'investissement conduit par la CNSA pourrait s'élever à **48,2 millions d'euros**, correspondant aux 2 % de CSA transférés de la section I à la section V du budget de la caisse.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions, conscient de la nécessité de développer l'offre de services à destination des personnes âgées dépendantes.

5. L'expérimentation d'une modulation du forfait soins des EHPAD en fonction de leur performance (article 37)

a) La tarification des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

(1) Le système actuel de tarification des EHPAD

Le financement des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ayant conclu une convention tripartite avec l'agence régionale de santé et le conseil général repose sur trois sections tarifaires distinctes : les **soins**, financés par l'assurance maladie, l'**hébergement**, acquitté par le résident ou pris en charge par l'aide sociale départementale et la **dépendance**, payée par le résident mais couvert en partie par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA).

Les tarifs de l'hébergement et de la dépendance sont déterminés par le conseil général en considération du coût des prestations qui y sont rattachés. Le tarif des soins est, quant à lui, fixé selon une méthode plus sophistiquée depuis le lancement du **processus de médicalisation de seconde génération**¹ (aussi appelé « **pathossification** »). L'allocation des crédits d'assurance maladie repose sur une analyse fine des besoins des résidents, évalués à partir des référentiels PMP (Pathos moyen pondéré) et GMP (mesure de la charge de travail liée à la dépendance). Le Gir moyen pondéré soins (GMPS) permet d'agréger le GMP et le PMP. À un GMPS est associé un nombre de points qui, rapporté à une valeur de point fixée nationalement, permet d'établir la tarification de l'EHPAD.

¹ Ce processus a été engagé avec l'adoption de deux circulaires datant des 17 octobre 2006 et 6 avril 2007.

(2) La tarification à la ressource

L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué une **tarification à la ressource** qui s'approche, dans sa logique, de la **tarification à l'activité** (T2A) mise en œuvre dans le secteur sanitaire. Ainsi, l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles a été modifié et prévoit désormais trois ressources pour les EHPAD :

- un forfait global relatif aux soins ;
- un forfait global relatif à la dépendance ;
- des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement.

La tarification à la ressource devait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2010, mais les dispositions réglementaires permettant de la mettre en œuvre n'ont toujours pas été prises.

La convergence tarifaire dans le secteur médico-social

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et 2009 ont institué un **processus de convergence tarifaire entre les établissements du secteur médico-social**. Son objectif réside dans une diminution des inégalités de ressources constatées entre ces établissements. L'article 69 de la loi de financement pour 2008 a donné au ministre en charge de la sécurité sociale le pouvoir « *de fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux* » afin de réduire « *des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services prenant en charge des populations comparables* ».

b) L'expérimentation de la performance comme déterminant du forfait soins

L'**article 37** du présent projet de loi de financement prévoit qu'à compter de 2012, pour une période de trois ans maximum, des expérimentations peuvent être menées sur la tarification des soins dans les EHPAD. Ainsi, il pourrait être dérogé aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins en **introduisant une modulation de ce forfait en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience**, fixés par décret.

Le Gouvernement estime que cette expérimentation représenterait, en 2012 et 2013, un **coût compris entre 2 et 5 millions d'euros**, imputé sur l'objectif global de dépense (OGD).

Divers amendements rédactionnels ont été adoptés par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Bérangère Poletti, rapporteur pour le médico-social de la commission des affaires sociales.

Votre rapporteur pour avis est défavorable à ces dispositions qui tendent à introduire une logique de performance dans le financement d'établissements ayant vocation à accueillir les personnes âgées dépendantes.

6. L'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (article 37 bis)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du rapporteur, le présent article 37 bis qui vise à **permettre l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation.**

L'OCDE, dans son rapport sur les soins de longue durée¹, estime que l'articulation entre les soins aigus et les structures de prise en charge « de long terme » (soins de suite et de réadaptation, services et établissements médico-sociaux) constitue un enjeu essentiel. Près de 80 % des pays de l'OCDE déclarent rencontrer des problèmes d'interface entre ces deux types de prises en charge.

Selon une enquête menée en 2003 auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par la direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques (DRESS), le taux d'hospitalisation des résidents de ces établissements était de 40 %, pour 19 jours d'hospitalisation en moyenne. De ce fait, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a préconisé des prises en charge plus légères que l'hospitalisation pour certains résidents en EHPAD.

L'article 37 bis propose par conséquent de permettre la réalisation d'expérimentations, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées. Selon le Gouvernement, une telle optimisation permettrait de dégager **2 milliards d'euros d'économies** à terme.

Il est prévu que ces expérimentations soient **mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé (ARS), les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux volontaires.**

Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il est prévu qu'il peut être dérogé aux règles applicables aux tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux concernés.

Les dépenses à la charge de l'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Enfin, il est prévu qu'un **rapport annuel d'évaluation** des expérimentations menées est transmis au Parlement avant le 1^{er} octobre.

¹ OCDE, « Help Wanted ? Providing and paying for long-term care », mai 2011.

Votre rapporteur pour avis prend acte de cette initiative et ne peut qu'être favorable aux mesures ayant pour finalité une amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

7. La remise d'un rapport portant sur les charges fiscales et sociales des EHPAD (article 37 ter)

À l'initiative de notre collègue député Bérange Poletti, rapporteure pour le médico-social de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 37 *ter* qui vise à **ce que soit remis au Parlement un rapport portant sur les charges fiscales et sociales des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)**.

Il est à noter que la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction générale des finances publiques (DGFIP) ont d'ores et déjà constitué un groupe de travail pour approfondir l'analyse de l'incidence des règles fiscales applicables aux EHPAD selon leur statut juridique.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions.

E. LES AUTRES MESURES

1. Le dépistage précoce des troubles de l'audition (article 34 *bis*)

À l'initiative de nos collègues députés Isabelle Vasseur, rapporteure pour avis de la commission des finances, d'une part, et Jean-Pierre Dupont et Edwige Antier, d'autre part, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement et de la commission des affaires sociales, le présent article 34 *bis* visant à **instaurer un dépistage précoce des troubles de l'audition**.

L'article 34 *bis* précité reprend l'article 57 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Cet article avait pour objectif de mettre en œuvre **un dépistage généralisé des troubles de l'audition chez le nouveau-né**. Toutefois, il a fait l'objet d'une censure par le Conseil constitutionnel qui l'a qualifié de « cavalier législatif » dans sa décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011.

Le diagnostic de la surdité est aujourd'hui posé en moyenne entre 16 et 18 mois. Toutefois, certains membres de la communauté médicale considèrent que le dépistage et la prise en charge précoces de la surdité sont décisifs pour l'avenir de l'enfant et ce quels que soient le traitement et la prise en charge (appareillage, implants cochléaires, rééducation, oralisme, langue des signes française).

C'est la raison pour laquelle l'article 34 *bis* précité propose d'introduire un nouvel article L. 2132-2-2 du code de la santé publique tendant à inscrire le dépistage précoce de troubles de l'audition parmi les actions de prévention concernant l'enfant. Ainsi, ce dernier prévoit que ce dépistage comprend « *un examen de repérage des troubles de l'audition réalisé **avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement*** ». Lorsqu'il n'a pas été possible d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires sont prévus avant la fin du troisième mois de l'enfant.

Enfin, il est prévu de **confier aux agences régionales de santé (ARS) l'élaboration d'un programme de dépistage précoce des troubles de l'audition** qui détermine les modalités de mise en œuvre de ce dépistage.

L'article 34 *bis* prévoit également la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement sur le dépistage précoce des troubles de l'audition dans les trois ans suivants la promulgation de la présente loi.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur la pertinence de l'inscription de telles dispositions dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

2. La prolongation du régime dérogatoire dont disposent les professionnels de santé diplômés en dehors de l'Union européenne et exerçant dans les établissements de santé (article 34 *ter*)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, le présent article 34 *ter* qui tend à **prolonger le régime dérogatoire dont disposent les professionnels de santé diplômés en dehors de l'Union européenne et exerçant dans les établissements de santé**, afin de les maintenir en poste et d'organiser un nouvel examen de validation des connaissances.

L'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle pose le principe selon lequel les établissements publics de santé ne peuvent plus recruter de nouveaux médecins titulaires de diplômes obtenus en dehors de l'Union européenne qui n'ont pas satisfaits aux épreuves requises.

Toutefois, il a été dérogé à ce principe par l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 portant financement de la sécurité sociale pour l'année 2007, qui permet à ces praticiens de santé, titulaires de diplômes obtenus en dehors de l'Union européenne, de poursuivre l'exercice de leurs fonctions en qualité de praticien attaché associé ou d'assistant associé jusqu'à épuisement de leurs droits à se présenter aux épreuves précitées, et ce **jusqu'au 31 décembre 2011**.

Si près de 4 000 professionnels de santé ont d'ores et déjà satisfait à ces épreuves, selon le Gouvernement, 3 000 professionnels de santé seraient concernés par l'extinction de ce régime dérogatoire et devraient cesser leurs activités médicales en France. Il apparaît pourtant qu'ils sont devenus des acteurs essentiels des établissements de santé français, ne serait-ce que du fait de leur nombre.

De ce fait, l'article 34 *ter* prévoit tout d'abord de **prolonger le régime transitoire jusqu'au 31 décembre 2014**, permettant aux bénéficiaires de ce régime de continuer à exercer en France. Aussi, il est prévu l'**organisation d'une nouvelle épreuve de vérification des connaissances**, dont les modalités sont fixées par décret. Cette épreuve est conçue à destination des professionnels ayant exercé des fonctions hospitalières pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 ou ayant exercé trois ans en équivalent temps plein à concurrence d'au moins cinq demi-journées par semaine à la clôture des inscriptions aux épreuves organisées l'année considérée.

L'épreuve de vérification des connaissances ainsi prévue doit concerner les **médecins** et les **chirurgiens-dentistes**, mais également les **pharmaciens** et les **sages-femmes**.

Enfin, l'article précité prévoit que les professionnels de santé ayant satisfait à cette épreuve doivent effectuer une **année probatoire de fonctions rémunérées dans un établissement public de santé ou un établissement privé d'intérêt collectif**. À l'issue de cette année probatoire, l'autorisation d'exercice de leur profession peut leur être délivrée par le ministre chargé de la santé.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette initiative, conscient de l'importance de ces professionnels de santé pour le bon fonctionnement du système hospitalier français.

3. Un nouveau relèvement du plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et la création d'un « label ACS » (article 34 octies)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, le présent article 34 *octies* visant, d'une part, à **relever à nouveau le plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en 2012** et, d'autre part, à **améliorer le contenu des contrats des complémentaires santé par la création d'un « label ACS »**.

a) Les revalorisations des plafonds de ressources prévues par la PLFSS pour 2011

L'article 27 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 avait prévu une nouvelle

revalorisation du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en proposant de **relever le plafond de ressources de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé**. Ainsi, celui-ci est passé d'une majoration de 20 % du plafond de ressources retenus pour la CMU-c à une majoration de 26 % en 2011. **Le plafond devait être de nouveau relevé en 2012 de 26 % à 30 % au-dessus du plafond de la CMU complémentaire.**

Plafonds de ressources pour l'attribution de l'ACS applicables à compter du 1^{er} juillet 2011

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel en France métropolitaine	Plafond annuel dans les départements d'outre-mer
1 personne	9 732 euros	10 898 euros
2 personnes	14 688 euros	15 249 euros
3 personnes	20 563 euros	18 298 euros
4 personnes	20 563 euros	21 348 euros
5 personnes	24 479 euros	27 245 euros
Au-delà de 5 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 916,68 euros	+ 4 359,27 euros

Source : Fonds « CMU-c »

b) Une revalorisation plus importante du plafond de ressources en 2012

L'article 34 *octies* propose de relever en 2012 le **plafond de ressources de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 35 %**, au lieu des 30 % prévus initialement par le projet de loi de financement pour 2011. À cette fin, il est prévu de modifier les dispositions de l'article 27 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Selon le Gouvernement, le coût de cette mesure peut être estimé à **28 millions d'euros en 2012**, puis à 56 millions d'euros en régime de croisière.

c) La création d'un « label ACS » afin d'améliorer le contenu des contrats des complémentaires santé

Enfin, l'article 34 *octies* propose de **créer un « label ACS »**. Celui-ci aurait pour objectif d'améliorer le contenu des contrats des complémentaires santé, en particulier ceux souscrits par les bénéficiaires de l'ACS. En effet, le Fonds « CMU-c » a mis en évidence le fait que les contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS ne permettaient en général qu'une couverture limitée des dépenses de santé. **Le « label ACS » et ses conditions d'éligibilité seraient définis par une convention entre le Fonds « CMU-c », l'État et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).**

Votre rapporteur pour avis se félicite que l'accès à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé soit élargi et que des mesures

soient prises afin que la couverture assurantielle des bénéficiaires de cette aide puisse être améliorée.

4. La prolongation de l'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires (article 41)

a) L'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a institué une démarche expérimentale tendant à **confier le contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires titulaires relevant des fonctions publiques de l'État, des collectivités territoriales et hospitalière, aux caisses primaires d'assurance maladie**. Celle-ci a été lancée afin d'harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés se trouvant dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail. L'expérimentation était prévue pour une période de **deux ans** à partir du transfert de cette compétence, organisée par voie conventionnelle.

L'article 91 précité prévoyait également la transmission, dans les six mois précédant la fin de l'expérimentation, d'un **rapport d'évaluation** au Parlement.

L'enjeu du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires est élevé. Les dépenses pour le maintien de rémunération des fonctionnaires en cas d'arrêt maladie figurent dans l'ONDAM. À ce titre, l'étude d'impact annexée au présent projet de loi de financement estime le coût des arrêts maladie des fonctionnaires de l'État relevant de l'ONDAM à **400 millions d'euros**.

L'expérimentation avait notamment pour finalité de poser les fondements d'une **amélioration de la lutte contre la fraude** en étendant aux fonctionnaires les règles de contrôle prévues au régime général pour lutter contre les arrêts maladie abusifs ou injustifiés.

En 2012, l'économie attendue de l'application dispositif s'élève à 1 million d'euros.

b) La prolongation de deux ans de l'expérimentation

L'**article 41** du projet de loi de financement pour 2012 propose de modifier l'article 91 précité afin de **prolonger l'expérimentation qu'il prévoit de deux ans**. Cette demande de prolongation est justifiée par la mise en œuvre tardive du dispositif. La convention cadre nationale relative à la fonction publique d'État a été signée 26 mars 2010 et les conventions concernant la fonction publique territoriale, le 25 juin 2010. Le manque de recul sur cette expérimentation rend difficile son évaluation. Par ailleurs, les premiers résultats recueillis par la CNAM ne sont pas satisfaisants, le dispositif n'ayant été, dans les faits, appliqué que très progressivement.

c) Permettre l'effective participation des collectivités territoriales volontaires à l'expérimentation

L'article 91 du projet de loi de financement pour 2010 précisait que les conventions permettant aux collectivités territoriales de s'inscrire dans l'expérimentation devaient être **signées dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi**. L'article 41 proposé prévoit par conséquent de permettre à un nombre plus important de collectivités de mener cette expérimentation. Il précise à cet effet que **les collectivités territoriales qui se sont déclarées volontaires avant le 31 décembre 2011**, mais qui n'avaient pu signer leur convention locale dans les délais prévus par le projet de loi de financement pour 2010, peuvent participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012.

d) La transmission des éléments médicaux au comité médical en cas de contestation par le fonctionnaire

Dans le cadre de l'expérimentation, le fonctionnaire qui souhaite contester une décision prise par son administration de rattachement, à la suite de l'avis du service du contrôle médical, ne peut avoir recours à la « procédure d'expertise » prévue à l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale (CSS). Toutefois, celui-ci peut saisir le « **comité médical** » institué par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 ; **ce comité se prononce alors sur l'état de santé du fonctionnaire sans pour autant que les éléments médicaux qui ont fondé l'avis du service du contrôle médical à l'origine de la décision de l'administration puissent lui être transmis.**

L'article 41 du projet de loi de financement prévoit par conséquent d'**autoriser le médecin conseil à transmettre au comité médical**, saisi par le fonctionnaire en cas de contestation de la décision prise par son administration, les éléments médicaux ayant fondé son avis. Cette transmission doit permettre au comité de **prendre position en toute connaissance de cause sur les dossiers.**

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions.

5. La garantie de la prise en charge à 100 % des dépenses d'assurance maladie des affiliés du régime minier (article 42)

a) La caisse autonome de sécurité sociale dans les mines

Le régime actuel de sécurité sociale dans les mines a été institué par le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946. Jusqu'au 31 août 2011, ce régime comprenait les organismes suivants :

- la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;

- six caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines (CARMi).

Le décret n° 2011-1034 du 30 août 2011 portant réforme du régime de sécurité sociale dans les mines a modifié l'organisation ainsi que la gouvernance du régime et procédé à la fusion, au 1^{er} septembre 2011, de la CANSSM et des CARMI. Ces dernières sont devenues des services territoriaux de la caisse autonome nationale. Cette réforme vise à **préparer le transfert des activités du régime à la branche maladie avant fin 2013**, et à l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs (ANGDM) pour ce qui est de l'action sociale. **Le régime a en effet été mis en extinction depuis le 1^{er} janvier 2010** par le décret n° 2010-975 du 27 août 2010. Ainsi, seuls les ressortissants affiliés avant cette date peuvent prétendre au bénéfice du régime de sécurité sociale dans les mines.

b) Maintenir la prise en charge à 100 % des dépenses de santé au profit des mineurs

L'article 186 du décret du 27 novembre 1946 dispose que « *les assurés et leurs ayants droit bénéficient du libre choix du professionnel de santé ou de l'établissement de soins, ainsi que **de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie*** ».

Cependant, plusieurs textes législatifs sont revenus sur ce principe pour prévoir la participation de l'assuré dans les régimes spéciaux. De ce fait, les affiliés au régime de sécurité sociale pour les mines ont été soumis à la participation forfaitaire de un euro aux actes médicaux et aux franchises médicales. **Ces deux dispositifs n'ont néanmoins pas fait l'objet d'une application effective en ce qui concerne les affiliés du régime minier.** Le motif tient à la difficulté du recouvrement imputable au fonctionnement de ce régime.

En contrepartie de cette inapplication, le Gouvernement a mis fin, par un décret de 2009, aux modalités les plus favorables de prise en charge du régime minier. Cette décision a entraîné de vives protestations des fédérations syndicales minières. Face à cela, dans le cadre d'un document d'orientation sur l'avenir du régime minier, présenté le 12 mai 2011 aux fédérations, le Gouvernement s'est engagé à **garantir par la loi la prise en charge effective à 100 % des affiliés du régime** et, de ce fait, les **prémunir de l'adoption de toute mesure de déremboursement passée ou à venir.**

Ainsi, l'**article 42** du projet de loi de financement pour 2012 prévoit que « *les assurés et leurs ayant droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées **bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie*** ».

Le coût de cette mesure est évalué à **9 millions d'euros par an.**

À l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, l'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant la codification dans le code de la sécurité sociale des dispositions prévues à l'article 42.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces dispositions qui clarifient le régime de protection sociale des mineurs.

6. La suppression du lien entre le droit à l'assurance maladie et le versement forfaitaire unique de pension vieillesse (article 43)

a) L'ouverture automatique du droit aux prestations en nature d'assurance maladie pour les bénéficiaires d'une pension vieillesse

L'article L. 311-9 du code de la sécurité sociale (CSS) dispose que **les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'exercent aucune activité professionnelle ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie**. L'article L. 161-5 du même code étend ce droit aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Ce droit est ouvert à tous les pensionnés, **y compris à ceux qui bénéficient d'une pension d'un montant très faible (inférieur à 150,93 euros par an), à laquelle est substitué un versement forfaitaire unique (VFU) égal à quinze fois le montant annuel de la pension, conformément à l'article L. 351-9 du CSS.**

De ce fait, l'étude d'impact annexée au présent projet de loi de financement souligne que **des personnes ayant cotisé de manière l'imitée à l'assurance vieillesse et dont la pension a été liquidée sous forme de capital, soit par un VFU, disposent d'une couverture complète et durable, quasiment sans lien contributif avec la couverture de protection sociale dont ils disposent**. Selon cette même étude d'impact, la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) a versé 7 835 VFU en 2009, dont 6 718 (86 %) pour des résidents en France par conséquent pris en charge par l'assurance maladie française.

b) La suppression du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité pour les bénéficiaires du versement forfaitaire unique

L'article 43 du présent projet de loi de financement prévoit de **supprimer l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité pour les bénéficiaires du VFU**. À ce titre, il est proposé de modifier les articles L. 161-5 et L. 311-9 du CSS afin que ces derniers ne puissent plus bénéficier de l'ouverture automatique du droit aux prestations en nature concernant les risques maladie et maternité prévue pour les titulaires d'une pension vieillesse. Il convient de préciser que **les personnes ne disposant que de faibles ressources seraient susceptibles d'être prises en charge au titre de la couverture maladie universelle (CMU)**. Le nombre de titulaires du VFU susceptibles de basculer vers la CMU n'a pu être évalué.

L'économie pouvant résulter de cette mesure est estimée à **700 000 euros en 2012 et à 1,5 million d'euros en 2013**.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions.

7. La suspension de la pension d'invalidité du régime général en cas de perception d'une retraite à raison de la pénibilité au titre des non-salariés agricoles (article 44)

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a reconnu l'existence d'un droit à la retraite à raison de la pénibilité. Elle a ainsi ouvert un droit à la retraite dès l'âge de soixante ans au profit des personnes dont l'état de santé s'est dégradé pour des raisons imputables au travail. Cette législation nouvelle est applicable aux salariés du régime général, aux salariés du régime agricole et aux travailleurs non-salariés du régime agricole.

La pension d'invalidité versée aux assurés du régime général prend en principe fin à l'âge légal de la retraite. Son versement est néanmoins suspendu dans les différents cas de liquidation anticipée de la retraite. Par conséquent, **la loi du 9 novembre 2010 précitée a modifiée l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale (CSS) afin d'ajouter aux cas de suspension prévus, pour les carrières longues et les travailleurs handicapés, celui de la liquidation à raison de la pénibilité.** Par un jeu de renvoi aux dispositions du code rural et de la pêche maritime, cette cause de suspension concerne également les salariés agricoles.

Toutefois, **cette modification n'a pas été effectuée pour les travailleurs non-salariés du régime agricole.** Aussi, l'article 44 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit de rectifier ce qui peut être considéré comme un oubli. Il propose donc d'ajouter à l'article L. 341-14-1 précité une référence à l'article L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime afin que le versement de **la pension d'invalidité soit également suspendu en cas de liquidation anticipée de la retraite à raison de la pénibilité par un travailleur non-salarié du régime agricole.**

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une mesure de rendement, ce dispositif doit permettre une économie de 750 000 euros en 2012 et de 1,5 million d'euros en 2013.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions qui procèdent à une harmonisation des législations applicables en matière de pensions d'invalidité.

8. Précision concernant la procédure de fixation par l'UNCAM de la participation de l'assuré aux tarifs des prestations de soins (article 46 bis)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du rapporteur, le présent article 46 *bis* tendant à **préciser la procédure de fixation par l'Union nationale des caisses d'assurance**

maladie (UNCAM) du niveau de participation de l'assuré aux tarifs des prestations de soins.

L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale précise les modalités selon lesquelles l'assuré social participe au tarif des prestations de soins qui lui sont servies ; il s'agit du **ticket modérateur**. Cette participation est fixée dans les limites et conditions déterminées par un décret en Conseil d'État à partir d'une décision de l'UNCAM. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique.

L'article 46 bis prévoit que **le ministre chargé de la santé se substitue à l'UNCAM pour la détermination du niveau de participation de l'assuré si celle-ci ne s'est pas prononcée sur la participation de l'assuré dans un délai fixé par le décret en Conseil d'État précité.**

Votre rapporteur pour avis n'est pas en mesure d'apprécier l'opportunité de ces dispositions.

9. La mutualisation des systèmes d'information dans les missions des organismes de protection sociale (article 62)

a) La mutualisation des systèmes d'information, une source d'économies substantielles pour les organismes de sécurité sociale

La mise en commun des systèmes d'information des organismes de sécurité sociale constitue une source majeure d'économies. Elle permet tout à la fois une **de centraliser la gestion des fonctions support, d'optimiser les dépenses liées au développement informatique** et de **faciliter les échanges de données** prévues dans le cadre de l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale (CSS).

Plusieurs démarches de mutualisation des systèmes d'information ont déjà été engagées. Ainsi, l'outil RAPSODIE, développé par la CNAM afin de recenser son patrimoine immobilier, a été mis à disposition des organismes nationaux des autres branches et régimes de sécurité sociale.

L'étude d'impact annexée au présent projet de loi de financement estime que **les coûts de développement informatique des organismes de sécurité sociale se sont élevés en 2010 à 300 millions d'euros.** Cette même étude considère que « *tout système d'information mutualisé génère une économie au moins égale à son coût de développement multiplié par le nombre d'organismes qu'il sert moins un* » ; ainsi, pour quatre organismes qui mutualisent 10 % de leurs développements informatiques d'ici 2014, **120 millions d'euros pourraient être économisés.**

b) Établir un cadre juridique pour la mutualisation des systèmes d'information

L'article 62 insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 114-12-2 posant un cadre juridique aux opérations de mutualisation

des systèmes d'information. L'étude d'impact précitée précise que « *la désignation de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) comme maître d'œuvre du projet de portail français pour les échanges européens des données de sécurité sociale (EESSI) a soulevé la question de la nécessité d'un appel d'offre pour procéder à la désignation de ce maître d'œuvre* ». Tout l'enjeu du dispositif proposé consiste donc à **conforter la sécurité juridique des opérations de mutualisation.**

Ainsi, il est prévu que l'article L. 114-12-2 précité dispose que « *chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale peut être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun à tout ou partie d'entre eux* ». **Tout organisme de sécurité sociale peut devenir maître d'œuvre d'un projet de mutualisation des systèmes d'information.**

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions qui paraissent de nature à permettre une réduction des coûts de fonctionnement des organismes de sécurité sociale.

F. LES DOTATIONS AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET À DIVERS ORGANISMES

1. Les mesures relatives aux fonds de financement (articles 6, 36, 45, 46-I et 46-II)

Plusieurs articles du présent projet de loi portent sur les fonds de financement de l'assurance maladie :

- les **articles 6 et 46** rectifient les dotations de ces fonds pour 2011 et fixent celles pour 2012 ;
- l'**article 45** prolonge le financement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;
- l'**article 36** crée un nouveau fonds, le Fonds d'intervention régional.

a) La dotation au FIQCS (article 46-I)

Le FIQCS a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il résulte de la fusion de la dotation nationale des réseaux (DNR) et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), effective depuis le 1^{er} juillet 2007.

Ce fonds est notamment chargé de **financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville**, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé ou à des centres de santé.

La gestion du fonds est assurée au niveau national par le Conseil national de gestion (CNG) qui définit et gère les orientations stratégiques et la dotation du FIQCS, et par le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNQCS), qui délibère sur proposition du CNG.

Au niveau local, la création des agences régionales de santé (ARS) a changé le schéma d'organisation du FIQCS à partir de 2010 puisque les ARS sont désormais ordonnatrices des crédits qui leur sont délégués. La dotation annuelle réservée aux actions régionales est répartie par le CNG entre les ARS.

Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Entré en vigueur le 1^{er} juillet 2007, le FIQCS, qui succède à Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et à la dotation nationale des réseaux (DNR), a repris les financements disponibles à cette date sur ces deux fonds.

Ses missions sont définies par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Le I de cet article dispose ainsi que le FIQCS a pour missions :

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

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

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

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

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

- de financer les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP).

Depuis la loi « HPST », le FIQCS est chargé du versement des contreparties financières accordées dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre les ARS et les établissements de santé.

La dotation du FIQCS pour 2011 ne fait pas l'objet de mesures d'ajustement, rompant ainsi, pour la deuxième année consécutive, avec la pratique des années passées.

En effet, le présent projet de loi de financement ne prévoit aucun gel de crédits pour 2011 et son **article 46** fixe, comme l'an passé, à **250 millions d'euros la dotation accordée au fonds pour 2012**.

Selon les données de l'annexe 8 du présent projet de loi de financement, **un prélèvement sur le fonds de roulement du FIQCS à hauteur de 21 millions d'euros** serait envisagé pour 2012, ramenant celui-ci à 33 millions d'euros à la fin de l'année 2012.

Ressources du FIQCS en 2011

(en millions d'euros)

	2011	2012
Dotation LFSS	250,0	250,0
Prélèvement sur fonds de roulement	9,1	21,0
Total	259,1	271,0
Fonds de roulement à l'issue de l'exercice	54,0	33,0

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement

D'après les informations transmises à votre rapporteur pour avis :

- **la dotation nationale (65 millions d'euros)** permettra de financer : le déploiement du dossier médical personnel (DMP), l'accompagnement du développement des plans de santé publique, la montée en charge du contrat d'engagement de service public (CESP), la poursuite du déploiement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et les frais de gestion et d'évaluation des politiques du FIQCS et la construction de son système d'information ;

- **la dotation régionale (206 millions d'euros)** financera, quant à elle, le soutien à la mise en place, par les ARS, de l'organisation des soins de premier recours, les réseaux de santé, l'implantation des maisons médicales de garde et des dispositifs de régulation médicale, des actions visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

b) La dotation du FMESPP (articles 45 et 46-II)

Le **Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés** (FMESPP) a été créé le 1^{er} janvier 2003. Il **a succédé à plusieurs structures** : d'abord, le Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, puis le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Le FMESPP a également repris les créances et les dettes du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP), en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

A son origine, ce dispositif **finançait des mesures d'accompagnement social des opérations liées à la modernisation des établissements de santé**, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels. **Ses missions n'ont cessé d'être élargies depuis sa création.**

Un élargissement du champ de compétence du FMESPP par strates successives

A son origine, le FMESPP (ou les fonds dont il est issu) ne finançait que des mesures d'accompagnement social des opérations liées à la modernisation des établissements de santé, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels : contrats d'amélioration des conditions de travail des personnels, actions de modernisation sociale, aides individuelles destinées à faciliter la mobilité et l'adaptation de personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation (article 40 de la LFSS pour 2001).

Ses missions n'ont cessé ensuite d'être élargies ou précisées au fur et à mesure des lois de financement. Le FMESPP (ou les fonds dont il est issu) a ainsi vu son périmètre s'étendre :

- aux dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements (article 26 de la LFSS pour 2002 et article 48 de la LFSS pour 2004 s'agissant de l'extension aux GCS) ;

- au financement des frais de fonctionnement de missions d'expertise placées auprès du ministère de la santé ou des directeurs généraux des ARS : la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et les missions nationale et régionales d'appui à l'investissement (article 23 LFSS pour 2003 et article 93 de la LFSS pour 2007) ;

- au financement des sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre d'accords pour l'amélioration des pratiques hospitalières (article 25 de la LFSS pour 2005) ;

- aux dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France (article 60 de la LFSS pour 2008) ;

- aux missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (article 68 de la LFSS pour 2009).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a apporté deux nouvelles modifications aux missions du FMESPP dont l'une substantielle par sa nature qui sera développée dans la suite du présent rapport (le financement par le FMESPP d'actions entrant dans le champ du FIQCS).

La seconde modification a consisté à donner au FMESPP la possibilité de prendre en charge le « *coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière.* » Cette nouvelle mission se substitue à celle, introduite en loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 et abrogée par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi HPST, relative à la prise en charge des sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords-cadres pour l'amélioration des pratiques hospitalières.

Il est d'usage de regrouper l'ensemble de ces opérations éligibles au FMESPP en trois catégories :

- **le volet « ressources humaines »**, dans lequel sont réunis :

* les aides individuelles : aides à la mobilité, actions de conversion, indemnités de départ volontaire, financement des cellules régionales d'accompagnement social ;

* les aides collectives : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT). Suite à la montée en charge du Fonds de développement de la promotion professionnelle, les crédits financés par le FMESPP en matière de formation professionnelle ne sont pas reconduits depuis 2009 ;

- **le volet « investissement »** qui comprenant quant à lui :

* les deux plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » ;

* le plan « psychiatrie et santé mentale » (création d'unités hospitalières spécialement aménagées et sécurisation des établissements ayant une activité de psychiatrie) ;

* les projets d'investissement particulièrement innovants ou spécifiques (création d'unités cognitivo-comportementales en services de soins de suite et de réanimation dans le cadre du Plan Alzheimer ou surcoûts de la reconstruction de l'hôpital de Saint-Pierre-et-Miquelon liés à la situation ultramarine...)

- **les autres actions de modernisation :**

* le financement d'expertises *via* le financement de l'ATIH ;

* l'accompagnement financier de la modernisation des équipements techniques des SAMU et SMUR (renouvellement des équipements de téléphonie, financement de systèmes d'information) ;

* la préfiguration et l'accompagnement des communautés hospitalières de territoires (CHT) ;

* le financement de la démarche de gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière.

(1) La dotation du fonds

• **La rectification de la dotation 2011 due à la procédure de déchéance des crédits (article 6)**

L'article 6 du présent projet de loi **réduit de 57,9 millions d'euros la dotation pour 2011 du FMESPP** initialement fixée à 347,7 millions d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Cette rectification est la conséquence de la **procédure de déchéance** des crédits du fonds instituée par l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, décrite ci-après.

La procédure de déchéance des crédits du fonds

L'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a créé une **procédure de « déchéance » des crédits affectés par le fonds mais n'ayant pas donné lieu à une demande de remboursement**. Deux procédures distinctes doivent être introduites :

- l'une prévoyant une déchéance annuelle sur les crédits délégués aux ARS mais n'ayant pas fait l'objet d'un engagement réciproque entre l'ARS et l'établissement de santé. La fixation d'un délai d'engagement d'un an maximum, opposable aux ARS, permet de circonscrire à une année l'utilisation de ces crédits ;

- l'autre prévoyant une prescription triennale sur les crédits ayant fait l'objet d'un engagement réciproque et qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de paiement par les établissements bénéficiaires. Le délai de cette déchéance, opposable aux établissements, court à compter de la date de l'engagement réciproque entre l'ARS et l'établissement concerné et pour une période totale de quatre années maximum.

Cette procédure était destinée à améliorer la gestion du fonds très souvent critiquée par le Parlement.

Le FMESPP a, en effet, connu, par le passé, **des taux de consommation très faibles** de ses crédits qui ont conduit à des « reports à nouveau » élevés, comme en témoigne le tableau suivant.

Reports à nouveau du FMESPP

(en euros)

	Reports à nouveau
2003	371 016 867
2004	384 292 070
2005	383 155 955
2006	435 661 612
2007	629 368 717
2008	609 272 647

Source : direction de la sécurité sociale

Des **mesures de régulation** (gel de crédits de l'année en cours, diminution de crédits pour l'année à venir) ont alors été prises, amenant à une évolution erratique des dotations du fonds.

L'évolution erratique des dotations du FMESPP

• **Des ajustements significatifs en LFSS pour 2009** alors que la commission des finances avait attiré l'attention sur une sous-consommation des crédits dès la LFSS pour 2008, à savoir :

- une annulation de 100 millions d'euros de crédits pour 2008 ;

- une révision à la baisse de la dotation accordée à ce fonds en 2009 : 190 millions d'euros, contre 301 millions d'euros initialement prévus en 2008.

L'exposé des motifs de l'article 5 du PLFSS pour 2009 justifiait ce gel par « *le décalage croissant entre les montants engagés annuellement par les agences régionales de l'hospitalisation au titre du FMESPP et les montants effectivement décaissés par le gestionnaire du fonds* ».

• **De nouvelles augmentations de la dotation du Fonds au cours de l'année 2009 et pour 2010**

Moins de trois mois après le vote du PLFSS pour 2009, la loi de finances rectificative pour 2009, adoptée en février 2009, a prévu, dans le cadre du plan de relance de l'économie, une ouverture de crédits supplémentaires de 70 millions d'euros destinés à abonder le FMESPP pour un programme d'investissement en établissements psychiatriques.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 n'a pas, quant à elle, poursuivi le mouvement impulsé en 2009 : aucun gel de crédits pour 2009 n'a été proposé et la dotation du FMESPP pour 2010 a été fixée à 264 millions d'euros, soit une augmentation de 74 millions d'euros par rapport à 2009.

• **Une évolution à mi-chemin en LFSS pour 2011 : une annulation importante de crédits pour 2010, mais une nette augmentation des crédits du fonds pour 2011**

La LFSS pour 2011 se situe à « mi-chemin » entre les deux lois de financement précédentes en proposant une annulation importante de crédits pour 2010, mais une nette augmentation des crédits du fonds pour 2011 :

- un gel des crédits du FMESPP pour 2010 de 105 millions d'euros ;

- une dotation au fonds pour 2011 à 347,71 millions d'euros, soit une augmentation de près de 84 millions d'euros par rapport à 2010.

Selon l'étude d'impact annexée à la LFSS, cette nette augmentation résulte de « la montée en charge du plan hôpital 2012, le développement de la télémédecine et la diminution du fonds de roulement disponible ».

Des **causes variées à cette gestion peu satisfaisante** ont été avancées :

- les **décalages entre les engagements de dépenses et les paiements réellement réalisés**, les principales dépenses étant des dépenses d'investissement ;

- un **défaut de gouvernance** au moment de la création du fonds. L'illustration la plus flagrante de ce défaut de pilotage est sans doute à rechercher dans la non-réunion de la commission de surveillance du fonds jusqu'à très récemment. Cette commission avait pourtant été instituée dès

l'origine par le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001. Elle devait être chargée « *du contrôle et du suivi de la gestion du Fonds* » et devait formuler toute proposition relative aux ressources, aux dépenses et à la gestion du Fonds. La première réunion s'est tenue le 4 mars 2010 ;

- surtout **l'absence d'outil informatique partagé** par les trois acteurs de la chaîne de dépenses : la direction générale de l'offre de soins, les agences régionales de santé et la Caisse des dépôts et consignation (CDC).

« La chaîne de dépense »

Après le vote de la loi de financement de la sécurité sociale qui détermine le montant de la dotation du fonds, la procédure de financement comprend en effet trois phases :

- la délégation par l'administration centrale des montants par région aux ARS ;
- la notification des crédits par les ARS auprès des établissements (éventuellement après appel à projet) ;
- le paiement par la Caisse des dépôts et consignations, sur présentation des justificatifs.

La mise en place de la procédure de déchéance des crédits devait participer à la meilleure gestion du FMESPP.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} octobre 2008, tous les engagements pris par les ARS doivent être portés à la connaissance de la CDC.

A cet effet, **une application informatique de la CDC a été créée et mis à la disposition de la DGOS et des ARS**. Elle apporte à la DGOS un retour d'informations sur le niveau des engagements et aux ARS la possibilité de suivre au jour le jour les paiements effectuées par la CDC pour chaque établissement bénéficiaire.

• **La dotation pour 2012, une augmentation de 11 % par rapport à 2011**

L'article 46-II fixe la dotation du fonds pour 2011 à **385,87 millions d'euros**, soit une augmentation de près de 38 millions d'euros par rapport à 2011.

Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, cette dotation doit permettre de financer les postes de dépenses suivants :

- l'accompagnement social, à hauteur de 60 millions d'euros ;
- le financement des dépenses d'investissements des établissements de santé dans le cadre d'opérations de modernisation et de recomposition, pour 273,4 millions d'euros ;

- le financement de l'ATIH (*cf. infra*) pour ses missions dans le cadre du projet de facturation individuelle des établissements de santé (5,77 millions d'euros).

L'Assemblée nationale a réduit la dotation du FMEPSS à 300 millions d'euros, considérant la dotation initialement prévue trop élevée par rapport au fonds de roulement du FMESPP.

Votre rapporteur pour avis prend acte de cette décision qui témoigne, de nouveau, des difficultés de gestion du fonds.

(2) Le maintien du financement de l'ATIH par le FMESPP (article 45)

Les dispositions du III *ter* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 **permettent aujourd'hui à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) d'être en partie financée par le FMESPP.**

En effet, le III *ter* de l'article 40 de la loi précitée dispose que le FMESPP « *peut prendre en charge le financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'ATIH* ».

Or ces expérimentations, relatives notamment aux nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation, prennent fin au 1^{er} janvier 2012.

Afin, malgré tout, de continuer à permettre à l'ATIH d'être financée par le FMESPP, l'**article 45** du présent projet de loi propose de prévoir, plus généralement et plus explicitement qu'aujourd'hui, que **le FMESPP « peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'ATIH ».**

Selon les données transmises à votre rapporteur pour avis, certaines missions de l'ATIH relèveraient, en effet, d'un financement par le FMESPP. A titre d'exemple, l'agence mènerait des études en lien avec le financement des établissements de santé ou serait fortement sollicitée dans le cadre du projet de facturation individuelle des établissements de santé.

En 2012, 5,77 millions d'euros des crédits destinés au FMESPP seraient ainsi « affectés » à l'ATIH.

Votre rapporteur pour avis prend note de ce dispositif. Il attire néanmoins l'attention sur le risque de dispersion des dispositifs financés par le FMESPP qui n'ont cessé de croître depuis sa création.

Comme cela a été indiqué précédemment, le FMESPP a été amené à financer des dépenses très diverses ou très ponctuelles dont le lien avec ses missions est parfois assez éloigné : le surcoût de la reconstruction de l'hôpital de Saint-Pierre-et-Miquelon lié à la situation ultramarine, le financement des

« structures de prises en charge de la douleur chronique rebelle », le tutorat des nouveaux personnels dans le cadre du plan « psychiatrie et santé mentale », la généralisation du Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie, la télémédecine...

Cette dispersion risque d'engendrer un fort saupoudrage des crédits du fonds.

c) La création du Fonds d'intervention régional (article 36)

L'article 36 du présent projet de loi propose **la création d'un nouveau fonds de financement d'assurance maladie, le Fonds d'intervention régional (FIR).**

(1) Le dispositif proposé

Ce nouveau fonds globaliserait, dans une enveloppe fermée, des crédits en provenance aujourd'hui de différents organismes :

- **au titre de la continuité de la prise en charge des soins non programmés** : les crédits relatifs à la rémunération des médecins participants à la permanence des soins ambulatoires (150 millions d'euros en 2011), les crédits de l'enveloppe « MIGAC » « Permanence des soins » à destination des établissements de santé (environ 765 millions d'euros en 2011) et une partie des crédits du FIQCS dédiés au soutien à la permanence des soins ;

- **au titre de la performance et la qualité des soins** : les autres crédits régionaux du FIQCS (191 millions d'euros), les crédits du FMESPP hors investissements informatiques et immobiliers (152 millions d'euros) ;

- **au titre de la prévention et de la promotion de la santé** : la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie aux ARS au titre de la prévention *via* le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) (40 millions d'euros). Par ailleurs, une dotation du programme 204 de la mission « Santé » abondera ce nouveau fonds.

Les dotations appelées à figurer dans le FIR

Mission	Objet	Montant 2011 (M€)	Imputation actuelle
Permanence des soins	Permanence des soins ambulatoire (astreintes effecteurs et régulateurs)	150	ONDAM Soins de ville
	MIG Permanence des soins en établissement	765	ONDAM hospitalier
	FICQS dépenses PDSA	15	6e sous-objectif ONDAM
Qualité et performance des soins	Autres crédits régionaux du FIQCS	191	6e sous-objectif ONDAM
	Crédits du FMESPP hors investissement informatiques et immobiliers	152	ONDAM hospitalier
	Dotation CNSA (le cas échéant)	0	ONDAM médico-social
Prévention et promotion de la santé	Contribution fonds de prévention de l'assurance maladie (dont FNPEIS)	40	Hors ONDAM
	Dotation du programme 204 du budget de l'Etat	178	Hors ONDAM
Total	Dépenses totales		1 491
	Dont ONDAM Soins de ville		150
	Dont ONDAM hospitalier		917
	Dont ONDAM 6e sous-objectif		206
	Dont ONDAM médico-social		0
	Dont hors ONDAM		218

Source : CNAM

Il est prévu que **le montant de la dotation annuelle des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds soit fixé par arrêté.**

Il est également précisé que *« en vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au FIR, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions menées, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. »*

(2) La position de votre rapporteur pour avis

La création d'un tel fonds regroupant les dotations régionales de différents autres fonds (FMESPP, FIQCS et fonds de prévention) constituait l'une des propositions du rapport des inspections générales des finances et des affaires sociales (IGF-IGAS) de juillet 2010 sur les fonds gérés par l'assurance maladie.

Cette mesure est justifiée par le Gouvernement par la mise en place des ARS. Celles-ci ont, en effet, désormais des compétences larges recoupant les champs d'action des différents fonds : soins de ville (champ du FIQCS), prévention (champ des différents fonds de prévention), secteur hospitalier

(champ du FMESPP). Elles ont, par ailleurs, vocation à devenir en quelque sorte des « gestionnaires régionaux responsables », ce qui suppose de leur donner des marges de manœuvre dans l'allocation des crédits.

Un premier pas dans ce sens a été franchi à l'automne. L'article 88 de la dernière loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a en effet introduit le principe d'une **fongibilité symétrique entre les dotations du FMESPP et le FIQCS**. Désormais :

- les financements du FMESPP peuvent être affectés aux actions visées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale qui porte sur les missions du FIQCS qui a vocation à soutenir l'organisation des soins de ville ;

- réciproquement, les aides du FIQCS pourront être affectées aux actions du FMESPP.

La commission des finances et la commission des affaires sociales s'étaient opposées à cette initiative, jugeant prématuré ce dispositif, proposé par ailleurs dans la précipitation par voie d'amendement. **La fongibilité des financements risquait en effet de rendre encore plus complexe le suivi comptable déjà difficile de ces fonds.**

Il est à noter que si la mission d'inspections précitée proposait ce dispositif, elle **conditionnait la globalisation des crédits au renforcement des outils de suivi de ces fonds.**

Votre rapporteur pour avis sera très attentif les années à venir sur la qualité des informations transmises au Parlement sur le suivi de ces différents fonds, celles-ci manquant aujourd'hui fortement s'agissant des crédits du FMESPP, du FIQCS, de l'EPRUS et des ARS.

Pour une plus grande transparence et un plus grand contrôle du Parlement, il souhaite que **la dotation du nouveau fonds soit inscrite en loi de financement de la sécurité sociale**, comme c'est le cas aujourd'hui pour la dotation du FIQCS, du FMESPP, de l'EPRUS, de l'ONIAM et des ARS, et non fixée par arrêté. **Il vous propose un amendement en ce sens.**

Ce contrôle s'avère d'autant plus nécessaire que les sommes gérées par le fonds sont très élevées : 1,4 milliard d'euros environ.

2. La dotation à l'ONIAM (article 46-III)

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) est notamment financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. **Cette dotation a constitué, au cours des dernières années, la principale ressource de l'Office**, comme le montre le tableau suivant :

Tableau d'évolution des recettes de l'ONIAM

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Assurance maladie	70	70	70	0	0	50	117	70
Etat	0	0	0	0,3	0,4	0,6	1,6	3,18
Autres	0	0,015	0,2	9,9	12,3	17,1	18,7	13,2
Total	70	70,015	70,2	10,2	12,7	67,7	137,3	86,4

Source : ONIAM

La création de l'ONIAM par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Créé par l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'ONIAM est un établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il a pour missions principales **d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques et d'assurer le bon fonctionnement du dispositif de réparation des accidents médicaux.**

Le dispositif opérationnel de l'ONIAM repose sur :

- des **commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux** (CRCI) qui rendent, après expertise, un avis indiquant si le dommage est indemnisable ou non (lien avec une activité ou un produit de santé, caractère de gravité des dommages subis), l'étendue des dommages subis et le régime d'indemnisation applicable ;

- l'**ONIAM** lui-même, qui présente une offre d'indemnisation, visant la réparation intégrale des préjudices subis par la victime, lorsque le dommage résulte d'un aléa thérapeutique ou d'une infection nosocomiale aux conséquences graves.

Si la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée, l'indemnisation est à la charge de l'assureur du responsable, qui doit faire une offre à la victime. Si ce n'est pas le cas, l'indemnisation est à la charge de l'Office, au titre de la solidarité nationale.

Les **missions de l'ONIAM ont été élargies** par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui transfère à l'Office :

- l'indemnisation des victimes d'accidents résultant de vaccinations obligatoires, aujourd'hui effectuée par la Direction générale de la santé ;

- l'indemnisation des victimes contaminées par le VIH, aujourd'hui assurée par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) qui disparaît ;

- l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgence prises en cas de menace sanitaire grave, en application du nouvel article L. 3110-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé un **Observatoire des risques médicaux**, rattaché à l'ONIAM, chargé de recueillir et d'analyser l'ensemble des données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a introduit une procédure d'indemnisation à l'amiable pour les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) lors d'une transfusion sanguine et à chargé l'ONIAM de sa gestion.

Enfin, la loi n° 2011-900 du 30 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011 a confié à l'ONIAM l'indemnisation des victimes du benfluorex (Mediator®) en application des articles L. 1142-24-1 et suivants du code de la santé publique.

L'ONIAM a ainsi été doté de 70 millions d'euros chaque année au titre des exercices 2002, 2003 et 2004 et de 30 millions d'euros en 2005. Pour les années **2006 et 2007, aucune dotation** de l'assurance maladie n'a été versée, étant donné les **importants fonds de roulement** de l'Office, qui se sont élevés à près de 200 millions d'euros en 2004 et 2006.

En 2009, la dotation de l'ONIAM s'est élevée à 117 millions d'euros et à 70 millions d'euros pour 2010, puis à **45 millions d'euros en 2011**. Les fonds de roulement sont restés élevés entre 2007 et 2010, atteignant une moyenne de 105 millions d'euros sur la période. **Fin 2010, ils étaient encore de 127 millions d'euros.**

Pour 2012, **l'article 46** du présent projet de loi de financement fixe la dotation de l'Office à **55 millions d'euros**. Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, l'augmentation de 10 millions d'euros de la dotation est justifiée par :

- **les moindres réserves de l'Office au 31 décembre 2011 par rapport au 31 décembre 2010**. Elles s'élevaient à 41,8 millions d'euros contre 108 millions d'euros l'année précédente. Par ailleurs, les dépenses d'indemnisation des accidents médicaux et du VIH sont en augmentation puisqu'estimées à 77 millions d'euros pour 2012 par l'ONIAM, contre 75,9 millions d'euros pour 2011 et 66 millions pour 2010 ;

- **l'augmentation sensible des dépenses afférentes aux contentieux**, dont le nombre augmente en raison d'une hausse des demandes d'indemnisation ; celles-ci ont cru de 10 % sur le premier trimestre 2011 par rapport au 1^{er} trimestre 2010. Sur le seul premier trimestre 2011, ces contentieux ont généré un supplément de dépenses qui représente 70 % de celui constaté sur 2010, soit 10 millions d'euros environ. Les dépenses afférentes au contentieux pourraient donc atteindre 20 millions d'euros en 2012.

Votre rapporteur pour avis prend acte du montant de la dotation retenu pour l'ONIAM.

3. La dotation aux ARS (articles 7, 46-IV et 46-V)

a) Une dotation qui doit être fixée en loi de financement de la sécurité sociale

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a prévu la création des agences régionales de santé (ARS). Celles-ci sont destinées à renforcer l'efficacité du système de santé en regroupant, au niveau de chaque région, l'ensemble des compétences nécessaires à la coordination des différentes composantes de la politique de santé.

Les compétences des ARS sont ainsi plus larges que celles des anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH) puisqu'elles **regroupent la gestion du système de soins, la veille et la sécurité sanitaire, la prévention, la gestion du risque et le secteur médico-social**. La transversalité de leurs missions a pour but de décloisonner les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Les ARS ont ainsi vocation à regrouper sept entités existantes : les directions départementales (DDASS) et régionales (DRASS) des affaires sanitaires et sociales, pour l'État ; l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), pour l'assurance maladie ; enfin, au titre des organismes communs à l'État et à l'assurance maladie, les ARH, les missions régionales de santé (MRS) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

L'article 118 de la loi HPST prévoit que **les ressources** des agences sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'État ;

« 2° **Des contributions des régimes d'assurance maladie** ;

« 3° *Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux* ;

« 4° *Des ressources propres, dons et legs* ;

« 5° *Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics* ».

b) Une sous-estimation des dépenses de personnel des ARS en 2011

L'exercice 2011 correspondant à la première année pleine de mise en place des ARS, **des difficultés ayant trait à la détermination précise des dépenses de personnel ont été enregistrées**. Si les effectifs à transférer avaient été arrêtés, en revanche, la valorisation budgétaire de certains emplois n'était pas définie de façon précise. Selon les données transmises par le secrétariat général des ministères sociaux, 1 577 emplois temps plein (ETP) devaient ainsi être transférés dans les ARS (1 693 ETP en y ajoutant les

effectifs du régime social des indépendants (RSI) et de la mutualité sociale agricole (MSA)).

Par conséquent, l'**article 7** du présent projet de loi modifie l'article 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 afin de rectifier le montant de la dotation aux ARS pour 2011 à **161 millions d'euros**. Il était auparavant fixé à 151 millions d'euros.

c) La dotation aux ARS pour 2012

Pour 2012, l'**article 46** du présent projet de loi de financement fixe la dotation aux ARS à **161 millions d'euros**. Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi précité, cette somme correspond aux besoins de financement constatés après une première année pleine de leur mise en place.

Toutefois, **votre rapporteur regrette de ne pas disposer d'une information consolidée concernant les ressources affectées aux ARS**, provenant à titre principal, comme cela a été dit, de l'assurance maladie, mais également de l'État. C'est pourquoi **il insiste sur la nécessité de renforcer l'information sur les crédits destinés aux ARS**. À cet effet, votre rapporteur spécial souhaiterait disposer :

- d'une **information consolidée sur ces crédits** ;
- d'un **suivi de la consommation des crédits d'intervention des ARS** par grand axe de santé publique.

d) La contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Enfin, l'**article 46** du projet de loi de financement pour 2012 fixe le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des ARS, au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnement des personnes âgées ou handicapées à **64,55 millions d'euros** pour l'année 2012. Ces crédits ne sont pas compris dans l'objectif global de dépense (OGD) de la CNSA, étant prélevés sur le produit brut de la contribution solidarité autonomie (CSA).

Cette contribution a vocation à financer la poursuite du déploiement :

- des groupes d'entraide mutuelle (GEM), dans le cadre du plan « Santé mentale » (27 millions d'euros) ;
- des maisons pour l'autonomie et d'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) dans le cadre du plan Alzheimer (11,95 millions d'euros) ;
- du plan « Bien vieillir » (3 millions d'euros)
- des actions de formations et de professionnalisation du secteur de l'aide à domicile (9,8 millions d'euros) ;

- des formations des acteurs à l'utilisation des référentiels d'évaluation de la perte d'autonomie (AGGIR) et des besoins en soins (PATHOS), à hauteur de 0,25 million d'euros.

Votre rapporteur s'interroge sur la pertinence de la dotation accordée aux agences régionales de santé (ARS). Ne disposant pas d'une information complète et consolidée sur les ressources qui leur sont allouées ainsi que sur leur utilisation, **il ne peut apprécier le bien-fondé ni de l'augmentation de cette dotation pour 2011, ni du maintien de cette dotation accrue en 2012.**

4. La dotation à l'EPRUS (article 46-VI)

L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a été institué par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des **menaces sanitaires de grande ampleur**. Il assure à cette fin la gestion de la **réserve sanitaire**, c'est-à-dire l'organisation des moyens humains nécessaires à la mise en œuvre d'une réponse efficace à ce type de crises.

Par ailleurs, l'établissement a pour mission d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de stocker et de distribuer les **produits et services de santé** nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Établissement public de l'État, l'EPRUS reçoit néanmoins une dotation annuelle de l'assurance maladie. En application de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, les ressources de l'EPRUS sont constituées d'une subvention de l'État et d'une contribution des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, ainsi que, plus marginalement, des produits des ventes et des placements de trésorerie, ou le cas échéant, de taxes ou de redevances affectées à l'établissement.

Il est précisé que la contribution des régimes d'assurance maladie ne peut excéder 50 % des dépenses de l'établissement au titre de ses missions, dont l'objet est « *d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et des services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves* », ainsi que « *de financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs* ». Il s'agit, pour l'essentiel, des dépenses pharmaceutiques. Les autres dépenses de l'EPRUS – gestion administrative et financière de la réserve sanitaire – sont à la seule charge de l'État.

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique précise que « *le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices consécutifs* ».

Versements de l'État et de l'assurance maladie à l'EPRUS

(en euros)

	État	Assurance maladie	
	Versements (CP)	Dotations votées	Versements (CP)
2007	66 000 000	175 000 000	40 000 000
2008	60 437 000	55 000 000	0
2009	452 877 861	338 300 000	312 000 000
2009	0	-331 630 491	
2010	333 500	170 000 000	0
2011	17 966 868	0	0
Total	597 615 229	406 669 509	352 000 000

Source : réponses aux questionnaires budgétaires

L'article 46 du présent projet de loi prévoit une dotation de l'assurance maladie au profit de l'EPRUS en 2012 de **20 millions d'euros**. Celle-ci vient s'ajouter à une **participation de l'État de 26,6 millions d'euros** en crédits de paiement, demandés dans le cadre du projet de loi de finances pour 2012.

Selon les informations transmises par le ministère chargé de la santé à votre rapporteur pour avis, en 2012, le montant global des dépenses prévisionnelles en produits de santé et en logistique s'élève à 72,8 millions d'euros. Il comprend 13,7 millions d'euros correspondant à la suite des engagements de 2010 pour la construction de l'entrepôt de stockage de Vitry-le-François, et 59,1 millions d'euros correspondant à des nouveaux engagements en 2012. Ces nouveaux engagements sont destinés à l'acquisition des produits de santé du stock national arrivant à péremption. Il s'agit principalement en 2012 de renouveler les antibiotiques et les antidotes nécessaires à la mise en œuvre du plan pirate-NRBC.

III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE

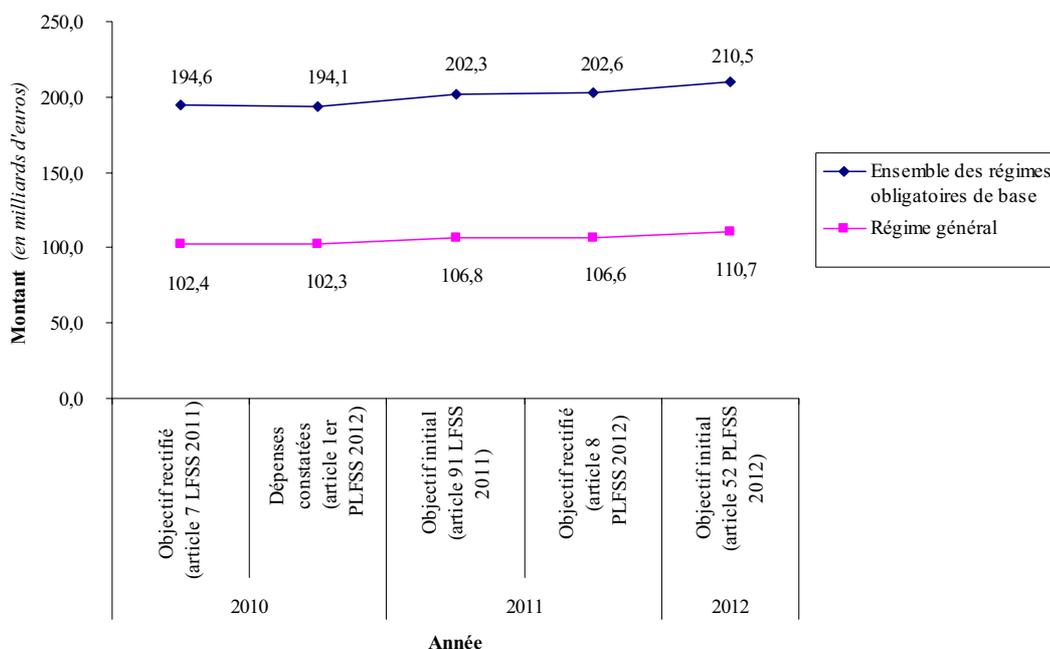
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES

L'article 52 du présent projet de loi fixe :

- l'objectif de dépenses de la branche vieillesse 2012, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, à **210,5 milliards d'euros**, soit une augmentation de 3,8 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2011 ;

- l'objectif de dépenses de la branche vieillesse 2012, pour le seul régime général, à **110,7 milliards d'euros**, soit également un accroissement de 3,8 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2011.

Evolution de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse



Source : commission des finances

Votre rapporteur pour avis renvoie, pour le commentaire de cet article ainsi que des articles relatifs au FSV (articles 26, 60 et 61) et FRR (article 27), aux développements de l'exposé général relatifs à l'impact de la réforme des retraites sur le solde de la branche vieillesse.

B. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE

1. L'acquisition de droits à la retraite pour les sportifs de haut niveau (article 49)

L'article 49 du présent projet de loi a pour objet de **créer un dispositif d'acquisition de droits à la retraite pour les sportifs de haut niveau (SHN)**.

Actuellement, aucun dispositif spécifique d'acquisition de droits à la retraite ne concerne les sportifs de haut niveau.

Or, les contraintes (voire les sacrifices) qu'impose la pratique sportive de haut niveau conduisent souvent les SHN à **différer leurs études ou leur entrée dans la vie professionnelle**.

a) Le dispositif proposé

Pour répondre à cette situation, l'article 49 propose de compléter l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale, qui énumère **les périodes prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension**, par un alinéa visant « **les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles toute personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport** ». Il est à noter que la validation pourrait être effectuée **sans condition d'affiliation préalable**, donc même si le sportif n'a jamais cotisé. Le texte proposé renvoie à un décret la définition des modalités d'application de cet article.

Selon les explications du Gouvernement, cette mesure bénéficiera :

- aux SHN **âgés de 20 ans ou plus** ;
- dans la **limite de 75 % du plafond de la sécurité sociale**¹ ;
- et dans la **limite de 16 trimestres** acquis par cette voie.

¹ Soit, dans l'hypothèse d'un plafond de 3 031 euros par mois, une limite de 2 273,25 euros.

Les sportifs de haut niveau

Aux termes de l'article L. 221-2 du code du sport, le ministre chargé des sports arrête, au vu des propositions des fédérations et après avis de la Commission nationale du sport de haut niveau, la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau.

Les SHN sont divisés en quatre catégories : « élite », « senior », « jeune » et « reconversion ». Elle est valable un an pour les catégories « senior », « jeune » et « reconversion », et deux ans pour la catégorie « élite ».

Cette reconnaissance permet aux intéressés de bénéficier de divers avantages, comme des bourses ou des emplois réservés dans l'enseignement sportif.

Actuellement, un peu plus de 7 000 sportifs sont ainsi reconnus par le ministère en tant que SHN. Ce nombre apparaît relativement stable au fil du temps.

L'article 49 propose que le **coût du dispositif** soit **intégralement pris en charge par l'Etat**, en pratique par le programme 219 « Sport » de la mission « Sport, jeunesse et vie associative ». Ce coût est assez mal déterminé en raison de la méconnaissance des revenus des SHN : selon le Gouvernement, il serait **compris entre 6,1 et 9,1 millions d'euros**.

Le dispositif s'appliquerait aux périodes d'inscription sur la liste des SHN postérieures au 31 décembre 2011.

En outre, à l'initiative de notre collègue député Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse, l'Assemblée nationale a adopté un amendement demandant au Gouvernement **le dépôt d'un rapport**, avant le 1^{er} octobre 2013, qui présenterait le coût de ce dispositif et étudierait la possibilité d'augmenter le plafond de 16 trimestres précité. L'auteur considère que, la carrière de nombreux sportifs se déroulant sur deux olympiades et non une seule, une telle extension serait opportune et ne porterait pas nécessairement le coût de ce dispositif au-delà du haut de la fourchette fixée par le Gouvernement (9,1 millions d'euros).

L'Assemblée nationale a, par ailleurs, adopté un amendement de nature rédactionnelle.

b) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis approuve le dispositif proposé, l'effort financier que l'Etat devrait consentir semblant proportionné à l'apport des sportifs de haut niveau en termes de rayonnement national. Il souscrit également à l'argument selon lequel les SHN sont souvent conduits, du fait de leur pratique sportive, à mettre pour un temps entre parenthèses leurs études ou leur carrière professionnelle.

De plus, à l'inverse de ce qui a pu se produire par le passé pour le droit à l'image collective (DIC)¹ des sportifs professionnels, **cette dépense devrait être stable dans le temps**, et donc maîtrisable. En effet, la charge n'est pas proportionnelle à la rémunération des sportifs (au contraire, un SHN qui peut cotiser par ailleurs ne relèverait pas du dispositif) et la liste des sportifs ainsi reconnus n'a pas vocation à augmenter de manière démesurée.

Les limites et le plafond posés par l'article 49 apparaissent raisonnables, même si :

- d'une part, il est vrai que certains sportifs consacrent plus de quatre ans à l'exercice de leur discipline à haut niveau. Le rapport demandé par les députés permettra de faire le point sur ce problème et d'en évaluer le coût ;

- d'autre part, pour certaines disciplines comme la gymnastique, la limite de 20 ans révolus peut se révéler problématique.

Enfin, il conviendra de **veiller à ce que la somme** correspondant aux recettes non perçues par l'ACOSS **soit effectivement et intégralement inscrite chaque année dans les crédits du programme « Sport »**. Il ne s'agit pas de renouveler l'expérience du DIC, pour lequel une sous-évaluation systématique a conduit au creusement, année après année, d'une dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale.

2. L'exclusion des bonifications « métier » de la durée d'assurance prise en compte pour le calcul de la surcote (article 50)

L'article 50 du présent projet de loi propose de **clarifier les modalités de calcul de la durée d'assurance pour le calcul du droit à la surcote**, en modifiant la rédaction ambiguë du dispositif issue de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. L'article 50 procède, à cette occasion, à une **harmonisation des règles de calcul de la surcote dans l'ensemble des régimes de retraite de base**.

a) Le dispositif de la surcote : une rédaction ambiguë des dispositions de la loi du 9 novembre 2010

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a introduit un dispositif dit de « surcote » qui consiste en **une majoration de la pension de base pour les assurés qui continuent de travailler au-delà de la durée nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein et au-delà de l'âge légal de départ à la retraite**. Ainsi pour les trimestres accomplis à compter

¹ La loi du 15 décembre 2004 avait créé un « droit à l'image collective » (DIC) pour les sportifs professionnels, qui consistait à exonérer de charges sociales une fraction de leur rémunération, ne pouvant excéder 30 % de son montant total. Cette mesure devait être intégralement compensée par l'Etat.

du 1^{er} janvier 2009, le taux de majoration de pension ou « taux de surcote » est égal à 1,25 % par trimestre.

Jusqu'à la réforme des retraites de 2010, **étaient comptabilisées**, dans la durée d'assurance prise en compte pour déterminer le droit à la surcote des fonctionnaires, les **bonifications attribuées à certains agents** leur permettant de porter leur durée d'assurance au-delà de leur durée d'activité réelle (bonification de dépaysement pour les services rendus hors d'Europe, attribution aux douaniers ou aux contrôleurs aériens d'une année supplémentaire pour cinq ans d'activité réelle, *etc.*).

Selon le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2010, ces bonifications pouvaient représenter une part importante des périodes comptabilisées dans la durée d'assurance : 3 % en moyenne pour un fonctionnaire civil parti en retraite en 2009, 45 % pour un militaire non-officier et 28 % pour un officier.

Or ce dispositif se révélait **inéquitable par rapport aux salariés du secteur privé** qui ne bénéficient pas de telles bonifications, hormis les majorations de pension au titre des enfants ou du handicap.

C'est pourquoi, l'article 50 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 a modifié les règles en matière de surcote afin **d'exclure** du dispositif de calcul de la surcote, **les bonifications et majorations de durée d'assurance des régimes de retraite de la fonction publique**, hormis celles attribuées au titre des enfants et du handicap qui existent aussi pour les salariés du secteur privé.

La rédaction introduite à l'automne dernier à l'article 14 du code des pensions civiles et militaires et à l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale pose néanmoins **des difficultés d'interprétation**, soulevées par le Conseil d'Etat, lors de l'examen des textes d'application de la loi du 9 novembre 2010.

Le Conseil a invité, à cette occasion, **le Gouvernement à clarifier ces dispositions avant que les mesures réglementaires d'application soient édictées.**

b) Le dispositif proposé

Le **I** et le **II** de l'**article 50** du présent projet de loi modifient en conséquence l'article 14 du code des pensions civiles et militaires et l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale.

Compte tenu de divers renvois, ces mesures s'appliqueront automatiquement aux régimes des salariés agricoles, des artisans – commerçants et de la CNRACL.

En revanche, **des dispositions spécifiques** – prévues par les III, IV et V de l'article 50 – **doivent être prévues pour étendre la mesure aux régimes des non-salariés agricoles, des professions libérales et des avocats.**

Il est à noter que cette mesure a déjà été mise en œuvre par décret dans les régimes spéciaux de retraite.

Le **VI** précise que ces mesures s'appliqueront **aux assurés remplissant les conditions d'ouverture du droit à la surcote à compter du 1^{er} janvier 2013.**

A l'initiative de notre collègue député Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de nature rédactionnelle.

La mesure proposée par l'article 50 du présent projet de loi devrait engendrer des économies pour les régimes concernés en diminuant le montant de la surcote attribué qui sera désormais calculé en fonction d'une durée d'assurance plus proche de la durée d'activité effective des assurés.

L'impact sera ainsi de **2,7 millions d'euros pour le régime de la fonction publique**, de 0,34 million d'euros pour la CNRACL et de 0,03 million d'euros pour la CNAV. Ce rendement s'accroîtra ensuite progressivement.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions de clarification.

3. Le rachat des périodes de formation à la vie religieuse au régime des cultes (article 51)

L'**article 51** du présent projet de loi de financement introduit au profit du régime de la caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) **un dispositif de validation, à titre onéreux, des périodes de formation à la vie religieuse, antérieures à l'affiliation au régime.**

a) Le dispositif actuel de validation à titre onéreux des périodes d'étude

La **Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes**, instituée par l'article L. 382-17 du code de la sécurité sociale, est chargée d'assurer le recouvrement des cotisations et le versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité des ministres des cultes.

L'article L. 382-25 du même code prévoit que les charges supportées par la CAVIMAC sont couvertes par :

- des cotisations à la charge des assurés, assises sur une base forfaitaire ;

- des cotisations à la charge des associations, des congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les assurés, assises sur une base forfaitaire ;

- une contribution du FSV ;
- en tant que de besoin, une contribution de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

La qualité de ministre du culte qui entraîne affiliation au régime est déterminée en conformité avec les règles d'organisation interne de chaque culte.

Selon les données transmises à votre rapporteur pour avis, environ 15 000 ministres du culte cotisent aujourd'hui à ce régime pour 60 000 pensionnés.

Le dispositif de validation à titre onéreux des périodes d'étude, introduit dans le cadre de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, est applicable à la CAVIMAC.

Il ne permet cependant pas la validation des périodes de formation religieuse. Seules sont, en effet, concernées les périodes d'études accomplies dans les établissements d'enseignement supérieur, les écoles techniques supérieures, les grandes écoles et classes préparatoires.

b) Le dispositif proposé

Le **I** de l'**article 51** du présent projet de loi introduit ainsi un nouvel article L. 382-29-1 dans le code de la sécurité sociale tendant à prévoir que sont prises en compte, pour le « rachat d'années d'études », **les périodes de formation, accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte** qui précèdent l'obtention du statut entraînant affiliation au régime des cultes.

Le **II** de l'**article 51** prévoit que ces dispositions sont applicables aux pensions prenant effet à compter du **1^{er} janvier 2012**.

Ainsi, selon les estimations du Gouvernement, l'impact de la mesure sera compris entre **+ 0,4 million d'euros et + 1 million d'euros en 2012**. Les comptes de la CAVIMAC étant équilibrés par une subvention d'équilibre versée par la CNAV, l'impact du dispositif sera identique sur la CNAV.

A l'initiative de notre collègue député Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de nature rédactionnelle.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ce dispositif. Il note, cependant, que si la mesure devrait, il est vrai, générer à court terme des recettes supplémentaires du fait des versements de cotisations opérées par les demandeurs, elle engendrera néanmoins, à moyen et long termes, des dépenses supplémentaires du fait de l'amélioration du montant des pensions des personnes concernées.

Ces dépenses supplémentaires devraient néanmoins être relativement limitées compte tenu du nombre d'affiliés au régime.

4. Les mesures relatives au secteur agricole

a) La suppression de la condition d'âge pour l'affiliation des non-salariés agricoles à l'assurance vieillesse volontaire (article 51 bis)

L'**article 51 bis**, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue députée, Isabelle Vasseur, **propose de supprimer la condition d'âge pour l'affiliation des non-salariés agricoles à l'assurance vieillesse volontaire.**

L'assurance volontaire vieillesse est un dispositif qui permet aux personnes qui ne remplissent pas la condition d'affiliation à un régime légal d'assurance vieillesse, et qui compte tenu de leur âge ne remplissent pas la condition pour bénéficier d'une prestation servie par un de ces régimes, de s'acquérir des droits à retraite.

Le régime des non-salariés agricoles est le seul dans lequel reste fixée une **condition d'âge maximal pour l'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse.** Dans le régime général, aucune condition d'âge n'est prévue.

Cet âge maximal est aujourd'hui fixé à 60 ans.

Compte tenu du relèvement progressif, de 60 à 62 ans, de l'âge légal d'ouverture des droits à pension (pour les personnes nées à compter du 1^{er} juillet 1951), il est proposé de **supprimer cette condition d'âge.**

Cette mesure assurerait, par ailleurs, une égalité entre les assurés du régime non salarié agricole et les ressortissants des autres régimes d'assurance vieillesse.

b) Le dispositif de cumul emploi-retraite pour les conjoints et les aides familiaux dans le secteur agricole (article 51 ter)

L'**article 50 ter**, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue députée, Isabelle Vasseur, propose d'**étendre le dispositif du cumul emploi-retraite aux conjoints et aides familiaux** dans le secteur agricole.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole peut, en effet, sous certaines conditions, percevoir sa pension de retraite agricole et poursuivre ou reprendre une activité non salariée agricole.

Ce dispositif n'est accessible qu'aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole. Aucun assouplissement, quel qu'il soit, n'est en revanche prévu pour les collaborateurs d'exploitation et pour les aides familiaux qui doivent aujourd'hui cesser leur activité pour pouvoir percevoir leur retraite.

La mesure introduite à l'Assemblée nationale vise donc à **autoriser un aide familial ou un collaborateur d'exploitation à poursuivre son activité agricole tout en percevant sa pension de retraite.**

Rappels du dispositif cumul emploi – retraite

• Principe

Le cumul emploi-retraite permet à une personne retraitée qui perçoit une pension du régime général d'exercer une activité professionnelle et de cumuler le versement de revenus professionnels et de sa pension de retraite.

• Cessation d'activité

S'il souhaite cumuler un emploi salarié avec sa pension, le retraité doit auparavant avoir cessé toute activité professionnelle. Il doit signer un nouveau contrat de travail, même s'il retravaille auprès de son dernier employeur avant la retraite.

Cependant, il n'est pas nécessaire d'avoir cessé au préalable l'activité professionnelle s'il s'agit, notamment, d'activités artistiques, littéraires, scientifiques, de spectacles, juridictionnelles occasionnelles ou assimilées.

• Cumul total des revenus

Le cumul total des revenus professionnels et de la pension de retraite du régime général est possible, quelle que soit l'activité, pour les bénéficiaires d'une pension de retraite ayant atteint :

- soit l'âge légal de départ en retraite (entre 60 ans et 62 ans selon la date de naissance du retraité), et à condition d'avoir validé le nombre de trimestres nécessaire permettant de percevoir une pension de retraite à taux plein ;

- soit l'âge permettant de bénéficier du taux plein automatique (entre 65 ans et 67 ans selon la date de naissance du retraité).

• Cumul partiel des revenus

Les salariés ne remplissant pas les conditions permettant de bénéficier du cumul total des revenus ont cependant droit au bénéfice d'un cumul partiel des revenus.

Le montant cumulé des revenus professionnels et de la pension de retraite du régime général doit être inférieur au dernier salaire d'activité perçu avant la liquidation des pensions ou, si le montant est plus élevé, à 160 % du SMIC (calculé sur une base de 1 820 heures par an, soit 2 184 euros depuis le 1^{er} janvier 2011). Si ce plafond est dépassé, le versement des pensions est suspendu. Le versement de la pension sera de nouveau possible dès lors que le plafond autorisé ne sera plus dépassé.

• Délais nécessaires

Le retraité peut reprendre une activité professionnelle dès la date d'effet de la retraite du régime général s'il travaille pour un nouvel employeur. S'il souhaite reprendre une activité chez le dernier employeur avant son départ en retraite, le salarié doit attendre six mois après la date d'effet de la pension. Si ce délai n'est pas respecté, le versement des pensions est suspendu. Le versement de la pension sera de nouveau possible à l'issue de ce délai de six mois.

c) L'extension de la majoration de la retraite de base aux personnes bénéficiaires du départ anticipé pour pénibilité dans le régime des non-salariés agricoles (article 51 quater)

L'article **51 quater**, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue députée, Isabelle Vasseur, propose **d'étendre la majoration de retraite de base aux personnes bénéficiaires d'un départ anticipé pour pénibilité dans le régime des non-salariés agricoles.**

Les articles L. 732-54-1 à L. 732-54-4 du code rural et de la pêche maritime ont instauré, depuis le 1^{er} janvier 2009, **un dispositif de majoration des retraites de base servies par le régime d'assurance vieillesse des personnes non-salariées agricoles.**

Pour les personnes prenant leur retraite à compter du 1^{er} janvier 2002, le droit au bénéfice de cette majoration est ouvert aux personnes remplissant notamment la condition de durée d'assurance requise pour l'obtention du taux plein, ou ayant été reconnues inaptes, ou relevant de certaines catégories (par exemple les anciens déportés, les travailleurs handicapés, les anciens prisonniers de guerre).

Cependant, **les personnes susceptibles de bénéficier d'un départ en retraite anticipé et à taux plein pour cause de pénibilité n'ont pas été ajoutées aux personnes remplissant les conditions pour bénéficier d'une majoration de leur retraite de base.**

La mesure a pour objectif de remédier à cette omission.

d) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis prend acte de l'ensemble de ces mesures en faveur du secteur agricole, parfois réclamées de longue date par celui-ci. Il remarque néanmoins qu'**aucune évaluation chiffrée de ces dispositifs n'a été donnée au cours de leur examen à l'Assemblée nationale.** Il souhaite que l'examen de ces mesures en séance publique soit l'occasion pour le Gouvernement d'apporter ces précisions.

5. La suppression du minimum de réversion (article 51 quinquies)

L'article **51 quinquies**, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue député Denis Jacquat, à titre personnel, **supprime le minimum de réversion dans le cas où ce dernier serait supérieur à celui de la pension de retraite de l'assuré décédé.**

Selon le droit en vigueur, le conjoint survivant a droit à 54 % de la pension (retraite de base) dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier l'assuré décédé (sans tenir compte des majorations de sa retraite). Ce montant est toutefois réduit si, en l'ajoutant aux autres ressources du survivant, un plafond de ressources est dépassé.

En application de l'article D. 353-1 du code de la sécurité sociale, **le montant de la pension de réversion ne peut être inférieur à un montant annuel fixé à 3 290,31 euros** (soit 274,19 euros par mois), à condition que l'assuré décédé ait acquis au moins 60 trimestres d'assurance. Dans le cas contraire, ce montant minimum est réduit en fonction du nombre de trimestres restant à valider.

Selon l'auteur de l'amendement, le minimum de réversion peut conduire aujourd'hui à **attribuer des pensions de réversion d'un montant supérieur à celui de la pension de retraite de l'assuré décédé**. Ce mécanisme jouerait principalement dans le cas où l'assuré décédé a bénéficié d'une pension d'un montant si faible qu'elle lui a été servie en capital sous la forme d'un versement forfaitaire unique.

Pour l'auteur de l'amendement, le rendement de cette disposition pour les conjoints survivants apparaît disproportionné par rapport à l'effort contributif initial de l'assuré décédé.

C'est pourquoi, il propose que le minimum de réversion ne soit pas appliqué aux pensions de réversion issue d'une pension dont le montant serait inférieur à ce minimum.

A l'occasion de l'examen du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale, le ministre du travail, de l'emploi et de la solidarité a indiqué que les économies réalisées, par le biais de ce dispositif, seront de **5 millions d'euros en 2015** et de 10 millions en 2020. Environ **4 000 conjoints survivants** par an seraient concernés.

Votre rapporteur pour avis regrette que la question des pensions de réversion, qui mériterait une analyse globale précise compte tenu de l'extrême diversité des règles applicables dans ce domaine (cf. encadré suivant), soit abordée sous ce seul aspect, extrêmement réduit.

Le caractère extrêmement complexe du cadre juridique de la réversion

Comme le souligne le COR dans ses travaux de 2008, intitulés « Retraites : droits familiaux et conjugaux »¹, les principales divergences entre régimes sont à rechercher à quatre niveaux :

- **les taux de réversion** qui varient de 50 % (dans la fonction publique) à 60 % (pour les régimes complémentaires ARRCO-AGIRC) ;

- **les conditions de ressources** qui sont prévues dans le régime général, les régimes alignés, le régime des exploitants agricoles et le régime des professions libérales, mais pas dans la fonction publique ;

- **les conditions liées au mariage** : si le remariage entraîne la perte de la pension dans la fonction publique, cela n'est pas le cas dans le régime général, les régimes alignés, le régime des exploitants agricoles et le régime des professions libérales ;

¹ COR, « Retraites : droits familiaux et conjugaux » - décembre 2008.

- **les conditions d'âge** : un âge minimal est requis dans la plupart des régimes, à l'exception de la fonction publique et des régimes spéciaux. Les seuils retenus sont cependant très variables d'un régime à l'autre.

Dans son rapport de mai 2007 sur la réversion¹, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat dénonçait à la fois « *le caractère extraordinairement touffu et complexe du cadre juridique de la réversion* » et son « *caractère profondément incohérent et inéquitable* ». Elle préconisait alors une harmonisation, voire une unification progressive des règles en vigueur en la matière. **Depuis lors, aucune réforme d'ampleur n'a été menée.**

6. La retraite anticipée pour les travailleurs handicapés (article 51 *sexies*)

L'**article 51 *sexies***, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, propose d'**élargir au régime social des indépendants (RSI) le dispositif de retraite anticipée des travailleurs handicapés.**

Le dispositif de **retraite anticipée pour les travailleurs handicapés** a été créé par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, pour permettre aux assurés ayant travaillé pendant une durée minimale, alors même qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 80 %, de partir à la retraite à taux plein dès l'âge de 55 ans.

Environ 1 000 assurés du régime général ont bénéficié chaque année de ce dispositif depuis sa création.

La loi du 9 novembre 2010 a étendu le champ de ce dispositif aux assurés ayant obtenu la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé au sens de l'article L. 5213-1 du code du travail. Toutefois, **cette amélioration n'a été rendue applicable qu'au régime général, au régime des professions libérales et au régime des avocats.**

Le présent article vise à **étendre cette mesure aux assurés relevant du régime social des indépendants** (artisans et commerçants).

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure.

7. Les conditions d'accès à l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour les personnes de nationalité étrangère non communautaires (article 51 *septies*)

L'**article 51 *septies***, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, propose d'**étendre à l'ensemble des étrangers non communautaires la condition de résidence préalable pour l'accès à l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de porter la durée de celle-ci à dix ans au lieu de cinq.**

¹ *Rapport n° 314 (2006-2007) de Claude Domeizel et Dominique Leclerc, « Transparence, équité, solidarité : les trois objectifs d'une réforme de la réversion ».*

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui remplace depuis 2006 les anciennes allocations composant le minimum vieillesse, permet de garantir aux personnes âgées un niveau minimal de ressources.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

• **L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une allocation unique, créée en remplacement des différentes prestations qui composaient le minimum vieillesse jusqu'au 31 décembre 2005** : l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), l'allocation aux vieux travailleurs non salariés, l'allocation aux mères de familles, l'allocation spéciale de vieillesse, l'allocation supplémentaire de vieillesse, l'allocation de vieillesse agricole, le secours viager, la majoration versée pour porter le montant d'une pension de vieillesse au niveau de l'AVTS, l'allocation viagère aux rapatriés âgés.

L'ASPA constitue un **montant minimum de pension de vieillesse accordé**, sous condition de ressources, aux personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite.

• **Cette allocation est attribuée sous plusieurs conditions :**

- **une condition d'âge** : le demandeur doit avoir atteint l'âge de 65 ans. Cette condition peut être abaissée à l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite en cas d'inaptitude reconnue par le médecin-conseil de l'organisme qui verse l'allocation.

- **une condition de résidence et de régularité du séjour** : le demandeur doit résider régulièrement en France, c'est à dire qu'il doit avoir son domicile principal ou son lieu de séjour principal en France, ou séjourner plus de six mois en France au cours de l'année civile de versement de l'allocation.

A l'exception du citoyen de l'Espace économique européen ou de quelques situations particulières relevant de la réglementation européenne, le demandeur étranger doit, en plus des conditions générales, détenir un titre de séjour en cours de validité à la date d'effet de l'ASPA. La régularité du séjour du demandeur fait l'objet d'un contrôle, de même que celle de son conjoint à charge, si l'Aspa est attribuée en complément de la majoration pour conjoint à charge.

- **une condition de ressources** : pour une personne seule, le montant des ressources à ne pas dépasser est de 8 907,34 euros, soit 742,27 euros par mois. Pour un couple, le montant des ressources du couple à ne pas dépasser est de 14 181,30 euros, soit 1.181,77 euros par mois.

• **Le montant maximum de l'ASPA** est de 8 907,34 euros par an (soit 742,27 euros par mois) pour une personne seule, ou lorsqu'un seul membre d'un couple en bénéficie, et de 14 181,30 euros par an (soit 1 181,77 euros par mois) lorsque les deux conjoints, concubins ou partenaires pacsés en bénéficient.

Actuellement, **les personnes de nationalité étrangère non communautaires** sont éligibles à cette prestation non contributive si elles remplissent **les conditions d'âge et de ressources, résident en France de façon stable et régulière plus de six mois par année civile et sont en situation régulière sur le territoire national en justifiant de la détention depuis au moins 5 ans d'un titre de séjour autorisant à travailler.**

Toutefois, selon le Gouvernement, les dispositions de l'article L. 816 -1 du code de la sécurité sociale permettent à certains étrangers non

communautaires de ne pas justifier, pour l'ouverture de ce droit, d'une ancienneté de séjour en situation régulière de cinq ans. Il s'agit en particulier d'étrangers bénéficiant du regroupement familial et pouvant, à ce titre, bénéficier d'une carte de résident sans justifier pour autant de cinq ans d'antériorité sur le territoire français.

Le présent article **étend ainsi à l'ensemble des étrangers non communautaires la condition de résidence préalable et porte la durée de celle-ci à dix ans au lieu de cinq**. Selon le Gouvernement, la condition d'ancienneté de cinq ans est apparue insuffisamment longue pour permettre l'ouverture de ce minimum social.

L'exception à la durée de résidence est toutefois maintenue pour les réfugiés et apatrides.

Ce dispositif s'applique aux nouvelles demandes déposées, afin de ne pas mettre fin à des droits déjà ouverts.

Votre rapporteur pour avis regrette vivement cette mesure qui pèsera sur des publics fragiles, ainsi que la justification apportée à cet amendement, à savoir la nécessaire meilleure maîtrise du coût du dispositif de l'ASPA :

« L'importance du nombre de bénéficiaires en 2011 – soit 70 930 personnes –, comme du coût de l'ASPA, qui s'élève aujourd'hui à 612 millions d'euros, nécessite que le Parlement s'interroge sur les raisons de cette dépense publique en augmentation de plus de 20 % sur les cinq dernières années selon les comptes de la sécurité sociale. Le déficit de nos comptes sociaux, que le Gouvernement et le Parlement cherchent à réduire lors de chaque loi de financement de la sécurité sociale, impose que nous limitions le nombre d'allocataires de l'ASPA. Il est, me semble-t-il, légitime de verser une retraite à ceux qui ont travaillé dans notre pays, même s'ils n'ont pas cotisé à un régime obligatoire de retraite, mais il n'y a aucune logique à l'accorder à ceux qui ont travaillé dans un pays étranger à la Communauté européenne. »¹

Il est assez difficile de croire que la maîtrise du dispositif de l'ASPA sera assurée grâce à la seule mesure proposée qui ne doit concerner au demeurant que **très peu de personnes**.

Votre rapporteur pour avis rappelle surtout que **les conditions d'octroi de l'ASPA ne sont pas différentes d'autres prestations, non contributives, relevant de la solidarité nationale**.

Votre rapporteur pour avis vous propose de supprimer cet article.

¹ Extrait des débats à l'assemblée nationale sur le PLFSS pour 2012 - deuxième séance du vendredi 28 octobre 2011.

IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP)

A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2012

1. L'absence de certification des comptes de la branche AT-MP

A titre liminaire, votre rapporteur pour avis souligne que les comptes de la branche AT-MP pour l'exercice 2010 n'ont pas été certifiés par la Cour des comptes, contrairement à ceux de l'exercice précédent.

Il estime que tous les efforts nécessaires devront être rapidement entrepris afin de permettre une évaluation sincère et régulière des comptes de la branche.

La non-certification des comptes conduit en effet légitimement à s'interroger sur la fiabilité des données qui permettent pourtant d'établir des prévisions indispensables pour l'avenir de la branche AT-MP.

Les raisons de la non-certification des comptes de l'exercice 2010

La Cour, dans son rapport de juin 2011, a estimé que la nature et la conjonction des éléments suivants **ne lui permettent pas de certifier** la situation financière et du patrimoine de la branche :

1°) Les **insuffisances cumulatives** du **contrôle interne** dans la branche AT-MP et **l'activité de recouvrement** portent atteinte à l'exhaustivité et à l'exactitude des cotisations sociales affectées à la branche AT-MP.

2°) En matière de **prestations en nature** exécutées en ville comme de prestations hospitalières, les **insuffisances du contrôle interne** relevées pour la branche maladie s'appliquent aussi à la branche AT-MP.

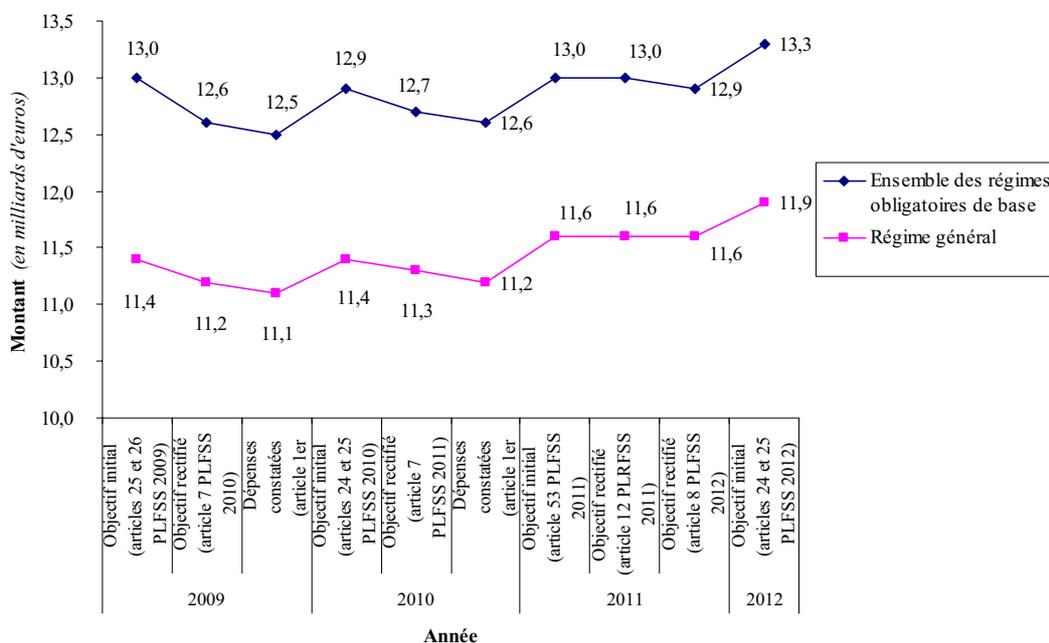
3°) En raison du **refus de certification des comptes combinés** pour l'exercice 2010 **de la Mutualité sociale agricole (MSA)** par ses commissaires aux comptes, la Cour ne dispose pas d'une assurance appropriée sur les montants dont la branche doit assurer la prise en charge au titre de la compensation intégrale du solde de la gestion des salariés agricoles.

Source : Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale (Cour des Comptes - juin 2011)

2. Une sensible accélération des dépenses de la branche AT-MP pour 2012 (article 56)

Le graphique qui suit retrace l'évolution des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) entre 2009 et 2012.

Évolution des dépenses de la branche AT-MP



Source : commission des finances du Sénat

Pour 2012, l'article 56 du présent projet de loi de financement fixe à :

▪ **13,3 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, soit une augmentation de 2,3 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2011 et de 5,5 % par rapport aux dépenses constatées en 2010 ;

▪ **11,9 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour le seul régime général, soit une augmentation de 2,6 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2011 et de 6,2 % par rapport aux dépenses constatées en 2010.

2. La branche AT-MP retrouverait l'équilibre dès 2011 et deviendrait excédentaire en 2012

Les objectifs de dépense inscrits dans le PLFSS pour 2012 intègrent les mesures suivantes :

- d'une part, l'augmentation du versement de la branche AT-MP à la branche maladie (+ 80 millions d'euros) au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, prévu à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale (article 53 du présent projet de loi) ;

- d'autre part, **l'augmentation de la contribution de la branche AT-MP à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) au titre du financement de la pénibilité** (+ 75 millions d'euros), dispositif introduit dans le cadre du projet de loi portant réforme des retraites de 2010 (**article 55 du présent projet de loi**) ;

- et, enfin, la **reconduction des dotations aux fonds destinés à la prise en charge ou l'indemnisation des victimes de l'amiante** (FCAATA : fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et FIVA : fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante) pour un montant total à **1 205 millions d'euros** (**article 54 du présent projet de loi**).

Malgré la hausse prévisionnelle des dépenses pour 2012, le solde de **la branche AT-MP pour l'exercice 2012** présenterait un **excédent** principalement en raison :

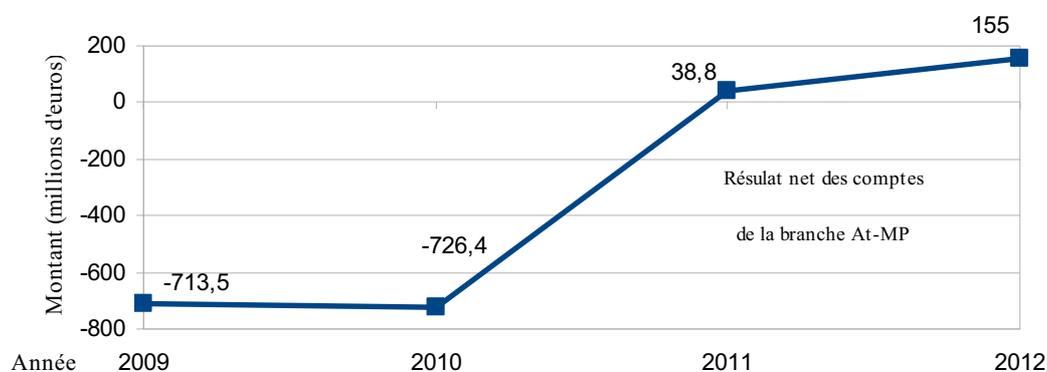
- de la hausse de **0,1 point du taux net des cotisations accidents du travail-maladies professionnelles** (cette mesure **votée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011** a un rendement estimé à **500 millions d'euros**) ;

- et de **l'augmentation dynamique de la masse salariale** (+ 3,7 %) qui stimule la hausse des cotisations.

Les autres recettes de la branche AT-MP (comme la hausse des taxes - +4,1 % - liées notamment à la hausse des prix du tabac) contribuent beaucoup plus marginalement à la **hausse globale des recettes de la branche** qui s'élèveraient au total à **12,1 milliards d'euros** en 2012 contre **11,6 milliards en 2011** (+ 4,5 %) pour le seul régime général.

Compte tenu de ses observations précédemment formulées quant aux hypothèses macroéconomiques retenues, votre rapporteur pour avis exprime sa grande préoccupation au sujet d'un nouveau ralentissement de l'activité qui affecterait la stabilité budgétaire de la branche AT-MP.

Évolution du solde de la branche AT-MP



Source : Rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale 2009, 2010 et 2011

B. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES

1. La compensation versée à la branche maladie augmente de plus de 10 % (article 53)

L'**article 53** du présent projet de loi fixe le versement de la branche AT-MP à la branche maladie à **790 millions d'euros en 2012**. Ce montant est en **hausse sensible** par rapport aux deux années précédentes (+ 11 %, soit + 80 millions d'euros).

Ce versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général a pour but de **compenser les conséquences financières pour l'assurance maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles**.

Ce phénomène de sous-déclaration est connu de longue date. Parmi les principales causes de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, on peut citer :

- le comportement de certains **employeurs** qui se montrent réticents à afficher des taux de sinistralité en hausse et cherchent à éviter une hausse de leurs cotisations AT-MP¹ ;

- le manque d'informations des **victimes**, la complexité des procédures de déclaration de maladie professionnelle pour les assurés, et l'appréhension des victimes à réaliser une déclaration qui aurait des répercussions sur leur situation professionnelle ;

¹ Le taux de cotisations est plus élevé à mesure que le nombre d'accidents constatés dans une entreprise augmente.

- l'absence de formation et d'information adéquate des **médecins de soins et la pénurie de médecins du travail.**

Une commission spécialisée est chargée d'évaluer, tous les trois ans, le coût de cette sous-déclaration. En juin 2008, un rapport avait été remis au Parlement et au Gouvernement¹, qui estimait le montant en cause dans une **fourchette comprise entre 565 millions et 1 015 millions d'euros. A la suite de ce rapport**, la compensation versée par la branche AT-MP avait été revalorisée de 300 millions d'euros (+ 40 % entre les années 2008 et 2009).

Un nouveau rapport a été remis par la commission d'évaluation en juin 2011² : le montant est désormais évalué **entre 587 et 1 110 millions d'euros**. La hausse de la compensation versée par la branche AT-MP prend en compte cette nouvelle estimation.

Votre rapporteur pour avis accueille positivement la fixation à 790 millions d'euros du montant de la compensation, observant que cette dotation reste ainsi supérieure au montant minimal des sous-déclarations évalué par le rapport précité de juin 2011. Il s'interroge néanmoins sur les causes sous-jacentes qui mènent à la fixation de ce montant et observe que celui-ci permet de maintenir la branche AT-MP à un niveau à peine excédentaire et d'améliorer d'autant le solde de la branche maladie.

2. La contribution aux « fonds amiante » : un montant stable de 1,2 milliard d'euros en 2012 (article 54)

La branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général est le **principal contributeur des deux fonds** créés pour assurer l'**indemnisation des victimes de l'amiante** : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les contributions de la branche AT-MP à ces fonds constituent une part importante des charges supportées par la branche. Si leur **coût est monté progressivement en puissance, il tend désormais à se stabiliser** en raison notamment de la baisse du nombre total de demandes et de pathologies reconnues depuis 2005³.

La CNAM AT-MP aura ainsi contribué pour près de **10,5 milliards d'euros** au financement de ces deux fonds sur la période **2002-2012**.

¹ *Rapport de la commission d'évaluation du coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, présidée par Noël Diricq, juin 2008.*

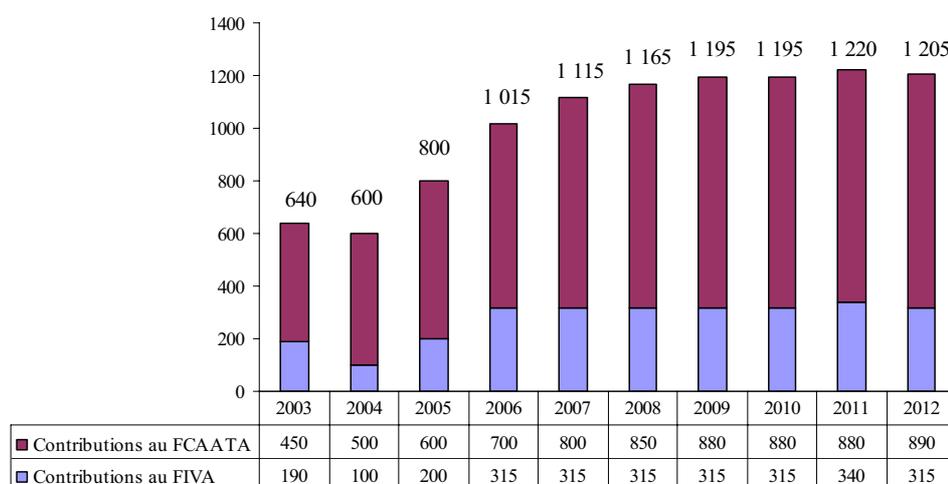
² *Rapport de la commission d'évaluation du coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, présidée par Noël Diricq, juin 2011.*

³ *Nombre de demandes de reconnaissances de maladie professionnelle due à l'amiante : 9168 (2005) / 8720 (2006) / 8252 (2007) / 7625 (2008) / 6943 (2009) / 6771 (2010) – Source : données CNAMTS (mise à jour août 2011).*

L’**article 54** du présent projet de loi prévoit une dotation totale versée par la CNAM AT-MP aux fonds liés à l’amiante en 2012 de **1,205 milliard d’euros**, soit une légère diminution (- 15 millions d’euros) par rapport aux dotations versées en 2011. La contribution versée au FIVA avait été exceptionnellement majorée en 2011 en raison de la réforme du délai de prescription des droits à indemnisation porté de quatre à dix ans.

Contribution de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l’amiante

(en millions d’euros)



Source : lois de financement correspondantes

a) La situation du Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (FCAATA)

L’article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé une **allocation de cessation anticipée d’activité**, c’est-à-dire une préretraite, destinée aux travailleurs de l’amiante âgés de plus de 50 ans, et a également institué le fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (FCAATA) destiné à financer cette allocation.

Le dispositif était initialement ouvert aux personnes atteintes d’une maladie professionnelle liée à l’amiante et aux personnes ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l’amiante.

L’article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a élargi le dispositif aux personnes ayant travaillé dans un établissement de flochage et de calorifugeage à l’amiante, de même qu’il a été étendu aux personnes qui avaient exercé un métier dans un établissement de construction ou de réparation navale ou avaient été « ouvriers dockers professionnels ».

Un arrêté du 3 décembre 2001 a étendu le dispositif aux personnes atteintes de plaques pleurales. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a également étendu le dispositif aux salariés agricoles reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante.

Le tableau de la page suivante retrace l'évolution de la situation budgétaire du FCAATA. Ce fonds, qui n'a pas de personnalité juridique, est financé – outre la contribution de la branche accidents du travail – maladies professionnelles **maintenue à 890 millions d'euros** par l'**article 54** du présent projet de loi – par une fraction du produit des droits tabacs et une contribution de la Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) pour couvrir la prise en charge de ses affiliés. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, la contribution versée par les entreprises dont certains salariés avaient été exposés à l'amiante a été supprimée.

Le FCAATA, dont la réserve cumulée était devenue fortement négative en 2009 à hauteur de 284 millions d'euros, dispose depuis 2010 **de produits supérieurs aux charges qu'il supporte.**

En 2011, le résultat net du fonds devrait être nettement positif (+ **41 millions d'euros**) et ainsi ramener le déficit cumulé du fonds à - **234 millions d'euros**. L'annexe 8 de la dernière loi de financement n'avait pas anticipé un tel résultat puisque la prévision de résultat du fonds s'établissait à + 14 millions d'euros.

Pour l'exercice 2012, le FCAATA devrait connaître une nouvelle amélioration de son solde avec un résultat net positif de 58 millions d'euros (le déficit cumulé du fond s'établirait alors à – 176 millions d'euros).

Votre rapporteur pour avis attire l'attention sur le nécessaire maintien à l'équilibre du solde annuel du FCAATA.

A ce titre, il souligne que le maintien à un niveau élevé de la contribution de la branche AT-MP prévue dans le présent projet de loi constitue un effort indispensable et complémentaire de la baisse constatée des dépenses du FCAATA depuis quelques années (- 0,2 % en 2009 ; - 2,9 % en 2010). Cette diminution des dépenses s'explique par la fin de la montée en charge du dispositif et la diminution tendancielle du nombre de bénéficiaires de l'allocation versée : 30 600 allocataires du FCAATA en 2010, 28 400 en 2011, 26 500 en 2012¹.

La baisse des dépenses devrait cependant ralentir dans les années à venir². En effet, le fonds verse depuis l'exercice 2011 à la Caisse nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) une dotation destinée à compenser les charges que celle-ci supporte au titre du maintien à 60 ans de l'âge de départ à la retraite des bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité au

¹ Annexe 1 « AT-MP » au PLFSS pour 2012

² La diminution des dépenses s'établirait à -1,9% en 2011, à -2% en 2012.

titre de leur exposition à l'amiante (ACAATA)¹. Ces sommes sont estimées respectivement à 6 millions d'euros et 23 millions d'euros pour 2011 et 2012². Elles pourraient représenter 200 millions d'euros par an à compter de 2016.

Évolution de la situation budgétaire du FCAATA

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	%	2010	%	2011 (p)	%	2012 (p)	%
CHARGES	872	918	929	926	- 0,2	900	- 2,9	882	- 1,9	865	- 2,0
Charges gérées par la CNAM AT-MP	754	795	806	804	- 0,3	780	- 3	768	- 1,5	755	- 1,7
ACAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS)	608	638	647	645	- 0,3	627	- 2,9	606	- 3,3	583	- 3,8
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	134	144	146	146	- 0,5	140	- 3,5	144	2,2	137	- 4,3
Charges de gestion des CRAM	12	13	13	13	- 0,9	13	- 2,3	12	- 3,4	12	- 3,8
Transfert à la CNAV compensation départs dérogatoire à la retraite								6		23	
Charges gérées par la CDC	118	123	122	123	0,2	120	- 2	114	- 4,8	110	- 3,8
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	117	122	121	120	- 0,8	120	0,3	114	- 4,8	110	- 3,8
IREC (AGIRC + ARRCO)	96	100	99	98	- 0,4	99	0,5	94	- 5,1	90	- 3,8
IRCANTEC	1	1	1	1	- 10,8	1	19	1	- 14,1	1	- 3,8
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)	20	21	21	21	- 2,6	20	- 1,5	20	- 2,9	19	- 3,8
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)	1	2	2	3	75,5	0,1	-96	0,1	- 15,4	0,1	0
Charges financières CDC	0	0	0	0		0		0		0	0

¹ Le projet de loi portant réforme des retraites proposait un mécanisme de prise en compte de la pénibilité permettant le départ à la retraite à 60 ans (pension au taux plein) pour les assurés justifiant d'une certaine incapacité permanente au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail. Le dispositif d'ACAATA a été assimilé à une mesure de prise en compte de la pénibilité, justifiant l'application d'un dispositif identique.

² Source : Étude d'impact annexée au présent projet de loi de financement.

	2006	2007	2008	2009	%	2010	%	2011 (p)	%	2012 (p)	%
PRODUITS	753	862	916	915	- 0,1	909	- 0,7	923	1,6	923	0
Contribution de la CNAM AT-MP	700	800	850	880	3,5	880	0	890	1,1	890	0
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0	0	0,3		0,3		0,3		0,3	
Contribution de l'Etat : droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	32	29	30	31	2,7	33	4,9	33	0	33	0
Produits financiers CDC	1	0	1	0	- 66,6	0	- 75,7	0	0	0	0
Contribution employeurs	21	33	35	3,4	-90,4	-4,4					
Résultat net	- 118	- 56	-12	- 11		8,7		41		58	
Résultat cumulé depuis 2000	- 204	- 260	- 272	- 284		- 275		- 234		- 176	

Source : Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011 et prévisions 2011 et 2012

b) La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de procéder à la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou par les personnes ayant été directement exposées à l'amiante.

Selon son rapport d'activité, le FIVA a reçu au total 17 181 demandes lors de l'année 2010. Au cours de ce même exercice, le fonds a réalisé 13 753 offres d'indemnisation pour les victimes de l'amiante ou leurs ayants droit.

Depuis sa création jusqu'au 31 décembre 2010, le montant total des indemnisations versées aux victimes par le FIVA atteint **2,78 milliards d'euros**.

La dotation du fonds pour 2012 s'élève à **315 millions d'euros, ce qui équivaut à la contribution versée par la branche AT-MP entre 2006 et 2010**. La dotation a été majorée exceptionnellement de 25 millions d'euros en 2011 pour tenir compte des nouvelles dépenses qui incombent au FIVA à compter de cette même année en raison :

- d'une part, de l'allongement de la durée de la **prescription** appliquée aux demandes d'indemnisation à **dix ans** au lieu de quatre ans ;

- d'autre part, de l'ouverture d'un délai supplémentaire de trois ans (jusqu'au 1^{er} janvier 2014) pour les personnes dont les dossiers ont été rejetés en 2009 et 2010.

Selon les données de la Commission des comptes de la sécurité sociale, les **charges du FIVA pour 2011** devraient augmenter d'environ 15 % et se situer autour de **535 millions d'euros**. Ce niveau de dépenses est néanmoins inférieur aux prévisions (600 millions d'euros)¹ :

- l'objectif de dépenses avait été sensiblement revu à la hausse pour l'exercice 2011 afin de tenir compte de l'amélioration planifiée de **l'efficacité du FIVA dans le traitement des dossiers d'indemnisation**² (un ensemble de mesures a été pris à la suite de l'audit réalisé par l'IGAS/IGF en 2008: *cf. infra*) ;

- cet objectif de dépenses n'a finalement pas été atteint en 2011 en raison notamment de difficultés de personnel qui affectent la chaîne de traitement des dossiers, d'une mise en application plus tardive qu'envisagée du nouveau système informatique et par conséquent d'un retard en matière de gains de productivité (*cf. étude d'impact annexée au présent projet de loi*).

Les conclusions de la mission d'audit IGAS/IGF

Un rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 2008 a mis en évidence de graves difficultés d'organisation du FIVA. A cette date, près de **24 000 demandes d'indemnisation étaient en instance d'instruction ce qui représentait environ vingt mois de traitement** alors que la loi impose au FIVA de faire une offre dans les six mois après que le dossier ait été jugé recevable. Seules 18 % des demandes étaient ainsi instruites dans ce délai et près de **150 000 euros d'intérêts de retard** avait été payés sur les cinq premiers mois de l'année 2008. Ce montant était en croissance rapide puisqu'il était quasi nul en 2006.

Selon les réponses au questionnaire budgétaire établi par la commission des Finances du Sénat, suivant les recommandations de la mission conjointe d'inspection, un « **dispositif d'urgence** » a été mis en place en 2009, prolongé en 2010 et 2011, pour traiter le stock très important de demandes simples. Une extension des locaux du fonds est également intervenue en juin 2010.

En 2011, les pistes de réorganisation du fonds formulées par la mission et tendant à **formaliser et à fiabiliser les procédures de traitement des dossiers ont été mises en place** :

- spécialisation des juristes en charge de l'indemnisation permettant une standardisation des procédures ;

¹ Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2011).

² Le FIVA estime à 6 500 le nombre de dossiers en stock fin 2010. Ce nombre devrait diminuer pour atteindre 4 300 fin 2011 et 3 000 fin 2012 (source : Annexe 1 « AT-MP » au présent projet de loi de financement).

- refonte du système informatique et mise en place d'un système intégré permettant de retracer tous les traitements réalisés pour chaque dossier d'indemnisation (juin 2011).

Un **contrat de performance** a été signé entre l'Etat et le fonds le 15 février 2010.

Source : *commission des Finances*

Les charges du FIVA pour 2012 devraient « revenir à la normale », en rupture avec le montant de dépenses en forte augmentation de l'année 2011, et s'établir à **450 millions d'euros**. Le **déficit du fonds pourrait ainsi diminuer en 2012 par rapport à 2011 pour atteindre 34 millions d'euros**, ce qui conduirait à réduire ses excédents cumulés à **130 millions d'euros**.

Les comptes du FIVA

(en millions d'euros)

	2009	2010	2009/ 2010	2011 (p)*	2010/ 2011	2012 (p)*	2011/ 2012
Charges	424	465	10 %	535	15 %	450	- 16%
<i>Indemnisations</i>	418	456	9 %	525	15 %	441	- 16%
<i>Autres charges</i>	6	9	50 %	10	11 %	9	- 10%
Produits	418	429	3 %	441	2,8 %	416	- 6%
<i>Contribution CNAM</i>	315	315	0 %	340	8 %	315	- 7%
<i>Contribution Etat</i>	48	48	0 %	50	4 %	50	0%
<i>Autres produits</i>	55	67	22 %	51	- 24 %	51	0%
Résultat net	- 6	- 36		- 94		-34	
Résultat cumulé depuis 2001	294	258	-12 %	164	-36 %	130	-21%

Source : *Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2011)*

3. La hausse du financement de la prise en compte de la pénibilité (article 55)

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites introduit un dispositif de prise en charge de la pénibilité. La branche AT-MP est associée au financement de cette mesure (*cf.* encadré ci-dessous) à hauteur de **110 millions d'euros pour l'année 2012** contre 35 millions d'euros en 2011. Cette augmentation importante correspond à la montée en puissance du dispositif sur l'année à venir.

Le financement de la prise en compte de la pénibilité, le dispositif proposé par la loi portant réforme des retraites

(Article L. 241-3 du code de la sécurité sociale)

Le départ anticipé à la retraite pour pénibilité n'est financé par la branche vieillesse, mais par la branche accidents du travail – maladies professionnelles. Le Gouvernement a justifié ce choix au motif que « *la pénibilité étant liée aux conditions de travail, le financement de ce dispositif sera assuré par une contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse qui couvrira à due concurrence les dépenses supplémentaires générées par les départs à la retraite à raison de la pénibilité* »¹.

Ainsi le financement de ce dispositif est assuré à deux niveaux :

- au niveau de la branche vieillesse : il est prévu que la branche AT-MP verse une contribution à la branche vieillesse afin de couvrir les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de départ en retraite anticipé pour pénibilité.

Selon les informations du ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, le dispositif envisagé ne prévoit pas de modalités particulières de calcul de cette contribution annuelle de la branche AT-MP. Il appartiendra à la CNAV de déterminer, à l'euro, près le **surcoût résultant de la possibilité de départ à la retraite à 60 ans à taux plein par rapport au montant de pension calculée à l'âge légal de départ à la retraite**. Le montant de cette contribution est, chaque année, en loi de financement de la sécurité sociale ;

- au niveau de la branche AT-MP : le montant de la contribution précitée « *est pris en compte* » dans les éléments de calcul des cotisations employeurs accidents du travail – maladies professionnelles. La détermination du taux de contribution doit être calculée annuellement en fonction du nombre total de personnes entrées dans le dispositif. Cette cotisation mutualisée peut néanmoins être modulée par secteur d'activité.

Le dispositif permet aux assurés, justifiant d'une incapacité permanente d'au moins 20 % au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, ainsi qu'aux assurés justifiant d'une incapacité permanente d'au moins 10 % dont le dossier est validé par une commission pluridisciplinaire territoriale, de bénéficier d'un départ à la retraite à 60 ans à taux plein.

¹ Etude d'impact annexée au projet de loi portant réforme des retraites.

Si le financement de la prise en compte de la pénibilité doit être assuré par une partie de la hausse de 0,1 point de cotisation AT-MP décidée en 2011, votre rapporteur pour avis souligne les incertitudes concernant son coût à plus long terme :

- le nombre de bénéficiaires de cette mesure est à ce stade très difficile à évaluer : deux mois après l'entrée en vigueur des dispositions sur la pénibilité (1er juillet 2011), moins d'un millier de dossiers de demandes d'attribution ont été déposés¹. La montée en charge du dispositif devrait être graduelle car son attractivité est intimement liée à la progressivité de l'augmentation de l'âge légal de départ en retraite ;

- les prévisions sont subordonnées également à l'interprétation retenue de la notion de pénibilité : les textes réglementaires actuels retiennent par exemple comme critère de pénibilité le fait que les assurés ont été exposés pendant au moins 17 ans à des risques professionnels². Or cette règle fait l'objet elle-même d'aménagements pour certains assurés victimes de maladies professionnelles³ ;

- enfin, le coût de la prise en compte de la pénibilité est fortement conditionné par les procédures d'instruction mises en place pour les dossiers déposés.

C. LES AUTRES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP

La section 3 du présent projet de loi de financement (« Dispositions relatives aux dépenses des accidents de travail et de maladies professionnelles») s'est enrichie de **deux articles** à l'occasion de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale : l'article 55 *bis* et l'article 55 *ter*.

1. L'harmonisation des conditions d'attribution, de calcul et de retrait des rentes servies aux conjoints survivants de personnes décédées à la suite d'accidents de travail ou de maladies professionnelles (article 55 *bis*)

Cet article additionnel a été introduit par un amendement du Gouvernement, adopté à l'unanimité lors de la première lecture du présent projet de loi à l'Assemblée nationale. Il a pour objectif une **application uniforme** de l'**indemnisation** attribuée aux **ayants droits** des **victimes décédées** d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

¹ Réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis : en septembre 2011, 948 demandes d'attributions ont été déposées, 277 retraites pour pénibilité ont été attribuées, 115 rejetées, 553 en cours d'instruction.

² Décret n° 2011-353 du 30 mars 2011 relatifs à la retraite anticipée pour pénibilité notamment.

³ Voir la circulaire du 18 avril 2001 relative à la mise en œuvre de la retraite à raison de la pénibilité.

a) Le dispositif actuel

Le dispositif actuel a été institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui élargit le bénéfice des rentes d'ayant droit de victimes de travail ou de maladies professionnelles, auparavant destinées aux seuls conjoints mariés, **aux concubins et partenaires d'un Pacte civil de solidarité (PACS)**.

**Nombre de rentes de conjoints survivants actives au début janvier 2011
et montants associés, par catégorie de conjoints**

(en euros)

Rentes de conjoints survivants	Nombre	% nombre	Montant représentatif annuel	% montant	Montant annuel moyen
dont conjoints légitimes	71 406	98,1 %	968 884 278	98,8 %	13 569
dont concubins	1 095	1,5 %	10 681 409	1,1 %	9 755
dont conjoints séparés	132	0,2 %	473 644	0,0 %	3 588
dont conjoints multiples	75	0,1 %	363 445	0,0 %	4 846
dont PACS	51	0,1 %	562 676	0,1 %	11 033
dont conjoints divorcés	35	0,0 %	86 176	0,0 %	2 462
Total	72 794	100 %	981 051 628	100 %	13 477

Source : CNAM – Direction des Risques professionnels

Il est source de **déséquilibres** puisque les conjoints survivants ne bénéficient pas du même régime de rente servie à la suite d'un décès, selon qu'ils ont été mariés, titulaires d'un PACS ou concubins. Deux exemples permettent d'illustrer la situation présente en droit :

- aujourd'hui, le conjoint survivant qui se remarie perd sa rente d'ayant droit alors que les concubins et partenaires survivants conservent leur rente en cas de mariage (déséquilibre en faveur des concubins et pacsés) ;

- lorsqu'un jugement en matière d'accident du travail reconnaît la faute inexcusable de l'employeur, seul le conjoint survivant marié a droit au complément ou à la majoration de rente et à la conversion de rente (déséquilibre en faveur des conjoints mariés).

Les rentes servies aux conjoints survivants

En cas de décès d'un salarié à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ses ayants droit bénéficient, sous certaines conditions, d'une prise en charge partielle des frais funéraires, d'un capital-décès et **de rentes**.

Rente au conjoint

Le conjoint, concubin ou partenaire pacsé du salarié décédé a droit à une rente viagère **égale à 40 % du salaire annuel** de la victime, si l'union était établie depuis au moins 2 ans à la date du décès. Cette condition n'est pas exigée lorsque le couple a eu un ou plusieurs enfants.

Un **complément de rente** égal à 20 % du salaire annuel de la victime est attribué au **conjoint survivant** :

- s'il est âgé d'au moins 55 ans ;
- ou s'il est atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % depuis au moins 3 mois.

Lorsque les conjoints étaient **séparés** de corps ou **divorcés**, le conjoint ou l'ex-conjoint survivant n'a droit à une rente viagère qu'à condition d'avoir obtenu une pension alimentaire. Dans ce cas, le montant de la rente est égal au montant de la pension alimentaire **dans la limite de 20 %** du salaire annuel de la victime.

Si le salarié décédé était **remarié**, son conjoint survivant a droit à une rente viagère au moins égale à 20 % du salaire annuel de la victime.

Remariage du conjoint survivant

Si le conjoint survivant se remarie, **il n'a plus droit à la rente**, sauf s'il a des enfants bénéficiaires d'une rente d'orphelin.

En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, le conjoint survivant qui en fait la demande peut percevoir à nouveau la rente si le rétablissement prend effet avant l'expiration d'une période de 3 ans.

S'il reçoit une rente, pension ou allocation du fait de son nouveau veuvage, ou une pension alimentaire du fait d'une séparation de corps ou d'un divorce, le montant de ce nouvel avantage est déduit du montant de la rente de conjoint survivant.

Rente d'orphelin

Les enfants du défunt ont droit à une rente **jusqu'à l'âge de 20 ans**.

Le montant de la rente dépend du nombre d'enfants :

- 25 % du salaire annuel de la victime, lorsqu'il y a 1 ou 2 enfants ;
- 20 % du salaire annuel de la victime, lorsqu'il y a plus de 2 enfants.

Lorsque les enfants sont orphelins de père et de mère au moment du décès, ou le deviennent plus tard, le montant de la rente est égal à 30 % du salaire annuel de la victime.

Lorsqu'il y a des enfants issus de plusieurs unions, les rentes sont calculées par fratrie.

Source : Code de la sécurité sociale : articles L. 434-7 à L. 434-14, articles R. 434-10 à R. 434-18.

b) Les aménagements proposés

L'article 55 *bis* vise à **harmoniser** les conditions d'attribution, de calcul et de retrait des rentes servies aux conjoints survivants, quelque soit la forme d'union qui les lie aux victimes décédées d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle :

- conditions d'attribution d'une rente viagère ou d'une rente de réversion et le droit à conversion de rente (modification de l'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale) ;

- conditions de versement et de calcul de la rente viagère et son éventuel retrait en cas de séparation (modification de l'article L. 434-8 du code précité) ;

- conditions d'attribution et de calcul de la rente en cas de nouvelle union (modification de l'article L. 434-9 du code précité) ;

- conditions d'attribution de la rente pour les ascendants des victimes décédées (modification de l'article L. 434-13 du code précité) ;

- conditions d'attribution et de calcul de la majoration de rente (modification de l'article L. 452-2 du code précité).

Votre rapporteur pour avis salue l'introduction de cet article qui permet d'aligner les conditions d'attribution des rentes d'ayant droit pour tous les types d'union.

Il soutient d'autant plus cette initiative qu'elle répare des situations inévitables et répond à une demande exprimée à de nombreuses reprises par le Parlement, notamment à l'occasion de l'examen des précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale.

2. La coordination entre les différents régimes de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (article 55 *ter*)

L'article 55 *ter*, également adopté à l'unanimité en première lecture à l'Assemblée nationale, vise à **assurer la coordination** des différents dispositifs d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

a) Le dispositif actuel

Le dispositif 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, prévoit que les salariés ayant travaillé au contact de l'amiante peuvent bénéficier d'un mécanisme spécifique de **préretraite**, qui consiste en l'**attribution d'une allocation** de cessation anticipée d'activité (ACAATA) servie aux intéressés, jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions pour percevoir une pension de retraite à taux plein¹ et sous réserve de l'arrêt de toute activité professionnelle.

Les bénéficiaires doivent être âgés **d'au moins 50 ans** et remplir l'une des deux **conditions** suivantes :

¹ L'âge légal de départ en retraite à taux plein a été maintenu à 60 ans pour les victimes de l'amiante, suite à l'adoption de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites (cf. supra).

- ils doivent **travailler ou avoir travaillé dans l'un des établissements** figurant sur les listes fixées par arrêtés interministériels pendant une période donnée, l'âge de départ en préretraite dépendant également de la durée d'exposition ;

- ils doivent avoir contracté une **maladie professionnelle liée à l'amiante**, à condition que celle-ci figure sur la **liste** établie par l'arrêté du 29 mars 1999, modifié par les arrêtés du 3 décembre 2001 et du 3 février 2005. Cette liste renvoie aux affections visées aux **tableaux n° 30 et 30 bis des maladies professionnelles** reconnues par le régime général de la sécurité sociale.

Par ailleurs, cette **possibilité d'indemnisation a été étendue** en 2005 à l'ensemble des salariés relevant du régime de sécurité sociale et reconnus atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante, en application de la procédure prévue par l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, **même si la maladie en cause n'est pas explicitement mentionnée dans les tableaux précités.**

Enfin, des **mesures similaires** au dispositif de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 **ont été intégrées dans plusieurs autres régimes de protection sociale :**

- le décret n° 2001-1269 du 21 décembre 2001 a prévu un dispositif de cessation anticipée d'activité pour **les ouvriers de l'État relevant du ministère de la défense**, dès lors qu'ils sont ou ont été employés dans des établissements de construction et de réparation navales dépendant de la Direction des constructions navales (DCN) ;

- la loi de finances rectificative pour 2003 a étendu ce régime de préretraite aux **fonctionnaires et aux agents** non titulaires employés par le ministère de la défense dans ces mêmes établissements ;

- le décret n° 2002-1272 du 18 octobre 2002 a instauré l'ACAATA au bénéfice des **marins** dépendant du régime d'assurance géré par l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM) ;

- la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 et le décret n° 2003-608 du 2 juillet 2003 ont étendu l'ACAATA aux **salariés agricoles**, l'allocation étant servie par les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), et financée par une contribution de ce régime au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Chiffres clef en matière de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Nombre d'allocataires du FCAATA (2010)	Dotations versées par le FCAATA en euros (2010)	Répartition par liste des allocations versées (2010)	Montant de l'ACAATA en euros (2010)
30 595 allocataires	626,7 millions d'euros	- Établissements (liste 1) = 51 % des allocations - Chantier naval / port (liste 2) = 34 % - Maladie professionnelle = 16 %	- Montant brut minimum fixé par décret (au 1/1/2010) = 1084 euros - Montant net moyen versé = 1 625 euros
<i>Source : Rapport d'activité du FCAATA 2010</i>			<i>Source : Ministère du Travail (novembre 2010)</i>

b) Les aménagements proposés

L'article 55 *ter* reprend l'une des nombreuses propositions formulées par nos collègues députés Guy Lefranc et Patrick Roy¹, et sénateurs Jean-Marie Vanlerenberghe et Gérard Dériot², ainsi que par notre collègue rapporteur Jean-Pierre Godefroy³.

Il s'agit **d'harmoniser les conditions de prise en charge de l'ACAATA au sein des différents régimes de sécurité sociale**, exposés ci-dessus.

A cette fin, l'article 55 *ter* du présent projet de loi modifie l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui fixe les périodes travaillées dont il faut tenir compte pour le calcul de l'âge permettant l'accès des travailleurs victimes de l'amiante à l'ACAATA.

Il instaure ainsi une **mesure de réciprocité** entre le régime général et l'ensemble des régimes spéciaux d'assurance maladie afin que chacun d'eux puisse opérer le **cumul** de toutes les périodes d'activité susceptibles d'ouvrir droit à l'ACAATA. Les salariés relevant de plusieurs régimes de sécurité sociale auront désormais les mêmes droits que ceux relevant d'un seul.

Votre rapporteur pour avis **salue cette mesure** qui améliore la prise en charge des travailleurs victimes de l'amiante et assure une meilleure prise en considération de leurs parcours professionnels.

Il se montrera particulièrement vigilant lors du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale afin que la **dotations versées par la branche AT-MP au FCAATA soit réévaluée** pour tenir compte de cette

¹ Cf. notamment les travaux de la Mission d'information sur la prise en charge des victimes de l'amiante : Rapport d'information n° 2090 (AN – XIII^{ème} législature), déposé le 18 novembre 2009, sur la prise en charge des victimes de l'amiante.

² Cf. notamment les travaux de la Mission commune d'information sur le bilan et les conséquences de la contamination par l'amiante : Rapport d'information du Sénat (n° 37, 2005-2006), déposé le 26 octobre 2005 : « Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir »

³ Cf. notamment le débat sur la question orale de Jean-Pierre Godefroy relative à la nécessaire réforme des dispositifs « amiante » lors de la séance du 2 novembre 2010 au Sénat.

nouvelle mesure. Si celle-ci n'affecte pas le nombre d'allocataires du FCAATA, elle aura pour effet un allongement de la durée de prise en charge des allocataires et, par suite, un impact financier qu'il conviendra d'évaluer.

V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2012

1. Des comptes certifiés pour la seconde année consécutive

La Cour des comptes a constaté des progrès en matière de **sécurisation des processus de liquidation des prestations et d'estimations comptables**. Elle salue les actions menées dans ces domaines tout en accompagnant sa certification de **réserves sur cinq points**.

**Réserves formulées par la Cour des comptes
lors de la certification des comptes de la branche « famille » de l'exercice 2010**

- Le contrôle interne procure une assurance partielle sur la maîtrise des risques ayant une incidence dans les comptes :

1°) Malgré les progrès accomplis par la branche en 2009 et en 2010, la persistance de nombreux défauts du contrôle interne implique qu'il ne peut apporter qu'une assurance partielle sur la maîtrise, par la branche, des risques inhérents à son activité.

2°) L'inadéquation du contrôle interne propre à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), la complexité intrinsèque du dispositif et les incertitudes persistantes dans la justification des charges enregistrées par la branche induisent une incertitude sur la réalité et l'exhaustivité du montant des cotisations dues.

- Des incertitudes affectent les écritures comptables :

3°) Des incertitudes persistent sur certaines estimations comptables, soit qu'elles s'appuient sur des états extracomptables peu fiables (provisions pour dépréciations de créances d'indus) soit que la méthode retenue par la branche pour le calcul des charges à payer diverge de celle retenue par l'activité de recouvrement pour le calcul de ses produits à recevoir (prise en charge de prélèvements sociaux dus par les allocataires du complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)).

4°) Le processus d'établissement des comptes combinés, bien qu'en nette amélioration, doit encore connaître des aménagements afin d'en améliorer la sécurité, les informations fournies par l'annexe restant par ailleurs incomplètes et d'une qualité perfectible.

5°) Du fait du refus de certification par les commissaires aux comptes de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) des comptes combinés du régime agricole, d'une part, et du défaut de cohérence des pratiques comptables entre le régime général et le régime employeur de la SNCF, d'autre part, la Cour ne dispose pas d'une assurance appropriée sur la fiabilité des données reprises dans les comptes combinés de la branche au titre des cotisations et prestations familiales gérées par ces deux régimes.

Source : Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale (Cour des comptes - juin 2011).

Votre rapporteur pour avis **se félicite de la certification des comptes de la « branche » famille** de l'exercice 2010, dans le prolongement de la certification obtenue pour l'exercice 2009¹. Il **estime toutefois que tous les efforts devront être engagés** afin d'obtenir une évaluation sincère des comptes de la branche.

2. Des dépenses en hausse de 2,8 % en 2012 (article 59)

Pour 2011, l'objectif rectifié des dépenses de la branche est de **55,5 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et de **55,1 milliards d'euros** pour le seul régime général (**article 4** du présent projet de loi de financement).

Pour l'année 2012, l'**article 59** du présent projet de loi fixe les objectifs de dépenses de la branche famille à **57,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, et à **56,6 milliards d'euros** pour le régime général.

L'objectif de dépenses connaîtrait donc entre 2011 et 2012 une **progression de 2,8 %** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et de **2,7 %** pour le seul régime général.

En 2012, la **base mensuelle des allocations familiales (BMAF)**², qui détermine chaque année les évolutions de montant des prestations familiales, devrait croître de **2,3 %, en augmentation par rapport aux années précédentes** (1,5 % en 2011 et 0 % en 2010).

Cette revalorisation aura pour effet mécanique d'**accélérer la croissance des prestations légales** et, par suite, les charges supportées par la branche « famille ».

Hors cet « effet prix », les prestations familiales augmenteraient de manière variable en 2012 :

- le volume des prestations pour la petite enfance ralentit de manière tendancielle (à l'exception notable des aides pour la garde d'enfants dont la croissance reste élevée³) : la réduction relative de la taille des familles et la stagnation du nombre de bénéficiaires de ces aides contribuent en effet à modérer la progression des dépenses ;

- les allocations en faveur de la famille sont, en revanche, orientées à la hausse en 2012 en raison principalement de l'augmentation des allocations

¹ Les comptes des exercices 2006, 2007 et 2008 n'avaient pas été certifiés par la Cour des comptes en raison de déficiences systémiques en matière de contrôle interne, et de méthodologie en matière de détermination des charges à payer.

² La BMAF est une somme fixée par voie réglementaire dont la variation repose sur l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac, établie dans le **rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances**, et des écarts entre les prévisions d'évolution de ces prix et les réalisations (rattrapage sur les années N-1 et N-2).

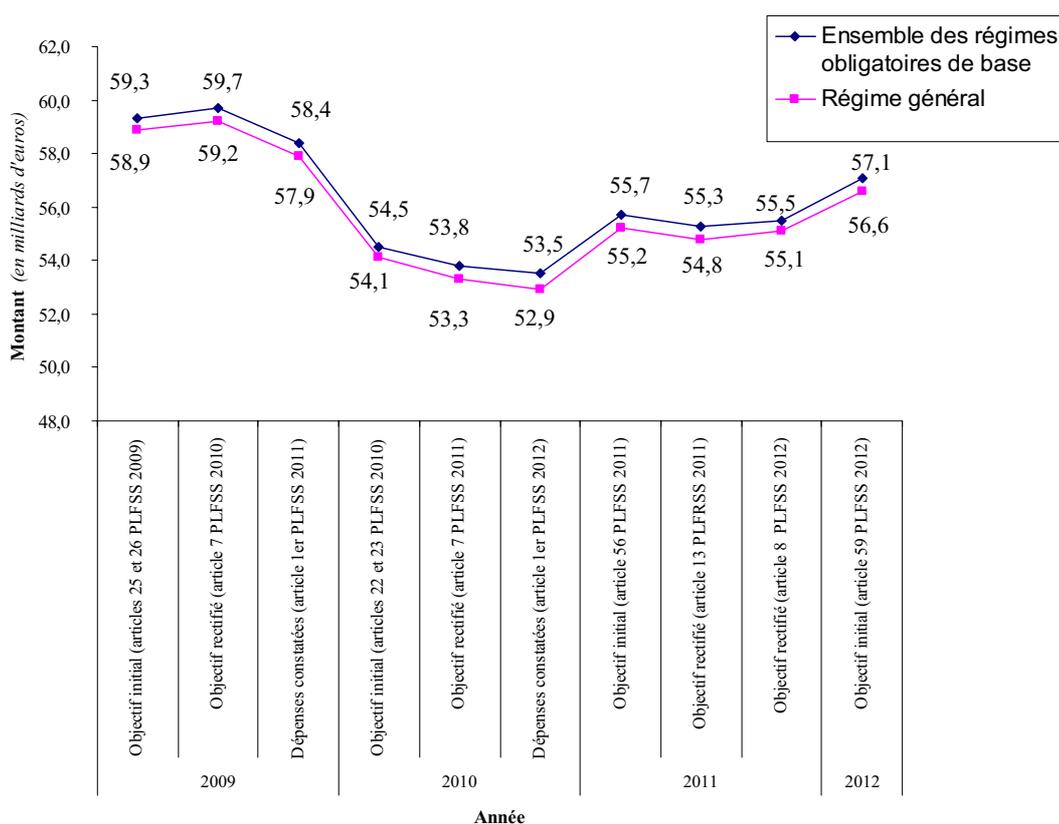
³ Le montant du complément de mode de garde (CMG) « assistante maternelle » augmenterait de 5,3% en 2012 (cf. infra).

familiales (AF), elle-même consécutive à la réforme de la majoration pour âge des enfants dès l'âge de 14 ans (et non plus 16 ans) qui a pris effet en juin 2011.

Les **prestations extra-légales** (prestations qui prennent le relais des prestations familiales légales pour maintenir le niveau social des familles les moins aisées) connaissent une **croissance dynamique** (+ 9,4 % en 2011 et + 7,5 % en 2012, contre + 5,7 % en 2010) résultant des engagements de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre la CNAF et l'Etat pour la période 2009-2012.

Les dépenses au titre des aides **en faveur du logement** financées par la CNAF (Allocation de logement familiale (ALF), contribution au Fonds national d'aide au logement) continueraient d'augmenter mécaniquement en raison de la revalorisation des loyers plafonds : + **2,95 % en 2011** et + **3,6 % en 2012 (taux prévisionnels)**.

Les dépenses de la branche famille



Source : commission des finances du Sénat

3. La hausse des recettes ne permet pas le retour à l'équilibre de la branche « famille » dont le déficit atteindrait 2,3 milliards d'euros en 2012 (en baisse de 12 % par rapport à 2011)

Les produits nets de la branche « famille » s'accroîtraient de 4,1 % en 2011 et de 3,6 % en 2012. Ces hausses ont principalement comme cause la **progression de la masse salariale**, qui devrait s'établir à **3,7 %** pour ces deux exercices.

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	Variation 2011/2012
Produits	56,6	50,8	52,9	54,8	+ 3,6 %
Cotisations effectives	31,9	32,7	33,9	35,4	+ 4,4 %
Cotisations fictives employeur	0,1	0,1	0,1	0,1	+ 0 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,7	0,7	0,6	0,5	- 16,6 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,3	0,3	0,3	0	-
Contributions publiques	6,5	0	0	0	+ 0 %
Impôts et taxes affectés	16,2	16,5	17,0	17,7	+ 4,1 %
<i>dont CSG</i>	<i>12,0</i>	<i>12,1</i>	<i>12,5</i>	<i>9,6</i>	<i>- 23,2 %</i>
Transferts entre organismes	0	0	0	0,3	+ 0 %
Produits financiers	0	0	0	0,1	+ 0 %
Autres produits	0,8	0,8	0,8	0,6	+ 0 %

Source : Annexe C des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, 2010, 2011 et 2012

La branche « famille » était structurellement excédentaire avant 2008. Un renversement de tendance est intervenu en 2008 (- **0,3 milliard d'euros**), qui s'est confirmé l'année suivante (- **1,8 milliard d'euros en 2009**), le déficit s'accroissant à nouveau de 850 millions d'euros en 2010.

Le facteur principal de ce revirement est **l'extrême sensibilité du solde de la branche « famille » à l'évolution de la masse salariale et donc à la situation économique du pays** (98 % des recettes de la branche sont composées de cotisations, CSG, impôts et taxes).

Entre 2008 et 2011, la dégradation des hypothèses macroéconomiques a affecté de manière importante le montant des recettes sur revenus d'activité alors que, sur cette même période, on constatait la **progression de certaines charges** affectées à la branche « famille » :

- les prestations légales ont augmenté à la suite de l'augmentation des naissances (832 000 naissances en 2010) ;

- les allocations logement à caractère familial ont progressé en raison de la détérioration de la situation de l'emploi.

Par ailleurs, des charges spécifiques à la branche sont apparues :

- les caisses d'allocations familiales gèrent le Revenu de solidarité active (RSA) pour le compte de l'État (partie « activité ») et des départements (partie « socle »). La prise en charge de cette prestation a nécessité une hausse des personnels qui a pesé sur les charges de gestion courante de la CNAF ;

- celle-ci a, par ailleurs, progressivement pris en charge l'intégralité du financement de la majoration des pensions en faveur des parents ayant élevé trois enfants, auparavant assuré par le FSV (Fonds de solidarité vieillesse).

Le **déficit** de la branche « famille » se stabiliserait ainsi à **2,6 milliards d'euros en 2011** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

En 2012, ce déficit **diminuerait de 300 millions d'euros** pour s'établir à **2,3 milliards d'euros après prise en compte des mesures du présent projet de loi** à destination des familles monoparentales (**articles 57 et 58**) et des parents handicapés (**article 58**).

La réduction partielle du déficit de la branche « famille » s'explique, d'une part, par **l'augmentation attendue de la masse salariale (+ 3,7 %) – dont votre rapporteur pour avis a souligné précédemment le caractère optimiste** - et, d'autre part, par l'adoption de **mesures nouvelles** en recettes.

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoyait notamment l'assujettissement du CLCA (complément du libre choix d'activité) et du COLCA (complément optionnel du libre choix d'activité), assimilés à des revenus de remplacement, au taux réduit de CSG, pour des recettes supplémentaires estimées de **140 millions d'euros (article 13)**. Cet article a été **supprimé** en première lecture à l'Assemblée nationale.

Solde de la branche « famille »

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Branche « Famille »	+ 0,2	- 0,3	- 1,8	- 2,7	- 2,6	- 2,3

Source : Annexe B du présent projet de loi de financement

Malgré les hypothèses de croissance trop confiantes du Gouvernement, l'annexe B au présent projet de loi laisse entrevoir un **déficit cumulé** s'élevant à **9 milliards d'euros** pour la **période 2012-2015** (soit un déficit de 2,5 milliards d'euros en 2013, de 2,3 milliards en 2014 et de 1,9 milliard en 2015).

Votre rapporteur pour avis souligne combien il est regrettable et inquiétant que les déficits prévisionnels pour les exercices à venir restent aussi élevés.

Il déplore par ailleurs les décisions adoptées à l'automne dernier qui font peser un risque de fragilisation des recettes de la branche « famille » :

La loi de finances pour 2011 a ainsi affecté des ressources fiscales au rendement décroissant et non pérenne (le panier fiscal « assurance ») à cette branche en contrepartie d'une ressource sociale stable (0,28 point de CSG) qui finance désormais la CADES :

	Rendement prévisionnel <i>(montant en millions d'euros)</i>	
	2011	2012
Taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)	1 050	1 092
« Exit tax » ¹	835	835
Prélèvements sociaux sur les contrats d'assurance-vie multi-supports	1 626	1 446

Source : réponse au questionnaire parlementaire

B. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

1. La modification des règles du complément de libre choix du mode de garde (CMG) en faveur des familles monoparentales et des parents handicapés (article 57)

a) Le dispositif actuel

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est une aide versée par la CNAF dans le cadre de la **Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)**, prévue à l'article L. 531-1 du code de la sécurité sociale depuis 2004.

Le CMG est destiné à **compenser le coût de la garde d'un enfant**. Il permet de prendre en charge :

- une **partie de la rémunération** nette du salarié à hauteur de 85 % dans la limite d'un plafond variable selon les revenus des parents ;

¹ Imposition des plus-values latentes lors du transfert par les contribuables de leur domicile fiscal hors de France.

- une **partie des cotisations** et contributions sociales de l'assistant maternel ou de la garde à domicile dues par le particulier employeur (100 % pour un assistant maternel et 50 % pour une garde à domicile).

Il est également versé en cas de recours à une micro crèche (structure d'accueil destinée à moins de dix enfants).

Le versement du CMG est conditionné à l'âge de l'enfant (moins de six ans), à l'existence pour les parents d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle (sauf exemptions détaillées à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale) et au montant de ces revenus.

Le dispositif du Complément du mode de garde

Plafonds de ressources (2011)	Montant mensuel de la prise en charge partielle de la rémunération (2011)
Ressources inférieures à : 20 079 euros pour 1 enfant ; 23 118 euros pour 2 enfants ; Par enfant supplémentaire : 3 647 euros	+ 448,25 euros si l'enfant à moins de 3 ans ; + 224,13 euros si l'enfant est âgé de 3 à 6 ans.
Ressources ne dépassant pas : 44 621 euros pour 1 enfant ; 51 374 euros pour 2 enfants ; Par enfant supplémentaire : 8 104 euros	+ 282,65 euros si l'enfant à moins de 3 ans + 141,35 euros si l'enfant est âgé de 3 à 6 ans
Ressources supérieures à : 44 621 euros pour 1 enfant ; 51 374 euros pour 2 enfants ; Par enfant supplémentaire : 8 104 euros	+ 169,57 euros si l'enfant à moins de 3 ans + 84,79 euros si l'enfant est âgé de 3 à 6 ans

Source : Etude d'impact annexée au présent projet de loi de financement

Les dépenses au titre du CMG devraient s'élever à **5,9 milliards d'euros en 2012** (cf. tableau suivant). Le fort dynamisme des dépenses en matière de CMG est principalement lié à l'augmentation du **nombre de ses bénéficiaires** :

Evolution du nombre d'allocataires du CMG

Nombre d'allocataires (milliers)	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PAJE libre choix de garde (CMG)	317	531	638	729	803	834

Source : Réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

Coût du CMG selon la prestation versée par la CNAF

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012	Évolution 2011/2012
<i>Complément de mode de garde - assistante maternelle</i>	4 563	4 911	5 218	5 493	+ 5,3 %
<i>Complément de mode de garde - employé à domicile</i>	287	300	313	329	+ 5,2 %
<i>Complément de mode de garde - structures</i>	55	90	105	125	+ 19,4 %
Total	4 905	5 301	5 636	5 947	

Source : DSS

b) Les aménagements proposés

L'article 57 du présent projet de loi propose, à compter du **1^{er} juin 2012**, la création de dispositifs spécifiques afin de permettre à deux publics particulièrement fragiles de bénéficier plus largement du montant le plus élevé du CMG :

- un premier volet vise à **augmenter de 40 % les plafonds de ressources donnant droit au CMG pour les seuls parents isolés** ayant de jeunes enfants (soit 3 400 familles concernées) ;

- un second volet prévoit de **majorer de 30 % le CMG pour les couples ou les parents isolés bénéficiaires de l'allocation adulte handicapée (AAH)** et ayant un enfant de moins de 6 ans (soit un gain de 155 euros en moyenne par mois pour environ 1 100 familles).

En outre, l'article 57 introduit une **mesure de simplification** qui permettrait, dès le 1^{er} janvier 2012, l'attribution du CMG en cas de naissance d'un enfant supplémentaire, en dispensant les parents d'en faire la demande auprès des CAF lorsqu'ils bénéficient déjà du CMG.

Votre rapporteur pour avis soutient les mesures de l'article 57.

Les dispositifs proposés sont destinés à des populations prioritaires pour lesquelles il est nécessaire de réduire les restes à charge. Il est utile de rappeler que les foyers monoparentaux en France représentent une famille sur six. Le second volet s'inscrit, quant à lui, dans un cadre plus large en faveur des populations handicapées.

Il observe en outre que ces mesures représentent un coût limité : 4 millions d'euros¹ en ce qui concerne le volet « foyers monoparentaux » et environ 2 millions d'euros² pour le volet « handicap » (pour environ 1 100 familles bénéficiaires). Ces montants sont limités notamment en regard du volume global des prestations en jeu (près de 6 milliards d'euros en 2012).

2. La réforme de l'allocation de soutien familial (ASF) en cas de non versement ou de versement partiel d'une pension alimentaire (article 58)

a) Le dispositif actuel

Aux termes de l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale, **l'allocation de soutien familial (ASF)** est versée :

- lorsque l'enfant est orphelin, non reconnu par l'un des parents, ou lorsque celui-ci est **hors d'état** de verser une pension alimentaire ;

- **lorsque l'un des parents se soustrait partiellement à l'obligation de payer** une pension alimentaire. Cette allocation porte alors le nom **d'allocation différentielle (AD)**.

Les dépenses au titre de l'ASF devraient s'élever à **1,28 milliard d'euros en 2012** (cf. tableau page suivante).

L'évolution des dépenses en matière d'ASF est principalement liée à l'augmentation du **nombre de ses bénéficiaires** (+ 7% entre 2005 et 2010) :

Evolution du nombre d'allocataires de l'ASF

(en milliers d'euros)

Nombre total d'allocataires	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ASF	695	699	726	719	750	745

Source : Réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

¹ Impact divisé par deux en 2012 en raison de l'entrée en application de la mesure en juin (demi année).

² Idem.

Evolution du coût de l'ASF

(en millions d'euros)

Évolution des montants versés	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ASF	1 071	1 099	1 181	1 173	1 257	1 253	1 252	1 282

Source : Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale

b) Les aménagements proposés

L'article 58 du présent projet de loi fait suite à l'engagement du Gouvernement à l'automne dernier de **modifier le régime d'attribution de l'allocation différentielle (AD)** et de corriger l'un de ses **dysfonctionnements**, déjà souligné dans un rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale¹ ainsi que dans un rapport du Haut Conseil de la Famille².

En effet, aujourd'hui :

- en cas de **défaillance totale** du débiteur, pour des raisons tenant à la simplicité de gestion, le montant de l'ASF est intégralement versé, que le montant de la pension alimentaire soit supérieur ou inférieur au montant maximum de l'ASF ;

- en revanche, en cas de **défaillance partielle** du débiteur, c'est-à-dire lorsque son versement n'atteint pas le montant de la pension alimentaire fixée, un complément d'ASF est versé dans la limite du montant plafond de l'ASF si la pension est supérieure à l'ASF, **mais dans la limite de la pension alimentaire si celle-ci est inférieure à l'ASF.**

La mesure proposée dans le présent projet de loi prévoit qu'à partir du **1^{er} juin prochain**, les CAF **pourront également verser l'ASF**, dans la limite du montant plafond de l'allocation (88,44 euros), **en cas de défaillance partielle** du débiteur pour une pension dont le montant est inférieur à ce plafond.

Votre rapporteur pour avis **est favorable à cette réforme de l'ASF** en faveur particulièrement des mères isolées.

Le surcoût de cette mesure est en outre limité. *L'allocation différentielle constitue en effet un dispositif assez marginal par rapport à l'ensemble de la prestation ASF (445 cas pour 745 000 familles bénéficiaires en 2010). Le surcoût de ce nouveau droit devrait représenter environ 120 000 euros la première année de mise en œuvre. En année pleine, le surcoût de cette mesure reste très difficile à estimer (il dépendra notamment*

¹ Cour des Comptes : Rapport « Sécurité sociale 2010 » (septembre 2010)

² Haut Conseil de la Famille : « Avis sur les ruptures et discontinuités de la vie familiale » (8 juillet 2010)

du montant moyen des pensions qui seront fixées par les juges aux affaires familiales).

Votre rapporteur souligne qu'il serait souhaitable d'engager une **réforme complémentaire de l'ASF**. Elle consisterait en l'harmonisation des pratiques des CAF pour recueillir les pièces justificatives nécessaires à l'établissement de la situation de parent « hors d'état » de verser une pension alimentaire. Cette réforme dont l'intérêt est souligné par la Cour des Comptes dans le rapport précité, présenterait en outre l'avantage d'être sans impact supplémentaire sur les comptes de la branche « famille ».

C. LES ARTICLES ADDITIONNELS RELATIFS À LA BRANCHE FAMILLE

L'Assemblée nationale a adopté en première lecture deux amendements du Gouvernement portant articles additionnels (article 58 *bis* et 58 *ter*).

1. Le report de la revalorisation des prestations familiales du 1^{er} janvier au 1^{er} avril de chaque année (article 58 *bis*)

a) Le dispositif actuel

Aux termes de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, les **prestations familiales comprennent** la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), les allocations familiales (AF), le complément familial (CF), l'allocation de logement (AL), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), l'allocation de soutien familial (ASF), l'allocation de rentrée scolaire (ARS), l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

Le **montant de ces prestations** est pour l'essentiel déterminé d'après la **base mensuelle de calcul des allocations familiales** (BMAF, *cf. supra*), **revalorisée** par décret au moins une fois par an (généralement le 1^{er} janvier de chaque année), conformément à **l'évolution des prix à la consommation hors tabac** prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année civile à venir.

Les **prestations familiales** hors prestations extra-légales et hors aides aux logements représenteraient plus de **30,6 milliards d'euros** de dépenses en 2011 :

Masses financières des prestations familiales (évolution hors effet prix lié à la BMAF)

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011 (p)	2012 (p)
Total hors prestations extralégales et hors aides au logement	30 084	30 209	30 656	31 594
<i>Prestations d'entretien en faveur de la famille</i>	16 916	16 740	16 821	17 321
Allocations familiales (AF)	12 535	12 367	12 427	12 833
Complément familial	1 629	1 632	1 647	1 675
Allocation de soutien familial (ASF)	1 257	1 253	1 252	1 282
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	1 495	1 489	1 495	1 531
<i>Prestations en faveur de la petite enfance</i>	12 152	12 431	12 757	13 156
Prestations d'entretien (alloc. Base + primes)	4 888	4 905	4 960	5 069
Complément de mode de garde - assistante maternelle	4 563	4 911	5 218	5 493
Complément de mode de garde - employé à domicile	287	300	313	329
Complément de mode de garde - structures	55	90	105	125
Allocation versée pendant le congé parental (CLCA...)	2 310	2 227	2 162	2 083
<i>Autres prestations (Allocation de présence parentale, AGED, AFEAMA)</i>	102	51	54	57
<i>Autres prestations (AEEH, frais de tutelle)</i>	1 016	1 038	1 077	1 116

Source : Direction de la Sécurité sociale

Les prestations familiales considérées dans le tableau ci-dessus représentent près de **72% des prestations sociales** financées par la Caisse nationale d'assurance familiale (CNAF).

Les **28% restants** des prestations versées par la branche famille sont composées des **aides au logement** (ALF (Allocation de logement familiale), dotation au Fonds national d'aide au logement (FNAL) pour l'aide personnalisée au logement (APL)) à hauteur de **8,3 milliards d'euros** en 2011 et des **prestations extralégales** pour **3,8 milliards d'euros**.

Montant des aides au logement 2009-2012

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011 (p)	2012 (p)
ALF (Allocation de logement familiale)	4 151	4 099	4 234	4 387
APL (Aide personnalisée au logement)	6 720	6 869	7 137	7 387
ALS (Allocation de logement sociale)	4 850	4 915	5 003	5 184
Total	15 669	15 935	16 375	16 957
dont financement CNAF	7 928	8 052	8 288	8 582

Source : Direction de la Sécurité sociale

b) Les aménagements proposés

L'article 58 bis tend à **aligner le mode de revalorisation des prestations familiales sur celui des retraites**.

La **revalorisation** des prestations familiales traditionnellement opérée au 1^{er} janvier **serait repoussée au 1^{er} avril**. Le taux d'inflation prévisionnel de l'année concernée serait fixé au cours des premiers mois de l'année par la **Commission économique de la Nation** plutôt que sur les prévisions fixées par le rapport économique, social et financier qui figure dans le projet de loi de finances élaboré à l'automne de l'année précédente.

Le report de la revalorisation des prestations familiales du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 2012, première année où prendrait effet cette disposition, représenterait une économie de **130 à 140 millions** d'euros pour la branche famille.

Votre rapporteur pour avis est **totalelement défavorable** à cette mesure qui apparaît arbitraire et injustifiée. Il estime que, sous couvert d'un simple alignement technique, celle-ci porte un grave préjudice aux **familles modestes** dans un contexte économique très difficile. Les prestations familiales représentent en effet des mesures de solidarité nationale qui bénéficient avant tout aux ménages populaires.

Il propose par conséquent la **suppression de cet article additionnel**.

2. L'extension aux départements d'outre-mer des dispositifs de prêts destinés à l'amélioration de l'habitat ou à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant pour les assistants maternels (article 58 ter)

Cet article fait suite à un amendement du Gouvernement, adopté à l'unanimité en première lecture à l'Assemblée nationale. Il **étend aux départements d'outre-mer les dispositifs des prêts** destinés à l'amélioration de l'habitat ou à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant **pour les assistants maternels** actuellement en vigueur en métropole.

a) Le dispositif actuel

L'article L. 542-9 du code de la sécurité dispose que les régimes de prestations familiales peuvent accorder :

- des **prêts destinés à l'amélioration de l'habitat** (PAH) à leurs allocataires (cf. tableau ci-après);

- des **prêts destinés à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant pour les assistants maternels**, que l'enfant soit au domicile de l'assistant maternel ou au sein d'une maison d'assistants maternels.

**Les prêts à l'amélioration de l'habitat (PAH)
et à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant**

Le PAH

Les conditions

Les travaux doivent concerner la résidence principale de l'allocataire. Celui-ci doit recevoir une prestation familiale pour bénéficier du prêt, sauf s'il s'agit de la seule allocation aux adultes handicapés (AAH), ou de l'aide personnalisée au logement (APL), ou de l'allocation de logement versée aux personnes sans enfant (dans ces trois cas, l'allocataire ne peut pas bénéficier du PAH).

Nature des travaux

Le prêt doit être destiné à financer des travaux de réparation, d'assainissement, d'amélioration (chauffage, sanitaire), d'agrandissement ou de division, ou d'isolation thermique.

Le montant

Le prêt **dépend du coût des travaux**, il peut atteindre **80 % des dépenses engagées** dans la limite de **1 067,14 euros**.

Son taux d'intérêt est de 1%. Il est remboursable sur 3 ans au maximum.

Le prêt est versé par moitié à la signature du contrat, sur présentation du devis, et à l'achèvement des travaux, sur présentation de la facture.

Le prêt à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant pour les assistants maternels

L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 avait étendu le dispositif du PAH **aux assistants maternels**.

L'article 104 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a clarifié une situation rendue complexe par la création des maisons d'assistants maternels. Depuis cette loi et le décret du 16 août 2011, on distingue les prêts à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant du PAH.

Le prêt peut être obtenu auprès des caisses d'allocations familiales (CAF), même si l'assistant maternel n'est pas allocataire.

Les travaux effectués doivent être **directement liés** à l'activité professionnelle de l'assistant maternel, c'est-à-dire concerner le lieu d'accueil des enfants : amélioration de la sécurité des enfants accueillis, transformation du logement pour obtenir un agrément, par exemple. En sont exclus les travaux d'entretien, d'embellissement ou s'imposant aux propriétaires.

Pour financer des travaux à son domicile ou au sein d'une maison d'assistant maternel, un assistant maternel agréé ou en cours d'agrément, qu'il soit propriétaire, locataire ou occupant, peut bénéficier d'un prêt plafonné à **10 000 euros**, dont le montant est limité à **80 % des dépenses engagées**.

Son taux d'intérêt est de 0 %. Il est remboursable sur **10 ans** au maximum.

La première mensualité doit être versée 6 mois après l'attribution du prêt.

b) Les aménagements proposés

L'article 58 *ter* propose d'étendre aux résidents des départements d'outre-mer le bénéfice des prêts à l'amélioration de l'habitat et à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette disposition qui contribuera, d'une façon certes modeste, à améliorer l'offre de garde sur le territoire français. Cette initiative doit être saluée bien qu'il juge que l'engagement général du Gouvernement en matière d'accueil du jeune enfant est aujourd'hui nettement insuffisant.

VI. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Depuis 2007, la lutte contre la fraude, qu'elle soit fiscale ou qu'elle concerne les cotisations et les prestations sociales, constitue l'une des priorités du Gouvernement. Un effort particulier a été porté en matière de détection de la fraude, les instruments à cette fin ayant été continuellement renforcés.

Il en a résulté une importante augmentation de la fraude détectée à partir de 2007, et ce pour l'ensemble des organismes de sécurité sociale. Le bilan pour l'année 2010, établi en mai 2011 par la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, relève ainsi que **le total de la fraude détectée par ces organismes a atteint 457,6 millions d'euros en 2010**, soit un résultat en augmentation de 19 % par rapport à 2009.

Fraudes détectées en montant

(en millions d'euros)

	2006	2007		2008		2009		2010	
Maladie	118	143	+ 21,0 %	160	+ 12,0 %	152,0	- 5 %	156,3	+ 3 %
Famille	35	58	+ 66,0 %	79,7	+ 38,0 %	85,0	+ 19 %	90,1	+ 6 %
Retraite	1,07	1,038	- 3,0 %	2,6	+ 160,0 %	3,3	+ 30 %	10,1	+ 206 %
Travail illégal	74	118	+ 59,0 %	108	- 8,4 %	130,0	+ 20 %	185,5	+ 42 %
Régime agricole (MSA)	n.d.	9,1	-	5,4	- 41,0 %	8,0	+ 116 %	9,3	+ 16 %
Régime des indépendants (RSI)	n.d.	n.d.	-	3,8	-	6,0	+ 100 %	6,3	+ 5 %
TOTAL	228,1	329,1	+44,3 %	359,5	+ 9,20 %	384,3	+ 7 %	457,6	+ 19 %

Source : Délégation nationale à la lutte contre la fraude, Lutte contre la fraude. Bilan 2010, mai 2011

Le Gouvernement a rappelé, lors de la remise du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2011, que **la lutte contre la fraude participait pleinement à la réduction des déficits sociaux**. Dans cette logique, il a encore souhaité consolider les outils à disposition des organismes de sécurité sociale pour dissuader les comportements frauduleux parmi les bénéficiaires de prestations et de cotisations sociales. Plusieurs mesures en ce sens sont donc notamment proposées aux **articles 65, 67 et 68** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Le rendement de ces dernières est estimé à **9,5 millions d'euros en 2012** par l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement.

Toutefois, votre rapporteur pour avis est attaché à ce que la lutte contre la fraude ne constitue pas un facteur de dénonciation des personnes bénéficiant de prestations sociales. Ainsi, il tient à rappeler qu'au cours de l'année 2010, **la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) a détecté**

13 114 cas de fraude pour 11,2 millions d'allocataires, ce qui ne représente un total que de **0,12 % de fraudeurs**.

Par ailleurs, le présent projet de loi de financement prévoit différents dispositifs visant à simplifier l'action de lutte contre la fraude des organismes de sécurité sociale.

A. LA DÉTECTION DE LA FRAUDE

1. Préciser la notion d'isolement en matière de lutte contre la fraude au revenu de solidarité active (article 63 bis)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du rapporteur, le présent article 63 *bis* visant à **préciser la notion d'isolement afin de faciliter les contrôles liés à la lutte contre la fraude au revenu de solidarité active (RSA)**.

La loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion a mis en place le RSA dans sa forme définitive. Celui-ci a intégré l'ancien revenu minimum d'insertion (RMI), mais également l'ancienne allocation de parent isolé (API).

Dans ce cadre, l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles prévoit que **la part forfaitaire du RSA est majorée pour les personnes isolées ayant des enfants**. Cet article dispose également qu'« *est considérée comme isolée une personne veuve, divorcée, séparée ou célibataire, qui ne vit pas en couple de manière notoire et permanente. Lorsque l'un des membres du couple réside à l'étranger, n'est pas considéré comme isolé celui qui réside en France.* »

Cette définition de l'isolement est considérée comme insuffisamment précise pour permettre une lutte efficace contre les fraudes. C'est la raison pour laquelle l'**article 63 bis** a prévu de définir la notion d'« **isolement économique** », permettant d'élargir le « faisceau d'indices » à disposition des caisses d'allocations familiales (CAF) pour lutter contre la fraude.

Ainsi ne pourrait être considérée comme isolée la personne qui « ***met en commun avec un conjoint, concubin ou partenaire de pacte civil de solidarité ses ressources et ses charges*** ». Dès lors, l'identification de flux financiers permettrait de détecter les fraudes à l'isolement.

Le rapport sur le bilan 2010 de la délégation nationale de lutte contre la fraude indique que **la fraude à l'isolement représente près de 30 % des comportements frauduleux identifiés pour la branche famille**, ce qui représente environ 30 millions d'euros en 2010.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions.

2. La transmission de données relatives aux prestations en espèce par le Répertoire national commun de protection sociale (article 63 *quater*)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du rapporteur, le présent article 63 *quater* visant à **permettre la transmission des montants des prestations en espèces servies par les organismes de sécurité sociale par le répertoire de la protection sociale.**

L'article 138 de la loi n° 2006-1641 du 22 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prévu la création d'un répertoire national commun aux organismes de sécurité sociale.

Les informations échangées dans ce cadre sont définies par des dispositions législatives et réglementaires.

Ce répertoire a effectivement été mis en place par le décret n° 2009-1577 du 16 décembre 2009 sous le nom de **Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS)**. L'article R. 114-25 du code de la sécurité sociale précise les finalités de ce répertoire :

- simplifier les démarches des bénéficiaires de droits et prestations par la mise en commun, entre les organismes, d'informations dont la fiabilité est garantie par les organismes qui les fournissent ;

- **améliorer l'appréciation des conditions d'ouverture, la gestion et le contrôle des droits et prestations des bénéficiaires de la protection sociale, par l'identification des bénéficiaires et ressortissants, par l'information des organismes habilités sur l'ensemble des rattachements, droits et prestations de leurs ressortissants et par l'aide apportée à ces organismes pour la détection de droits et prestations manquants ainsi que des anomalies et des fraudes ;**

- rationaliser et fiabiliser, par l'utilisation des données d'identification du système national de gestion des identifiants géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, les échanges de données entre les organismes de protection sociale, ainsi que les échanges entre ces organismes et les administrations fiscales ;

- produire des statistiques anonymes à des fins de contrôle de la qualité des procédures ou de dénombrements relatifs à l'ensemble des informations contenues dans le RNCPS.

L'article 63 *quater* prévoit d'élargir le champ des informations qui peuvent être échangées dans ce cadre, en y **intégrant les montants des prestations en espèces, soit des indemnités journalières, servies par les organismes de sécurité sociale.**

Il est pris acte de cette initiative par votre rapporteur pour avis.

3. La sanction pour utilisation d'une identité fictive ou usurpée (article 63 *quinquies*)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, le présent article 63 *quinquies* visant à **préciser la sanction applicable en cas d'utilisation d'une identité fictive ou usurpée**. L'amendement gouvernemental à l'origine de cet article a été substantiellement modifié par plusieurs sous-amendements de certains de nos collègues députés.

Le répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), tenu par l'INSEE, reprend les informations issues de l'état civil ainsi que le numéro d'inscription au répertoire (NIR). L'inscription à ce répertoire et, par conséquent, le NIR sont notamment utilisés par les organismes de sécurité sociale. Ainsi, l'assurance maladie recourt au NIR dans l'attribution des « cartes vitales ».

L'article 63 *quinquies* prévoit l'insertion d'un nouvel article L. 114-12-3 dans le code de la sécurité sociale qui dispose que **l'obtention frauduleuse d'un NIR entraîne la déchéance immédiate du droit à l'ensemble de prestations qui ont été versées ou prises en charge précédemment par les organismes de protection sociale**. L'organisme en charge de la gestion du Répertoire national commun de la protection sociale est informé de cette inscription frauduleuse afin d'en alerter les autres organismes de sécurité sociale.

Votre rapporteur pour avis prend acte de cette initiative.

4. L'extension du champ de la procédure de suspension de versement des prestations (article 63 *sexies*)

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales, le présent article 63 *sexies* visant à **étendre le champ de la procédure de suspension de versement des prestations**.

L'article L. 161-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation ou le contrôle de sa régularité, toutes pièces justificatives pour vérifier l'identité du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation ainsi que pour apprécier les conditions du droit à la prestation.

Sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur des pièces justificatives entraîne la suspension, selon le cas, soit du délai de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées.

L'article 63 *sexies* prévoit que la **présentation de faux documents ou l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de**

sécurité sociale entraîne également la suspension du versement de la prestation.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions.

5. Les échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les consulats (article 65)

L'**article 65** prévoit un alignement des prérogatives des organismes de sécurité sociale sur celles dont dispose aujourd'hui la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) en matière d'échange d'informations avec les consulats. Cette mesure vise à permettre à ces organismes de **détecter les attitudes frauduleuses qui peuvent survenir lorsque des prestations sociales sont servies hors de France**. Il peut s'agir, à titre d'exemple, de fraudes au décès ou encore de demandes de remboursement de dépenses de soins excessives.

Actuellement, seule la CFE dispose d'un droit élargi de communication à l'égard des consulats. L'article L. 766-1-2 du code de la sécurité sociale (CSS) dispose à ce titre que « *les autorités consulaires françaises communiquent à la Caisse des Français de l'Étranger toutes informations nécessaires à l'exercice de son contrôle* ». Ainsi, cette caisse autonome¹, qui offre une couverture de sécurité sociale volontaire aux salariés français établis hors de France, est en mesure de contrôler la réalité des prestations qu'elle verse.

Les organismes de sécurité sociale ne disposent pas de tels pouvoirs. Les échanges d'informations avec les consulats sont ponctuels et ne sont donc, de ce fait, pas normalisés. Ils s'inscrivent dans le cadre de l'article L. 114-19 du CSS qui permet aux agents des organismes de sécurité sociale de demander communication, sous peine d'amende, des informations nécessaires au contrôle de la sincérité et de l'exactitude des déclarations ou des pièces fournies en vue de l'attribution et du paiement d'une prestation sociale.

Afin de remédier à cette situation, l'**article L. 114-11 du CSS** est modifié afin que les organismes de sécurité sociale puissent obtenir des autorités consulaires toutes les informations utiles à l'**appréciation et au contrôle des conditions d'ouverture ou de service des prestations sociales versées** mais aussi au **recouvrement de leurs créances**.

Cet élargissement des outils de détection de la fraude mis à disposition de ces organismes doit leur permettre de réaliser une **moindre dépense estimée à 0,5 million d'euros en 2012**. Du fait d'une mise en œuvre progressive du dispositif, ces économies devraient s'élever à 1 million d'euros en 2013, 2 millions d'euros en 2014 et 3 millions d'euros en 2015.

1 La CFE compte près de 100 000 adhérents et offre à 200 000 personnes une couverture maladie-maternité-invalidité, accidents du travail et maladie professionnelle, et vieillesse. La caisse a versé plus de 119 millions d'euros de prestations en 2009.

Il est également prévu que **les autorités consulaires puissent demander communication, aux organismes de sécurité sociale, des informations utiles à la vérification des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français.** Cette disposition doit permettre aux ministères chargés des affaires étrangères, du travail et de la santé de mener une expérimentation en vue d'améliorer le contenu des vérifications sur la couverture maladie des demandeurs de visas de court séjour.

Enfin, à l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant que ces échanges d'informations concernaient en outre les différents services et établissements relevant du ministère des affaires étrangères ainsi que l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger. Cette dernière verse en effet des aides et des bourses aux familles d'élèves français et étrangers scolarisés dans les établissements français à l'étranger.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions. Mais il s'interroge néanmoins sur la finalité poursuivie lorsqu'il est proposé de permettre aux autorités consulaires de demander communication aux organismes de sécurité sociale des informations utiles à la vérification des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français.

6. La communication gratuite dans un délai de trente jours des informations et documents aux organismes de sécurité sociale dans le cadre de la lutte contre la fraude (article 65 bis)

À l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 65 *bis* visant à **ce que les documents et informations demandées par les organismes de sécurité sociale dans le cadre de la lutte contre la fraude soient communiquées à titre gratuit dans un délai de trente jours.**

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale permet aux organismes de sécurité sociale de demander communication, sans que le secret professionnel soit opposable, des documents et informations nécessaires pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution des prestations servies par ces organismes. Le refus de déférer à une demande est puni d'une amende de 7 500 euros. Toutefois, aucun délai n'est prévu pour encadrer cette obligation de réponse.

L'article 65 *bis* prévoit par conséquent que les documents et informations sont communiqués dans un **délai de trente jours**. Il est également prévu que **cette communication est faite à titre gratuit.**

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette initiative.

7. La clarification de la procédure de radiation des non salariés sans activité (article 66)

a) Un nombre important de non salariés sans activité restent inscrits dans les fichiers des organismes de recouvrement des cotisations sociales...

De nombreux **comptes inactifs** ont été recensés par le Régime social des indépendants (RSI) et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Ces comptes concernent des personnes qui ont cessé leur activité et qui, par conséquent, **n'ont ni déclaré ni payé aucune cotisation depuis plusieurs années**. Malgré cela, ces dernières n'ont pas entrepris les démarches nécessaires à leur radiation du régime social des indépendants.

b) ... entravant les actions de lutte contre la fraude

La présence, dans une telle proportion, de comptes inactifs au sein du RSI **complexifie la lutte contre la fraude de même que le fonctionnement de ce régime**. En effet, ces comptes font **l'objet d'une attention accrue des services en charge de détecter les fraudes dès lors qu'ils ne remplissent plus leurs obligations sociales, et ce alors même que cette inactivité n'est en rien liée à un travail dissimulé**. Par ailleurs, les détenteurs de ces comptes continuent inutilement de faire l'objet de démarches administratives du RSI.

c) Une procédure simplifiée pour radier les non salariés sans activité

L'**article 66** prévoit par conséquent de préciser le cadre dans lequel les organismes de recouvrement des cotisations sociales pourront procéder à la radiation des entrepreneurs individuels sans activité effective. Un nouvel article L. 133-6-7-1, introduit dans le code de la sécurité sociale (CSS), dispose à cet effet qu'**« à défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de revenu au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition de l'intéressé »**.

Ainsi, la radiation d'un travailleur indépendant sans activité peut être décidée au-delà de deux années consécutives d'inactivité.

L'article L. 8221-3 du code du travail est également modifié afin de préciser que **les personnes ayant continué leur activité après avoir été radiées du RSI puissent être poursuivies pour travail dissimulé**.

À l'initiative de notre collègue député Jean-Pierre Door, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à prévoir que l'ordre professionnel auquel appartient, le cas échéant, le travailleur radié du RSI est également informé de la radiation.

Votre rapporteur pour avis prend acte de ces dispositions.

8. La transmission par TRACFIN d'informations aux organismes de protection sociale (article 68)

L'article 68 propose d'autoriser TRACFIN, la cellule française de lutte anti-blanchiment, à communiquer des renseignements aux organismes de protection sociale. Cet organisme dispose de pouvoirs étendus de communication et d'investigation, lui permettant d'avoir connaissance de situations de fraude caractérisée qui dépassent le simple cadre pénal.

À cet égard, l'article L. 561-29 du code monétaire et financier (CMF) dispose d'ores et déjà que TRACFIN peut transmettre aux services de police judiciaire mais également aux administrations fiscales, des informations susceptibles de relever de l'infraction définie à l'article 1741 du code général des impôts, qui sanctionne la fraude à l'impôt. Toutefois, ces informations doivent être en lien avec une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou à une fraude fiscale.

L'article L. 561-29 précité est donc modifié afin que **les organismes de protection sociale mentionnés à l'article L. 114-12 du CSS puissent se voir transmettre des informations par TRACFIN.**

Le Gouvernement considère que l'impact financier de cette mesure est difficile à évaluer. Toutefois, il estime qu'elle pourrait rapporter **5 millions d'euros en 2012**, puis 10 millions d'euros les années suivantes.

Il est pris acte de ces dispositions par votre rapporteur pour avis.

B. LA LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DISSIMULÉ

1. La responsabilité solidaire des dirigeants et des personnes morales en cas de sanction pour travail dissimulé ou inobservations graves et répétées des obligations sociales (article 66 bis)

À l'initiative de notre collègue député Yves Bur, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 66 bis qui tend à **établir une responsabilité solidaire des dirigeants et des personnes morales en cas de travail dissimulé.**

Selon l'article L. 8221-5 du code du travail, la **dissimulation d'emploi salarié** correspond au fait de se soustraire intentionnellement soit à l'accomplissement de la déclaration d'embauche auprès des organismes de sécurité sociale, soit à l'accomplissement de la délivrance d'un bulletin de paie, soit aux déclarations relatives aux salaires ou aux cotisations sociales.

L'auteur du délit, qu'il soit personne physique ou morale, encourt des sanctions pénales, mais également des sanctions administratives, dont le rappel des impôts et taxes dus, avec application de majorations et pénalités.

Toutefois, en cas de sanction pour travail dissimulé, les pénalités ne peuvent fréquemment pas être recouvrées du fait d'une disparition juridique de la personne morale à la suite, par exemple, d'une mise en liquidation. C'est pourquoi l'**article 66 bis** prévoit que **le dirigeant d'une société peut être déclaré solidairement responsable du paiement des cotisations, contributions et sanctions pécuniaires dues par la personne morale qu'il dirige par le président du tribunal de grande instance**. Ce dispositif s'applique également en cas d'inobservations graves et répétées des obligations sociales. Sont concernées les personnes exerçant en droit ou en fait, directement ou indirectement, la direction effective de la société.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette initiative visant à ce que les sanctions prononcées pour travail dissimulé puissent être effectivement recouvrées.

2. La sanction du recours à de faux travailleurs indépendants (article 67)

a) Puisque la présomption de non-salariat interdit le recouvrement des cotisations et contributions sociales en cas de recours à de faux indépendants...

Le contrat de travail constitue une convention en application de laquelle le salarié s'engage à fournir une prestation personnelle de travail en **acceptant se placer sous la subordination de son employeur** qui s'engage à lui payer en contrepartie une rémunération. Conformément à l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale (CSS), l'existence de cette **relation de travail** implique **l'affiliation du salarié aux assurances sociales du régime général**, et donc l'obligation pour l'employeur de s'acquitter des cotisations et contributions patronales. Afin d'éviter le contournement des législations du travail et de la sécurité sociale par certains employeurs, consistant à recourir à des travailleurs prétendument indépendants, la jurisprudence de **la Cour de cassation a progressivement élargi le critère du lien juridique de subordination**, entraînant la requalification en contrat de travail de nombreuses relations contractuelles liant un donneur d'ordre et un « travailleur indépendant ». En réaction à cette évolution, la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle a créé une **présomption de non-salariat** afin d'offrir plus de sécurité juridique à ces donneurs d'ordres. Ainsi, **cette présomption était étendue à tous les indépendants** : personnes physiques immatriculées au registre du commerce, au répertoire des métiers, au registre des agents commerciaux ou auprès des Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF). Elle a cependant été supprimée par la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail

Dans sa version antérieure à 2003, l'article L. 120-3 du code du travail, aujourd'hui abrogé¹, disposait que les personnes ayant eu recours à de faux travailleurs indépendants étaient tenues « *au paiement des cotisations et contributions dues aux organismes chargés d'un régime de protection sociale ainsi qu'aux caisses de congés payés* ». Ainsi, lorsque l'existence d'une relation de travail était établie entre un donneur d'ordres et une personne physique supposée indépendante car inscrite au registre du commerce, au répertoire des métiers ou au registre des agents commerciaux, **les organismes de sécurité sociale étaient en mesure de recouvrer les contributions et les cotisations qui auraient dues être versées.**

Toutefois, **l'article 23 de la loi n° 2003-721 du 1^{er} août 2003 pour l'initiative économique a rétabli la présomption de non salariat.** Ainsi, toute personne régulièrement immatriculée ou inscrite auprès des différents registres obligatoires est présumée être un travailleur indépendant. En même temps qu'elle rétablissait la présomption de non salariat, **la loi précitée supprimait l'obligation pour les employeurs de fait de reverser aux organismes de sécurité sociale les contributions et cotisations dues au titre de la relation de travail.**

Il n'était donc plus possible de recouvrer ces contributions et cotisations lorsque le recours à un faux travailleur indépendant était requalifié par un juge de relation de travail, ni même lorsqu'une condamnation pénale pour travail dissimulé était prononcée.

Par ailleurs, l'article 11 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie a étendu aux **auto-entrepreneurs** la présomption de non salariat, **étendant par la même occasion les possibilités de fraudes aux cotisations et contributions sociales.**

b) ...il est proposé d'en imposer le paiement aux personnes condamnées pour travail dissimulé

L'**article 67** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 propose de modifier l'article L. 8221-6 du code du travail afin que « *la personne qui a fait l'objet d'une condamnation pénale pour travail dissimulé* » soit « *tenue au paiement des cotisations et contributions sociales qu'elle aurait dû acquitter comme employeur pour la période pendant laquelle la dissimulation d'emploi salarié a été établie.* »

Selon l'article L. 8221-5 de ce même code, la **dissimulation d'emploi salarié** correspond soit au fait de se soustraire intentionnellement à l'accomplissement de la déclaration d'embauche auprès des organismes de sécurité sociale, soit à l'accomplissement de la délivrance d'un bulletin de paie, soit aux déclarations relatives aux salaires ou aux cotisations sociales.

¹ Les dispositions de l'article L. 120-3 sont désormais reprises à l'article L. 8221-6 du nouveau code du travail, après sa refonte en 2008.

De ce fait, **la présomption de non salariat est maintenue** et reste codifiée l'article L. 8221-6 précité. Cependant, il n'est plus fait obstacle à ce que la dissimulation de travail donne lieu au paiement des cotisations et contributions sociales dues par l'employeur de fait.

Les contributions et cotisations redressées dans le cadre de ce dispositif représenteraient un total de **4 millions d'euros** de recettes nouvelles pour les organismes de sécurité sociale à partir de 2012.

Votre rapporteur spécial est favorable à ces dispositions.

3. La suppression du plafonnement de l'annulation des exonérations et réductions de cotisations patronales en cas de travail dissimulé (article 67 bis)

À l'initiative de notre collègue député Yves Bur, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 67 bis tendant à **prévoir la suppression du plafonnement de l'annulation des exonérations et réductions de cotisations patronales en cas de travail dissimulé.**

L'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale prévoit, dans certaines conditions, l'annulation des exonérations ou réductions de cotisations patronales en cas de travail dissimulé. Le montant de l'annulation ne peut être supérieur à un plafond fixé par décret.

L'article 67 bis prévoit la suppression de la disposition précisant qu'un plafond est fixé par décret **afin que le montant de l'annulation des exonérations ou réductions de cotisations patronales en cas de travail dissimulé ne soit pas limité.**

Votre rapporteur pour avis prend acte de cette initiative.

4. La détermination par décret des modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources pour l'ensemble des prestations servies par les organismes de sécurité sociale (article 67 ter)

À l'initiative de notre collègue député Yves Bur, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article 67 ter visant à **la détermination par décret des modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources pour l'ensemble des prestations servies par les organismes de sécurité sociale.**

L'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale prévoit que, pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale, les rémunérations qui sont versées à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé sont, à

défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale.

Toutefois, l'auteur de l'amendement à l'origine de cet article indique que les modalités de prise en compte de la rémunération ne sont prévues, à ce jour, que pour l'assurance vieillesse. Celles-ci sont fixées par un décret en Conseil d'État. Pour les autres branches, ces modalités ne sont pas précisées, limitant la portée opérationnelle du recours à la rémunération forfaitaire.

Pour cette raison, l'**article 67 ter** prévoit que les modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources sont définies par décret en Conseil d'État pour toutes les prestations servies par les organismes de sécurité sociale, et non plus seulement pour celles relevant de l'assurance vieillesse.

Il est pris acte de cette initiative par votre rapporteur pour avis.

C. LE RECOUVREMENT DES CRÉANCES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

1. La simplification des règles relatives aux pénalités et aux sanctions financières prononcées par les organismes de sécurité sociale (article 63)

Des divergences existent, selon la branche considérée, entre les textes applicables aux pénalités et aux sanctions financières prononcées par les organismes de sécurité sociale. Cette situation induit des **complications de gestion** pour les caisses qui gèrent plusieurs risques, à l'instar des caisses de mutualité sociale agricole (MSA) et des caisses du régime social des indépendants (RSI), nuisant notamment au recouvrement des sanctions financières.

a) L'unification des contentieux relatifs aux pénalités, à leur recouvrement et au recouvrement d'indus

(1) Un contentieux éclaté,...

Les personnes ou organismes qui méconnaissent les dispositions du code de la sécurité sociale peuvent se voir appliquer une pénalité financière. Le contentieux relatif aux pénalités financières, soit la contestation de la pénalité dans son principe mais également de son montant, relève du **tribunal administratif**. Néanmoins, le contentieux du recouvrement de ces pénalités dépend, quant à lui, du **tribunal des affaires de sécurité sociale**.

Par ailleurs, l'inobservation d'une règle du code de la sécurité sociale autorise l'organisme de sécurité sociale concerné à agir en **recouvrement de la somme indûment payée**. Le contentieux du **recouvrement d'indus** est également compris dans le champ de compétence du tribunal des affaires de la sécurité sociale.

- (2) ...source de complexité tant pour les justiciables que pour les organismes de sécurité sociale

Cet éclatement du contentieux est source de complexité. Les justiciables souhaitant contester une même inobservation du code de la sécurité sociale donnant lieu à un recouvrement d'indus et au prononcé d'une pénalité financière **doivent engager des actions contentieuses devant deux juridictions différentes.** Ce système, outre qu'il entraîne des risques d'erreurs de saisine des juridictions et un allongement des délais de jugement, est **générateur de frais de contentieux tant pour les justiciables que pour les organismes de sécurité sociale.**

- (3) Le transfert du contentieux des pénalités aux tribunaux des affaires de sécurité sociale

L'**article 63** du projet de loi de financement prévoit par conséquent que les pénalités peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale et non plus devant le tribunal administratif. **Les contentieux des pénalités, de leur recouvrement et du recouvrement d'indus sont donc unifiés.**

Certes, le prononcé de pénalités pour méconnaissance de dispositions du code de la sécurité sociale correspond à « *l'exercice des prérogatives de puissance publique* » et relève, selon la jurisprudence constitutionnelle, de la compétence de la juridiction administrative. Toutefois, dans sa décision n° 86-224 DC du 23 janvier 1986¹, le Conseil constitutionnel a précisé que « *lorsque l'application d'une législation ou d'une réglementation spécifique pourrait engendrer des contestations contentieuses diverses qui se répartiraient, selon les règles habituelles de compétence, entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire, il est loisible au législateur, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, d'unifier les règles de compétence juridictionnelle au sein de l'ordre juridictionnel principalement intéressé* ». Ce principe jurisprudentiel a été confirmé par la décision n° 2010-71 QPC, qui a confirmé la constitutionnalité de l'unification du contentieux des mesures d'hospitalisation sans consentement.

Par conséquent, **rien ne semble faire obstacle au transfert du contentieux des pénalités conséquentes à une inobservation du code de la sécurité sociale aux tribunaux des affaires de sécurité sociale.**

Cette unification du contentieux permettrait une économie pour les organismes de sécurité sociale de **2 millions d'euros en 2012** et de **4 millions d'euros en 2013.**

¹ Décision n° 86-224DC du 23 janvier 1986, loi transférant à la juridiction financière le contentieux des décisions du Conseil de la concurrence

b) Le recouvrement des pénalités et des sanctions financières

- (1) Simplification de la prescription de l'action en recouvrement de la pénalité par les organismes de sécurité sociale

Les textes actuellement applicables prévoient qu'en l'absence de paiement de la pénalité dans le délai imparti, le directeur de l'organisme de sécurité sociale adresse une mise en demeure de payer qui ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les deux ans précédant son envoi. Cette disposition, qui fait reposer la prescription sur l'envoi de la mise en demeure, peut prêter à confusion.

Par conséquent, les articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale (CSS) sont modifiés afin de prévoir une prescription de l'action en recouvrement de la pénalité de deux ans **à compter de la date d'envoi de la notification de payer par le directeur de l'organisme de sécurité sociale.**

En outre, il est précisé que **les faits pouvant donner lieu à l'application d'une pénalité sont prescrits selon les modalités de l'article 2224 du code civil**, soit dans un délai de cinq ans.

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à **harmoniser les délais de prescription du recouvrement en cas de fraude.** Ainsi, en cas de fraude sur les prestations maladie, vieillesse, invalidité et famille, il est prévu que le délai de prescription soit fixé à cinq ans.

- (2) La possibilité pour les organismes de sécurité sociale de recouvrer les pénalités ou sanctions financières sur les prestations ou versements ultérieurs

L'article 63 prévoit également que **les pénalités peuvent être recouvrées par retenues sur les prestations ou versements à venir servis par l'organisme de sécurité sociale concerné.** Il est ainsi fait application de la compensation prévue par les dispositions du code civil. L'article 1289 de ce code dispose ainsi que « *lorsque deux personnes se trouvent débitrices l'une envers l'autre, il s'opère entre elles une compensation qui éteint les deux dettes* ».

Cette mesure doit permettre de **faire progresser le taux de recouvrement des pénalités, des sanctions financières et des indus.**

L'étude d'impact annexée au projet de loi de financement évalue, de la manière suivante, l'impact financier du recouvrement par retenues pour la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) :

(en millions d'euros)

	2012	2013	2014	2015
CNAF	1	2	2	2
CNAM	1	2	2	2

c) L'harmonisation des dispositions relatives aux pénalités

Enfin, l'**article 63** procède à l'**harmonisation** de diverses dispositions applicables aux différentes branches de la sécurité sociale :

- le délai dans lequel la récidive donne lieu à doublement de la pénalité est fixé par voie réglementaire pour l'ensemble de ces branches ;

- la majoration applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées dans les délais est fixée à 10 % pour l'ensemble des branches.

Plusieurs amendements rédactionnels et de précision ont été adoptés par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement et de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général pour la commission des affaires sociales.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces dispositions.

2. L'exclusion des créances frauduleuses sur la sécurité sociale du champ de la procédure de surendettement des particuliers (article 63 ter)

À l'initiative d'Yves Bur et de plusieurs de nos collègues députés, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement et de la commission des affaires sociales, le présent article 63 *ter* visant à **exclure les créances frauduleuses sur la sécurité sociale du champ de la procédure de surendettement des particuliers**.

Le surendettement des personnes physiques correspond à la situation caractérisée par l'impossibilité manifeste du débiteur de bonne foi de faire face à l'ensemble de ses dettes non professionnelles exigibles ou à échoir, conformément aux termes de l'article L. 330-1 du code de la consommation.

Lorsqu'une commission départementale de surendettement des particuliers reconnaît la situation de surendettement d'un particulier, sa décision peut prévoir des mesures de rééchelonnement ou de report de remboursement de ses dettes et emporte, suspension et interdiction des procédures d'exécution diligentées à l'encontre des biens du débiteur ainsi que des cessions de rémunération consenties par celui-ci.

Toutefois, l'article 333-1 du code de la consommation précise que sont exclues de toute remise, de tout rééchelonnement ou effacement :

- les dettes alimentaires ;

- les réparations pécuniaires allouées aux victimes dans le cadre d'une condamnation pénale.

La décision de la commission de surendettement des particuliers peut être contestée devant le juge civil, notamment pour mauvaise foi de la personne concernée.

Par conséquent, ce recours devant les juridictions civiles est nécessaire pour les organismes de sécurité sociale et pour les collectivités territoriales gestionnaires des prestations d'aide sociale lorsqu'elles souhaitent recouvrer des dettes ayant une origine frauduleuse auprès de particuliers ayant bénéficié de la procédure de surendettement.

L'**article 63 ter**, afin de faciliter la récupération de ces dettes, prévoit de compléter l'article L. 333-1 du code de la consommation précité de manière à **exclure toute remise, tout rééchelonnement ou effacement des dettes ayant pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de sécurité sociale et des collectivités territoriales gestionnaires des prestations d'aide sociale**. Il est par ailleurs prévu que **l'origine frauduleuse de la dette est établie soit par décision de justice, soit par les organismes de sécurité sociale, soit par les collectivités territoriales**.

Votre rapporteur spécial accueille favorablement cette initiative.

3. La récupération par les organismes de sécurité sociale des indemnités versées aux victimes de dommages corporels causés par des tiers (article 64)

a) L'indemnisation des dommages corporels par l'assurance maladie

Conformément aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale (CSS), **lorsqu'un assuré social ou ses ayants droit est victime d'un dommage corporel causé par un tiers, les caisses de sécurité sociale sont tenues de leur servir les prestations sociales habituelles**, telles que la prise en charge des frais de soins ou d'hospitalisation ou encore le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail.

Cette obligation n'est exclue que lorsque la victime demande directement à l'auteur réparation du dommage causé. Quand tel n'est pas le cas, **les organismes de sécurité sociale sont subrogés dans les droits de l'assuré et disposent du droit de demander à l'auteur du dommage ou à sa compagnie d'assurance le remboursement des prestations versées**.

b) Le difficile remboursement des prestations servies par l'assurance maladie

Bien que subrogés dans les droits de la victime, **les organismes de sécurité sociale rencontrent, dans les faits, des difficultés à obtenir le remboursement des prestations servies**. En effet, pour récupérer les sommes

versées, ces organismes doivent avoir connaissance de l'accident. Pour ce faire, **il est nécessaire qu'ils en aient été informés**, notamment par l'assureur de la victime ou du tiers responsable.

À cet effet, les articles L. 376-1 et L. 454-1 précités précisent que « *la personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers* ». La méconnaissance de cette obligation d'information par le tiers responsable ou son assureur est sanctionnée par une majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire de gestion. Un arrêté du 10 novembre 2010¹ dispose que cette indemnité est comprise entre 97 et 980 euros à partir du 1^{er} janvier 2011. Par conséquent, **le montant de la sanction applicable en cas de non-respect de cette obligation d'information n'est que de 490 euros au maximum.**

Par ailleurs, lorsque l'assureur du tiers transige avec la victime, les organismes de sécurité sociale ne sont pas en mesure de récupérer les sommes versées et aucune sanction n'est prévue en cas de non-respect de l'obligation d'information. Or, l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement indique que **85 à 95 % des indemnisations par les assureurs se règlent par une transaction.**

c) Faciliter le remboursement des prestations versées par les organismes de sécurité sociale

L'**article 64** prévoit différentes mesures tendant à favoriser le remboursement des prestations versées par les organismes de sécurité sociale, soit à faciliter le **recours contre tiers** (RCT).

L'enjeu financier paraît important. Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2011 indique que le recours contre tiers permet de dégager en 2011 une recette au profit de la CNAM égale à **637,9 millions d'euros pour la branche maladie** et à **265,2 millions d'euros pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)**.

Par conséquent, il est proposé de **modifier les articles L. 376-1 et L. 454-1 du CSS** et d'y ajouter de nouvelles dispositions prévoyant que :

- lorsque l'assureur a conclu avec la victime un règlement amiable sans respecter l'obligation d'information des organismes de sécurité sociale, **il ne peut leur opposer la prescription de sa créance**. En plus du montant des prestations versées, l'assureur est tenu de verser une **pénalité pouvant aller jusqu'à 50 % des sommes remboursées** ;

- si l'assureur **transige** avec un assuré, il doit **informer l'organisme de sécurité sociale de ce dernier**. S'il ne respecte pas cette obligation,

¹ Arrêté du 10 novembre 2010 relatif aux montants de l'indemnité forfaitaire de gestion prévue aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale.

l'assureur ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance et doit verser une pénalité pouvant aller jusqu'à 50 % des sommes remboursées.

Il est aussi prévu que la contestation de la décision des organismes de sécurité sociale relative au versement de l'indemnité relève du **contentieux de la sécurité sociale**, c'est-à-dire de la compétence des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS).

Le rendement de ce dispositif est estimé à **25 millions d'euros**. Toutefois, il a vocation à être complété par d'**autres mesures préconisées par la CNAM**, telles que l'actualisation des tables de capitalisation, l'élargissement du champ de versement des créances en capital en cas d'accident de la circulation et la réduction des délais de créances des dossiers d'accidents de la circulation. Au total, **le produit du recours contre tiers pourrait rapporter 100 millions d'euros de recettes supplémentaires à la CNAM en 2012**.

d) Le remboursement sous forme de capital des rentes servies par les caisses de sécurité sociale

À l'initiative de notre collègue député Yves Bur, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à **permettre aux caisses de sécurité sociale d'exiger le remboursement des dépenses à servir au titre notamment des prestations de rente, pension et frais futurs sous la forme d'un capital**. Il s'agit de simplifier la gestion des prestations servies par les caisses de sécurité sociale.

Votre rapporteur spécial est favorable à ces dispositions qui ont été utilement complétées par l'Assemblée nationale.

4. La création d'une « *flagrance sociale* » (article 67 *quater*)

À l'initiative d'Yves Bur et de plusieurs de nos collègues députés, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement et de la commission des affaires sociales, le présent article 67 *quater* qui prévoit de **doter les organismes de sécurité sociale d'une procédure rapide de recouvrement des cotisations sociales en cas d'infraction à la législation de la sécurité sociale**.

L'**article 67 *quater*** prévoit la création d'une « **flagrance sociale** » et la mise en place d'instruments permettant le recouvrement rapide des cotisations sociales par les organismes de sécurité sociale. Ainsi, il est inséré un nouvel article L. 243-7-4 dans le code de la sécurité sociale qui permet :

- à l'inspecteur du recouvrement de dresser un **procès-verbal de flagrance sociale** comportant l'**évaluation du montant des cotisations dissimulées lorsque la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril leur recouvrement** ;

- au directeur de l'organisme de recouvrement de **demander au juge de l'exécution de pratiquer sur les biens du débiteur des mesures conservatoires**, telles que les saisies conservatoires ou les sûretés judiciaires.

Votre rapporteur pour avis prend acte de cette initiative.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le jeudi 3 novembre 2011, sous la présidence de M. Yvon Collin, vice-président, la commission a procédé à l'examen du rapport pour avis de M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis, sur le projet de loi n° 73 (2011-2012), adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2012.

EXAMEN DU RAPPORT POUR AVIS

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – L'Assemblée nationale a profondément remanié le texte, qui est passé de 68 à 122 articles. Je me contenterai donc d'une présentation générale.

Le financement de notre protection sociale a subi des transformations importantes au cours des deux dernières années. En 2010, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a atteint un record : 29,6 milliards d'euros, soit 1,5 point de PIB, trois fois le déficit de 2007. En 2011, malgré une réduction de 5,6 milliards d'euros, grâce à la modération des dépenses, à une bonne tenue de la masse salariale et à d'importantes recettes supplémentaires provenant de la réforme des retraites, le déficit total s'établit encore à 24 milliards d'euros, soit 1,2 point de PIB. Le tendancieriel 2012 est préoccupant : hors mesures de redressement, le déficit total serait de 27,4 milliards, dont 21,2 milliards pour le régime général.

Cette situation est certes due en partie à la crise et au ralentissement de la croissance, mais la crise n'explique pas tout. Selon la Cour des comptes, les facteurs structurels expliquent 0,7 point du déficit du régime général en 2010, un déficit qui a représenté 1,2 point de PIB.

L'accumulation de ces déficits a eu pour conséquence la modification du rôle des deux acteurs intervenant dans la gestion de la dette sociale : la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

La loi organique relative à la gestion de la dette sociale ainsi que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ont procédé à l'opération de reprise de dette la plus importante depuis la création de la Caisse en 1996. Ce transfert, de 130 milliards d'euros sur la période 2011-2018, est exceptionnel par son ampleur, son étalement dans le temps, et son mode de financement. Celui-ci repose sur l'allongement de quatre ans de la durée d'amortissement de la dette sociale, l'adossement du Fonds de réserve des retraites à la Cades et l'affectation de 0,28 point de CSG en provenance de la branche famille. Il en résulte un accroissement des ressources de la Caisse de 7 milliards et une diversification de celles-ci : la CRDS, ressource originelle

de la Caisse, ne représente plus que 40 % de son financement ; la CSG, plus du tiers.

L'article 20 du présent projet loi prévoit une nouvelle reprise de dette en provenance de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, à hauteur de 2,5 milliards.

Pour financer ce transfert, la loi de finance rectificative votée en septembre a aménagé le régime fiscal des plus-values immobilières. En outre, le présent texte a réduit l'abattement des assiettes de CSG et de CRDS pour frais professionnels.

Il est à prévoir que de nouvelles dettes seront prochainement transférées à la Cades, car le schéma esquissé il y a un an n'apporte pas de solution au déficit des branches maladie et famille, qui pourrait excéder 20 milliards d'euros sur la période 2012 - 2015.

J'en viens à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

En principe, cette institution doit absorber les décalages de trésorerie subis par les branches de la sécurité sociale, un objectif régulièrement détourné pour couvrir à court terme certaines dettes allant être transférées à la Cades. C'est pourquoi le plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS a connu en 2010 un niveau record - 65 milliards d'euros - ayant contraint l'agence à diversifier son mode de financement et à recourir aux marchés financiers. La reprise de dette décidée à l'automne dernier a soulagé la trésorerie de l'agence. Son plafond d'avances de trésorerie a été ramené à 18 milliards d'euros en 2011 et est fixé à 21 milliards d'euros pour l'an prochain par le présent projet de loi.

La dernière modification importante de notre système de protection sociale concerne son financement.

La tendance à la fiscalisation de ses ressources est incontestable sur le long terme ; une nouvelle étape a été franchie l'an dernier, puisque des recettes fiscales supplémentaires, pour 5 milliards d'euros, ont été affectées à la sécurité sociale. Ainsi que l'a noté notre collègue Nicole Bricq, rapporteure générale, dans son rapport préalable au débat sur les prélèvements obligatoires, les organismes de sécurité sociale auront été les destinataires quasiment exclusifs des augmentations nettes de recettes décidées pendant cette législature. En 2012, la sécurité sociale bénéficiera de presque 60 % des mesures de réduction du déficit public annoncées en août dernier par le Gouvernement.

J'en viens au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année prochaine.

Les mesures présentées sont censées réduire de 8 milliards d'euros le déficit tendanciel des régimes obligatoires de base, avec un important effort sur les recettes. Il reste que le déficit à venir demeure inquiétant.

Commençons par les hypothèses macro-économiques qui sous-tendent le cadrage du texte. Le PLFSS pour 2012 prévoit une croissance du PIB de 1,75 % et de la masse salariale de 3,7 % en 2011.

Ces hypothèses semblent extrêmement optimistes, puisque la croissance économique atteindra au maximum 1 % et qu'elle sera peut-être nulle. Dans ces conditions, comment la masse salariale pourrait-elle progresser de 3,7 % ? Les comptes sociaux sont extrêmement sensibles à ce paramètre, puisqu'une variation d'un point de masse salariale engendre un déficit supplémentaire du régime général de 2 milliards d'euros, dont la moitié environ pour l'assurance-maladie. Un dérapage d'un point par rapport à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) entraîne un déficit supplémentaire d'1,4 milliard d'euros. Enfin, compte tenu de l'indexation de certaines prestations sur la hausse des prix, une variation d'un point de prévision d'inflation conduit à 1,2 milliard de dépenses supplémentaires.

Les mesures de recettes pour 2012 pour la sécurité sociale s'élèvent à 6,4 milliards d'euros, dont 4,1 milliards pour la branche maladie. La moitié environ de ces mesures ont déjà été adoptées dans la loi de finances rectificative pour 2011, votée en septembre : soit l'augmentation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, le nouveau régime fiscal des plus-values immobilières et le doublement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance, dite « taxe sur les mutuelles », qui a été relevée de 3,5 % à 7 %.

M. Yvon Collin, président. – Une disposition très populaire !

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – La première de ces mesures devrait rapporter 1,3 milliard d'euros, l'incidence de la deuxième avoisinant 553 millions.

S'agissant des mesures proposées par le PLFSS pour 2012, celles-ci concernent la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul du coefficient des allègements généraux sur les bas salaires, la réduction de l'abattement des assiettes de CSG et CRDS pour frais professionnels et l'augmentation du forfait social de 6 % à 8 %. Une curiosité : l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité a été supprimé par l'Assemblée nationale, mais gagé une première fois par la commission des finances et une seconde fois par le Gouvernement. Il faudrait donc supprimer le gage du Gouvernement.

Enfin, le projet de loi de finances pour 2012 comporte d'autres mesures de redressement en faveur de la sécurité sociale, comme la taxe sur les boissons sucrées. S'ajouteront certaines dispositions réglementaires, comme la hausse du prix des tabacs.

L'action sur les dépenses concerne principalement l'ONDAM, qui devrait n'augmenter que de 2,8 %, grâce à des mesures d'économies atteignant 2,1 milliards d'euros. Les dispositions proposées à cette fin sont

traditionnelles, comme la maîtrise médicalisée ou la baisse de prix de certains produits de santé.

Malgré ces efforts considérables en recettes et en dépenses, - dont certaines mesures ne me paraissent pas acceptables - le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV atteindra encore 19,4 milliards d'euros l'an prochain, soit le double du montant constaté en 2007. Cette situation est préoccupante, puisque ce montant devrait s'élever à 20 milliards d'euros en 2013, avant de s'établir à 17 milliards d'euros en 2014 et à 14 milliards d'euros en 2015. Faute de mesures supplémentaires, un nouveau transfert de dette sera donc inévitable.

J'observe à ce propos que certaines réformes engagées demeurent inabouties sur le plan financier - c'est le cas de la réforme des retraites - ou ont été reportées. Dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, la Cour des comptes estime que le Gouvernement a surévalué l'impact de la réforme des retraites. Elle a insisté sur l'optimisme des hypothèses macro-économiques retenues.

M. Yvon Collin, président. – Merci pour la concision de ce rapport si bien documenté.

Je regrette de ne pas avoir signalé plus tôt la présence de M. Daudigny, rapporteur général de commission des affaires sociales.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Je tiens à souligner la clarté de l'exposé, ainsi que la très grande pertinence des observations faites. Nous sommes parfaitement en phase avec l'analyse et les amendements présentés. Merci de m'avoir invité.

EXAMEN DES AMENDEMENTS DU RAPPORTEUR POUR AVIS

Article additionnel avant l'article 10 A

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 1 tend à supprimer le doublement de la taxe sur les mutuelles, car nous craignons sa répercussion sur les assurés.

Dans son rapport, le comité d'évaluation des niches fiscales et sociales, dit « Comité Guillaume » a donné à cette exonération la note maximale en termes d'efficacité.

La suppression de la majoration de la taxe entraînera une perte de recettes de 1 050 millions d'euros, d'où les gages qui accompagnent cet amendement : une hausse du forfait social et des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Au total, le gage est plutôt supérieur à la recette perdue.

L'amendement n° 1 est adopté.

Article additionnel avant l'article 11

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – Avec l'amendement n° 2, nous supprimerons l'article premier de « la loi Tepas », un dispositif amputant de 3,4 milliards les recettes des organismes de protection sociale.

Curieusement, il n'a pas été possible d'identifier le manque à gagner imputable aux cotisations patronales, compris entre 800 et 1 300 millions d'euros... L'efficacité de cette exonération pour l'emploi est tout sauf avérée, le conseil des prélèvements obligatoires allant jusqu'à penser que l'incidence pour le PIB pourrait être inférieure au coût du dispositif !

M. Pierre Jarlier. – Je vote pour cet amendement.

L'amendement n° 2 est adopté.

Article 36

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – Cet amendement n° 3 concerne le nouveau fonds d'intervention régional, qui globalisera les crédits en provenance aujourd'hui de différents autres fonds de financement. Selon le Gouvernement, il s'agit de donner davantage de marges de manœuvre aux agences régionales de santé.

Quoi qu'il en soit, l'amendement n° 3 dispose que la dotation de ce fonds sera fixée non par arrêté ministériel, mais dans la loi de financement de la sécurité sociale, ce qui rétablit le contrôle du Parlement sur l'alimentation du fonds et l'utilisation de ses crédits.

Mme Michèle André. – Cet amendement indispensable nous permettra un meilleur suivi des crédits. Songez que le directeur de l'ARS d'Auvergne a déclaré n'avoir pas de comptes à rendre aux élus, puisqu'il était nommé par le Président de la République en conseil des ministres !

L'amendement n° 3 est adopté à l'unanimité.

Article 40

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 4 tend à supprimer l'article 40, dont le dispositif autorise tout établissement de santé à pratiquer un « tarif VIP » lorsqu'il accueille des « patients étrangers fortunés » non assurés sociaux.

Aujourd'hui, un riche étranger paye un tarif unique, déterminé par ailleurs au niveau national. Chaque établissement de santé serait en mesure de fixer de manière discrétionnaire les prix qu'il applique.

Par ailleurs, l'article n'exclut de ce dispositif que les patients étrangers pouvant prétendre à l'aide médicale d'État, soignés au titre de l'aide humanitaire ou atteints d'une urgence médicale évidente. Sa rédaction est extrêmement floue. Son rendement semble limité, puisque le Gouvernement l'estime à 5 millions d'euros.

M. Jean Germain. – Pourquoi un hôpital public ne devrait-il pas profiter budgétairement du fait qu'il soigne une personne très riche ? Je ne perçois pas bien les motivations de l'amendement.

Il est normal que le service public s'occupe des personnes dénuées de ressources, mais pourquoi ne pas faire payer ceux qui ont de l'argent ?

M. Pierre Jarlier. – Qu’entend-on par « étrangers fortunés » ?

Au demeurant, il s’agit de séjours programmés. Si le patient présente des exigences particulières, la facturation de suppléments est *ipso facto* justifiée.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – L’article ne définit pas la notion d’étrangers fortunés, sinon, en creux, par le fait d’avoir des ressources supérieures au plafond de l’aide médicale d’État. Je ne vois pas d’objection à l’idée de faire payer une personne riche, mais la rédaction est trop imprécise.

Mme Nicole Bricq, rapporteure générale. – L’amendement a sa pertinence s’il a pour but de contraindre le Gouvernement à expliciter une disposition mal rédigée.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Notre commission a voté hier un amendement identique, mais pour des raisons quelque peu différentes. En effet, par principe, les remboursements de la sécurité sociale ne sont pas liés aux revenus. La commission des affaires sociales n’a donc pas souhaité introduire une distinction de ce type. Le terme «VIP », qui figure dans l’étude d’impact accompagnant ce texte, pose un problème de principe.

L’amendement n° 4 est adopté.

Article 51 septies

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – L’amendement n° 5 a pour objet de supprimer l’article 51 *septies*, introduit à l’Assemblée nationale à l’initiative du Gouvernement, qui propose d’étendre à l’ensemble des étrangers non communautaires la condition de résidence préalable pour l’accès à l’allocation de solidarité aux personnes âgées et de porter la durée de celle-ci à dix ans, au lieu de cinq. Il est regrettable que cette mesure soit mise en parallèle avec le coût du dispositif.

L’amendement n° 5 est adopté.

Article 58 bis

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – L’Assemblée nationale a supprimé l’article 13 du projet de loi initial, qui aurait assujéti à la CSG et à la CRDS le complément de libre choix d’activité. Cette décision ayant diminué les ressources sociales de 140 millions d’euros, l’abattement pour frais professionnels appliqué aux revenus d’activité soumis à la CSG a été réduit de 2 % à 1,75 %. Mais le Gouvernement a gagé une seconde fois la suppression de l’article 13 en reportant de trois mois la revalorisation des prestations familiales. L’amendement n° 6 tend à supprimer le gage introduit à l’initiative du Gouvernement.

L’amendement n° 6 est adopté.

Le rapport pour avis est adopté.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – Nous examinerons en séance le texte dans la rédaction de l'Assemblée nationale. Je fais confiance à la commission des affaires sociales pour nous proposer des amendements autrement plus nombreux que les six discutés aujourd'hui. Je propose d'attendre le résultat des délibérations pour déterminer notre vote final.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 10 A

Avant l'article 10 A, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. L'article 1001 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Au 2° bis, le taux : « 7 % » est remplacé par le taux : « 3,5 % » ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « , parts égales, » et les mots : « à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont supprimés.

II. La perte de recettes pour la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés résultant du I est compensée à due concurrence, pour moitié, par la hausse de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale et, pour l'autre, par la hausse des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code.

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 11

Avant l'article 11, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article premier de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat est abrogé.

ARTICLE 36

Alinéa 16

Remplacer les mots :

par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

par les mots :

par la loi de financement de la sécurité sociale

ARTICLE 40

Supprimer cet article.

ARTICLE 51 SEPTIES

Supprimer cet article.

ARTICLE 58 BIS

Supprimer cet article.