

N° 74

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat le 2 novembre 2011

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2012, ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE
NATIONALE,*

Par M. Yves DAUDIGNY,
Sénateur,
Rapporteur général

Tome VII :
Examen des articles

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

Voir les numéros :

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

Sénat : 73 (2011-2012)

SOMMAIRE

Pages

EXAMEN DES ARTICLES	11
PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010	11
• <i>Article 1^{er}</i> Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010	11
• <i>Article 2</i> Approbation du rapport figurant en annexe A présentant la situation patrimoniale de la sécurité sociale et décrivant les modalités d'affectation des excédents et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2010	20
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES A L'ANNÉE 2011	26
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes et équilibre financier de la sécurité sociale	26
• <i>Article 3 (art. L. 134-3, L. 134-5 et L. 134-5-1 du code de la sécurité sociale)</i> Plafonnement des compensations bilatérales maladie	26
• <i>Article 4</i> Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2011	29
• <i>Article 5</i> Objectif d'amortissement rectifié de la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du fonds de réserve pour les retraites et du fonds de solidarité vieillesse	32
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses	35
• <i>Article 6 (art. 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011)</i> Déchéance des crédits inutilisés du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés	35
• <i>Article 7 (art. 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011)</i> Augmentation de la contribution de l'assurance maladie aux agences régionales de santé pour 2011	36
• <i>Article 8</i> Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche	38
• <i>Article 9</i> Montant et ventilation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2011	40
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2012	43
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires et des organismes concourant à leur financement	43
• <i>Article additionnel avant l'article 10 A (art. 1001 du code général des impôts, art. L. 137-15 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale)</i> Taxation des contrats solidaires et responsables	43
• <i>Article additionnel avant l'article 10 A (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale)</i> Suppression de la franchise sur les médicaments	44

• Article 10 A (art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale) Transparence des frais des assurances complémentaires santé	47
• Article 10 B Rapport au Parlement sur le coût des organismes d'assurance maladie	48
• Article 10 (art. L. 137-16 du code de la sécurité sociale) Augmentation du forfait social	49
• Article 10 bis (art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale) Exonération de cotisations sociales sur les aides à domicile à destination des familles fragiles	56
• Article 10 ter (art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale) Abaissement du plafond d'exonération applicable aux indemnités de rupture	58
• Article additionnel après l'article 10 ter (art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale) Taxation des indemnités de rupture	58
• Article 10 quater (art. L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale) Aménagement de la contribution sur les rémunérations versées à des tiers	59
• Article additionnel avant l'article 11 (art. 1 ^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat) Abrogation des exonérations sociales et fiscales sur les heures supplémentaires	60
• Article 11 (art. L. 131-8, L. 241-13, L. 241-2 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2 et L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime, art. 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, art. 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008) Prise en compte des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux	61
• Article additionnel après l'article 11 (art. L. 241-19 du code de la sécurité sociale) Abrogation des exonérations sociales et fiscales sur les heures supplémentaires	64
• Article 12 (art. L. 136-2 du code de la sécurité sociale) Modification des règles d'abattement pour frais professionnels au titre de la cotisation sociale généralisée et de la contribution au remboursement de la dette sociale	65
• Article 13 (art. L. 136-2, L. 136-5 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale) Assujettissement à la cotisation sociale généralisée du complément du libre choix d'activité et du libre choix d'activité optionnel	68
• Article 13 bis (art. L. 131-9 et L. 136-5 du code de la sécurité sociale, art. 14 et 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale) Clarification de règles applicables aux contributions sociales	71
• Article 14 (art. L. 651-5 du code de la sécurité sociale) Harmonisation de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés	72
• Article 15 (art. 1010 et 1010 A du code général des impôts) Révision du barème de la taxe sur les véhicules de société	74
• Article 16 (art. 317, 402 bis, 403, 438 et 520 A du code général des impôts, art. L. 245-8 et L. 245-9 du code de la sécurité sociale) Hausse de la fiscalité sur les alcools	77
• Article 17 Fixation du taux K de la clause de sauvegarde à 0,5 % pour 2012	79
• Article 17 bis (art. L. 245-2 du code de la sécurité sociale) Assiette de la contribution sur les dépenses promotionnelles des entreprises pharmaceutiques	81
• Article 18 (art. L. 245-6 du code de la sécurité sociale) Fixation du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires et financement de la formation continue des médecins	82
• Article 19 (art. L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5121-18, L. 5121-19, L. 5122-3, L. 5122-5, L. 5123-2, L. 5138-5, L. 5211-5-2, et L. 5221-7, L. 5321-2, L. 5321-3 (nouveau), L. 5421-6-3 (nouveau), L. 5422-2, L. 6221-11 du code de la santé publique, art. L. 162-16-5, L. 162-17, L. 162-17-5, L. 241-2, art. 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P, 1600-0 Q, 1635 bis AE (nouveaux) et 1647 du code général des impôts, art. L. 166 D (nouveau) du livre des procédures fiscales) Financement de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	84

• Article 20 (art. L. 731-2 et L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime, art. 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale)	
Financement de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles	93
• Article 21 Transfert du régime spécial d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris au régime général	96
• Article 21 bis (art. L. 642-4 du code de la sécurité sociale) Suppression de la double cotisation d'assurance vieillesse des experts-comptables salariés inscrits à l'ordre	97
• Article 22 Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	99
Section 2 - Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	104
• Article 23 Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	104
• Article 24 Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	108
• Article 25 Approbation du tableau d'équilibre du régime général	110
• Article 26 Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	112
• Article 27 Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites	113
• Article 28 Approbation du rapport fixant le cadrage quadriannuel (annexe B)	115
Section 3 - Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité	120
• Article 29 Simplification des règles applicables aux cotisations des travailleurs indépendants	120
• Article 29 bis (art. L. 725-21 du code rural et de la pêche maritime) Sanction de la rétention de précompte des cotisations sociales agricoles	124
• Article 30 (art. L. 133-5-4 et L. 244-3 du code de la sécurité sociale) Articulation de la déclaration annuelle des données sociales et de la déclaration sociale nominative	125
• Article 30 bis (art. L. 133-8-3, L. 133-8-4 et L. 241-17 du code de la sécurité sociale ; art. L. 1272-5 du code du travail) Simplification du paiement des cotisations sociales pour l'emploi d'aides à domicile par certains bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap	128
• Article 30 ter (art. 243-7 du code de la sécurité sociale) Extension des pouvoirs de contrôle de la Cour des comptes en matière de cotisations et contributions sociales	129
• Article 31 (art. L. 139-3 à L. 139-5 et L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale) Encadrement de la politique d'emprunt et de placement des organismes de sécurité sociale	130
• Article 31 bis (art. L. 132-2-2 du code des juridictions financières) Possibilité pour les membres de la Cour des comptes d'examiner des opérations effectuées par des régimes et organismes certifiés par un commissaire aux comptes	132
• Article 32 Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	133

QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012	140
Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	140
• <i>Article additionnel avant l'article 33 (art. L. 323-1 et L. 323-4 du code de la sécurité sociale)</i> Maintien des indemnités journalières à leur niveau actuel	140
• <i>Article additionnel avant l'article 33 (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003)</i> Abrogation de la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés de santé	141
• <i>Article additionnel avant l'article 33</i> Rapport sur les renoncements aux soins	142
• <i>Article 33 (art. L. 161-37, L. 161-37-1 (nouveau), L. 161-41, L. 161-45, L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17-4, L. 165-2 et L. 165-3 du code de la sécurité sociale)</i> Renforcement de l'analyse médico-économique dans les travaux de la Haute Autorité de santé et introduction d'une évaluation médico-économique pour les produits de santé	143
• <i>Article 33 bis (art. L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale)</i> Fixation du prix des médicaments par le comité économique des produits de santé	146
• <i>Article additionnel avant l'article 34</i> Réserver la partie de la rémunération des médecins dite à la performance à ceux exerçant à tarifs opposables	147
• <i>Article 34 (art. 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007)</i> Prolongation des expérimentations des nouveaux modes de rémunération en faveur des maisons, pôles et centres de santé	148
• <i>Article 34 bis (art. L. 2132-2-1 (nouveau) du code de la santé publique)</i> Généralisation du dépistage précoce des troubles de l'audition	150
• <i>Article 34 ter (art. 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007)</i> Autorisation d'exercice pour les médecins étrangers non ressortissants communautaires	151
• <i>Article 34 quater (art. L. 5121-1 du code de la santé publique)</i> Inscription au répertoire des spécialités génériques des spécialités dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale	155
• <i>Article 34 quinquies (art. L. 111-11 du code de la sécurité sociale)</i> Evaluation de la rémunération sur objectifs de santé publique	156
• <i>Article 34 sexies (art. L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale)</i> Consultation des fédérations régionales hospitalières en matière d'accord préalable pour les soins de suite et de réadaptation	157
• <i>Article 34 septies (art. L. 322-3 du code de l'action sociale et des familles)</i> Prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques	158
• <i>Article 34 octies (art. 27 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 ; art. L. 863-1, L. 871-1 et L. 863-7 (nouveau) du code de la sécurité sociale)</i> Aide à la complémentaire santé	160
• <i>Article 34 nonies (art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale)</i> Création d'un secteur optionnel par la convention ou élargissement de l'option de coordination par arrêté gouvernemental	163
• <i>Article 35 (art. L. 6114-3 du code de la santé publique)</i> Imposition d'indicateurs de performance pour les établissements de santé et sanctions en cas de non-respect des objectifs	170
• <i>Article 35 bis (art. L. 6211-21 du code de la santé publique ; art. 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010)</i> Rétablissement des ristournes en matière de biologie médicale	172
• <i>Article 35 ter (art. L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale)</i> Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée	174

• Article 35 quater (art. L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale) Maîtrise des dépenses de la liste en sus	175
• Article 35 quinquies (art. L. 162-22-10, L. 162-22-13 et L. 162-22-19 (nouveau) du code de la sécurité sociale ; art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 ; art. 1 ^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) Regroupement en un rapport unique de plusieurs rapports relatifs aux établissements de santé	176
• Article 35 sexies (art. L. 162-25 du code de la sécurité sociale) Prescription de la facturation des établissements de santé	177
• Article 35 septies (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) Report de l'application de la T2A dans les hôpitaux locaux	178
• Article 36 (art. L. 1435-8 à L. 1435-11 (nouveaux), art. L. 1432-6, L. 1433-1, L. 1434-6, L. 1435-4 et L. 6323-5 du code de la santé publique ; art. L. 221-1-1 et L. 162-45 du code de la sécurité sociale ; art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) Création d'un fonds d'intervention régional	179
• Article 36 bis Expérimentation pour les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers	186
• Article 37 Expérimentation d'une modulation du forfait global relatif aux soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience	187
• Article 37 bis Expérimentation de dérogations tarifaires permettant de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social	190
• Article 37 ter Rapport sur les écarts de coûts résultant de la législation sociale et fiscale entre établissements ou services pour personnes âgées	191
• Article additionnel après l'article 37 ter (art. L 313-12 du code de l'action sociale et des familles) Prorogation des conventions pluriannuelles des Ehpad et unités de soins de longue durée	192
• Article additionnel après l'article 37 ter (art. L 314-12 du code de l'action sociale et des familles) Conditions d'intervention des professionnels libéraux dans les établissements et services médico-sociaux	193
• Article additionnel après l'article 37 ter (art. L 315-19 du code de l'action sociale et des familles) Gestion de la trésorerie des établissements publics sociaux et médico-sociaux	193
• Article 38 (art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Financement du plan d'aide à l'investissement de la CNSA dans le secteur médico-social pour 2012	195
• Article 39 (art. L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale) Modes de rémunération des pharmacies d'officine	197
• Article 40 (art. L. 162-22-11, L. 174-3 et L. 174-20 (nouveau) du code de la sécurité sociale ; art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) Création d'une tarification spécifique des séjours hospitaliers applicable à certains étrangers non-assurés sociaux	202
• Article 41 (art. 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009) Prolongation de l'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires	204
• Article 42 (art. L. 322-8 (nouveau) du code de la sécurité sociale) Maintien des droits des affiliés du régime minier et de leurs ayants droit	206
• Article 43 (art. L. 161-5 et L. 311-9 du code de la sécurité sociale) Supprimer le droit à l'assurance maladie pour les bénéficiaires d'un versement forfaitaire unique de pension vieillesse	208
• Article 44 (art. L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale) 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	209
• Article 45 (article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) Financement de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés	210

• Article 46 Dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à plusieurs fonds et organismes pour 2012	212
• Article 46 bis (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) Délai laissé à l'Uncam pour fixer le ticket modérateur et substitution du Gouvernement au-delà	220
• Article 47 Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	221
• Article 48 Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objectifs	222
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse	225
• Article 49 (art. L. 351-3 et L. 634-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime) Droits à la retraite des sportifs de haut niveau	225
• Article additionnel après l'article 49 Etude des conditions d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité	228
• Article 50 (art. L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, art. L. 351-1-2, L. 643-3 et L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime) Exclusion des bonifications « métier » de la durée d'assurance prise en compte pour l'accès des fonctionnaires à la surcote	229
• Article 51 (art. L. 382-29-1 du code la sécurité sociale) Rachat des périodes de formation à la vie religieuse au régime d'assurance vieillesse des cultes	231
• Article 51 bis (art. L. 722-17 du code rural et de la pêche maritime) Suppression de la condition d'âge maximal pour l'affiliation des non-salariés agricoles à l'assurance vieillesse volontaire	234
• Article 51 ter (art. L. 732-39 du code rural et de la pêche maritime) Assouplissement du cumul emploi-retraite pour les conjoints et les aides familiaux en agriculture	235
• Article 51 quater (art. L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime) Majoration de la retraite agricole pour les assurés bénéficiant de la retraite anticipée « pénibilité »	236
• Article 51 quinquies (art. L. 353-1 du code de la sécurité sociale) Suppression du minimum de réversion au titre des pensions liquidées sous forme de versement forfaitaire unique	238
• Article 51 sexies (art. L. 643-3-3 du code de la sécurité sociale) Retraite anticipée pour les travailleurs handicapés du régime social des indépendants	239
• Article 51 septies (art. L. 816-1 du code de la sécurité sociale) Allongement de la durée de résidence en France requise pour l'attribution aux étrangers des allocations aux personnes âgées	240
• Article 52 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2012	241
Section 3 - Dispositions relatives aux dépenses des accidents du travail et des maladies professionnelles	244
• Article 53 Versement de la branche accidents du travail-maladies professionnelles à la branche maladie du régime général	244
• Article additionnel après l'article 53 (art. L. 452-3 du code de la sécurité sociale) Droit à réparation intégrale des victimes d'une faute inexcusable de l'employeur	245
• Article additionnel après l'article 53 (art. L. 452-6 (nouveau) du code de la sécurité sociale) Droit à réparation des gens de mer d'une faute inexcusable de l'employeur	246
• Article 54 Dotations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	247
• Article 55 Contribution de la branche accidents du travail-maladies professionnelles aux départs en retraite anticipée pour pénibilité	248

• Article 55 bis (art. L. 413-5, L. 434-3, L. 434-8 et L. 434-9, L. 434-13 et L. 452-2 du code de la sécurité sociale) Ouverture au concubin ou partenaire de Pacs des droits du conjoint d'une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle	250
• Article 55 ter (art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999) Coordination entre les différents dispositifs d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	251
• Article 56 Objectif de dépenses de la branche accidents du travail-maladies professionnelles	252
Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille	253
• Article 57 (art. L. 531-5 à L. 531-7 du code de la sécurité sociale) Amélioration du régime du complément de libre choix du mode de garde	253
• Article 58 (art. L. 581-2 du code de la sécurité sociale) Versement intégral de l'allocation de soutien familial en cas de paiement partiel d'une petite pension alimentaire	260
• Article 58 bis (art. L. 551-1 du code de la sécurité sociale) Report de la revalorisation des prestations familiales au 1^{er} avril de chaque année	263
• Article 58 ter (art. L. 755-21-1 (nouveau) du code de la sécurité sociale) Octroi du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels exerçant dans les départements d'outre-mer	264
• Article additionnel après l'article 58 ter (art. L. 543-1 du code de la sécurité sociale) Modulation de l'allocation de rentrée scolaire selon la voie de formation	265
• Article 59 Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2012	266
Section 5 - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	269
• Article 60 Participation du fonds de solidarité vieillesse au financement du minimum contributif	269
• Article 61 Fixation des prévisions de charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	270
Section 6 - Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	273
• Article 62 (art. L. 114-12-2 du code de la sécurité sociale) Mutualisation des systèmes d'information dans les missions des organismes de protection sociale	273
• Article 62 bis (art. L. 114-23, L. 114-24, L. 200-3, L. 224-5 et L. 227-1 du code de la sécurité sociale) Création d'un fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale et suppression des conseils de surveillance institués auprès des caisses nationales	274
• Article 62 ter (art. L. 123-2-4 du code de la sécurité sociale) Approbation des rémunérations des dirigeants des caisses nationales de sécurité sociale	277
• Article 62 quater (art. L. 224-5 du code de la sécurité sociale) Extension du rôle de l'union des caisses nationales de sécurité sociale	278
Section 7 - Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude	279
• Article additionnel avant l'article 63 Supprimer la contribution à l'aide juridique pour les contentieux de sécurité sociale	279
• Article 63 (art. L. 114-17, L. 133-4, L. 162-1-14, L. 162-1-14-2, L. 355-3, L. 723-13 et L. 815-11 du code de la sécurité sociale, L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles) Harmonisation des dispositions relatives aux pénalités et sanctions financières prononcées par les organismes de sécurité sociale	280

• Article 63 bis (art. L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles) Définition de la situation d'isolement	283
• Article 63 ter (art. L. 333-1 du code de la consommation) Dettes frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale	285
• Article 63 quater (art. L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale) Elargissement du périmètre des données contenues dans le répertoire national commun de la protection sociale	286
• Article 63 quinquies (art. L. 114-12-3 (nouveau) du code de la sécurité sociale) Déchéance du droit aux prestations sociales perçues en cas d'obtention frauduleuse d'un numéro de sécurité sociale	287
• Article 63 sexies (art. L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale) Extension du champ d'application de la procédure de suspension du versement des prestations sociales	288
• Article 64 (art. L. 376-1, L. 376-4, L. 376-5, L. 454-1, L. 454-2 et L. 454-3 du code de la sécurité sociale) Dispositions relatives aux recours contre tiers	289
• Article 65 (art. L. 114-11 du code de la sécurité sociale) Echanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les consulats	292
• Article 65 bis (art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale) Conditions de délai et principe de gratuité pour les communications de documents entre organismes de sécurité sociale	293
• Article 66 (art. L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale et L. 8221-3 du code du travail) Radiation des travailleurs non-salariés sans activité	294
• Article 66 bis (art. L. 243-3-2 du code de la sécurité sociale) Responsabilité solidaire des dirigeants en cas de travail dissimulé	296
• Article 67 (art. L. 8221-6 du code du travail) Sanction financière en cas de recours à de faux indépendants	297
• Article 67 bis (art. L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale) Suppression du plafond d'annulation des exonérations de cotisations patronales en cas de travail dissimulé	298
• Article 67 ter (art. L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale) Redressement forfaitaire en cas de travail dissimulé	299
• Article 67 quater (art. L. 243-7-4 (nouveau) du code de la sécurité sociale) Création d'une procédure de flagrance sociale	300
• Article 68 (art. L. 561-29 du code monétaire et financier) Transmission par Tracfin d'informations aux organismes de protection sociale	301
TRAVAUX DE LA COMMISSION	303

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2010, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du A du I)

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

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

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

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

**L'avis de la Cour des comptes
sur la cohérence des tableaux d'équilibre de 2010**

En application de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes procède à des vérifications sur les tableaux d'équilibre par branche, établis sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale et présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Sur la base des vérifications effectuées, la Cour a, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de septembre 2011, exprimé l'avis suivant :

*« A l'issue de ses vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 **fournissent une image cohérente des résultats des régimes obligatoires de base, du régime général et du FSV pour l'exercice 2010, sous réserve des quatre observations suivantes :***

« 1. Les tableaux d'équilibre procurent une information réduite sur la formation des résultats de l'exercice 2010, en raison de l'absence de toute indication sur la composition des charges et d'indications insuffisamment détaillées sur celle des produits dans les annexes à la loi de financement de la sécurité sociale et au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

« 2. Les règles retenues pour établir les tableaux d'équilibre à partir des comptes de résultats des entités comprises dans leur périmètre, notamment la contraction de certains produits et charges en vue de procurer une information à caractère économique sur l'évolution des comptes de la sécurité sociale, ne sont qu'imparfaitement formalisées, ce qui ne permet pas d'en garantir la permanence, la pertinence et l'application homogène.

« 3. Les tableaux d'équilibre intègrent des transferts non éliminés entre des entités de leur périmètre (selon l'estimation partielle à laquelle la Cour a pu procéder, à hauteur de 5,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 5 milliards pour le régime général), ainsi qu'une minoration de produits et de charges (à hauteur de 440 millions d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base).

« 4. Pour 2010, les opinions exprimées par les auditeurs externes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre, du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne. »

Le présent article prévoit :

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

Ce tableau fait apparaître un déficit global de **25,5 milliards d'euros**, au lieu de 21,7 milliards en 2009 et 9,7 milliards d'euros en 2008, soit **une progression de 3,8 milliards** en un an et une multiplication par 2,5 en deux ans.

- Toutes les branches sont déficitaires. Près de la moitié du déficit est imputable à la **branche maladie** qui enregistre un résultat négatif de 11,4 milliards d'euros, contre 10,4 milliards en 2009 et 4,1 milliards en 2008. Le déficit de la branche vieillesse s'élève à 10,8 milliards, après 8,9 milliards en 2009 et 5,6 milliards en 2008. La branche famille qui avait enregistré un excédent de 200 millions en 2007, puis un déficit de 300 millions en 2008 et de 1,8 milliard en 2009 a, à nouveau, sensiblement creusé son déficit à 2,7 milliards. La branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT - MP) est elle aussi déficitaire avec un résultat négatif de 700 millions d'euros, légèrement dégradé par rapport aux 600 millions de 2009.

En dehors du régime général, il convient de noter **la mauvaise situation de la branche retraite du régime des exploitants agricoles**, avec un résultat négatif de 1,3 milliard d'euros¹, soit 14,3 % de ses charges. De même, **pour la première fois, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), affiche un déficit**, d'un montant élevé, environ 500 millions d'euros, soit 2,9 % de ses charges.

- De la loi de financement initiale pour 2010 au présent projet de loi de financement, **le déficit prévu a été amélioré de 6,7 milliards d'euros**. Cette évolution, d'une ampleur inhabituelle et significative², est due pour l'essentiel aux **évolutions macro-économiques plus favorables** que celles retenues dans le cadrage de la loi de financement pour 2010.

Ainsi, au lieu d'une croissance du Pib en volume de 0,8 %, l'année 2010 s'est terminée avec une croissance de 1,5 %. La masse salariale du secteur privé qui devait baisser de 0,4 % a finalement progressé de 2,05 %, ce qui a représenté un impact positif de plus de **5 milliards d'euros** pour la sécurité sociale. La progression de l'Ondam en valeur a été contenue à 2,7 %, au lieu de 3 % dans les prévisions initiales, soit un apport de 400 millions à l'amélioration du solde des régimes de sécurité sociale.

Le déficit de la branche maladie a ainsi été réduit de 3,1 milliards d'euros et ceux des branches vieillesse et famille de, respectivement, 1,8 et 1,7 milliard.

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

² La loi de financement pour 2011 avait, en sens inverse, constaté un accroissement, tout aussi inhabituel, du déficit initialement prévu pour 2009 de 10,3 milliards d'euros.

Par rapport aux montants révisés de la loi de financement pour 2011, adoptés il y a un an, les soldes définitifs pour 2010 affichent **un résultat un peu moins dégradé** puisque le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base leur est inférieur d'un milliard d'euros. Cet écart tient, là encore, à la fois à des produits plus dynamiques et des charges moins élevées que prévu.

Le tableau ci-après permet de retracer cette évolution.

Evolution du tableau d'équilibre 2010 de l'ensemble des régimes obligatoires

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2010	LFSS pour 2011	PLFSS pour 2012
Maladie	- 14,5	- 11,9	- 11,4
Vieillesse	- 12,6	- 11,0	- 10,8
Famille	- 4,4	- 2,9	- 2,7
AT-MP	- 0,7	- 0,6	- 0,7
Total	- 32,2	- 26,5	- 25,5

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

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

Ce régime affiche un déficit global de **23,9 milliards d'euros** en 2010, au lieu de 20,3 milliards en 2009 et 10,2 milliards en 2008, soit 3,6 milliards de plus en un an et 13,7 milliards de plus en deux ans.

- Environ la moitié de ce déficit provient de la **branche maladie**, à hauteur de **11,6 milliards**, soit pratiquement au même montant qu'en 2009 (10,6 milliards) mais bien plus qu'en 2008 lorsque ce déficit était en outre, avec 4,4 milliards d'euros, inférieur à celui de la branche vieillesse. Ce faisant, la branche maladie retrouve exactement son plus haut niveau historique, celui de 2004, à 11,6 milliards. Ce résultat s'explique pour l'essentiel par une reprise encore insuffisante de la croissance des produits pour faire face aux charges de la branche, les premiers progressant de 2,4 % par rapport à 2009 tandis que les secondes augmentaient de 2,9 %.

- La **branche vieillesse**, devenue déficitaire en 2005, voit à nouveau son déséquilibre se creuser avec un solde négatif de **8,9 milliards d'euros**, au lieu de 7,2 milliards en 2009 et 5,6 milliards en 2008. Le déficit de la branche représente ainsi 8,7 % des charges de la branche. Cette dégradation traduit le dynamisme toujours soutenu des dépenses de prestations vieillesse malgré une moindre revalorisation des pensions de retraite et une baisse du volume de départs anticipés pour carrière longue (158 000 en 2010 au lieu de 219 000 en 2009). Le nombre de pensionnés aura au total progressé en 2010 comme en 2009, soit de 3,5 %.

• La **branche famille** enregistre une forte augmentation de son **déficit, qui atteint 2,7 milliard d'euros**, soit sensiblement plus que le déficit de 1,8 milliard de 2009 et de 342 millions de 2008. Ce résultat est principalement lié à la contribution accrue de la branche famille au FSV au titre du financement des majorations de pension pour enfants (85 % de la prise en charge en 2010 au lieu de 70 % en 2009).

• La **branche accidents du travail-maladies professionnelles** enregistre **un déficit de 700 millions d'euros** au même niveau qu'en 2009. La branche a été systématiquement déficitaire depuis 2002, à l'exception de 2008 où elle a enregistré un excédent de 200 millions.

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

Evolution du tableau d'équilibre 2010 du régime général

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2010	LFSS pour 2011	PLFSS pour 2012
Maladie	- 14,5	- 12,1	- 11,6
Vieillesse	- 10,7	- 9,1	- 8,9
Famille	- 4,4	- 2,9	- 2,7
AT-MP	- 0,8	- 0,6	- 0,7
Total	- 30,5	- 24,8	- 23,9

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

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

Après les soldes positifs de 800 millions d'euros en 2008 et de 200 millions en 2007, qui succédaient à plusieurs années de déséquilibres importants, le FSV a renoué en 2009 avec le déficit. Celui-ci s'est alors établi au montant particulièrement élevé de 3,2 milliards. En 2010, il atteint près d'un milliard de plus avec **4,1 milliards d'euros**. Dans la prévision initiale, le fonds devait même enregistrer 4,5 milliards de déficit.

Ce déficit représente le taux encore jamais atteint de 23,3 % des charges du fonds.

Ce mauvais résultat s'explique par **la conjonction de plusieurs facteurs négatifs** : la dégradation du marché de l'emploi, la chute du solde de la contribution de solidarité des sociétés (C3S) affecté au FSV, une nouvelle contribution du fonds à la branche vieillesse au titre des périodes d'arrêt maladie.

Les produits du FSV se sont ainsi élevés à 9,8 milliards d'euros, tandis que les charges se sont établies à 13,8 milliards.

Ce décalage, imputable pour partie à l'effet de ciseaux que connaît le fonds, au gré de l'évolution de la conjoncture économique, présente aussi un caractère structurel, comme l'a régulièrement souligné la Cour des comptes, qui déplore cette année encore dans son rapport « *l'insuffisance des ressources affectées au FSV* ».

Au 31 décembre 2010, le FSV connaissait un **déficit cumulé de 7,3 milliards d'euros**, au titre des déficits des exercices 2009 et 2010. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert de cette dette à la Cades.

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

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) avait été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 à 162,4 milliards d'euros ; la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 l'a maintenu au même niveau.

Le présent article établit le montant des dépenses constatées en 2010 à un niveau légèrement inférieur, soit **161,8 milliards d'euros**, ce qui représente 640 millions d'euros de moins que l'objectif initialement fixé.

L'Ondam a ainsi, **pour la première fois depuis 1997, été respecté**. Les dépenses de soins de ville ont progressé légèrement moins que prévu et les dépenses hospitalières, plus dynamiques, ont pu être contenues grâce au non dégel d'une partie des crédits mis en réserve, conformément aux préconisations du groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie.

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

Le montant des ressources affectées au fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2010 est fixé par cet article à **2,3 milliards d'euros**, soit à un niveau supérieur au 1,5 milliard de 2009 et au 1,8 milliard de 2007 et 2008, ainsi qu'aux prévisions du projet de loi de financement initial pour 2010 qui avait inscrit 1,5 milliard.

Le FRR a en effet bénéficié de produits exceptionnels issus de la vente de la dernière licence de téléphonie mobile de troisième génération, pour 300 millions d'euros, et de la mise aux enchères des dernières fréquences disponibles, pour 600 millions d'euros.

Le reste, soit 1,4 milliard, provient du produit de la fraction du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital qui est due au FRR.

Au 31 décembre 2010, la valeur de marché du portefeuille du FRR atteignait **37 milliards d'euros**, soit 4,3 milliards de plus qu'à la fin 2009 et 2,5 milliards de plus que le niveau atteint par ce portefeuille avant la crise (34,5 milliards fin 2007). Cette progression résulte de la poursuite du rebond des marchés financiers depuis le printemps 2009 ; elle correspond à une performance du portefeuille de 4,2 % en 2010.

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

Ce paragraphe propose d'approuver le montant de la dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) en 2010, soit **5,1 milliards d'euros**, au lieu de 5,3 milliards en 2009.

Ce montant est conforme à celui voté en loi de financement pour 2011 qui l'avait fixé à un montant légèrement supérieur à celui de la loi de financement initiale pour 2010, soit 5 milliards.

Le montant de la dette amortie, qu'il est proposé d'approuver, correspond à la différence entre le produit de la CRDS et de la CSG enregistré en 2010, soit 8,1 milliards d'euros, augmenté de quelques produits annexes (350 millions), et la charge d'intérêt de la dette portée par la Cades (3,3 milliards).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II – La position de la commission

• Sur les tableaux présentés

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

La Cour prend toutefois en compte les observations présentées il y a un an tant par le Gouvernement que par votre commission ; elle semble en effet reconnaître l'utilité de disposer de présentations agrégées dès lors que le détail des comptes figure bien dans les documents informatifs mis à la disposition du Parlement.

Recommandations de la Cour des comptes relatives aux tableaux d'équilibre et à l'information du Parlement sur les comptes sociaux :

1. Intégrer aux annexes de la loi ou du projet de loi de financement de la sécurité sociale une ventilation détaillée des produits et des charges, indiqués dans les tableaux d'équilibre sous la forme de montants globaux.
2. Pour l'élaboration des tableaux d'équilibre, éliminer l'ensemble des transferts internes et mettre fin aux pratiques de contractions de produits et de charges. Si les contractions visant à assurer une présentation à caractère économique de l'évolution des produits et des charges devaient être confirmées, il conviendrait alors de développer l'information du Parlement sur les règles d'élaboration des tableaux d'équilibre (nature des règles ; nature et portée des changements).
3. Parfaire l'information financière procurée par le tableau patrimonial, en homogénéisant les méthodes de comptabilisation des opérations de même nature entre les entités de son périmètre et en améliorant la présentation des postes d'actif non financier.

Dans ce contexte, votre commission réaffirme son intérêt pour des **tableaux d'équilibre présentés sous les deux aspects - agrégés et non agrégés - de manière, à la fois, à respecter les règles comptables et à permettre une présentation économiquement et pédagogiquement pertinente des comptes des organismes de sécurité sociale.**

• **Sur la situation des comptes**

En 2010, le déficit du régime général a atteint un montant sans précédent, soit 23,9 milliards d'euros. Si l'on ajoute au déficit des régimes obligatoires de base celui du FSV, on atteint le chiffre totalement inédit, « *historique* » selon la Cour des comptes, de presque **30 milliards d'euros** (29,8 milliards), soit trois fois les montants observés avant la crise.

Le déficit du régime général s'était en effet stabilisé autour de 10 milliards d'euros entre 2004 et 2008. Depuis, il s'est installé aux environs de 20 milliards, les déficits pour 2011 et 2012 affichant également cet ordre de grandeur.

**Soldes par branche du régime général
sur la période 2004-2010**

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie	- 11,6	- 8,0	- 5,9	- 4,6	- 4,4	- 10,6	- 11,6
Accidents du travail	- 0,2	- 0,4	- 0,1	- 0,5	0,2	- 0,7	- 0,7
Vieillesse	0,3	- 1,9	- 1,9	- 4,6	- 5,6	- 7,2	- 8,9
Famille	- 0,4	- 1,3	- 0,9	- 0,2	- 0,3	- 1,8	- 2,7
Total régime général	- 11,9	- 11,6	- 8,7	- 9,5	- 10,2	- 20,3	- 23,9

Ces chiffres font apparaître à quel point le cadre structurel dans lequel le système a dû affronter la crise économique était pénalisant.

Le dernier rapport de la Cour des comptes l'indique clairement : « *Le niveau exceptionnellement élevé des déficits ne s'explique que partiellement par la crise économique. Moins de la moitié de celui du régime général provient de la faiblesse de la conjoncture : les facteurs structurels expliquent environ 0,7 point d'un déficit qui a représenté 1,2 point de PIB en 2010.* »

Il est naturellement très regrettable que notre pays n'ait pu aborder la crise dans de meilleures conditions. Le socle de déficit de 10 milliards d'euros, apparu en 2002-2003 lors du dernier ralentissement économique, n'a pu être maîtrisé. Cet état de fait, tout en accroissant les difficultés d'un retour à l'équilibre rapide, constitue **une menace avérée pour la survie même du système de protection sociale** car le nouveau socle de déficit de 20 milliards ne peut être durablement pris en charge.

Année après année, il a pour effet d'accroître significativement la dette sociale et de mobiliser pour son remboursement des sommes importantes qui font défaut pour assurer l'équilibre des comptes actuels.

Le Gouvernement estime que la réforme des retraites, engagée il y a un an, et celle de l'hôpital ont apporté une réponse au déséquilibre structurel de la sécurité sociale. Votre commission ne partage pas cet avis, comme d'ailleurs la Cour des comptes dans son dernier rapport qui insiste, au-delà de la nécessaire maîtrise des dépenses, sur l'indispensable mobilisation de nouvelles recettes.

**Recommandations de la Cour des comptes
relatives à l'équilibre des comptes sociaux :**

1. Revenir à l'équilibre des comptes sociaux selon un calendrier rapproché. En conséquence, intensifier la maîtrise des dépenses sociales, notamment d'assurance maladie et augmenter les recettes en agissant prioritairement sur les « niches » sociales.
2. Mettre fin au sous-financement structurel du FSV.
3. Affecter des ressources supplémentaires à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles afin d'assurer un équilibre pérenne de ses comptes et son désendettement.

Votre commission prend donc acte de la situation des comptes sociaux en 2010. Elle déplore leur caractère profondément dégradé qui est, certes, pour partie imputable à la crise économique et financière de 2008-2009, mais résulte aussi et surtout d'un socle de déséquilibre structurel important, non résolu au cours des années précédentes.

Aussi, elle vous demande de rejeter cet article.

Article 2

**Approbation du rapport figurant en annexe A
présentant la situation patrimoniale de la sécurité sociale et décrivant les
modalités d'affectation des excédents
et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2010**

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement qui décrit, d'une part, pour la première fois, la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2010, d'autre part, comme chaque année, les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés en 2010, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du A du I)

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

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

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

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

Pour tenir compte des observations de la Cour des comptes et pour respecter l'article 2 de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, le Gouvernement complète l'annexe A du présent projet de loi de financement par un tableau présentant la situation patrimoniale

de la sécurité sociale. Ainsi, à partir de cette année, l'annexe A comporte deux parties distinctes.

1°) La situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2010

Le tableau qui figure, pour la première fois, à l'annexe A est complété par un certain nombre de développements et commentaires dans l'annexe 9 du PLFSS.

Son champ recouvre les régimes obligatoires de base, le fonds de solidarité vieillesse (FSV), la Cades et le fonds de réserve pour les retraites (FRR). Sur cet ensemble, **le passif net** ou « dette » de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres, **représentait 87,1 milliards d'euros au 31 décembre 2010, soit l'équivalent de 4,5 points de Pib ou d'un peu plus de deux mois de prestations versées par ces organismes.** Ce passif net a augmenté de 21 milliards par rapport à celui constaté au 31 décembre 2009, qui était de 66,3 milliards.

L'accroissement ainsi constaté est dû au déficit des régimes de base et du FSV pour l'année 2010, soit 29,6 milliards d'euros, minoré de l'amortissement de la dette portée par la Cades, soit 5,1 milliards, et des recettes affectées au FRR, soit 2,2 milliards, sur cette même année.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie, à savoir 50,7 milliards, dont les deux tiers environ sont constitués des actifs détenus par le FRR, du besoin en fonds de roulement, c'est-à-dire de la différence de 19,3 milliards entre les actifs et passifs circulants, ainsi que des immobilisations et provisions, **l'endettement financier s'élevait à 146,8 milliards d'euros au 31 décembre 2010**, au lieu de 124,7 milliards au 31 décembre 2009.

2°) La couverture des déficits constatés sur l'exercice 2010

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010, présentés à l'article premier, font apparaître des déficits pour chacune des quatre branches de la sécurité sociale, que ce soit pour les régimes obligatoires de base ou le régime général, ainsi que pour le FSV.

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

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

• Le régime général

Le rapport rappelle que les comptes du régime général ont été déficitaires de 23,9 milliards d'euros en 2010, les soldes négatifs enregistrés par chacune des branches s'élevant respectivement, à 11,6 milliards pour la

maladie, 8,9 milliards pour la vieillesse, 2,7 milliards pour la famille et 700 millions pour la branche AT-MP.

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

« Pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il avait été décidé dans le cadre exceptionnel de l'année 2010 de ne pas procéder sur cette année à des reprises de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale. Aussi, le Gouvernement avait pris les engagements nécessaires pour que le déficit global du régime général pour les exercices 2009 et 2010 puisse être financé par l'Acoss, avec l'appui de l'agence France Trésor, au moyen de ressources non permanentes dans la limite des plafonds fixés par les lois de financement de la sécurité sociale. »

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

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

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

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert de ces déficits cumulés 2009 et 2010 à la Cades.

• **Les régimes de base autres que le régime général**

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

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

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

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

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

Deux régimes toutefois ne bénéficient pas de ces divers mécanismes d'équilibrage et ont enregistré en 2010 des résultats déficitaires :

- la branche retraite du régime des exploitants agricoles dont le déficit s'est élevé à 1,3 milliard d'euros, après 1,2 milliard en 2009. En 2010, elle a été financée par appel au secteur bancaire, dans le respect du plafond fixé par la loi de financement pour 2010, soit 3,5 milliards. Le présent projet de loi de financement organise la reprise de ces déficits et leur transfert à la Cades (article 20) ;

- la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) qui a, pour la première fois, enregistré en 2010 un déficit de 500 millions d'euros. Compte tenu des réserves antérieures de la caisse, ce déficit a pu être autofinancé.

• Les organismes concourant au financement des régimes

Pour 2010, un seul organisme est mentionné dans cette annexe - le fonds de solidarité vieillesse (FSV) -, le Ffipsa ayant été supprimé à compter du 1^{er} janvier 2009.

Le résultat du FSV pour l'exercice 2010 est déficitaire, à hauteur de **4,1 milliards d'euros**.

Le fonds n'ayant pas de réserve, son déficit est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

Comme par ailleurs il n'a pas le droit d'emprunter, il possède une dette à l'égard de la Cnav, au titre de la prise en charge des cotisations vieillesse des chômeurs. Cette dette est **financée, comme le déficit de la Cnav, par les emprunts de trésorerie de l'Acoss**.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert des déficits cumulés 2009 et 2010 du FSV, soit 7,3 milliards d'euros, vers la Cades.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté neuf amendements de nature rédactionnelle portant à la fois sur le titre et sur le contenu de l'annexe A.

III - La position de la commission

• Sur le tableau patrimonial

En application de l'article 2 de la loi organique du 13 novembre 2010, la Cour des comptes a, pour la première fois, émis un avis sur « *la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos* ».

L'avis de la Cour des comptes sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2010

En application du 2° du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le tableau patrimonial au 31 décembre 2010 qui figurera à l'annexe A de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, ainsi que sur les éléments d'information complémentaires qui seront intégrés à l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année, établis sous la responsabilité du ministère chargé des comptes publics.

A l'issue de ces vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 fournit une image cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2010, sous réserve des trois observations suivantes :

1. La qualité de l'information relative aux actifs est affectée par la mention de leur seule valeur nette et le regroupement à une même rubrique des créances et des produits à recevoir des prélèvements sociaux qui financent la sécurité sociale.

2. La grande diversité des pratiques comptables des entités du périmètre du tableau patrimonial et le manque d'informations disponibles sur certains éléments affectent l'exhaustivité de l'imputation des actifs et passifs circulants ainsi que la correcte et exhaustive élimination des soldes réciproques entre entités.

3. Pour 2010, les opinions exprimées par les auditeurs externes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial, du fait notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne.

Par ailleurs, la Cour appelle l'attention du lecteur du tableau patrimonial sur les éléments suivants :

- la Cades retrace en engagements hors bilan dans l'annexe à ses comptes les montants correspondant aux transferts des déficits des branches du régime général et du FSV décidés par les lois de financement annuelles de la sécurité sociale. Elle constate des dettes uniquement au moment du versement des fonds à leurs bénéficiaires. Par conséquent, le tableau patrimonial au 31 décembre 2010 ne retrace pas les impacts des transferts de déficits à la Cades en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (dans la limite de 130 milliards d'euros au total). En revanche, il intègre les dettes contractées par l'Acoss afin de financer les déficits des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV relatifs aux exercices 2009 et 2010 (- 50,1 milliards d'euros au total) qui sont transférés à la Cades au cours de l'année 2011 ;

- dans le tableau patrimonial au 31 décembre 2010, les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la Cades au titre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui prévoient le versement annuel de 2,1 milliards par le FRR à la Cades entre 2011 et 2024, soit 29,4 milliards au total, ont été neutralisées en raison de l'absence de comptabilisation par la Cades de créances sur le FRR (elle mentionne les montants correspondants en engagements hors bilan dans l'annexe à ses comptes). Au regard du bilan du FRR, les dotations et réserves indiquées au titre de cet organisme sont par conséquent majorées, tandis que les passifs circulants sont minorés. Cette remarque n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres, mais uniquement sur leur ventilation entre FRR et Cades ;

- à la différence des autres entités comprises dans le périmètre du tableau patrimonial, le FRR valorise les actifs financiers qu'il détient à leur valeur de marché (avis n° 2003-07 du CNC du 24 juin 2003). De ce fait, le montant des valeurs mobilières de placement détenues par le FRR au 31 décembre 2010 (33,9 milliards d'euros) incorpore des écarts positifs d'estimation (plus-values latentes) d'un montant de 0,7 milliard au regard de leur valeur d'acquisition (montant non significatif à fin 2009).

Il ressort de ces observations que des améliorations pourront et devront être apportées à ce tableau patrimonial au cours des exercices suivants, en particulier pour améliorer l'information du Parlement, ce qui était la raison première de son instauration.

Néanmoins, l'insertion de ce tableau dans le projet de loi de financement permet d'ores et déjà de lever la réserve qu'avait émise la Cour sur le traitement de la Cades au bilan de l'Etat.

• **Sur la couverture des déficits**

Votre commission ne peut qu'émettre **les plus vives critiques sur le choix fait par le Gouvernement de laisser s'accumuler les déficits en les couvrant par des emprunts de trésorerie.**

Une telle situation, même exceptionnelle, n'est pas de bonne gestion. Si le Gouvernement l'a justifiée à la fois par l'ampleur de la crise et le niveau historiquement bas des taux d'intérêt à court terme, elle comportait néanmoins de très grands risques.

Votre commission réaffirme donc une nouvelle fois, comme le fait également la Cour des comptes régulièrement, que **l'Acoss n'a pas pour mission de porter dans ses comptes des déficits qui dépassent le stade infra-annuel.**

La commission vous demande de rejeter cet article.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ANNÉE 2011

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3

(art. L. 134-3, L. 134-5 et L. 134-5-1 du code de la sécurité sociale)

Plafonnement des compensations bilatérales maladie

Objet : Cet article vise à plafonner les compensations bilatérales entre la Cnam et quatre régimes spéciaux au titre de la maladie.

I - Le dispositif proposé

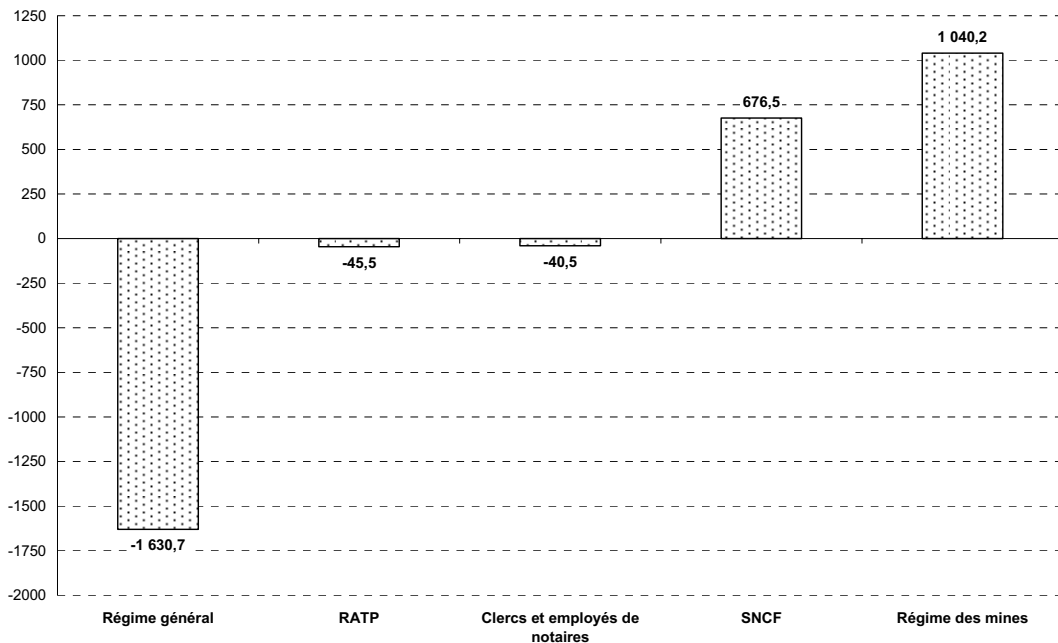
La prise en charge du risque maladie n'est pas universelle et relève de caisses différentes. Afin de pallier leurs situations démographiques contrastées, il a été institué, dès les années 50, divers mécanismes de compensations entre elles.

Cet article concerne les **compensations bilatérales** maladie, qui représentent des transferts entre, d'une part, le régime général, d'autre part, chacun des quatre régimes spéciaux encore concernés¹. Elles visent à déterminer ce que serait l'équilibre de ces derniers s'ils fonctionnaient dans les mêmes conditions que le régime général, tant en termes de taux de cotisations que de remboursement des prestations.

Les régimes de la RATP et des clercs et employés de notaire sont légèrement contributeurs ; en revanche, le régime général est débiteur de 1,6 milliard d'euros en 2011 au profit des régimes de la SNCF et des mines.

¹ Du fait de l'intégration dans le régime général, la compensation avec le régime de la Banque de France a été supprimée en 2008 ; de même, en 2011 pour le régime de l'Enim (établissement national des invalides de la marine).

Transferts de compensation bilatérale maladie en millions d'euros en 2011



Lecture : le régime général est débiteur de 1,6 milliard d'euros, celui des mines créancier de 1 milliard.

*Source : direction de la sécurité sociale,
rapport à la commission des comptes
de la sécurité sociale, septembre 2011*

Or, les compensations reposent en fait sur des conventions de calcul, qui peuvent aboutir à « sur-équilibrer » un régime : ainsi, le solde de la branche maladie du régime de la SNCF est redevenu positif en 2009 à hauteur de 14,8 millions d'euros et de 173,3 millions en 2010 ; il est estimé à 74 millions en 2011 et à 104 millions en 2012. La contribution nette versée par le régime général, lui-même déficitaire, représente le tiers des produits du régime de la SNCF.

En revanche, la branche maladie du régime des mines reste légèrement déficitaire (66 millions d'euros en 2011) malgré une compensation bilatérale de plus d'un milliard d'euros, qui représente environ 80 % des produits du régime.

Le *b)* du 2° et le 3° de cet article modifient les articles L. 134-5 et L. 134-5-1 du code de la sécurité sociale pour **plafonner la contribution des régimes débiteurs à hauteur du déficit du régime spécial créancier**, respectivement pour ceux de la SNCF et des clercs et employés des notaires.

Inscrite en deuxième partie du PLFSS, cette mesure a vocation à s'appliquer **dès 2011**.

Enfin, l'étude d'impact annexée au PLFSS précise qu'elle sera ultérieurement complétée par des dispositions réglementaires visant à distinguer, dans les comptes des régimes spéciaux, ce qui relève du régime de base et ce qui provient du régime spécifique, afin de « *progresser sur la voie de la rationalisation des relations inter-régimes* ».

Par ailleurs, le 1° et le a) du 2° apportent une modification rédactionnelle dans les articles L. 134-3 et L. 134-5 relative au nom de la caisse de la SNCF. L'expression « *caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la SNCF* » est substituée à celle de « *caisse de prévoyance de la SNCF* ». En effet, alors que le régime était auparavant directement géré par l'entreprise *via* une caisse de prévoyance et de retraite non séparée, la mise en œuvre des normes comptables européennes et des réformes du secteur ferroviaire a conduit à la création d'une caisse autonome, dotée de la personnalité morale et érigée en organisme de sécurité sociale de droit privé¹.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

Dans son rapport annuel sur la sécurité sociale, publié en septembre 2010, la Cour des comptes constatait, en ce qui concerne les compensations bilatérales, que les calculs de transferts ne sont pas réalisés selon les dispositions réglementaires, ce qui fait supporter à la Cnam une charge injustifiée s'élevant en 2008 à 471 millions d'euros, soit 28 % de sa contribution.

La Cour concluait : « *les transferts de compensation démographique, notamment ceux découlant des compensations bilatérales, ne sont plus adaptés. Compte tenu de la diversité des mécanismes de transferts, une mise à plat est nécessaire pour simplifier et améliorer l'équité et la transparence dans les relations entre les régimes. Le régime général ne doit pas compenser les efforts contributifs insuffisants d'autres régimes.* »

Force est de constater que le PLFSS pour 2012 ne propose qu'une évolution ponctuelle des compensations bilatérales entre les régimes maladie, sans régler les problèmes de fond évoqués par la Cour des comptes. Pour autant, les perspectives d'adossement du régime des mines au régime général à l'horizon 2013 devrait continuer de contribuer au processus indispensable de transparence et de rationalisation.

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

¹ Décret n° 2007-730 du 7 mai 2007 relatif à la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français.

Article 4

**Rectification des prévisions de recettes
et des tableaux d'équilibre pour 2011**

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2011, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

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

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

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le déficit rectifié pour 2011 s'établit à **20,2 milliards d'euros**, au lieu de 22,4 milliards dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2011, **soit une moindre dégradation de 2,2 milliards d'euros**.

Par rapport aux prévisions rectifiées de la loi de financement rectificative du 28 juillet 2011, le déficit affiche un recul de 800 millions.

Cette évolution est essentiellement imputable à l'effet sur les recettes, à hauteur d'environ un milliard d'euros au titre des prélèvements sur les revenus d'activité, de l'amélioration de la progression de la masse salariale

dont la hausse est désormais estimée pour l'année 2011 à 3,7 % au lieu de 3,2 % en juin dernier et 2,9 % il y a un an.

Chacune des trois branches qui affichaient un solde négatif connaît un moindre déficit par rapport aux prévisions. La branche maladie voit, en 2011, son déficit diminuer de 1,7 milliard d'euros par rapport à l'objectif de la loi de financement initiale ; pour la branche vieillesse, la baisse est de 400 millions et pour la branche famille de 100 millions. Seule la branche AT-MP affiche un excédent, au montant inchangé d'environ 100 millions.

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

Le régime général devrait enregistrer un déficit de **18,2 milliards d'euros** en 2011, au lieu de 20,9 milliards dans les prévisions initiales, soit **une moindre dégradation de 2,7 milliards**, ce qui correspond à près de 13 % du montant voté il y a un an. Par rapport au collectif de juillet, l'amélioration est de 1,3 milliard puisqu'il était alors prévu un déficit du régime général de 19,5 milliards pour 2011.

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

Soldes par branche du régime général en 2011

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2011	Loi de financement rectificative pour 2011	Projet de loi de financement pour 2012
Maladie	- 11,5	- 10,3	- 9,6
Vieillesse	- 6,8	- 6,4	- 6,0
Famille	- 2,7	- 2,8	- 2,6
AT-MP	0,1	0,0	0,0
Total régime général	- 20,9	- 19,5	- 18,2

Chacune des trois branches qui devaient afficher un solde négatif voit son déficit prévisionnel s'amoinrir : la maladie de 1,9 milliard, la vieillesse de 800 millions et la famille de 100 millions. La branche AT-MP connaît une légère baisse de son excédent, à moins de 100 millions d'euros.

Comme pour l'ensemble des régimes de base, dont le régime général représente près des trois quarts des dépenses, l'amélioration de la situation des comptes des différentes branches est essentiellement imputable à **une tenue des recettes meilleure qu'initialement envisagé**, grâce à une progression de la masse salariale de 3,7 %, soit un niveau désormais proche de son augmentation moyenne sur longue période. S'y est ajouté l'apport de plusieurs nouvelles recettes, notamment liées à la réforme des retraites.

On constate en outre des prestations un peu moins élevées que prévu, notamment pour la branche maladie.

Aussi, l'effet ciseaux, entre les recettes et les dépenses, qui avait considérablement creusé le déficit en 2009 et 2010, s'inverse en 2011 : **l'augmentation des produits est supérieure de plus de deux points à celle des charges**, ce qui correspond à des hausses respectives de 5,3 % et de 3,2 %.

Au total en 2011, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits serait donc de 94,3 %**, en amélioration sensible par rapport à 2010 où il était de 92,7 % et par rapport à 2009 où il était de 93,5 %.

Taux de couverture des charges par les produits pour les branches du régime général en 2011

(en milliards d'euros)

	Produits nets	Charges nettes	Taux de couverture
Maladie	147,8	157,4	93,9 %
Vieillesse	100,6	106,6	94,4 %
Famille	52,4	55,1	95,0 %
AT-MP	11,6	11,6	100 %
Total régime général	303,1	321,3	94,3 %

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

Comme en 2009 et 2010, un seul organisme concourt au financement des régimes de sécurité sociale en 2011, le fonds de solidarité vieillesse (FSV), en raison de la suppression du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa) à compter du 1^{er} janvier 2009.

Le FSV voit son déficit se creuser un peu moins que prévu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 envisageait un déficit de 3,9 milliards d'euros ; au mois de juin dernier, le collectif prévoyait un solde négatif de 4,1 milliards ; le présent projet de loi réduit ce chiffre en le fixant à **3,8 milliards**, ce qui représente **un moindre déficit de 100 millions par rapport aux prévisions initiales**.

Les recettes et les dépenses du fonds ont considérablement augmenté en 2011, dans les deux cas d'environ 4 milliards, du fait de son rôle dans le financement de la réforme des retraites. Néanmoins le déficit du fonds reste à un niveau très élevé qui représente plus de 20 % de ses dépenses.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission prend acte de la révision des prévisions initiales prévue par cet article. La légère amélioration constatée sur l'ensemble des soldes est naturellement une bonne nouvelle.

Cela étant et même si la barre symbolique des 20 milliards d'euros est franchie à la baisse pour le régime général, il n'en demeure pas moins que **ces déséquilibres restent insoutenables et constituent une menace pour la survie du système de protection sociale.**

La conjoncture de l'année 2011 a en effet favorisé cette légère embellie ; les perspectives économiques pour les années 2012 et 2013 risquent de la rendre très ponctuelle.

Le déficit du FSV est à lui seul emblématique de l'impéritie des dernières années. Avec 4 milliards environ d'impasse annuelle, il témoigne du refus du Gouvernement d'affecter les recettes nécessaires aux dépenses de solidarité en matière d'assurance vieillesse. Cette situation aurait déjà dû être corrigée, comme le recommande d'ailleurs, rapport après rapport, la Cour des comptes. Or, le pic de la crise étant passé, tel n'est toujours pas le cas. La réforme « structurelle » des retraites s'est limitée à prévoir une reprise de son déficit par la Cades jusqu'en 2018.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission vous demande de rejeter cet article.

Article 5

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

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2011, exercice en cours, l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et le montant des recettes mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

Conformément à ces dispositions, cet article corrige :

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

Cet objectif est **maintenu à 11,4 milliards d'euros**, soit au même montant que dans la loi de financement initiale.

Le produit attendu des recettes de la Cades devrait en effet atteindre 15,1 milliards d'euros, dont 6,1 milliards de CRDS, 5,5 milliards de CSG (correspondant à 0,2 point attribué par la loi de financement pour 2009 et 0,28 point par la loi de financement pour 2011), 2,1 milliards de versement du fonds de réserve pour les retraites et 1,5 milliard de prélèvement social sur les revenus du capital. Comme la charge d'intérêt nette devrait s'élever à 3,8 milliards, la Cades sera en mesure d'amortir 11,4 milliards d'euros cette année.

Ce montant est identique à celui envisagé il y a un an grâce au maintien de bonnes conditions de refinancement. Le taux de refinancement annuel moyen de la Cades est passé de 4,17 % en 2007 à 3,89 % en 2008, 3,38 % en 2009, 3,56 % en 2010 et 2,92 % sur les huit premiers mois de l'année 2011, soit **le taux le plus bas jamais constaté** par la caisse.

En conséquence, le montant de la dette sociale qu'il reste à amortir à la fin de l'année 2011 peut être évalué à **140,6 milliards d'euros**. Ce montant est en très forte augmentation par rapport aux données de la fin 2010 lorsqu'il restait à amortir 86,7 milliards d'euros. En effet, la reprise de dette prévue par la loi de financement pour 2011 a majoré la dette portée par la Cades de 65,3 milliards d'euros.

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

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

En effet, en application de la loi de financement pour 2011, les ressources antérieurement affectées au FRR, à savoir 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital et le produit des redevances dues pour les fréquences utilisées par les téléphones mobiles de troisième génération

(UMTS), ont été transférées soit à la Cades, pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la Cnav et du FSV, soit directement au FSV.

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

Ce montant est légèrement accru par rapport à la loi de financement initiale. Il est désormais **fixé à 0,39 au lieu de 0,35 milliard d'euros**.

Il correspond au produit de 0,2 point du prélèvement social sur les revenus du capital ainsi que de 0,77 point de forfait social. La loi de financement pour 2011 a prévu la mise en réserve de cette somme, au sein d'une section comptable spécifique du FSV, afin de permettre le financement du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants les plus proches de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés.

Aucun de ces trois montants n'avait été revu dans la loi de financement rectificative du 28 juillet 2011.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Prenant acte de ces évolutions et par cohérence avec ses positions précédentes, la commission vous demande de rejeter cet article.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

(art. 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010
de financement de la sécurité sociale pour 2011)

Déchéance des crédits inutilisés du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Objet : Cet article prend acte du montant des crédits du Fmespp qui sont prescrits au titre de l'année 2011, soit 57,981 millions d'euros.

I - Le dispositif proposé

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

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

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

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

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

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

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

Cet article, qui fait passer la contribution 2011 de l'assurance maladie au Fmespp de 347,71 millions d'euros à 289,72 millions, **prescrit ainsi une somme de 57,981 millions d'euros.**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

La commission prend acte de la déchéance de 57,981 millions d'euros de crédits du Fmespp. Si elle se félicite de cet exercice de transparence dont elle a elle-même pris l'initiative, elle regrette l'importance des crédits non consommés.

Qui pis est, elle n'est pas à même d'évaluer la situation financière du fonds, puisque le rapport annuel retraçant son activité n'a pas été transmis au Parlement avant l'examen du projet de loi de financement ; l'article 40 de la loi de financement pour 2011 prévoit pourtant qu'il doit l'être avant le 1^{er} octobre de chaque année.

Dans ces conditions, la commission vous demande de vous abstenir lors du vote de cet article.

Article 7

*(art. 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010
de financement de la sécurité sociale pour 2011)*

Augmentation de la contribution de l'assurance maladie aux agences régionales de santé pour 2011

Objet : Cet article vise à augmenter de 10 millions d'euros la participation des régimes d'assurance maladie au fonctionnement des ARS au titre de 2011.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique prévoit que les ressources des ARS sont constituées par une subvention de l'Etat, des contributions des régimes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), des ressources propres, dons et legs ainsi que, sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'établissements publics. Depuis la loi de financement pour 2011, les ARS pouvaient également recevoir des crédits du Fiqcs, mais l'article 36 du présent PLFSS supprime cette option en raison de la création du fonds d'intervention régional.

La contribution des régimes d'assurance maladie correspond notamment aux dépenses de personnel liées aux effectifs transférés aux ARS à l'occasion de la mise en œuvre de la loi HPST.

L'article 85 de la loi de financement pour 2011¹ a fixé le montant de cette contribution de gestion² à 151 millions. Or, selon le Gouvernement, le chiffre adopté il y a un an n'avait été qu'estimé, faute de connaissance de la rémunération, agent par agent, des effectifs transférés et il devrait être porté à 161 millions, soit une hausse de 6,6 %.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Selon les informations recueillies par votre rapporteur général, le nombre d'agents transférés s'élève à 1 693 et le Gouvernement en extrapole un coût de personnel de 133 millions d'euros, soit **78 626 euros par an par agent** ou 6 552 euros en moyenne par mois sur douze mois. Il serait **surprenant** que les agents transférés représentent une telle charge, même en incluant l'ensemble des charges sociales. Qui plus est, ce calcul est effectué comme si l'ensemble de ces agents étaient employés à temps plein ; or, selon la Cnam, le transfert des moyens en personnel des organismes d'assurance maladie vers les ARS ne représente que 1 267 équivalents temps plein.

Le Gouvernement ajoute à l'enveloppe 10 millions de « frais de fonctionnement », chiffrés selon des modalités de calcul non précisées et vraisemblablement forfaitaires, et 17 millions qui équivalent à une contribution que l'assurance maladie versait antérieurement aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Le montant des dépenses de personnel transférées de l'assurance maladie aux ARS paraissant **nettement surévalué** par le Gouvernement, **la commission vous demande de supprimer cet article.**

¹ Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

² S'y ajoute une contribution de 40 millions d'euros correspondant aux actions de prévention transférées de l'assurance maladie aux ARS.

Article 8

Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche

Objet : *Cet article a pour objet de rectifier pour 2011, exercice en cours, les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général.*

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

En conséquence, les tableaux présentés dans cet article rectifient les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base et du régime général pour 2011.

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

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

Objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base en 2011

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	183,5	181,3	- 2,2	- 1,2
Vieillesse	202,3	202,6	+ 0,3	+ 0,1
Famille	55,8	55,5	- 0,3	- 0,5
AT-MP	13,0	12,9	- 0,1	- 0,8
Toutes branches	449,0	442,1	- 6,9	- 1,5

Au total, la rectification des dépenses porte, à la baisse, sur **6,9 milliard d'euros**, soit une diminution de 1,5 % des dépenses prévues pour les régimes obligatoires de base en 2011.

A l'exception de la branche vieillesse, toutes les autres branches affichent un montant de dépenses en réduction, en particulier la branche maladie.

Cela étant, la majeure partie de la baisse observée résulte de modifications méthodologiques d'agrégation des comptes destinées à répondre à une demande récurrente de la Cour des comptes. Si l'on ne tient pas compte de ces considérations techniques, la baisse des dépenses est plus limitée, de l'ordre d'un milliard d'euros ; elle traduit néanmoins la bonne tenue de l'Ondam qui, en 2011, évolue moins vite que le Pib en valeur et les premiers effets de la réforme des retraites.

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

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

Objectifs de dépenses par branche du régime général en 2011

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	159,3	157,4	- 1,9	- 1,1
Vieillesse	106,8	106,6	- 0,2	- 0,2
Famille	55,3	55,1	- 0,2	- 0,4
AT-MP	11,6	11,6	0	0
Toutes branches	327,6	321,3	- 6,3	- 1,9

Au total, la rectification des dépenses atteint **6,3 milliards d'euros** pour le régime général, soit une diminution de 1,9 %. Toutes les branches affichent une baisse de leurs dépenses : de 1,9 milliard pour l'assurance maladie et de 200 millions pour la vieillesse et pour la famille.

Comme pour l'ensemble des régimes de base, une très large partie de cette diminution est due aux changements de méthode de calcul. Pour le reste, elle traduit le respect de l'Ondam au niveau de 2,9 %, ainsi que les effets, sur une demi-année, du relèvement de quatre mois des âges légaux de la retraite en application de la réforme votée à l'automne 2010.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission prend acte du respect global des objectifs de dépenses pour chacune des branches en 2011.

Par cohérence avec ses positions précédentes, elle vous demande de rejeter cet article.

Article 9

Montant et ventilation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2011

Objet : Cet article maintient à son niveau fixé l'an dernier l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et rectifie sa ventilation pour l'année 2011.

I - Le dispositif proposé

• L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, « *rectifie [...] l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale* ».

Le pilotage annuel de l'Ondam est désormais complété par un **encadrement pluriannuel fixé dans les lois de programmation des finances publiques** issues de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008. La loi de programmation du 28 décembre 2010 fixe une trajectoire d'évolution de l'Ondam de 2,9 % en 2011 puis 2,8 % chaque année jusqu'en 2014¹.

Le **pilotage infra-annuel** de l'Ondam a également été renforcé sur la base des recommandations formulées par le groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie.

En 2011 et pour la première fois, un avis obligatoire du comité d'alerte de l'Ondam a été rendu à la mi-avril, en complément de l'avis publié au mois d'octobre.

Conformément à une recommandation du rapport Briet, la loi de programmation du 28 décembre 2010 précitée dispose qu'une partie des dotations relevant de l'Ondam, dont le montant ne peut être inférieur à 0,3 % de l'objectif voté, est mise en réserve au début de chaque exercice. 530 millions d'euros ont été mis en réserve au titre de l'Ondam 2011, ce qui respecte l'objectif légal.

¹ Article 8 de la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014.

• Le présent article **maintient le montant prévisionnel de l'Ondam fixé à 167,1 milliards d'euros** par l'article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ce montant correspond à une progression de 2,9 % par rapport à l'objectif arrêté pour 2010. Pour la seconde fois depuis 1997, l'objectif initial devrait donc être respecté, alors qu'un dépassement de 45 millions d'euros était anticipé en juin 2011. Le détail des prévisions par sous-objectif est présenté dans le tableau ci-après.

Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'Ondam 2011

PRÉVISION 2011, en milliards d'euros	Sous-objectifs arrêtés 2010	Prévision 2011	Taux d'évolution	Sous-objectifs arrêtés 2011	Exécution par rapport à l'objectif 2011
Soins de ville	75,2	77,3	2,7 %	77,3	0,0
Établissements de santé	70,9	72,9	2,7 %	72,9	0,0
Établissements et services médico-sociaux	15,2	15,8	4,1 %	15,8	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,3	7,6	4,4 %	7,6	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,9	8,3	3,9 %	8,3	0,0
Autres prises en charge	1,0	1,1	5,9 %	1,1	0,0
ONDAM TOTAL	162,4	167,1	2,9 %	167,1	0,0

Source : annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 :
« Ondam et dépense nationale de santé », p. 5.

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale paru en septembre dernier présente le détail de la réalisation des sous-objectifs de l'Ondam :

- le sous-objectif **soins de ville** sera respecté et pourrait même connaître une sous-consommation de 200 millions d'euros ;

- les dépenses relatives aux **établissements de santé** devraient connaître l'évolution la plus dynamique. Le sous-objectif pour les établissements de santé tarifés à l'activité serait dépassé de 300 à 400 millions et celui relatif aux cliniques privées le serait de 130 millions. Cette accélération des dépenses serait compensée par une moindre dépense de 120 millions des cliniques privées en 2010 et par les 530 millions mis en réserve au début de l'année 2011 ;

- les deux sous-objectifs **médico-sociaux** portant sur les établissements et services pour personnes âgées, d'une part, et pour personnes handicapées, d'autre part, présentant la particularité de constituer une enveloppe fermée, ils ne peuvent par conséquent être dépassés.

Concernant les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge, un dépassement de 40 millions d'euros était anticipé qui, selon le rapport précité, devrait être compensé par de moindres dépenses de soins des Français à l'étranger.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

La commission est évidemment sensible à la nécessité de contenir les dépenses d'assurance maladie, si l'on souhaite le maintien de la qualité du système de santé et d'un haut niveau de protection sociale pour l'ensemble des Français.

Elle formule toutefois trois observations.

En premier lieu, elle s'interroge à nouveau cette année sur le bien-fondé d'avoir accordé le même taux de progression aux sous-objectifs soins de ville et établissements de santé. D'abord, cette équivalence ne paraît pas justifiée par des enjeux spécifiques de santé publique ou d'accès aux soins ; ensuite, la prévision d'exécution de l'Ondam pour 2011 révèle une sous-budgétisation des dépenses de soins hospitaliers en même temps qu'une sous-exécution de l'objectif soins de ville. Ce constat implique une réflexion globale sur la construction et le découpage de l'Ondam.

En outre, pour la deuxième année consécutive, une partie des dépenses de l'Ondam a été gelée en début d'année. Ce gel concerne pour l'essentiel les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) et semble devoir s'appliquer d'une année sur l'autre aux mêmes dépenses. Cette pratique conduirait dans les faits à **sacrifier certaines dépenses dont une grande partie est destinée à des hôpitaux déjà en difficulté** au nom du nécessaire respect d'autres dépenses dont on ne parvient pas à assurer autrement la régulation.

Enfin, suivant en cela une recommandation de la Cour des comptes, la commission estime qu'**un suivi plus approfondi des mesures d'économies est indispensable** pour analyser l'exécution de l'Ondam et sa construction pour les années à venir. Ce suivi est d'autant plus nécessaire que la régulation des dépenses ne peut se faire au détriment des besoins de santé de la population française.

Pour ces motifs, **la commission vous demande de rejeter cet article.**

TROISIÈME PARTIE

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

Section 1

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

*Article additionnel avant l'article 10 A
(art. 1001 du code général des impôts,
art. L. 137-15 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale)*

Taxation des contrats solidaires et responsables

Objet : *Cet article additionnel a pour objet de revenir à la situation antérieure à la loi de finances rectificative du 19 septembre 2011 en ce qui concerne la taxation des contrats d'assurance maladie solidaires et responsables, afin de maintenir en leur faveur l'application d'un taux réduit de 3,5 % au lieu du taux de 7 %.*

Trois raisons au moins militent en faveur de cet article additionnel :

- la hausse de la taxation, intervenue dans la loi de finances rectificative du 19 septembre 2011, ne pourra que contribuer à aggraver **les difficultés d'accès aux soins** que rencontrent nombre d'assurés, du fait du renchérissement quasi certain des primes qu'ils devront acquitter auprès des organismes d'assurance complémentaire ;

- le rapport du comité d'évaluation des niches fiscales et sociales de juin 2011 a explicitement **recommandé le maintien de ce taux réduit de taxation**, au motif qu'il permet de « *préserver un avantage compétitif sur les contrats moins encadrés et, en conséquence, de ne pas affaiblir l'incitation qu'ils constituent sur le comportement des usagers* » ; il serait très regrettable de voir une offre de contrats non responsables se développer à la suite de cette mesure ;

- la taxation de ces contrats responsables a fait l'objet d'une augmentation à deux reprises en moins d'un an, puisqu'avant la loi de finances pour 2011, ces contrats étaient totalement exonérés de la taxe.

Le coût de ce retour à la situation antérieure représente **1,1 milliard d'euros**.

Le présent article additionnel propose de le compenser, pour moitié par une **hausse du forfait social** (compte tenu des évaluations actuelles, elle serait d'un peu moins de **trois points**) et pour moitié par une **hausse du prélèvement social sur les revenus du capital** (soit une hausse de **0,5 point** de ce taux qui serait porté à 3,9 %).

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

*Article additionnel avant l'article 10 A
(art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale)*

Suppression de la franchise sur les médicaments

Objet : Cet article additionnel a pour objet de supprimer la franchise sur les médicaments.

Depuis le 1^{er} janvier 2008¹, une franchise a été mise en œuvre sur :

- les médicaments (50 centimes d'euros par boîte), à l'exception de ceux délivrés pendant une hospitalisation ;

- les actes des auxiliaires médicaux, qui regroupent principalement ceux délivrés par les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes (50 centimes d'euros par acte) ;

- les transports sanitaires (2 euros par transport).

Deux objectifs étaient poursuivis : dégager des ressources pour financer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, la lutte contre le cancer et les soins palliatifs ; responsabiliser les patients sur des postes de dépenses particulièrement dynamiques.

Le rendement de ce dispositif est estimé à **877 millions d'euros** pour 2010, dont **85 % au titre des médicaments** (744 millions), 13 % des actes d'auxiliaires médicaux (111 millions) et 2 % des transports sanitaires (22 millions).

¹ Article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Les franchises concernent l'ensemble des régimes d'assurance maladie, sauf le régime des mines¹. Tous les assurés y sont assujettis, à l'exception des personnes mineures, des bénéficiaires de la CMU-c et de l'assurance maternité, ainsi que des pensionnés militaires d'invalidité. Au total, près de 19 millions d'assurés, soit **29 % de la population**, sont **exonérés du paiement des franchises**.

Deux limites ont été mises en place : le montant annuel par assuré est plafonné à 50 euros ; la participation journalière maximale est fixée à 2 euros pour les actes d'auxiliaires médicaux et à 4 euros pour les transports. 25 % des assurés **atteignent le plafond annuel de 50 euros**, ce qui représente en fait **35 % de la population concernée par les franchises** en excluant celle qui en est exonérée.

Surtout, **la moitié des personnes en affection de longue durée (ALD) atteint le plafond annuel**. D'ailleurs, le montant total de franchise à la charge des personnes en ALD est de 352 millions d'euros en 2010, soit 40 % du total.

La mise en œuvre de la franchise a certainement permis le développement important des grands conditionnements, contenant en général trois mois de traitement, pour les médicaments utilisés dans le cadre de maladies chroniques (diabète, cholestérol, hypertension ou insuffisance cardiaque). Selon le Gouvernement², un effet de rattrapage a eu lieu, mais la moindre progression de ces grands conditionnements annonce la fin prochaine de la période de montée en charge rapide du dispositif.

La création des franchises répondait notamment à l'objectif de responsabilisation des patients et des professionnels et passait par l'imposition d'un certain niveau de reste à charge pour les inciter à réguler la consommation médicale. De ce fait, les contrats d'assurance complémentaire ne peuvent bénéficier du label « responsables » et du différentiel de taxation qui y est associé (différentiel en nette réduction) que s'ils ne remboursent pas les franchises.

Or, comme le relève une étude de l'Irdes³, ce raisonnement suppose que les individus soient des « consommateurs éclairés » qui choisissent leur consommation de médicaments au regard du coût des soins et de leur utilité. Ainsi, 88 % des personnes interrogées dans cette étude ont déclaré ne pas avoir modifié leurs consommations de médicaments, mais **les changements**

¹ Elles n'y ont pas été appliquées, car ce régime se caractérise historiquement par la gratuité des soins pour ses assurés. Dans le cadre du projet de fusion de ce régime avec le régime général, l'article 42 du présent PLFSS prévoit d'ailleurs que « les assurés et leurs ayants droit bénéficient de la gratuité des soins ».

² Rapport du Gouvernement au Parlement « Evaluation de la mise en œuvre de la franchise sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires », transmis le 20 octobre 2011.

³ « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? », par Bidénam Kambia-Chopin et Marc Perronnin, in *Questions d'économie de la santé*, n° 158, octobre 2010, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

sont plus fréquents chez les individus disposant de faibles ressources et ceux en mauvaise santé.

L'étude conclut clairement que, **plus le revenu augmente, moins la mise en place de la franchise a affecté le comportement.** Un même cumul de franchises représente un effet financier d'autant plus élevé que les individus disposent d'un faible revenu. Les bénéficiaires de la CMU-c étant exonérés des franchises, on peut estimer que **les plus touchés sont les assurés éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS) et ceux dont les revenus sont un peu au-dessus du barème de l'ACS** ; en effet, les contrats responsables excluent nécessairement le remboursement des franchises. A cet égard, il est reconnu que l'ACS est loin d'atteindre son public, puisque seulement 26 % de la population éligible en est bénéficiaire.

L'étude publiée par l'Irdes conclut que, *« pour ces deux populations [individus disposant de faibles ressources et ceux en mauvaise santé], les franchises représentent une charge financière significative ayant pour effet une perte d'accès aux médicaments »*. Ces résultats sont proches d'une enquête réalisée en 2005 sur l'impact de la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations et les actes de biologie.

Enfin, le circuit économique du médicament a été largement remis en cause ces dernières années, tant du fait de crises sanitaires que de l'importance des dépenses qui y sont liées. Les procédures de fixation des prix et des taux de remboursement sont trop complexes et opaques. Certes, le comité économique des produits de santé (Ceps) qui négocie les prix avec les entreprises a réorienté son action, mais il devient **urgent d'opérer une remise à plat globale de la politique du médicament** en France.

C'est dans ce cadre que doit s'inscrire la suppression de la franchise sur les médicaments.

Pour tous ces motifs, la commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 10 A

(art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale)

Transparence des frais des assurances complémentaires santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la communication annuelle aux assurés des frais de gestion et d'acquisition des organismes complémentaires.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Dans le débat sur la hausse de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance appliquée aux contrats solidaires et responsables, le Gouvernement a, à de multiples reprises, indiqué que les acteurs de ces contrats, et singulièrement les mutuelles, avaient les moyens de ne pas répercuter la hausse de la taxe sur leurs tarifs, en raison notamment du niveau élevé de leurs réserves.

Le secteur des complémentaires, mutuelles comme assurances, a dénoncé ces affirmations, faisant valoir, à l'inverse, qu'il ne serait pas possible de ne pas répercuter, au moins partiellement, la hausse de la taxe sur les assurés.

Aussi, dans un but de plus grande transparence, l'Assemblée nationale a souhaité, par un ajout à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, **rendre obligatoire, pour les contrats responsables, la communication annuelle aux assurés du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition** affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Elle a prévu que ces frais devront être exprimés en pourcentage des cotisations ou primes afférents au risque couvert, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Cette mesure vient s'ajouter au rapport que doit établir chaque année la Drees, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, sur la situation financière des organismes assurant une protection complémentaire d'assurance maladie.

II - La position de la commission

Votre commission n'est pas opposée à une plus grande transparence dans l'appréciation des coûts respectifs de la protection complémentaire et de l'assurance obligatoire en matière de santé.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 10 B

**Rapport au Parlement sur le coût des organismes
d'assurance maladie**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit le dépôt d'un rapport au Parlement comparant le coût et le niveau des prestations offerts par l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Prenant acte de l'amélioration sensible des coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire, passés en quelques années de 4 % à 3 %, notamment grâce au développement de l'informatisation, les auteurs de l'amendement ont souhaité être éclairés sur les écarts de coût de gestion avec le secteur complémentaire.

Aussi, avant le 31 août 2012, le Gouvernement devra remettre au Parlement un rapport présentant une analyse comparative des coûts de gestion et du niveau des prestations servies au regard des cotisations versées, entre les organismes d'assurance maladie obligatoire, d'une part, et les mutuelles et les organismes privés d'assurance complémentaire, d'autre part.

II - La position de la commission

Votre commission est tout à fait favorable à cet article ajouté par l'Assemblée nationale.

L'un des enjeux de la réflexion à mener au cours des prochaines années est en effet de déterminer le bon partage entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires, au bénéfice des assurés, car il s'agit de pouvoir proposer à ceux-ci **la meilleure prise en charge au moindre coût.**

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 10
(art. L. 137-16 du code de la sécurité sociale)

Augmentation du forfait social

Objet : *Cet article a pour objet de porter à 8 % le taux du forfait social, institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 sur un certain nombre d'assiettes exonérées de cotisations sociales.*

I - Le dispositif proposé

1°) La multiplication des « niches sociales »

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

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

- **les éléments de rémunération exclus de tout prélèvement social**, comme les titres restaurant, les chèques vacances dans les entreprises de plus de cinquante salariés, l'aide financière pour les services à la personne ou les avantages versés par les comités d'entreprise ;

- **les éléments de rémunération exonérés de cotisations sociales mais soumis à la CSG et à la CRDS** : intéressement, participation, abondement à un plan d'épargne, contribution des employeurs à la retraite supplémentaire ou à la prévoyance complémentaire, contribution patronale aux chèques vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés, etc.

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

Le tableau ci-après fournit le détail de ces montants, en précisant notamment la moindre recette estimée pour la sécurité sociale en 2012.

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Assiette exemptée	Cotisations équivalentes
Participation financière et actionnariat salarié	18,3	2,8
<i>dont : participation</i>	7,0	
<i>intéressement</i>	6,7	
<i>plan d'épargne en entreprise (PEE)</i>	1,4	
<i>stock-options</i>	3,2	
Protection sociale complémentaire en entreprise	17,6	2,9
<i>dont : prévoyance complémentaire</i>	12,6	
<i>retraite supplémentaire</i>	4,6	
<i>plan d'épargne retraite collective (Perco)</i>	0,4	
Aides consenties aux salariés	7,4	2,3
<i>dont : titres restaurant</i>	3,2	
<i>chèques vacances</i>	0,9	
<i>avantages accordés par les comités d'entreprise</i>	3,0	
<i>Cesu préfinancé</i>	0,3	
Indemnités de rupture	4,7	1,2
<i>dont : indemnités de licenciement</i>	3,8	
<i>indemnités de mise à la retraite</i>	0,0	
<i>Indemnités de rupture conventionnelle</i>	0,9	
Prime de partage des profits (LFRSS 2011)	2,9	0,4
Total	50,9	9,7

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

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

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

Evolution des principales exemptions d'assiette entre 2000 et 2009

Dispositifs	Montant en millions d'euros			Taux d'évolution annuel moyen
	Pour 2000	Pour 2005	Pour 2009	
Participation	4 502	7 000	5 911	3,1 %
Intéressement	3 394	5 700	5 664	5,9 %
Plans d'épargne salariale	856	1 300	1 239	4,2 %
Total épargne salariale	8 752	14 000	12 814	4,3 %
Titres restaurant	1 483	1 978	2 609	6,5 %
Retraite supplémentaire et prévoyance complémentaire	n.d.	12 904	15 328	4,4 %
Masse salariale	358 732	423 730	479 607	3,2 %

Source : annexe 5 du PLFSS pour 2012

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

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

2°) L'instauration d'un forfait social

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

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

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

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

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

- les contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de prévoyance, déjà assujetties à une contribution de 8 % conformément à l'article L. 137-1 ;

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

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

A contrario, sont passibles du forfait social :

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

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

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

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

• **L'article L. 137-16** fixe le taux de la contribution ; l'article 13 de la loi de financement pour 2009 l'avait fixé à 2 % ; en application de l'article 16 de la loi de financement pour 2010, il a été doublé et porté à 4 % ; l'article 19 de la loi de financement pour 2011 l'a fixé à 6 %.

Il prévoit par ailleurs l'affectation du produit de cette contribution. Depuis 2011, la Cnam qui en recevait la totalité auparavant, n'en perçoit plus que la part correspondant à un taux de 1,65 %. Le reste, soit le produit de 4,35 %, est affecté au fonds de solidarité vieillesse (FSV) et, sur cette part, 0,77 % servent à financer les mesures de solidarité votées dans le cadre de la réforme des retraites.

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

Le rendement de cette contribution est devenu significatif puisqu'il est estimé à un peu plus de **1,1 milliard d'euros** pour l'année 2011.

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

3°) Les modifications proposées

Le 1^o du présent article prévoit le **relèvement à 8 % du taux** du forfait social à compter du 1^{er} janvier 2012, grâce à une modification de l'article L. 137-16. Ce relèvement rapporterait environ **410 millions d'euros supplémentaires**.

Au 2^o, il est prévu que **la totalité de ce prélèvement supplémentaire sera affectée à la Cnam** qui recevra donc le produit correspondant à un taux de 3,65 % au lieu de 1,65 % précédemment, le reste étant attribué au FSV.

Selon l'évaluation annexée au projet de loi, une telle augmentation ne devrait pas porter atteinte au dynamisme des avantages consentis aux salariés, notamment du fait du différentiel encore très important avec le taux de droit commun appliqué aux salaires, soit 30,48 % de cotisations patronales de base.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **trois amendements** tendant à **tirer les conséquences de la hausse du forfait social** prévue par cet article **sur la taxation des contributions des employeurs au financement de la prévoyance complémentaire**. Comme ces dernières étaient soumises à une contribution spécifique de 8 %, la hausse du forfait social à 8 % permet de supprimer leur régime particulier et de les intégrer dans l'assiette du forfait social, qui a une vocation générale pour les niches sociales.

La dérogation existante en faveur des employeurs de moins de dix salariés qui sont exonérés de la contribution sur les sommes qu'ils versent pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance au bénéfice de leurs salariés est néanmoins maintenue.

La répartition du produit du forfait social est ajustée pour tenir compte de ce basculement : la Cnam bénéficiera de la part de son produit correspondant au taux de 5 % et le FSV de la part équivalent à 3 % et au sein de cette dernière part, 0,5 % seront affectés au financement des mesures de solidarité de la réforme des retraites.

III - La position de la commission

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

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

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

Dans son analyse sur les éléments de rémunération que touche le forfait social, le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, qui a rendu son rapport au mois de juin 2011, fournit de nombreux éléments pour justifier une nouvelle hausse du forfait social.

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

Les montants versés en 2009 (relatifs aux bénéficiaires 2008) aux salariés au titre de la participation représentaient en moyenne 4,8 % de la rémunération des salariés. Ceux versés au titre de l'intéressement représentaient en moyenne 4,5 % de leur rémunération. L'ensemble des dispositifs de distribution de revenu (participation, intéressement, abondement d'un PEE, abondement d'un Perco) a représenté 16,2 milliards d'euros en 2008, correspondant en moyenne pour les bénéficiaires à un surcroît de rémunération équivalent à 7,1 % de leur salaire.

Pour l'année 2009, le complément de rémunération annuelle dégagé par l'ensemble des dispositifs s'élève à 2 104 euros par salarié dans les entreprises de dix salariés et plus. Il représente pour les salariés bénéficiaires un surcroît de rémunération correspondant en moyenne à 6,5 % de leur masse salariale.

Cette même année, 36,1 % des salariés du secteur marchand non agricole, hors intérim et secteur domestique, avaient accès à un dispositif d'intéressement. Dans les entreprises de dix salariés ou plus, 4,431 millions de salariés ont bénéficié d'une prime d'intéressement cette même année. En 2008, la proportion des salariés du secteur marchand non agricole, hors intérim et secteur domestique ayant accès à un dispositif de participation, était de 46,1 %. Cette même année, dans les entreprises de dix salariés ou plus, 5,472 millions de salariés ont bénéficié d'une prime de participation.

En 2009, 57 % des salariés du secteur marchand non agricole avaient accès à un dispositif d'intéressement, de participation ou autre dispositif d'épargne salariale. Parmi eux, sept millions ont effectivement reçu une prime au titre de la participation ou de l'intéressement ou bénéficié d'un abondement de l'employeur sur les sommes qu'ils ont versées sur un PEE ou un Perco.

La participation aux résultats de l'entreprise, obligatoire dans les entreprises de plus de cinquante salariés, reste le dispositif le plus répandu (46 % des salariés couverts en 2008) ; viennent ensuite les PEE (41 %) et l'intéressement (36 %). Créé en 2003, le Perco poursuit son développement et concerne désormais près de 10 % des salariés : 680 millions d'euros ont ainsi été déposés sur un Perco en 2009, soit 3 % de plus que l'année précédente.

Le rythme d'augmentation des éléments assujettis au forfait social 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 %. D'après le rapport Cotis, on peut évaluer à l'équivalent d'un point de PIB l'effet de substitution entre ces sommes, qui ne sont pas assujetties à cotisations, et le reste de la masse salariale.

Les sommes qui entrent dans l'assiette du forfait social sont concentrées dans certains secteurs, bénéficient surtout aux salariés des grandes entreprises, notamment celles où les salaires sont élevés :

- Les dispositifs d'épargne salariale sont particulièrement développés dans les secteurs où les grandes entreprises sont nombreuses : secteur de l'énergie, certaines activités de l'industrie telles que la « fabrication de matériels de transport » les « industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution » et la « fabrication d'équipements électriques, électroniques, informatiques, fabrication de machines » où plus de 80 % des salariés sont couverts par au moins un dispositif. Ces dispositifs sont également répandus dans la banque et les assurances (huit salariés sur dix), où ils ne se limitent pas qu'aux grandes entreprises.

- Les salariés des grandes entreprises sont les principaux bénéficiaires des dispositifs d'épargne salariale. 93,7 % des salariés employés dans des entreprises de plus de cinq cents salariés étaient couverts par au moins un dispositif en 2009. Seulement 16,7 % des salariés des entreprises de moins de cinquante salariés et 11,6 % des salariés employés dans une entreprise de moins de dix salariés étaient couverts.

- Selon les travaux de la Dares, les dispositifs de participation, d'intéressement, PEE et Perco sont plus fréquents dans des entreprises proposant les salaires les plus élevés. 71 % des salariés ont accès à au moins un dispositif dans les entreprises où le salaire moyen dépasse 25 150 euros (7^e décile), contre 27 % dans celles où il est inférieur à 14 570 euros (3^e décile).

En outre, les dispositifs prévoyant un abondement de l'employeur en fonction des versements effectués par les salariés bénéficient plutôt aux salariés les mieux rémunérés. En particulier, l'abondement d'un PEE ou d'un Perco est conditionné par l'existence de versements des salariés (issus de leur participation, de leur intéressement ou de versements volontaires). Selon la dernière enquête sur ce sujet (enquête Réponse 2004-2005, Dares), les versements sur les PEE étaient supérieurs chez les cadres.

Votre commission approuve donc la hausse du forfait social proposée par cet article. Elle la juge néanmoins extrêmement timide et considère que **ce forfait devrait être fixé à un niveau beaucoup plus proche de celui des cotisations sur les revenus salariaux**. L'étude d'impact annexée au projet de loi souligne d'ailleurs que le taux du forfait social est « *très modéré surtout si on le compare aux taux appliqués aux rémunérations salariales ordinaires* ».

C'est pourquoi, elle a choisi de **gager deux des mesures qu'elle propose sur la hausse du forfait social** :

- **la suppression de l'augmentation de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance au titre des contrats responsables et solidaires** ; selon les évaluations annexées au projet de loi, le manque à gagner en résultant serait d'environ 1,1 milliard d'euros pour la sécurité sociale, soit un peu moins de **six points** de forfait social ;

- **la suppression de la franchise sur les médicaments**, ce qui représenterait un manque à gagner d'environ 750 millions, soit un peu moins de **quatre points** de forfait social.

Au total, votre commission propose donc de porter le forfait social à **18 %**, c'est-à-dire dix points de plus que la hausse prévue par le présent article.

Le produit de ces hausses devra être affecté, en priorité, à la Cnam mais également au FSV qui, tous deux, souffrent d'un **manque structurel de recettes**.

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

Article 10 bis

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

**Exonération de cotisations sociales sur les aides à domicile
à destination des familles fragiles**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit de rétablir le dispositif d'exonération de cotisations sociales sur les rémunérations des aides à domicile destinées aux familles fragiles.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 200 de la loi de finances pour 2011 a supprimé la franchise de cotisations patronales dont bénéficiaient les prestataires agréés ou déclarés intervenant auprès de publics dits « non fragiles ».

Antérieurement, l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale distinguait en effet deux régimes :

- celui relatif aux aides à domicile intervenant auprès de publics dits « fragiles » - personnes âgées de plus de soixante-dix ans, personnes dépendantes, invalides ou handicapées ou ayant un enfant handicapé -, pour lesquelles une exonération complète de cotisations patronales (hors cotisations d'accidents du travail) était prévue ;

- celui applicable à la rémunération des salariés employés par des associations ou entreprises agréées qui interviennent auprès des autres publics, considérés comme « non fragiles », pour lesquels seule était prévue une franchise de cotisations (à l'exclusion des cotisations d'accidents du travail), dans la limite du Smic.

Ce second régime ayant été supprimé l'année dernière, les salariés concernés ont dès lors été soumis au régime de droit commun des exonérations de cotisations sociales, c'est-à-dire l'allégement dégressif applicable dans la limite de 1,6 Smic.

Après quelques mois d'application, il apparaît que les associations et autres structures intervenant non pas auprès des personnes âgées ou handicapées mais auprès des familles « fragiles » éprouvent de grandes difficultés à équilibrer financièrement leur mission d'aide à domicile, du fait de la disparition de l'exonération. Cela revient à pénaliser lourdement les familles pour lesquelles l'accompagnement social apparaît tout à fait nécessaire lorsqu'elles doivent faire face à une période difficile.

Le dispositif voté à l'Assemblée nationale propose donc d'élargir le champ de l'exonération applicable aux aides à domicile au profit des publics « fragiles » en y ajoutant l'accompagnement des familles en difficulté qui en sont pour l'instant exclues.

II - La position de la commission

Votre commission est tout à fait favorable à cette mesure et regrette que, lors de la suppression, voici un an, de l'exonération de charges sociales pour les services à la personne assurés par des organismes agréés, le cas des familles fragiles n'ait pas été suffisamment bien identifié.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 10 ter
(art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale)
**Abaissement du plafond d'exonération applicable
aux indemnités de rupture**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit d'abaisser le plafond d'exonération de cotisations sociales applicable aux indemnités de rupture.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale qui fixe l'assiette des cotisations sociales exclut de celle-ci, au douzième alinéa, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail ou de la cessation forcée de fonctions, inférieure à un montant fixé à **trois fois** la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale.

L'article voté à l'Assemblée nationale propose d'abaisser ce montant en le fixant à **deux fois** la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 72 744 euros en 2012.

II - La position de la commission

Votre commission soutient cette mesure qu'elle complètera d'ailleurs, par voie d'article additionnel, pour assujettir aux cotisations sociales, dès le premier euro, les plus grosses indemnités de rupture.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 10 ter
(art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale)
Taxation des indemnités de rupture

Objet : *Cet article additionnel a pour objet de soumettre aux cotisations sociales, dès le premier euro, les indemnités de rupture d'un montant supérieur à dix plafonds annuels de la sécurité sociale.*

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale qui fixe l'assiette des cotisations sociales prévoit explicitement, au douzième alinéa, que les indemnités versées à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail ou de la cessation forcée de fonctions, parfois qualifiées de « parachutes dorés », d'un montant supérieur à **trente fois** la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale sont soumises à cotisations sociales.

Le présent article additionnel propose d'abaisser ce plafond, en le faisant passer à la valeur de **dix plafonds annuels**, soit 363 720 euros, au lieu de 1 091 160 euros dans la situation actuelle.

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

Article 10 quater

(art. L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale)

**Aménagement de la contribution sur les rémunérations
versées à des tiers**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à aménager, en le simplifiant, le dispositif de taxation des rémunérations versées à des tiers, mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, prévoit l'assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages alloués à des salariés par des personnes tierces, au motif qu'ils s'apparentent à des rémunérations. Afin de faciliter le paiement de ces cotisations et contributions, il a été instauré une contribution libératoire égale à 20 % des avantages perçus lorsque les rémunérations versées pour un an n'excèdent pas la valeur du Smic calculée pour un mois.

Le présent article vise à simplifier les règles de versement de la contribution libératoire en le mettant à la charge de la personne tierce.

Dans le même souci de simplification, il prévoit que, pour les sommes non soumises à la contribution libératoire, c'est-à-dire supérieures à l'équivalent d'un Smic mensuel par an, les cotisations et contributions dues seront uniquement celles que prévoit la loi et non celles qui pourraient être par exemple liées à la catégorie professionnelle du salarié.

II - La position de la commission

La commission approuve la mesure de simplification proposée et **vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article additionnel avant l'article 11
(art. 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007
en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat)
Abrogation des exonérations sociales et fiscales
sur les heures supplémentaires

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'abroger l'article 1^{er} de la loi Tepa qui a instauré un mécanisme d'exonération de cotisations sociales et d'impôt sur le revenu sur les heures supplémentaires et complémentaires.

Tant le rapport du Conseil des prélèvements obligatoires d'octobre 2010 sur les niches fiscales et sociales des entreprises que le rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales de juin 2011 ont montré **la faible efficacité** du dispositif de la loi Tepa. Dans ce dernier rapport, la « niche » obtient une note de 1, sur une échelle allant de 0 à 3, la note 3 étant la plus élevée et la meilleure en termes d'efficacité.

Dans une période de très faible croissance, comme l'ont montré un certain nombre d'analystes, un tel mécanisme constitue un véritable **frein à l'embauche**, les entreprises étant tentées d'ajuster leur emploi salarié par le biais du recours à des heures supplémentaires. Dans certains cas aussi, il s'agit uniquement de profiter de l'effet d'aubaine lié aux exonérations de cotisations sociales.

Ce dispositif est par ailleurs **très coûteux**, environ **4,5 milliards d'euros** pour les finances publiques, dont **3,4 milliards** pour les seules finances sociales.

**« Panier fiscal » affecté à l'exonération des heures
supplémentaires (2008-2012)**

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés	943	553	823	850	1 041
TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées	2 122	2 069	1 970	1 970	1 970
Droit de consommation sur les tabacs	-	396	326	144	450
Total	3 065	3 018	3 120	2 965	3 462
Coût de l'exonération	3 026	3 065	3 189	3 361	3 462
Solde	+ 39	+ 47	- 69	- 396	-

Si l'ensemble des coordinations nécessaires à l'attribution du panier des recettes fiscales de compensation à la sécurité sociale ne peut être effectué dans le présent PLFSS, la commission estime néanmoins que **ces recettes doivent revenir aux organismes de sécurité sociale** et contribuer, à due concurrence, à la réduction de leurs déficits.

La situation extrêmement tendue des finances publiques, et particulièrement des comptes sociaux, justifie que cette mesure inefficace soit abrogée.

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

Article 11

(art. L. 131-8, L. 241-13, L. 241-2 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2 et L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime, art. 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, art. 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008)

Prise en compte des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux

Objet : Cet article vise à réintégrer les heures supplémentaires et complémentaires dans la base de calcul des allègements généraux de cotisations sociales.

I - Le dispositif proposé

Les allègements généraux de cotisation correspondent à une exonération dégressive de cotisations sociales patronales sur les rémunérations des salariés comprises entre 1 et 1,6 fois le Smic.

En l'état actuel, la formule de calcul du taux de ces allègements dits Fillon ne tient pas compte des rémunérations relatives aux heures supplémentaires et complémentaires (pour les salariés à temps partiel) versées par les employeurs à leurs salariés, et qui bénéficient elles-mêmes d'une réduction spécifique de cotisations sociales depuis l'instauration de la loi Tépà d'août 2007. Celle-ci a en effet explicitement prévu **la neutralisation des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction Fillon.**

La conséquence est que les heures supplémentaires ou complémentaires ouvrent droit à l'exonération générale au même taux qu'une heure « normale » alors même qu'elles sont payées davantage en raison des règles de majorations de la rémunération au titre de ces heures.

Comme l'a souligné le Conseil des prélèvements obligatoires dans son rapport d'octobre 2010 sur les niches fiscales et sociales bénéficiant aux entreprises, cette situation conduit à aider deux fois plus l'employeur qui recourt à des heures supplémentaires que celui qui rémunère un salarié globalement au même niveau sur l'année, sans que ce salarié accomplisse d'heures supplémentaires, c'est-à-dire sur la base d'un salaire horaire plus élevé.

Dans ce dernier cas, l'employeur n'a en effet pas droit aux exonérations spécifiques liées aux heures supplémentaires et par ailleurs, 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.

Comme le rapport du conseil des prélèvements obligatoires, l'étude d'impact annexée au projet de loi pointe des pratiques d'optimisation, estimant que, dans certains cas, le surplus d'exonération permis par la législation actuelle entraîne **des effets de substitution d'heures supplémentaires à des hausses de salaire sur le temps de travail normal.**

C'est pour mettre un terme à cet avantage que le Gouvernement propose, par cet article, d'intégrer la rémunération afférente aux heures supplémentaires dans le calcul du coefficient d'allègement. Il organise par ailleurs l'affectation du produit de cette mesure.

• **Prise en compte des heures supplémentaires et complémentaires dans le calcul des allègements généraux**

A cet effet, le **paragraphe I** modifie l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale qui détermine les règles de calcul du montant de la réduction. Cet article avait été entièrement remanié dans la loi de financement pour 2011 pour permettre la mise en œuvre du calcul annualisé des allègements généraux. Désormais, le coefficient de réduction sera fonction du rapport entre la rémunération annuelle du salarié et le Smic calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu.

• **Affectation du produit de la mesure**

Sur un rendement total attendu de **600 millions d'euros** en 2012, le Gouvernement propose d'en attribuer une moitié aux organismes de sécurité sociale, et l'autre au panier de recettes fiscales compensant les exonérations accordées au titre des heures supplémentaires et complémentaires.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 131-8 du même code qui répartit le produit des impôts et taxes entre les différents organismes et fonds de la sécurité sociale, en ce qui concerne deux catégories de taxes :

- **la taxe sur les salaires** qui viendra alimenter la Cnav à hauteur de 59,03 % de son produit au lieu de 59,9 % actuellement et la Cnaf pour 24,27 % au lieu de 23,4 % ;

- **le droit de consommation sur les tabacs** qui sera versé pour 58,10 % à la Cnam, pour 7,86 % à la Cnav, pour 15,44 % à la branche maladie du régime des exploitants agricoles, pour 1,89 % au régime d'assurance vieillesse complémentaire des exploitants agricoles, pour 9,18 % aux branches famille et action sociale du régime des salariés agricoles, pour 0,6 % à divers régimes (Enim, Sncf, RATP, etc.), pour 0,31 % au Fcaata, pour 1,48 % au Fnal, pour 1,25 % au FSV et pour 3,89 % à la compensation des exonérations liées aux heures supplémentaires et complémentaires.

Le **paragraphe III** prévoit une répartition différente du droit de consommation sur les tabacs inscrite à l'article L. 131-8 **au seul titre de l'année 2012**, avec une proportion légèrement moindre de droits tabacs pour la branche maladie et légèrement supérieure pour la branche famille, afin de garantir à celle-ci ses ressources conformément à ce qui a été prévu lors de l'affectation de recettes de compensation du prélèvement de CSG effectué sur ses ressources au profit de la Cades.

Le **paragraphe IV** effectue une coordination à l'article L. 241-2 relatif aux ressources de la branche maladie pour tenir compte de la nouvelle rédaction de l'article L. 131-8 et pour mentionner la part du produit de la taxe sur les salaires en faisant référence à l'article 1001 du code général des impôts.

Les **paragraphes V, VI et VII** modifient, respectivement, les articles L. 241-6 du code de la sécurité sociale et L. 731-2 et L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime pour y faire référence aux ressources mentionnées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe VIII** abroge, par coordination, l'article 61 de la loi de finances pour 2005 qui effectuait la répartition du droit de consommation sur les tabacs.

Le **paragraphe IX** modifie l'article 53 de la loi de finances pour 2008 relatif à la compensation des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires, afin de tenir compte de la nouvelle rédaction de l'article L. 131-8.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

Votre commission approuve cette mesure de rationalisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales qui permet la suppression d'un avantage pouvant conduire à des situations de réelle inéquité et à des effets d'aubaine pour certaines entreprises.

Elle rappelle néanmoins **sa profonde hostilité aux exonérations de cotisations applicables aux heures supplémentaires et complémentaires**, mises en place par l'article 1^{er} de la loi Tepas. Celles-ci sont en effet à la fois extrêmement coûteuses, près de 3,5 milliards d'euros, et contre-productives. Elle propose d'ailleurs de les supprimer grâce à l'adoption d'un amendement portant article additionnel avant l'article 11.

De la même manière, votre commission estime **indispensable de mener une réflexion approfondie sur l'ensemble des allègements généraux de cotisations sociales**. Plus de 20 milliards d'euros y sont consacrés ; il conviendrait d'avoir une approche plus fine à leur égard afin de privilégier les situations dans lesquelles ils ont la plus grande efficacité en termes d'emploi.

Au bénéfice de ces observations, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 11
(art. L. 241-19 du code de la sécurité sociale)
Abrogation des exonérations sociales et fiscales
sur les heures supplémentaires

Objet : Cet article additionnel a pour objet de mieux cibler les allègements généraux de cotisations sociales.

Dans de récents rapports, la Cour des comptes et le Conseil des prélèvements obligatoires ont montré **la nécessité d'engager une réflexion approfondie sur les allègements généraux de cotisations sociales**.

En effet, d'un montant supérieur à 20 milliards d'euros, ceux-ci permettent de réduire le coût du travail le moins qualifié mais ce indistinctement, quels que soient les secteurs économiques ou la taille des entreprises par exemple.

S'il est difficile d'en mesurer l'impact exact en termes d'emploi, celui-ci est néanmoins reconnu et le rapport Guillaume de juin 2011 leur accorde une note de 3.

La situation extrêmement tendue des finances publiques, et singulièrement des comptes sociaux, rend néanmoins nécessaire que les règles générales actuelles d'allègements soient affinées.

Tel est l'objet de cet article additionnel qui ouvre une voie en proposant que les entreprises de plus de vingt salariés qui emploient plus de 25 % de salariés à temps partiel voient leurs allègements de cotisations réduits de 2 %.

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

Article 12

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

**Modification des règles d'abattement pour frais professionnels
au titre de la cotisation sociale généralisée et de la contribution
au remboursement de la dette sociale**

Objet : Cet article vise, d'une part, à ramener de 3 % à 2 % le taux de l'abattement pour frais professionnels sur les revenus soumis à la CSG, d'autre part, à supprimer cet abattement sur les revenus autres que le salaire et les allocations de chômage.

I - Le dispositif proposé

La CSG sur les salaires est actuellement calculée à partir des sommes perçues par les salariés minorées de 3 % au titre des frais professionnels. Cette même réduction est applicable à l'assiette de la CRDS.

Cet abattement vise à **assurer une égalité entre les salariés et les non-salariés** puisque ces derniers peuvent déduire un certain nombre de frais professionnels de leurs revenus d'activité soumis à la CSG.

Lors de la création de la CSG, en 1990, cet abattement avait été fixé à **5 %**. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie l'a ramené à **3 %**, en raison à la fois des progrès intervenus dans la connaissance des revenus des indépendants et des possibilités accrues de prise en compte des frais professionnels pour les salariés.

Cette modification du taux d'abattement a été explicitement validée par le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 12 août 2004, par laquelle il a considéré, en se référant à la situation comparée des salariés et des non-salariés, « *qu'en abaissant de façon uniforme de 5 % à 3 % le taux de la réduction représentative de frais professionnels opérée sur le montant brut des revenus pris en compte pour l'établissement de la contribution sociale définie à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, le législateur a entendu prendre en compte les réformes intervenues au cours de la période récente en matière de déduction des frais professionnels (pour les salariés) et de connaissance des revenus (des non-salariés) en vue de rapprocher les situations réelles des salariés et des non-salariés ; qu'ainsi il n'a pas rompu de façon caractérisée l'égalité devant les charges publiques* ».

Enfin, l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a introduit un **plafonnement de l'abattement pour frais professionnels** fixé à quatre plafonds mensuels de la sécurité sociale (soit 11 784 euros en 2011).

L'étude d'impact annexée au projet de loi indique que **ce taux d'abattement peut faire aujourd'hui l'objet d'une nouvelle minoration**. Trois raisons sont invoquées :

- le caractère mixte (professionnel et privé) d'un certain nombre de frais couverts par ce type d'abattements : les frais de déplacement, les frais de repas, les frais liés à l'utilisation d'un téléphone ou d'un ordinateur ; ces frais peuvent difficilement être exclusivement considérés comme professionnels ; en outre, dans certains cas, ils sont pris en charge par les employeurs ;

- en matière de frais de transport, de frais de repas et de dépenses de téléphonie mobile, d'importantes évolutions ont eu lieu : l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a élargi la prise en charge des frais de transport par les employeurs ; des conditions d'utilisation plus larges ont été adoptées pour les salariés en matière de titres restaurants ; plus de 20 % des actifs sont désormais équipés d'un téléphone mobile professionnel et pour les autres, une part importante des frais d'abonnement peuvent être pris en charge par les employeurs ;

- le recours par les non-salariés à des associations de gestion agréées a crû de plus de cinq points depuis 2004, pour atteindre environ 80 %, ce qui contribue à limiter les frais professionnels effectivement déduits par cette catégorie d'acteurs.

En conséquence, au **2°** du **paragraphe I** du présent article, il est proposé de **réduire d'un point le taux de l'abattement pour frais professionnels en l'abaissant de 3 % à 2 %**.

Il est également proposé de **modifier le champ auquel s'applique cet abattement**, en le supprimant pour un certain nombre d'éléments de rémunération qui ne constituent pas des salaires et qui, en conséquence, selon l'étude d'impact du projet de loi, ne nécessitent pas une déduction pour frais professionnels. Il s'agit de :

- l'épargne salariale (PEE, PEI, Perco) ;
- l'intéressement et la participation ;
- le financement employeur de la protection sociale complémentaire en entreprise ;
- les indemnités versées lors de la rupture du contrat de travail (hors rappels de salaires) ;
- les indemnités perçues par les élus.

La suppression de l'application de l'abattement pour frais professionnels à ce type de revenus présentera également l'avantage de **simplifier et alléger les formalités des entreprises** qui devaient calculer à partir de ces différents éléments si le plafond de quatre fois la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale était ou non atteint et donc s'il y avait lieu ou non de plafonner l'abattement de 3 %.

A cet effet, le **3°** du **paragraphe I** complète le deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale qui fixe l'assiette et le taux de l'abattement forfaitaire de CSG au titre des frais professionnels, en indiquant que cette réduction ne s'applique pas aux divers éléments énumérés ci-dessus.

Le **1°** effectue une coordination, tendant à simplement maintenir la situation actuelle selon laquelle l'abattement pour frais professionnels ne s'applique pas aux indemnités journalières maladie, maternité et accidents du travail.

Le **paragraphe II** précise que l'abattement ne s'applique pas au bonus exceptionnel outre-mer prévu par l'article 3 de la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

Le **paragraphe III** supprime, au II de l'article L. 136-2, une disposition qui était d'application temporaire et est devenue caduque.

Selon l'étude d'impact, cette double modification du taux et du champ de l'abattement de CSG pour frais professionnels devrait rapporter **595 millions d'euros** à la sécurité sociale, dont 558 millions au titre de la CSG et 37 millions au titre de la CRDS.

Répartie par organisme affectataire, cette mesure contribuerait pour 393 millions à l'assurance maladie, 73 millions à la Cades, 62 millions au FSV, 60 millions à la Cnaf et 7 millions à la CNSA.

D'après les calculs du Gouvernement, pour un salarié au Smic, son impact devrait être d'**un euro par mois**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté **trois amendements**, dont un de nature rédactionnelle. Les deux autres ont pour objet :

- de **réduire davantage le taux de l'abattement de 2 % à 1,75 %**, soit **une économie supplémentaire d'environ 140 millions d'euros**. Proposé par la commission des finances, cet amendement avait pour objet de gager la suppression de l'article 13 relatif à l'assujettissement à la CSG du complément du libre choix d'activité ;

- de préciser que **l'indemnité de résidence des parlementaires sera également assujettie à 100 % à la CSG (et à la CRDS)**. En effet, si l'article L. 136-2 prévoit bien l'assujettissement à la CSG de l'indemnité parlementaire, de l'indemnité de fonction, de l'indemnité représentative de frais de mandat et des indemnités de fonction complémentaires, il n'y est pas fait mention de l'indemnité de résidence. Pour éviter toute ambiguïté, il a donc paru nécessaire d'apporter cette précision dans le cadre du présent article qui exclut tout abattement pour frais professionnels au titre de l'ensemble de ces indemnités.

III - La position de la commission

Votre commission approuve la modification du champ de l'abattement qui permet d'atteindre une « niche » et d'en rendre le produit à la sécurité sociale.

Sur l'abaissement du taux de l'abattement, elle constate que, sous couvert d'une meilleure équité entre les salariés et les non salariés, la mesure revient en fait à **accroître le montant de la CSG acquittée par les salariés.**

Prenant acte du vote de l'Assemblée nationale, **elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 13

(art. L. 136-2, L. 136-5 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale)

Assujettissement à la cotisation sociale généralisée du complément du libre choix d'activité et du libre choix d'activité optionnel

Objet : Cet article a pour objet de prévoir l'assujettissement à la CSG des prestations complémentaires à l'allocation de base de la Paje et d'en affecter le produit à la branche famille.

I - Le dispositif proposé

- Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, le **complément du libre choix d'activité (CLCA)** est une composante de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje). Il vient compléter l'allocation de base versée au titre de cette prestation.

Il est attribué au parent qui interrompt son activité professionnelle pour garder un enfant à la condition qu'il l'ait exercée précédemment avec validation de huit trimestres à l'assurance vieillesse dans les deux ans qui précèdent la naissance d'un premier enfant, dans les quatre ans s'il s'agit d'un second enfant ou dans les cinq ans pour les enfants de rang trois ou plus. Sauf pour le premier enfant, sont assimilées à de l'activité effective les périodes de perception des indemnités de chômage et d'un CLCA antérieur. L'allocation peut être allouée jusqu'au mois précédent le troisième anniversaire du dernier enfant ou pour une période de six mois lorsqu'il s'agit du premier enfant.

En 2011, son montant est le suivant :

- en cas de cessation totale d'activité : 380 euros, ou 560 euros si l'allocation de base de la Paje n'est pas perçue ;

- en cas d'activité à taux partiel : 245 euros si l'activité professionnelle est exercée à mi-temps et 426 euros si l'allocation de base n'est pas perçue ; 141 euros pour l'activité professionnelle comprise entre 50 % et 80 %, et 322 euros si l'allocation de base n'est pas perçue.

• Le **complément du libre choix d'activité optionnel (Colca)** est une allocation d'un montant plus important que le CLCA à taux plein, mais versé pendant une période plus courte. Il est conditionné à la cessation d'activité et au fait d'avoir au moins trois enfants.

En 2011, son montant s'élève à 801 euros si le bénéficiaire ne perçoit pas l'allocation de base de la Paje ou 620 euros dans le cas où il la perçoit.

Le CLCA et le Colca **ne sont pas imposables au titre de l'impôt sur le revenu**, puisqu'ils sont intégrés à la liste des prestations familiales - figurant à l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale - non soumises à cet impôt en application de l'article 81 du code général des impôts. Ils sont en revanche **assujettis à la CRDS, mais non à la CSG**.

En 2009, le CLCA a été versé à plus de 570 000 bénéficiaires ; il a représenté un coût de **2,3 milliards d'euros**. La même année, le Colca a été versé à 2 300 bénéficiaires pour un coût annuel de **18,3 millions d'euros**.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, le non-assujettissement du CLCA et du Colca à la CSG tient au seul fait qu'ils sont qualifiés de prestations familiales par le code de la sécurité sociale, alors qu'ils s'apparentent plutôt à des **revenus de remplacement** : *« ce sont des prestations destinées à compenser partiellement une perte de revenus normalement imposables, qui offrent un revenu de substitution à l'activité interrompue ou réduite, ayant vocation à suivre le même régime d'imposition que celui des ressources qu'ils remplacent »*.

En outre, cette étude relève que le rapport de juin 2011 sur les niches fiscales et sociales a qualifié ces deux prestations de revenus de remplacement au motif :

- qu'ils sont subordonnés à une cessation ou à une réduction d'activité et visent à compenser la perte de revenu qui en découle ;
- qu'ils ne sont pas soumis à des conditions de revenu ;
- qu'ils permettent l'acquisition de droits à retraite, dans le cadre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

C'est pourquoi, le présent article propose d'assujettir le CLCA comme le Colca à la CSG, en leur appliquant **le taux de droit commun pour les revenus de remplacement, soit 6,2 %**.

A cet effet, le **paragraphe I** modifie le III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale qui fixe la liste des revenus qui ne sont pas inclus dans l'assiette de la CSG. Il en exclut expressément le CLCA et le Colca et effectue quelques coordinations, notamment pour mentionner les prestations et

allocations concernées et éviter la référence à l'article 81 du code général des impôts.

Le **paragraphe II** complète le III de l'article L. 136-5 afin de prévoir les mêmes règles de recouvrement de la CSG pour le CLCA et le Colca que pour les pensions d'invalidité ou les indemnités journalières maladie, maternité ou accidents du travail : elle sera précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations, c'est-à-dire les caisses d'allocations familiales ou les caisses locales de la MSA et versée à l'Acoss.

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 136-8 afin de préciser, d'une part, que le CLCA et le Colca seront assujettis à la CSG au taux de 6,2 %, c'est-à-dire au même taux que les allocations de chômage, d'autre part, que la totalité de la contribution assise sur ces compléments sera affectée à la Cnaf.

Le rendement de cette mesure est estimé à **140 millions d'euros**.

Impact de la mesure sur les personnes physiques

(étude d'impact annexée au projet de loi)

La mesure minore le montant des prestations versées aux bénéficiaires du CLCA ou du Colca, avec un impact de l'ordre de 20 euros par mois (sur la base du montant moyen perçu au titre du CLCA de 330 euros).

Ce montant reste limité, notamment dans la mesure où le CLCA (ou le Colca) :

- intervient en complément de la prestation de base de la Paje qui est de 180 euros (pour les ménages en deçà d'un certain niveau de ressources), et qui est exemptée de tout prélèvement ;

- ou est majoré à hauteur de ce même montant de 180 euros pour les personnes trop aisées pour recevoir l'allocation de base.

Les bénéficiaires du CLCA et du Colca ne se situent pas seulement parmi les ménages aux revenus les plus modestes. L'avantage accordé au titre de l'impôt sur le revenu est une fonction croissante des revenus du ménage.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a **supprimé** cet article.

Pour gager la perte de recettes de 140 millions pour la branche famille que cette suppression implique, le Gouvernement a annoncé **un report de l'indexation des prestations familiales du 1^{er} janvier au 1^{er} avril** de chaque année.

III - La position de la commission

La commission approuve la suppression de cet article par l'Assemblée nationale.

En effet, la mesure proposée par le Gouvernement aurait eu un impact réellement pénalisant sur un nombre non négligeable de familles : une perte de l'ordre de 100 à 400 euros par an pour 330 000 familles ayant des enfants en bas âge. De plus, beaucoup des bénéficiaires du CLCA sont des femmes sans emploi, peu qualifiées ou même en situation de précarité. Aussi était-il indispensable de ne pas adopter le présent article.

Le Gouvernement s'est lui aussi rangé à ces arguments mais il a exigé en contrepartie un accord de sa majorité - qui le lui a donné - pour reporter de trois mois l'indexation annuelle des prestations familiales. Votre commission considère qu'un tel report n'est pas acceptable, en particulier dans la conjoncture économique actuelle et au moment où les chiffres du chômage repartent à la hausse.

Elle vous demande de maintenir la suppression de cet article.

Article 13 bis

*(art. L. 131-9 et L. 136-5 du code de la sécurité sociale,
art. 14 et 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996
relative au remboursement de la dette sociale)*

Clarification de règles applicables aux contributions sociales

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit un certain nombre de mesures d'harmonisation et de clarification des règles applicables à l'assujettissement de certains revenus à la CSG et à la CRDS.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le **paragraphe I** modifie les articles L. 131-9 et L. 136-5 du code de la sécurité sociale afin d'harmoniser les modalités de recouvrement de la CSG assise sur les revenus de remplacement de source étrangère, ainsi que sur les revenus d'activité de source étrangère qui n'auraient pas subi de précompte, avec celles de la CRDS applicables aux mêmes revenus.

Le **paragraphe II** corrige, à l'article 14 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, une omission en matière d'assujettissement social des mêmes types de revenus de remplacement lorsqu'ils sont exonérés d'impôt sur le revenu en application d'une convention fiscale.

Les **paragrophes III et IV** précisent les dates d'entrée en vigueur de ces dispositions.

II - La position de la commission

Votre commission approuve ces mesures de clarification et d'harmonisation des assiettes et des procédures.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 14

(art. L. 651-5 du code de la sécurité sociale)

Harmonisation de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés

Objet : Cet article a pour objet de préciser la définition de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) applicable aux établissements de crédit et de plafonner, pour certains d'entre eux, son produit.

I - Le dispositif proposé

Instituée en 1970, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est une contribution calculée sur le chiffre d'affaires des sociétés lorsque celui-ci est supérieur à 760 000 euros sur l'année. Son taux est de 0,13 %.

Elle est affectée, par priorité, au financement du régime social des indépendants (RSI), mais également à la branche maladie du régime des non-salariés agricoles et au FSV. La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie a par ailleurs créé la C3S additionnelle, sur la même assiette que la C3S, au taux de 0,03 %. Initialement affectée à la Cnam, la C3S additionnelle a été transférée au FSV en 2011, dans le cadre des mesures de financement associées à la réforme des retraites.

Comme l'indique l'étude d'impact annexée au projet de loi, un certain nombre de contrôles menés sur les déclarations au titre de la C3S pour les exercices 2008 à 2010 a fait apparaître **une grande disparité dans les assiettes déclarées par les entreprises du secteur financier.**

Il est donc apparu nécessaire de mieux préciser la définition de cette assiette afin, à la fois, d'éviter un certain nombre d'inéquités et de permettre un meilleur rendement de la taxe.

C'est à l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale qu'est déterminée l'assiette de la C3S. Il s'agit du chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées.

Le 2° du **paragraphe I** du présent article insère deux nouveaux alinéas à l'article L. 651-5 afin d'apporter un certain nombre de **précisions en ce qui concerne les établissements de crédit** et les entreprises assimilées mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier :

- d'une part, il prévoit que **le chiffre d'affaires pris en compte pour ces établissements sera celui défini en matière fiscale**, au I du III de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts, c'est-à-dire l'ensemble des produits d'exploitation bancaire et des produits divers d'exploitation autres que les produits ne se rapportant pas directement à l'exploitation proprement dite ou relevant d'une logique patrimoniale ; toutefois, pour les contrats d'échanges de taux d'intérêt et les opérations sur devises et autres instruments financiers à terme, il précise que le chiffre d'affaires est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories ;

- d'autre part, il prévoit un **plafonnement du produit de la taxe** lorsque le produit net bancaire des établissements de crédit est au plus égal à 10 % de leur chiffre d'affaires ; dans ce cas, le montant cumulé de la C3S et de la C3S additionnelle ne peut dépasser 1,6 % du produit net bancaire.

Ce plafonnement ne devrait concerner qu'exceptionnellement un nombre très réduit d'établissements financiers avec une activité spécifique de banque d'investissement.

Le 1° du **I** effectue une coordination au sein de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe II** prévoit que la mesure s'appliquera pour la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2012.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision rédactionnelle.

III - La position de la commission

La C3S est versée par environ 300 000 entreprises. Elle a rapporté 4,1 milliards d'euros en 2010, en retrait de 300 millions par rapport à l'année précédente, du fait des effets de la crise et de son impact sur le chiffre d'affaires des entreprises redevables de la taxe.

Pour 2011 et 2012, la recette attendue est de 4,3 et 4,4 milliards d'euros, soit une progression sensible liée au rebond de l'activité économique.

La C3S additionnelle devrait rapporter 980 millions d'euros en 2011 et un peu plus d'un milliard en 2012.

Le tableau ci-après retrace l'évolution, de 2010 à 2012, du produit de la C3S et de la C3S additionnelle ainsi que de leur affectation.

Evolution du produit et de l'affectation de la C3S et de la C3S additionnelle

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012
C3S	4 145	4 272	4 415
• RSI	3 667	2 507	3 023
• Maladie du régime des exploitants agricoles	-	1 320	1 364
• FSV	300	445	1 041
C3S additionnelle	953	982	1 015
• Cnam	953	-	-
• FSV	-	982	1 015

Comme la mesure proposée est essentiellement d'ordre technique, son rendement attendu est relativement modeste par rapport au produit total des deux C3S : il s'agirait de **150 millions d'euros**, dont 38 reviendraient à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et 112 millions au FSV.

Votre commission approuve cette mesure qui va dans le sens d'une meilleure équité. Elle souhaite que la même clarification puisse intervenir rapidement pour les entreprises du secteur des assurances, comme le prévoit d'ailleurs le Gouvernement.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 15

(art. 1010 et 1010 A du code général des impôts)

Révision du barème de la taxe sur les véhicules de société

Objet : Cet article prévoit la révision du barème de la taxe sur les véhicules de société, aussi bien au titre du taux de dioxyde de carbone, que de la puissance en chevaux fiscaux. Il supprime par ailleurs les exonérations qui tendent à minorer l'assiette de la taxe.

I - Le dispositif proposé

Selon l'exposé des motifs de l'article, il s'agit de tirer les conséquences des évolutions technologiques et du renouvellement du parc automobile français. En effet, grâce au progrès technologique, l'offre des constructeurs automobiles s'est largement déplacée vers des véhicules moins polluants. De même, les divers mécanismes d'incitation mis en place au cours

des dernières années (bonus-malus, prime à la casse, interdiction des véhicules polluants en centre-ville) ont entraîné un renouvellement significatif du parc automobile.

Aussi, le barème de la taxe sur les véhicules de sociétés qui, depuis 2006, s'applique en fonction de la quantité de CO₂ émise par le véhicule, n'est plus adapté.

Les émissions de CO₂ des véhicules allant en se réduisant, le produit de la taxe connaît une véritable érosion (- 6 % à - 10 % par an depuis 2009 selon l'étude d'impact annexée au projet de loi) et ses effets incitatifs ont pratiquement disparu.

Dans ce contexte, le présent article propose une rénovation du barème et une suppression des « niches » qui amputent son assiette.

Le 1^o du **paragraphe I** modifie le barème progressif assis sur le taux d'émission de dioxyde de carbone, applicable aux véhicules utilisés depuis le 1^{er} janvier 2006. Il ajoute une nouvelle tranche, allège le tarif pour les véhicules dont le taux d'émission est inférieur ou égal à 100 g par km, maintient celui des véhicules dont le taux d'émission est compris entre 100 g et 120 g par km et accroît, de manière progressive, le taux applicable aux véhicules émettant plus de 120 g de dioxyde de carbone par km.

Ces règles seront ainsi alignées sur celles du barème du bonus au 1^{er} janvier 2012.

Le tableau ci-après retrace ces évolutions.

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)	
	Tarif en vigueur	Tarif révisé
Inférieur ou égal à 50	2	0
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	2	1
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	10	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	15	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	17	21,5
Supérieur à 250	19	27

Le 2^o du **I** modifie le barème applicable aux véhicules utilisés par les sociétés avant le 1^{er} janvier 2006 et lié à la puissance fiscale exprimée en chevaux-vapeur. Il maintient les cinq tranches mais en réduit les limites supérieures de manière à taxer plus lourdement les véhicules de puissance élevée.

Le tableau ci-après retrace les évolutions proposées.

Barème en vigueur		Barème révisé	
Puissance fiscale (en chevaux-vapeur)	Tarif applicable (en euros)	Puissance fiscale (en chevaux-vapeur)	Tarif applicable (en euros)
Inférieure ou égale à 4	750	Inférieure ou égale à 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
Supérieure à 16	4 500	Supérieure à 15	4 500

Le **paragraphe II** a pour effet d'abroger l'article 1010 A du code général des impôts. Ce faisant, il supprime toutes les exonérations qui grèvent l'assiette de la taxe.

Actuellement en effet, sont exonérés de la taxe sur les véhicules de société les véhicules qui fonctionnent, exclusivement ou non, au moyen :

- de l'énergie électrique ;
- du gaz naturel véhicules ;
- du gaz de pétrole liquéfié ;
- du superéthanol E85.

De même, sont exonérés de la moitié de la taxe les véhicules qui fonctionnent alternativement au moyen de supercarburants et de gaz de pétrole liquéfié.

Ces exonérations s'appliquent pendant huit trimestres décomptés à partir du premier jour du trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule.

Le **paragraphe III** prévoit que le présent article s'appliquera à compter de la période d'imposition qui s'ouvre le 1^{er} octobre 2011. En effet, cette taxe est perçue une fois par an, à l'automne, la période annuelle d'imposition débutant le 1^{er} octobre. Les modifications du barème impacteront donc le versement de la taxe de l'automne 2012.

Le Gouvernement attend **un rendement de 100 millions** de ces mesures. Cela permettrait de retrouver en 2012 un produit de taxe sur les véhicules de société proche de son niveau de 2008-2009, soit **1,1 milliard d'euros**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Tout en répondant à une préoccupation environnementale, cette mesure permettra la mise à niveau des recettes de la branche maladie du régime des exploitants agricoles à laquelle le produit de la taxe sur les véhicules de société est affecté et qui voyait ses recettes s'éroder.

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

Article 16

*(art. 317, 402 bis, 403, 438 et 520 A du code général des impôts,
art. L. 245-8 et L. 245-9 du code de la sécurité sociale)*

Hausse de la fiscalité sur les alcools

Objet : Cet article a pour objet d'aménager l'assiette et les tarifs, d'une part, des droits de consommation, d'autre part, de la cotisation de sécurité sociale sur les alcools.

I - Le dispositif proposé

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, il s'agit d'utiliser le levier fiscal pour renchérir le prix des boissons alcoolisées et ainsi lutter contre la consommation excessive d'alcool.

A l'appui de cette mesure, le Gouvernement fait valoir qu'à coût de la vie égal, l'alcool est, dans notre pays, 10 % moins cher aujourd'hui qu'en 1960. En outre, par rapport à nos partenaires européens, la France se caractérise par un niveau de prix inférieur de 10 % à la moyenne de l'Union, certains de nos voisins ayant des prix bien plus élevés (+ 100 % en Irlande, + 65 % au Royaume-Uni, + 60 % en Suède, + 40 % au Danemark, + 25 % en Italie, + 20 % en Grèce).

Aussi, deux catégories de mesures sont prévues, l'une sur les droits de consommation, l'autre sur la cotisation sociale sur les alcools forts.

• Sur les droits de consommation

Les droits d'accise sur les alcools varient en fonction des produits. Il comprennent un droit de consommation sur les vins doux naturels, vins de liqueur et autres produits intermédiaires, un droit de consommation sur le rhum et autres alcools, un droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels et un droit spécifique sur les bières.

Le **paragraphe I** modifie cinq articles du code général des impôts concernant ces droits :

- le 1^o précise, à l'article 317, que la réduction de 50 % du droit applicable aux bouilleurs de cru non titulaires de l'allocation en franchise, dans la limite d'une production de dix litres d'alcool pur non commercialisables par campagne, est calculée avec deux chiffres significatifs après la virgule ; il spécifie également les règles d'arrondi ;

- le 2^o modifie l'article 402 *bis* qui définit les tarifs du droit de consommation sur les produits intermédiaires : il ramène de 56,40 euros à 45 euros par hectolitre le tarif applicable aux vins doux naturels et vins de liqueur et de 223,51 euros à 180 euros le tarif applicable aux autres produits intermédiaires ; il plafonne par ailleurs à 1,75 % le relèvement annuel des tarifs en fonction de l'indice des prix à la consommation ;

- le 3^o relève le tarif du droit de consommation sur les alcools qui figure à l'article 403 du code général des impôts pour les produits autres que le rhum provenant des départements d'outre-mer, en le portant de 1 514,47 euros à 1 660 euros, soit une augmentation de 9,6 % ; il prévoit également que le relèvement annuel des tarifs fixés à cet article ne peut excéder 1,75 % ;

- le 4^o inscrit à l'article 438 que le tarif du droit de circulation applicable aux vins, cidres, poirés et hydromels ne peut être relevé de plus de 1,75 % par an ;

- le 5^o procède à la même modification à l'article 520 A relatif au droit spécifique sur les bières : le relèvement annuel du tarif ne pourra excéder 1,75 %.

• **Sur la cotisation sociale**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a créé une cotisation sociale sur les boissons alcooliques, applicable aux boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25 % en volume.

Le **paragraphe II** du présent article en modifie à la fois l'assiette et le tarif :

- le 1^o élargit le champ de la cotisation en la rendant applicable aux boissons titrant plus de 18 % d'alcool en volume ;

- le 2^o modifie le tarif applicable : au lieu d'un montant par unité de volume, en l'occurrence le décilitre, il fixe deux tarifs liés au degré d'alcool pur des boissons concernées, à savoir 533 euros par hectolitre pour les boissons les plus alcoolisées et 45 euros par hectolitre pour les autres ; par ailleurs, il précise que le montant de la cotisation ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée ; enfin, il indique que le relèvement annuel de ces tarifs ne peut excéder 1,75 %.

Au total, ces mesures devraient rapporter **340 millions d'euros** qui viendront alimenter les branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles auxquelles est actuellement affecté le produit de la totalité des droits d'accise et de la cotisation sociale sur les alcools, soit **3,3 milliards d'euros**.

L'étude d'impact annexée au projet de loi évalue l'incidence de cette augmentation à 70 centimes pour une bouteille de 70 cl titrant 40°.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements destinés à préciser la rédaction des conditions du relèvement annuel, dans la limite de 1,75 %, des différents tarifs concernés.

III - La position de la commission

Votre commission a elle aussi constaté que des marges de manœuvre importantes existent dans la taxation des alcools, notamment les plus forts. Il est donc essentiel de commencer à les mobiliser.

En matière de santé publique, la lutte contre l'alcoolisme est en effet une priorité.

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

Article 17

Fixation du taux K de la clause de sauvegarde à 0,5 % pour 2012

Objet : Cet article vise à maintenir à 0,5 %, pour 2012, le seuil de déclenchement du mécanisme de la clause de sauvegarde.

I - Le dispositif proposé

- L'article 31 de la LFSS pour 1999, codifié aux articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale, a institué un mécanisme de participation des entreprises exploitant des médicaments remboursables à la régulation des dépenses d'assurance maladie.

Lorsque le chiffre d'affaires de ces entreprises dépasse un certain seuil, celles-ci sont assujetties à une contribution dont le taux est d'autant plus élevé que le niveau de dépassement par rapport au seuil défini est important.

Sont exonérées de la contribution les entreprises ayant passé avec le comité économique des produits de santé (Ceps) une convention après le 1^{er} janvier 1999 et encore valide au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ces conventions doivent comporter des engagements des entreprises sur l'évolution de leur chiffre d'affaires pour les médicaments concernés.

Cette contribution est donc avant tout construite comme un mécanisme incitatif dont le but est d'encourager les entreprises à faire évoluer leurs pratiques dans le cadre d'une négociation bilatérale avec le Ceps.

La LFSS pour 2001 a exclu totalement du dispositif les entreprises exploitant des médicaments orphelins. Depuis la LFSS pour 2011, cette exception a été réduite et ne s'applique plus qu'aux médicaments dont le chiffre d'affaires n'excède pas 30 millions euros.

Le taux d'accroissement du chiffre d'affaires des entreprises pris en compte, appelé « taux K », était initialement fixé en référence au niveau de progression de l'Ondam. Cette référence a été abandonnée en 2001 et le taux K est désormais prévu chaque année par la LFSS.

- Fixé à 1,4 % pour 2008 et 2009 puis 1 % pour 2010, il a été abaissé à 0,5 % en 2011. Le présent article prévoit de maintenir ce taux à 0,5 %.

Avec une hypothèse de croissance de 1 % du chiffre d'affaires hors taxes des entreprises soumises à la mesure, celle-ci devrait rapporter 50 millions d'euros pour l'année 2012.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

Maintenir le niveau du taux K à 0,5 % apparaît cohérent avec la trajectoire programmée d'évolution de l'Ondam.

Votre commission tient cependant à rappeler que si ce mécanisme est légitime et nécessaire, il a vocation, par construction, à ne concerner qu'un nombre très limité d'entreprises. C'est par une réflexion plus globale sur les pouvoirs dont dispose le Ceps vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques pour les inciter à faire évoluer leurs pratiques qu'une régulation efficace pourra être effectuée et que des pistes d'économies plus substantielles pourront être trouvées pour l'assurance maladie.

Sous réserve de cette observation, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 17 bis

(art. L. 245-2 du code de la sécurité sociale)

**Assiette de la contribution sur les dépenses promotionnelles
des entreprises pharmaceutiques**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à élargir l'assiette de la contribution sur les dépenses promotionnelles des entreprises pharmaceutiques.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Créée en 1983, la contribution sur les dépenses promotionnelles des entreprises pharmaceutiques est codifiée à l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale. Si la LFSS pour 2003¹ est venue élargir son assiette, elle en a également exclus les frais de publication et d'achats d'espaces publicitaires dans la presse médicale.

Le présent article propose de supprimer cette exonération.

II - La position de la commission

Les modifications introduites par cet article rejoignent l'analyse effectuée par la mission commune d'information du Sénat sur le Mediator². Celle-ci a en effet souligné les effets de dépendance que peut créer la publicité sur certains organes de la presse médicale et insisté sur le fait que les professionnels ne doivent pas être tributaires de celle-ci pour leur information concernant les médicaments.

Ce constat a conduit la commission des affaires sociales, à l'initiative des sénateurs CRC Isabelle Pasquet, Laurence Cohen, Annie David, Dominique Watrin et Guy Fischer, à adopter un article additionnel 20 *bis*³ au projet de loi, en cours d'examen, relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé ayant le même objet que le présent article.

Il en diffère cependant en ce qu'il supprime également les dispositions qui limitent l'assiette de la taxe aux frais de publication et achats d'espaces publicitaires liés à des médicaments remboursables.

¹ Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.

² Rapport d'information n° 675 de François Autain et Marie-Thérèse Hermange, fait au nom de la Mission commune d'information « Mediator : Evaluation et contrôle des médicaments », La réforme du système du médicament, enfin. Juin 2011.

³ Rapport Sénat n° 44 (2011-2012) de Bernard Cazeau, fait au nom de la commission des affaires sociales.

Votre commission, très attachée à l'idée que les médicaments non remboursables soient également inclus dans l'assiette de la taxe, a adopté **un amendement** en ce sens, compte tenu des incertitudes qui pèsent sur l'adoption de l'article 20 *bis* du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé dans le texte voté par le Sénat.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 18

(art. L. 245-6 du code de la sécurité sociale)

**Fixation du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires
et financement de la formation continue des médecins**

Objet : Cet article vise à fixer à 1,6 % le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.

I - Le dispositif proposé

La contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques a été créée à l'initiative de l'Assemblée nationale par la LFSS pour 2004 puis pérennisée par l'article 74-II de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette contribution est désormais prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Elle est due par l'ensemble des exploitants de spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et entièrement affectée à la Cnam.

L'assiette de la contribution est constituée du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, à l'exclusion des médicaments génériques et, depuis la LFSS pour 2006, des médicaments orphelins. Les remises accordées par les entreprises assujetties à la contribution sont déduites de l'assiette.

La LFSS pour 2009 a fixé à 1 % du chiffre d'affaires le taux de la contribution pour les années 2009, 2010 et 2011.

Le présent projet de loi propose de porter ce taux à 1,6 % pour les années 2012, 2013 et 2014.

Les ressources résultant de la hausse de la contribution seront destinées au financement de la formation continue des médecins. Elles continueront en effet d'être affectées à la Cnam qui les reversera entièrement à l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC)

pour les médecins libéraux et à l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA), pour les médecins salariés.

L'étude d'impact du projet de loi prévoit que la hausse de 0,6 point du taux de la taxe devrait porter son rendement à 400 millions d'euros pour chacune des trois prochaines années, soit 250 millions d'euros destinés au financement de l'assurance maladie et 150 millions à la formation continue des médecins.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à l'augmentation du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques au moment où l'on cherche de nouvelles ressources pour la protection sociale.

Elle est en revanche plus réservée sur le fait de geler à 1,6 % le taux de la taxe pour les trois années à venir. Une telle décision avait déjà été prise dans la loi de financement pour 2009, pour les trois années suivantes, ce qui permettait de faciliter l'anticipation par les entreprises pharmaceutiques du montant de la contribution. Cependant, compte tenu de l'enjeu que constitue la formation continue des médecins, il est vraisemblable que les ressources supplémentaires qui résulteront de l'augmentation de la taxe seront insuffisantes pour couvrir les besoins.

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

Article 19

(art. L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5121-18, L. 5121-19, L. 5122-3, L. 5122-5, L. 5123-2, L. 5138-5, L. 5211-5-2, et L. 5221-7, L. 5321-2, L. 5321-3 (nouveau), L. 5421-6-3 (nouveau), L. 5422-2, L. 6221-11 du code de la santé publique, art. L. 162-16-5, L. 162-17, L. 162-17-5, L. 241-2, art. 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P, 1600-0 Q, 1635 bis AE (nouveaux) et 1647 du code général des impôts, art. L. 166 D (nouveau) du livre des procédures fiscales)

**Financement de l'agence française de sécurité
sanitaire des produits de santé**

Objet : Cet article vise à réformer le mode de financement de l'agence en charge de la sécurité du médicament et des produits de santé¹ tout en augmentant les ressources qui lui sont affectées.

I - Le dispositif proposé

• L'agence serait désormais entièrement financée par une subvention pour charge de service public versée par l'Etat.

En 2010, plus de 75 % des recettes de fonctionnement de l'Afssaps ont pris la forme de taxes et redevances prélevées sur l'industrie pharmaceutique. Cet article a pour objectif de supprimer ce lien financier entre l'agence et le secteur qu'elle régule en finançant celle-ci à partir du budget de l'Etat. L'étude d'impact du présent projet de loi estime en effet que « *le mode de financement actuel de l'Afssaps est [...] de nature à induire un doute quant à l'indépendance de l'agence vis-à-vis du secteur de l'industrie pharmaceutique et des dispositifs médicaux* ».

Plutôt que d'affecter directement les taxes et redevances actuellement perçues par l'agence au budget général de l'Etat, il est ici proposé de les réaffecter à la Cnam.

L'article 26 du projet de loi de finances pour 2012 prévoit que celle-ci reversera en contrepartie 57 % de la TVA brute collectée par les fabricants de lunettes² qui lui est jusqu'à présent affectée dans sa totalité. Ces sommes viendraient alimenter le programme « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé » et permettraient le versement par l'Etat à l'agence d'une subvention pour charges de service public.

L'Afssaps accorde actuellement des subventions aux comités de protection des personnes (CPP) et au centre national de gestion des essais des produits de santé (Cengeps). Ces financements seraient eux aussi rebudgétisés.

¹ Qui fait actuellement l'objet de modifications dans le projet de loi n° 3714 (2011-2012) en cours d'examen par le Parlement.

² Ressource prévue à l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale.

Ce mécanisme complexe est justifié par le Gouvernement dans le document relatif à l'évaluation préalable des articles du projet de loi de finances de la façon suivante : affecter au budget de l'Etat une série de taxes portant sur le secteur pharmaceutique romprait « *tout lien entre la nature de ces recettes et les dépenses qu'elles financent, alors même que le Gouvernement, suivant en cela une recommandation de la Cour des comptes, s'efforce de maintenir un lien entre les recettes affectées et le secteur d'activité de l'affectataire* ». Il est donc avancé que les ressources jusqu'à présent perçues par l'Afssaps ont par nature vocation à être affectées à la Cnam tandis que la TVA étant un impôt d'Etat, il est légitime qu'elle soit reversée au budget de l'Etat.

• **Selon les prévisions du Gouvernement, pour l'année 2012, l'agence verrait ses ressources augmenter de 41 millions d'euros.**

Le présent article a également pour objet d'augmenter les ressources de l'agence. Cette mesure est présentée comme nécessaire du fait de la réorganisation de l'agence et de l'extension de ses missions que prévoit le projet de loi précité relatif à la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé actuellement examiné par le Parlement.

L'augmentation des ressources proviendrait d'une hausse des taxes et des redevances perçues par l'agence. Les frais de gestion liés au nouveau mode de financement envisagé pour l'agence ont été évalués par le Gouvernement à un million d'euros.

• En conséquence, le **paragraphe I** apporte des modifications au code de la santé publique.

Le 1° vise à compléter l'article L. 5121-18, en lien avec les changements prévus au paragraphe III du présent article pour les taxes annuelles sur les ventes de médicaments, de dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*. Les redevables de ces taxes devraient adresser chaque année à l'agence ainsi qu'au comité économique des produits de santé (Ceps) des informations relatives à leurs ventes de produits et au régime de prise en charge et de remboursement de ceux-ci.

Le 6° renvoie directement au 1°. Il prévoit des sanctions financières en cas de non déclaration ou de déclaration incomplète ou inexacte. Les sommes versées seraient perçues par l'Etat et non l'agence, comme cela est le cas actuellement.

Les 2°, 3° et 7° effectuent des coordinations liées à l'abrogation de l'article L. 5121-17 prévue au 8°.

Le 4° a pour objet de modifier le mode de financement de l'actuelle Afssaps : les dispositions prévoyant que celle-ci est financée par des taxes dédiées et par des redevances pour services rendus seraient supprimées ; celles relatives au versement de subventions publiques seraient scindées en deux de façon à distinguer la dotation de l'Etat de celle des autres collectivités

publiques ; les dispositions permettant à l'agence de percevoir des produits divers, dons et legs ainsi que de réaliser des emprunts ne seraient pas modifiées.

Le 5° prévoit la création d'un article L. 5121-3 en remplacement du régime actuel des redevances pour services rendu. Les opérations réalisées par l'agence donnant lieu au versement d'un droit par le demandeur seraient les suivantes :

- l'analyse d'échantillons et l'évaluation de la documentation relative au protocole de contrôle transmise par le fabricant, en vue de la mise en circulation de médicaments immunologiques, de médicaments dérivés du sang et de médicaments qui, en raison de leurs conditions d'utilisation, peuvent être considérés comme dérivés du sang ; les revues de protocole ne font actuellement l'objet d'aucune facturation de la part de l'agence ;

- les inspections prévues à l'article L. 5138-4, qui sont réalisées par l'agence en vue de la délivrance d'un certificat de conformité traduisant le respect par l'entreprise d'un certain nombre de bonnes pratiques ;

- la fourniture de substances de référence de la pharmacopée française ;

- la délivrance d'attestations de qualité destinées aux exportateurs de médicaments ;

Le montant de ces droits serait fixé par décret dans des limites définies par le présent article :

Nature de la redevance	Montant actuel*	Montant prévu par l'article 19*
Contrôle de médicaments immunologiques	2 287	4 000
Contrôle de médicaments dérivés du sang	950	4 000
Revue de protocoles	-	4 000
Inspections réalisées en vue de la délivrance d'un certificat de conformité	10 000	15 000
Fourniture de substances de référence de la pharmacopée française	45	120
Délivrance d'attestations de qualité pour les exportateurs de médicaments	1 951	3 500

* Montant maximum par opération, en euros

Source: direction générale de la santé.

Chaque opération donnerait lieu à l'émission d'un titre de perception du droit ordonnancé par le ministère chargé de la santé. Les droits seraient recouverts au profit de la Cnam.

Le 8° vise à abroger l'ensemble des dispositions qui s'appliquent jusqu'à maintenant aux différentes taxes perçues par l'agence et qui seraient désormais rassemblées dans le code général des impôts.

- Le **paragraphe II** modifie le code de la sécurité sociale.

Les 1° et 2° effectuent des coordinations liées à l'abrogation de l'article L. 5121-17.

Le 3° complète l'article L. 241-2 relatif aux ressources de la Cnam en prévoyant que lui seront affectées l'ensemble des taxes et redevances actuellement perçues par l'agence, telles que prévoit de les faire évoluer le présent article.

- Le **paragraphe III** modifie le code général des impôts.

Le 1° vise à créer au sein de la section 0I du chapitre I^{er} du titre III de la deuxième partie du livre I^{er} un V intitulé « Prélèvements sociaux perçus au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ». Ce V comporterait quatre articles.

Les **articles 1600-0 N et 1600-0 O** portent respectivement sur la taxe relative aux ventes de médicaments et produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'importation parallèle et sur la taxe portant sur les ventes de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

L'article 1600-0 P comporte des dispositions communes aux deux articles précédents relatives aux modalités de déclaration.

L'article 1600-0 Q porte sur la taxe sur les laboratoires d'analyse de biologie médicale pour le contrôle national de qualité.

Le 2° crée un article 1635 *bis* AE réunissant en un seul article l'ensemble des droits perçus par l'agence pour :

- les demandes d'autorisation de mise sur le marché, de reconnaissance mutuelle et d'autorisation d'importation parallèle ;
- les demandes d'enregistrement de médicaments homéopathiques et de médicaments traditionnels à base de plantes ;
- les demandes de visa ou de renouvellement de visa de publicités destinées au public ;
- les dépôts de publicité destinées aux professionnels de santé et pour les produits mentionnées à l'article L. 5122-13 du code de la santé publique.

Les modifications de base légale ainsi que les évolutions prévues par le présent article concernant les taxes et droits précédemment présentés sont détaillées dans le tableau ci-après.

Libellé de la taxe	Base légale actuelle Code de la santé publique	Modifications proposées par l'article 19	Base légale proposée Code général des impôts
Droits progressifs sur les dossiers d'enregistrement des médicaments homéopathiques et des médicaments traditionnels à base de plantes	art. L. 5121-15	Les montants seraient fixés par décret dans la limite de 7 600 euros pour les médicaments homéopathiques, de 21 000 euros pour les médicaments traditionnels à base de plantes.	art. 1635 bis AE
Droit progressif sur les dossiers d'AMM, de reconnaissance mutuelle et d'autorisation d'importation parallèle	art. L. 5121-16	Les montants seraient fixés par décret dans la limite de 50 000 euros	art. 1635 bis AE
Droit sur les demandes de visa ou de renouvellement de visa de publicité ainsi que sur les dépôts de publicité	art. L. 5122-5	Le plafond a été porté de 510 à 1 200 euros lors de l'examen du projet de loi à l'Assemblée nationale	art. 1635 bis AE
Taxe annuelle sur les ventes de médicaments et produits bénéficiant d'une AMM ou d'une autorisation d'importation parallèle	art. L. 5121-17	Le montant serait progressif, compris entre 499 (pour un chiffre d'affaires inférieur à 76 000 euros) et 33 913 euros (pour un chiffre d'affaires supérieur à 30 millions d'euros) Exonération en dessous de 1 000 euros de chiffre d'affaires Le redevable ne serait plus le titulaire de l'AMM ou de l'AIP mais l'industriel pour la première vente en France	art. 1600-0 N
Taxe annuelle sur les ventes de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i>	art. L. 5211-5-2 art. L. 5221-7	Le taux de la taxe serait porté de 0,25 % à 0,29 % du chiffre d'affaire L'exonération pour un chiffre d'affaires inférieur à 763 000 euros serait supprimée Le redevable ne serait plus le responsable de la mise sur le marché mais l'industriel pour la première vente en France	art. 1600-0 O
Taxe annuelle sur les laboratoires de biologie médicale	art. L. 6221-11	Le montant de la taxe serait fixé par décret dans la limite de 600 euros	art. 1600-0 Q

Le 3° complète l'article 1647 du code général des impôts afin d'instaurer un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes prévues aux articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 Q et sur celui des droits visés à l'article 1635 *bis* AE destiné à couvrir les frais d'assiette et de recouvrement de l'Etat.

- Le **paragraphe IV** a pour objet de modifier le livre des procédures fiscales en insérant un article L. 166 D qui mettrait en place un transfert d'informations de l'Etat vers l'agence concernant les redevables des taxes sur les ventes de médicaments et de dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

- Le **paragraphe V** fixe au 1^{er} janvier 2012 la date d'entrée en vigueur du présent article.

- Le **paragraphe VI** prévoit des dispositions transitoires pour les cas où l'agence constaterait des versements erronés ou l'absence de versements des taxes ou redevances dont elle est jusqu'à présent bénéficiaire, au titre des exercices 2011 et antérieurs. Elle pourrait alors procéder elle-même à la liquidation et au recouvrement des sommes restant à percevoir ou rembourser les sommes perçues à tort.

• **Compte tenu des évolutions envisagées, les prévisions du Gouvernement en termes de rendement supplémentaire sont les suivantes :**

	Rendement 2010	Rendement prévisionnel 2011	Rendement spontané 2012 sans vote du PLFSS	Rendement 2012 estimé après vote du PLFSS en euros	Rendement supplémentaire
Taxes sur chiffre d’Affaires	54 931 088	55 339 277	57 505 182	68 769 891	11 264 709
Taxe annuelle sur les médicaments bénéficiaires d’une AMM ou d’une autorisation d’importation parallèle	37 225 871	37 637 664	39 221 219	43 846 500	4 625 281
Taxe(s) annuelle(s) sur les dispositifs médicaux et les dispositifs médicaux de diagnostics <i>in vitro</i>	17 705 217	17 701 613	18 283 963	24 923 391	6 639 428
Taxes sur dossier	45 969 655	46 572 164	44 800 000	70 408 589	25 608 589
Droit progressif sur les demandes d’AMM	40 441 929	41 164 658	39 000 000	64 531 635	25 531 635
Droit progressif sur les enregistrements de médicaments à base de plantes	90 990	102 111	200 000	276 954	76 954
Droit progressif sur les enregistrements de produits homéopathiques	76 432	105 355	100 000	100 000	-
Taxe sur les demandes de visas de publicité	5 049 510	5 000 040	5 200 000	5 200 000	-
Droit progressif sur les demandes de certificats de matières premières	111 200	100 000	100 000	100 000	-
Droit progressif (taxe) sur les demandes d’AIP	199 594	100 000	200 000	200 000	-
Taxes autres	2 372 574	2 040 566	1 600 000	1 865 000	265 000
Taxe annuelle pour l’exécution du contrôle national de qualité	2 372 574	2 040 566	1 600 000	1 865 000	265 000
Total des Taxes	103 273 317	103 952 007	103 905 182	141 043 480	37 138 298
Substances référence de la pharmacopée	8 055	10 000	10 000	10 000	-
Libération de lots de vaccins	5 598 056	4 500 000	5 000 000	7 802 674	2 802 674
Libération de lots de médicaments dérivés du sang	536 250	400 000	600 000	600 000	-
Total Redevances	6 142 361	4 910 000	5 610 000	8 412 674	2 802 674
TOTAL DES RECETTES	109 415 678	108 862 007	109 515 182	149 456 154	39 940 972

Source : direction générale de la santé

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre le vote de plusieurs amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a porté à 1 200 euros le plafond de versement des droits liés à une demande de visa de publicité.

III - La position de la commission

Votre commission estime inutilement complexe et coûteux le système proposé par cet article. Les arguments avancés par le Gouvernement pour justifier la nécessité de sa mise en œuvre, loin d'emporter l'adhésion, ne font que renforcer cette appréciation.

Il a tout d'abord été affirmé que l'affectation des taxes et redevances à la Cnam découlait de leur nature. Mais cette analyse relève plus de l'apparence que de l'essence. Si ces prélèvements s'imputent sur des activités liées au médicament et aux dispositifs médicaux, elles rémunèrent des activités qui relèvent de la puissance régaliennne. Elles incombaient à ce titre à la direction générale de la santé avant que ne soit créée l'agence du médicament.

L'existence d'un produit de santé ne concerne la sécurité sociale que lorsqu'il est admis au remboursement. L'actuelle Afssaps n'a aucune compétence en la matière. Elle exerce la mission de police qui incombe aux Etats pour assurer la sécurité de l'ensemble des produits de santé autorisés, qu'ils soient remboursés ou non. Le choix d'affecter ses ressources à la Cnam n'a donc rien d'évident.

Il a également été avancé que le passage par la Cnam garantirait la déconnexion entre les sommes dues par les entreprises et le fonctionnement de l'agence. Cette séparation qui devrait découler naturellement du caractère obligatoire des taxes et redevances jusqu'ici prélevées par l'Afssaps, apparaît nécessaire depuis l'affaire du Mediator. Celle-ci a en effet révélé l'attitude interventionniste des industries du médicament au sein même des commissions de l'agence. Ce comportement était justifié par l'affirmation que les entreprises du secteur « finançaient » l'agence. Bien que juridiquement fausse, cette prétention n'a pu que nuire à la crédibilité de l'agence et contribuer à mettre en doute son impartialité. L'instauration d'un nouveau système dont l'étanchéité serait visiblement mieux garantie est donc légitime. Votre rapporteur relève néanmoins que cette réforme a un coût puisque les services fiscaux, chargés par cet article du recouvrement des taxes et redevances, percevront, au titre des frais de gestion, 1 million d'euros. L'Afssaps assurerait ce recouvrement pour moins de la moitié de cette somme...

Mais rompre le lien avec les prélèvements sur les laboratoires n'implique pas le passage par la Cnam. L'affectation d'une part de TVA au budget de l'Etat est certes un moyen de ne plus établir de lien financier entre l'activité des laboratoires et l'Etat. Le découplage sera d'autant plus réel que

l'évolution de la TVA risque d'être moins rapide que celle des ressources que l'article entend affecter à la Cnam. Mais il n'est pas souhaitable de faire de la Cnam une simple courroie de transmission dans le financement des établissements publics de l'Etat, sous peine de nuire à l'intelligibilité financière, déjà malmenée, des comptes publics.

De plus, malgré les affirmations du Gouvernement selon lesquelles la dotation de l'agence sera désormais sans lien direct avec son niveau d'activité, il sera difficile d'éviter que la part de TVA affectée à la Cnam ne soit pas comparée à la dotation budgétaire de l'agence. Le lien entre les taxes et redevances et la dotation sera donc maintenu même si le nombre d'étapes intermédiaires augmente.

Le recours à une solution simple paraîtrait en tout point préférable. Une possibilité serait d'affecter directement à l'Etat les ressources actuellement prélevées par l'Afssaps. On risquerait pourtant de nuire à la possibilité pour l'agence de recevoir une dotation en lien avec ses missions, alors même qu'elles semblent appelées à se développer de manière importante en application des dispositions contenues dans le projet de loi sur la sécurité sanitaire du médicament.

La mission commune d'information du Sénat sur le Mediator avait proposé une autre solution encore pour remédier au manque de lisibilité du financement de l'agence ainsi qu'à la volatilité de ses ressources¹. Celle-ci consiste en la **création d'un fonds spécifiquement dédié au financement des agences sanitaires** (Afssaps et HAS) ainsi qu'à l'information et à la formation continue des professionnels de santé. La mission recommandait également une remise à plat de la fiscalité portant sur l'industrie pharmaceutique. Elle préconisait l'instauration d'une taxe unique assise sur le chiffre d'affaires des entreprises dont l'assiette et les modalités de recouvrement auraient été déterminées à partir de l'actuelle taxe sur le chiffre d'affaires prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. Cette taxe aurait eu vocation à se substituer aux différents prélèvements existants.

Sans rentrer dans la mise en œuvre d'une réforme aussi précise, qui relève de la discussion du projet de loi de finances, votre commission a adopté **un amendement** prévoyant l'affectation des ressources de l'Afssaps à un fonds dédié à la sécurité sanitaire. Sans faire intervenir la Cnam dans une question qui ne la concerne qu'indirectement, cette solution a le mérite de créer un intermédiaire indépendant entre les ressources prélevées sur les laboratoires et le financement des missions de l'agence. Cet amendement propose en outre de baisser de moitié les frais d'assiette et de recouvrement perçus par l'Etat afin de conserver le niveau de frais de gestion actuel.

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

¹ François Autain, Marie-Thérèse Hermange, *Rapport d'information Sénat n° 675, La réforme du système du médicament, enfin, juin 2011, p. 115-121.*

Article 20

*(art. L. 731-2 et L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime,
art. 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996
relative au remboursement de la dette sociale)*

Financement de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles

Objet : Cet article a pour objet, d'une part, d'organiser la reprise d'une partie de la dette du régime des exploitants agricoles par la Cades, d'autre part, d'affecter de nouvelles ressources à la branche vieillesse de ce régime.

I - Le dispositif proposé

Le régime des exploitants agricoles connaît des problèmes structurels de financement depuis de nombreuses années, notamment liés au déséquilibre démographique particulièrement fort de ce régime, le rapport entre cotisants et bénéficiaires étant d'environ un à trois.

Début 2005, le Ffipsa (fonds de financement des prestations sociales agricoles) a remplacé le Bapsa (budget annexe des prestations sociales agricoles) et la subvention d'équilibre automatique du budget de l'Etat qui permettait de compenser les déficits du régime agricole a disparu.

Les déficits se sont donc rapidement accumulés. Aussi fin 2008, plusieurs décisions ont été prises pour régler, partiellement du moins, les difficultés récurrentes de ce régime :

- l'Etat a repris 8 milliards de dette accumulée dans les comptes du Ffipsa et celui-ci a été supprimé ;

- la branche maladie du régime a été financièrement intégrée au régime général et on lui a affecté la totalité du produit de la taxe sur les véhicules de société, soit environ un milliard d'euros ;

- la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) a conservé la gestion de la branche vieillesse du régime.

Or, la branche vieillesse du régime affiche **un résultat déficitaire qui va en se creusant** : 1,1 milliard en 2008, 1,2 milliard en 2009, 1,3 milliard en 2010, 1,35 milliard en 2011 et, en prévision, 1,4 milliard en 2012.

De ce fait, le déficit cumulé de la branche devrait atteindre **3,8 milliards à la fin 2011** et, en l'absence de mesures nouvelles, **5,2 milliards à la fin 2012**.

Afin de financer ce déficit cumulé, la CCMSA a recours à un pool bancaire mené par le Crédit agricole qui lui permet d'emprunter les fonds nécessaires dans la limite fixée par la dernière loi de financement, à savoir 4,5 milliards d'euros.

Le présent article prévoit, dans son **paragraphe I**, une reprise partielle de cette dette accumulée. L'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative à la dette sociale serait donc complété pour ajouter à la liste des dettes déjà reprises par la Cades la couverture des déficits 2009 et 2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, soit **2,5 milliards d'euros**.

L'exposé des motifs du projet de loi indique que ce transfert se fait dans le respect des règles organiques relatives au remboursement de la dette sociale, dans la mesure où la Cades disposera d'un surcroît de recettes lui permettant de refinancer cette dette et donc de respecter son échéance de fin de vie prévisionnelle, soit 2025.

Ce surcroît de recettes est lié à deux mesures qui apporteraient **220 millions d'euros supplémentaires à la Cades** :

- l'aménagement du régime d'imposition des plus-values immobilières voté dans la loi de finances rectificative du 19 septembre 2011, qui permet d'augmenter ses ressources de 147 millions ;

- la diminution de l'abattement pour frais professionnels des revenus salariaux soumis à la CSG et à la CRDS, prévue à l'article 12 ci-dessus, qui majore ses ressources de 73 millions.

Parallèlement, le **paragraphe II** du présent article accorde de nouvelles recettes à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles. Il prélève une fraction de **60,4 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées** auparavant affectée à la Cnam au titre du financement de la branche maladie du régime des exploitants agricoles désormais financièrement intégrée au régime général.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, ce prélèvement peut être absorbé par la Cnam car celle-ci bénéficie par ailleurs d'un surcroît de recettes au titre de l'ensemble des mesures du projet de loi.

Pour la branche vieillesse du régime agricole, cela représentera un transfert de **230 millions d'euros**.

S'y ajoutera une partie du produit de l'augmentation des droits sur les alcools prévue à l'article 16 ci-dessus. Pour le régime agricole, compte tenu des règles d'affectation actuelles non modifiées par le présent projet de loi, il s'agira de **170 millions de recettes supplémentaires**.

Au total, ce sont donc **400 millions d'euros** qui seront affectés en 2012 au régime vieillesse des exploitants agricoles, ce qui correspond à environ un tiers du besoin de financement de cette branche.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a modifié les articles L. 731-2 et L. 731-3 du code rural afin de simplifier les règles d'affectation du produit des droits sur les alcools aux branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles.

III - La position de la commission

Comme chaque année, votre commission déplore l'absence d'attribution de moyens suffisants pour équilibrer le régime des exploitants agricoles, alors qu'un consensus a toujours été acquis sur le recours à la solidarité nationale au profit de la population agricole.

Certes, un début de solution est proposé par cet article. Mais il n'est que partiel :

- la dette transférée à la Cades ne dépassera pas 2,5 milliards, ce qui laissera dans les comptes de la CCMSA **1,3 milliard de dette non financée à la fin de 2011** ;

- les nouvelles ressources affectées au régime vieillesse des exploitants agricoles s'élèveront à 400 millions, soit **seulement un tiers du montant nécessaire à la résorption du déficit**.

Le Gouvernement semble donc avoir simplement profité d'un accroissement mécanique des recettes de la Cades pour organiser un transfert partiel, à hauteur des possibilités ouvertes par la loi organique, de la dette de la CCMSA.

Votre commission ne peut se satisfaire d'une gestion aussi aléatoire du problème structurel du déficit du régime des exploitants agricoles.

Prenant néanmoins acte des mesures proposées par cet article, elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 21

Transfert du régime spécial d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris au régime général

Objet : Cet article vise à transférer au régime général la couverture du risque maladie et maternité des agents de la chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) et à faire coïncider ce transfert avec celui, déjà prévu, du risque invalidité.

I - Le dispositif proposé

La loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a transféré la prise en charge des risques **vieillesse et invalidité** du régime spécial de la chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) au régime général de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2006. Cette mesure avait été justifiée à l'époque par la situation de déficit structurel de ce régime spécial et la volonté d'alignement de la CCIP sur les autres chambres de commerce et d'industrie.

Le présent article achève ce processus de transfert. Le **paragraphe I** met fin, à compter du 1^{er} janvier 2013, au régime spécial **d'assurance maladie et maternité** de la chambre de commerce et d'industrie de Paris. Les salariés, anciens salariés et leurs ayants droit, qui relevaient jusqu'à cette date du régime spécial, seront désormais couverts par le régime général de la sécurité sociale.

Les règles nécessaires à la mise en œuvre de ce transfert seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ce transfert nécessite un alignement progressif des taux des cotisations employeurs, actuellement fixées à 5,1 %, sur celles du régime général qui s'établissent à 12,8 %. Les conditions de cet alignement, qui s'effectuera entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2018 au plus tard, seront fixées par décret.

Selon l'étude d'impact du projet de loi de financement, deux arguments justifient la disparition de ce régime spécial :

- le regroupement des chambres départementales de la région d'Ile-de-France au sein de la CCI de région Paris-Ile-de-France doit être effectué d'ici le 1^{er} janvier 2013 et conduire à la mise en place d'un statut unique du personnel¹. Or, la CCIP est la seule chambre à avoir maintenu un régime spécial ;

- le régime spécial de la CCIP sert des prestations identiques à celles du régime général.

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

Le **paragraphe II** porte sur la date du transfert au régime général du risque invalidité. Bien que prévu par la loi du 2 août 2005 précitée, des difficultés pratiques liées à la proximité de la gestion des risques maladie et invalidité n'ont pas permis d'y procéder dans des délais satisfaisants. Il est désormais précisé qu'il sera effectué d'ici le 1^{er} janvier 2013, soit simultanément avec le transfert du risque maladie et maternité. Le régime spécial d'invalidité de la chambre de commerce et d'industrie de Paris prendra alors fin.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté des précisions et des clarifications rédactionnelles au présent article. Elle a en particulier complété le premier alinéa afin d'indiquer que la prise en charge du risque maladie et maternité par le régime général à compter du 1^{er} janvier 2013 s'applique également au risque décès.

III - La position de la commission

Votre commission reconnaît l'utilité de cet article qui clarifie le régime de prise en charge des salariés et anciens salariés de la CCIP ainsi que de leurs ayants droit.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 21 bis

(art. L. 642-4 du code de la sécurité sociale)

Suppression de la double cotisation d'assurance vieillesse des experts-comptables salariés inscrits à l'ordre

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à supprimer la double cotisation à un régime de base d'assurance vieillesse dont sont redevables les experts-comptables salariés inscrits à l'ordre, en ne maintenant que leur affiliation au régime général.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

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 ».

Près de 30 % des experts-comptables inscrits au tableau de l'ordre exercent en qualité de salariés. A ce titre, ils sont obligatoirement affiliés à l'assurance vieillesse du régime général et sont par conséquent assujettis, en application de l'article L. 642-4 précité, à une **double cotisation d'assurance vieillesse.**

L'Assemblée nationale a **supprimé cette obligation de double cotisation** en modifiant le lien établi entre l'inscription à l'ordre et l'affiliation à l'assurance vieillesse.

L'inscription à l'ordre entraînerait toujours l'obligation de cotiser au régime d'assurance vieillesse complémentaire des experts comptables, mais plus au régime de base.

La caisse d'allocation vieillesse des experts-comptables et des comptables agréés (Cavec) assure la gestion du régime d'assurance vieillesse de base pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), dont elle constitue l'une des dix sections professionnelles. Elle gère également un régime complémentaire et un régime d'invalidité qui présentent tous deux un caractère obligatoire.

Dans la nouvelle rédaction proposée, **seuls les experts-comptables exerçant à titre libéral continueront de cotiser au régime de base des experts-comptables** géré par la Cavec. En revanche, experts-comptables libéraux et salariés devront obligatoirement continuer à cotiser au régime complémentaire dès lors qu'ils sont inscrits à l'ordre des experts-comptables et des comptables agréés.

II - La position de la commission

Le diplôme d'expertise comptable est décerné aux titulaires du diplôme supérieur de comptabilité et de gestion qui ont accompli un stage professionnel de trois ans et satisfait à un examen final.

L'inscription à l'ordre des experts-comptables est nécessaire pour exercer en qualité d'expert-comptable, avec l'ensemble des droits et obligations qui s'attachent à cette profession réglementée, mais le titulaire du diplôme d'expertise comptable peut s'inscrire à l'ordre plusieurs années après l'obtention de ce diplôme.

L'obligation de double cotisation imposée aux experts-comptables salariés en 1968 trouvait son origine dans la volonté de renforcer la structure démographique de la Cavec, à laquelle étaient alors exclusivement affiliés les experts-comptables libéraux. Cette préoccupation a perdu sa raison d'être, du moins en ce qui concerne le régime d'assurance vieillesse de base, depuis que l'intégration des dix sections professionnelles des professions libérales au sein de la CNAVPL a été renforcée.

Par ailleurs, l'obligation de double cotisation, qui impose une contribution supplémentaire voisine de 2 500 euros aux experts-comptables salariés, peut exercer un effet dissuasif sur leur inscription à l'ordre des experts-comptables. Cette situation est pénalisante pour les intéressés comme pour la profession elle-même.

En allégeant les charges sociales des experts-comptables salariés, tout en maintenant l'obligation qui leur est faite de cotiser au régime complémentaire, cette nouvelle rédaction de l'article L. 642-4 du code de la sécurité sociale facilitera leur inscription à l'ordre des experts-comptables.

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

Article 22

Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales

Objet : Cet article propose d'approuver le montant de la compensation des exonérations de cotisations et contributions sociales dites « ciblées », soit 3,2 milliards d'euros, leur détail figurant dans l'annexe 5 du projet de loi de financement.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

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

(extraits du III)

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

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

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

L'article propose d'approuver le montant des compensations pour 2012, en le fixant à **3,2 milliards d'euros**, au lieu de 3,4 milliards d'euros en 2011.

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

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

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

Présentation des dispositifs d'exonération de cotisations ou contributions sociales

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

Au total, l'annexe au projet de loi de financement pour 2011 comporte **trente-trois mesures d'exonération**, au lieu de quarante-trois en 2011. S'y ajoutent divers mécanismes d'exemptions d'assiette, qui figurent dans ce même document, et sont au nombre de vingt-cinq cette année.

Tant le projet de loi de financement que le projet de loi de finances pour 2012 proposent plusieurs mesures pour modifier, dans le sens de la réalisation d'économies, ou pour supprimer des exonérations ou exemptions d'assiette : les ajustements d'assiette relatifs à la CSG, la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux de cotisations sociales sont les principales mesures du présent PLFSS.

Ceci étant, le montant des cotisations non perçues au titre des mesures d'exonérations - générales et ciblées - reste très élevé. Pour la quatrième année consécutive, cependant, il ne progresse pas en 2012.

Le tableau ci-après fournit une synthèse du coût des exonérations pour les exercices allant de 2008 à 2012. Il affiche aussi le montant des mesures d'exonération non compensées.

Coût des exonérations

(en millions d'euros)

Dispositifs	2008	2009	2010	2011	2012
Allègements généraux (« réduction Fillon »)	22 608	22 229	21 920	21 356	20 078
Heures supplémentaires (loi Tèpa)	2 954	3 065	3 127	3 228	3 462
Allègements ciblés	4 275	4 051	3 998	3 549	3 239
Total mesures compensées	29 936	29 370	29 030	27 882	
Mesures non compensées	2 850	2 969	3 118	13 032	3 151
Total exonérations compensées et non compensées	32 785	32 339	32 159	31 752	31 131

Source : Annexe 5 du PLFSS

Ce tableau fait notamment apparaître :

- le coût très élevé de la politique d'allègement de charges sociales, de l'ordre de 31,13 milliards d'euros en 2012 ;

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

- l'importance des mesures non compensées : ce montant atteint 3,1 milliards d'euros en 2012, soit un niveau proche de celui des mesures d'allègement ciblées et compensées.

La compensation des exonérations ciblées, évaluée à 3,2 milliards pour 2012, se fait par crédits budgétaires. Cinq missions y contribuent pour l'essentiel ainsi que le montre le tableau ci-après.

(en millions d'euros)

Compensation budgétaire	2010 Exécution	2011 LFI/LFR	2012 PLF
Mission Travail	2 088	1 675	1 396
Mission Outre-mer	1 044	1 086	1 117
Mission agriculture	437	430	432
Mission Ville	191	183	110
Mission Recherche	139	85	80
Total des allègements ciblés compensés (toutes missions)	3 998	3 549	3 239

Source : Annexe 5 du PLFSS

Pour la mission « Travail », il s'agit principalement de compenser les exonérations liées au contrat d'apprentissage, au régime micro-social simplifié dans le cadre du dispositif de l'auto-entrepreneur ainsi qu'au développement des services à la personne. La mission « Outre-mer » finance la franchise de cotisations patronales pour les entreprises implantées dans les Dom, mesure la plus importante en termes de volume financier, soit 1,1 milliard. La mission « Ville » compense les exonérations liées aux zones franches urbaines, la mission « Agriculture » celles relatives à la nouvelle exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles.

Ces crédits se révèlent souvent insuffisants. Du fait des décalages enregistrés chaque année entre les dotations budgétaires prévues pour la compensation des exonérations ciblées et leur coût réel, une dette de l'Etat se constitue envers la sécurité sociale.

Compte tenu des versements effectués par l'Etat au premier semestre 2010, la situation est la suivante : **la dette cumulée par l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale au titre des exercices 2009 et antérieurs** a atteint, au 31 décembre 2009, **651 millions d'euros pour le régime général et 768 millions d'euros pour l'ensemble des régimes**, soit un niveau moindre que les années précédentes.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

L'importance des dépenses liées à la compensation des exonérations de charges sociales justifie que l'ensemble des dispositifs dérogatoires soient à la fois plus finement évalués et mieux ciblés en fonction de leur efficacité. Ce sera l'un des enjeux de la réflexion plus globale sur le financement de la protection sociale qui devra impérativement être menée au cours des prochains mois.

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

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

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

Objet : Cet article a pour objet de fixer les prévisions de recettes pour 2012 de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général, ainsi que des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Les recettes attendues pour 2012 s'élèvent à **441,5 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,7 % par rapport à 2011. Pour le régime général, ce montant est de **317,9 milliards d'euros**, en progression de 4,9 % par rapport à 2011.

Cette hausse des recettes en 2012 est d'abord imputable à **l'hypothèse de progression de la masse salariale** retenue par le Gouvernement, soit 3,7 % en 2012. Cette prévision est sans aucun doute largement dépassée aujourd'hui.

L'autre facteur de progression tient à **la mobilisation de nouvelles recettes**.

L'annexe 4 « Recettes des régimes de sécurité sociale par catégorie et par branche » et, pour partie, l'annexe 9 « Impact sur les comptes des mesures nouvelles » fournissent des détails sur ces évolutions.

Les recettes de la sécurité sociale se divisent en quatre grands ensembles auxquels il faut ajouter les recettes des organismes concourant au financement des régimes de base, en l'occurrence le FSV : les cotisations, les impôts et taxes affectés, les contributions publiques et les transferts.

Le tableau ci-après détaille **l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2012 sur les recettes**.

Mesures nouvelles sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures nouvelles sur les recettes	5 580	6 173
Mesures de la LFR 2011	2 933	2 933
Passage de 12,3 % à 13,5 % du taux des prélèvements sociaux sur les revenus du capital	1 330	1 330
Réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières	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
Mesures du PLFSS 2012	1 853	2 330
Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des exonérations générales	600	600
Modification des règles d'abattement pour frais professionnels sur les assiettes CSG et CRDS	453	453
Augmentation de 2 % du taux du forfait social	410	410
Assujettissement à la CSG à 6,2 % du complément de libre choix activité	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
Hausse de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires	150	150
Mesures du PLF 2012	120	120
Cotisation sur les boissons à sucre ajouté	120	120
Autres mesures	674	790
Hausse des prix du tabac	464	580
Alignement des assiettes et taux de cotisation des industries électriques et gazières sur le droit commun	210	210
Transferts	- 18	- 300
Plafonnement des compensations bilatérales maladie	100	
Intégration financière au régime général du régime spécial d'assurance maladie et invalidité de la CCIP (pas d'impact en 2012)		
Affectation au panier de compensation Tepas de la moitié du rendement de la mesure de réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des exonérations générales	- 300	- 300
Impact des mesures sur les subventions d'équilibre du régime général aux autres régimes intégrés	182	
Economies de frais financiers	63	100
Dont économies pour la CCMSA du fait de la reprise par la Cades des déficits 2009-2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants		37

Source : annexe 9 du PLFSS pour 2012

Au titre du présent projet de loi de financement, **les mesures nouvelles en matière de recettes** atteignent 2,33 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 1,85 milliard pour le régime général, et 174 millions pour le FSV.

Ces mesures comprennent notamment :

- **la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux** de cotisations sociales pour un produit estimé à 600 millions d'euros ;

- **la modification des règles d'abattement pour frais professionnels sur la CSG et la CRDS**, pour un rendement attendu de 453 millions d'euros ;

- **la hausse du forfait social**, pour un gain attendu de 410 millions d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté plusieurs **amendements** permettant un accroissement des recettes, en particulier :

- l'abrogation de l'article premier de la loi Tepas relatif aux exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires ;

- la hausse du forfait social ;

- l'abaissement du seuil à partir duquel les indemnités de rupture sont soumises à cotisations sociales dès le premier euro ;

- un abattement sur les allègements généraux de cotisations sociales pour les entreprises qui emploient plus de 25 % de salariés à temps partiel.

La commission vous demande d'adopter cet article sous réserve du vote des amendements qu'elle présente pour améliorer l'équilibre proposé dans cette troisième partie du présent projet de loi.

Article 24

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

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2012 de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Le tableau fait apparaître un déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires, en 2012, de **15,7 milliards d'euros** au lieu de 20,2 milliards pour l'année en cours et de 25,5 milliards pour 2010, soit une réduction de 4,5 milliards par rapport à 2011 et de presque 10 milliards par rapport à la situation il y a deux ans.

Pour la deuxième année consécutive, trois branches affichent des déficits. La vieillesse connaîtrait le déficit le plus élevé, avec 7,7 milliards, puis la maladie avec un solde négatif de 5,9 milliards. La famille enregistrerait un déficit de 2,3 milliards et la branche accidents du travail-maladies professionnelles un excédent de 200 millions.

Les régimes obligatoires autres que le régime général devraient connaître au total un déficit de 1,8 milliard d'euros, au lieu de 1,4 milliard en 2011. Celui-ci s'explique essentiellement par le déficit de la branche retraite du régime des non-salariés agricoles.

Le tableau d'équilibre, qui est présenté dans cet article, est issu du rapprochement entre les prévisions de recettes pour 2012, examinées à l'article 23 ci-dessus, et les objectifs de dépenses commentés aux articles 47

pour la branche maladie, 52 pour la branche vieillesse, 56 pour la branche accidents du travail et 59 pour la branche famille.

S'agissant des dépenses, le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2012 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2012 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	1 701	2 013
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 (médicaments et dispositifs médicaux)	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
Mesures hors Ondam	- 150	- 150
Formation continue des professionnels de santé	- 150	- 150
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille	- 10	- 10
Amélioration des aides à la garde pour les familles monoparentales ainsi que pour les parents handicapés	- 10	- 10
Réforme de l'allocation de soutien familial différentielle	0	0
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque AT-MP	25	25
Majoration du transfert à la Cnam au titre de la sous-déclaration des accidents du travail	0	0
Réduction de 25 millions d'euros de la dotation au Fiva	25	25
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	0	0

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2012, comme les années précédentes, de l'assurance maladie. **Les économies prévues au titre de cette branche atteignent un total d'environ 2 milliards d'euros.** Elles s'articulent autour des axes suivants :

- **la maîtrise médicalisée des dépenses pour 550 millions ;**
- **des baisses de prix de produits de santé** (médicaments et dispositifs médicaux), sur les secteurs des soins de ville comme de l'hôpital, **pour 670 millions**, ainsi que diverses mesures sur le médicament pour 100 millions ;
- **l'harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières pour 223 millions ;**
- **diverses mesures sur l'hôpital :** contrats de performance, convergence tarifaire ciblée, optimisation des achats, lutte contre la fraude **pour un total de 350 millions.**

Pour la branche vieillesse, aucune mesure en dépense n'a un impact significatif en 2012.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sous réserve du vote des amendements qu'elle présente dans cette troisième partie du présent projet de loi.

Article 25

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2012 du régime général.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées à l'article 24 ci-dessus.

Le tableau d'équilibre du régime général pour 2012, dont l'approbation est demandée à cet article, fait apparaître **un déficit de 13,9 milliards d'euros** décomposé comme suit :

- 5,9 milliards pour l'assurance maladie ;
- 5,8 milliards pour la branche vieillesse ;
- 2,3 milliards pour la branche famille ;
- + 0,1 milliard pour la branche AT-MP.

Ce déficit est à comparer aux montants de 2011 et de 2010, soit respectivement 18,2 milliards et 23,9 milliards d'euros. Le déficit du régime général serait ainsi moins dégradé de 4,3 milliards par rapport au déficit 2011 et de 10 milliards par rapport à celui de 2010.

Les évolutions les plus marquées concernent :

- l'**assurance maladie** qui voit son déficit passer nettement sous la barre des 10 milliards d'euros ; le taux de progression de l'Ondam est fixé à 2,8 %, ce qui nécessite un effort d'économies de près de 2,2 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses ;

- l'**assurance vieillesse** qui a vu son déficit se creuser, passant de 1,9 milliard en 2006 à 8,9 milliards en 2010, verrait sa situation s'améliorer, avec un solde négatif de 5,8 milliards, grâce aux premiers effets de la réforme des retraites ;

- le déficit de la **branche famille** qui avait disparu en 2007 puis beaucoup augmenté, se stabilise en 2012, à 2,3 milliards, principalement du fait de l'achèvement de la mise à la charge de la branche des majorations de pension pour enfants qui a atteint 100 % en 2011 pour un coût de 4,4 milliards.

Au total, le taux de couverture des dépenses par les recettes s'améliore légèrement à 95,8 % en 2012, alors qu'il était de 94,3 % en 2011.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sous réserve du vote des amendements qu'elle présente dans cette troisième partie du présent projet de loi.

Article 26

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

Objet : Cet article a pour objet de déterminer le tableau d'équilibre pour 2012 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées précédemment à l'article 24.

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

Le tableau d'équilibre qu'il présente fait apparaître **un déficit de 3,7 milliards d'euros pour le FSV**, en amélioration de 100 millions par rapport au déficit de 2011.

Il est le résultat du rapprochement entre les prévisions de recettes, examinées à l'article 23, et les prévisions de charges, commentées à l'article 61.

La structure de ces recettes et dépenses a été profondément modifiée en 2011 dans le cadre de la réforme des retraites, le financement du minimum contributif, qui était pris en charge par les régimes, lui ayant été transféré. En conséquence, ses recettes et ses charges se sont accrues de plus de 4 milliards.

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

Aussi, après une rapide amélioration de son solde, passé de - 2 milliards en 2005 à - 1,3 milliard d'euros en 2006, puis à + 200 millions en 2007 et + 800 millions en 2008, le FSV a replongé dans le déficit avec un solde négatif de 3,2 milliards en 2009, 4,1 milliards en 2010, 3,8 milliards en 2011 et 3,7 milliards en 2012.

En 2012, le FSV bénéficiera de recettes nouvelles issues des deux mesures suivantes : l'abaissement de 3 % à 2 % de l'abattement pour frais professionnels sur l'assiette de CSG et l'harmonisation des règles de détermination de l'assiette de la C3S pour les établissements de crédit.

En dépit de ces mesures, le FSV affiche encore un déficit très élevé. Celui-ci sera désormais transféré à la Cades, en même temps que celui de la Cnav, dans la limite annuelle de 10 milliards d'euros, conformément aux mesures votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission considère irresponsable de maintenir dans les comptes du FSV un déficit de cette ampleur. Devenu structurel, ce déficit est avant tout le reflet d'un manque criant de recettes. Une telle situation ne peut perdurer. Or, dans la prévision quadriennale de l'annexe B, le déficit du FSV conserve un niveau significatif jusqu'en 2015 où il serait encore de 2,8 milliards.

Pour l'ensemble de ces raisons, **la commission vous demande de rejeter cet article.**

Article 27

Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites

Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2012 l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et le montant des recettes mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ;

Cet article a trois objets :

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

Le présent article fixe à **11,1 milliards d'euros** l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2012, soit un niveau légèrement inférieur à celui fixé pour 2011, à savoir 11,4 milliards d'euros.

L'amortissement envisagé pour 2012 est égal à la différence entre le produit net attendu des ressources affectées à la Cades (CRDS, CSG et autres recettes, soit 15,8 milliards attendus) et le montant des frais financiers nets (soit 4,7 milliards). Ceux-ci correspondent au coût de financement de la Cades.

Depuis sa création en 1996, la caisse aura repris, au 31 décembre 2011, une dette totale de 199,9 milliards. Elle en aura amorti 59,3 à la fin de l'année, ce qui laisse, à cette date, une dette à rembourser de 140,6 milliards d'euros. Le transfert de 68 milliards de dette supplémentaire à la Cades en 2011 a modifié significativement les montants.

A la fin de 2012, la Cades aura repris une dette totale de 212,4 milliards d'euros ; elle en aura amorti 70,4 et devra encore rembourser 142 milliards.

Compte tenu de l'allongement de la durée de vie de la Cades de quatre ans, permis par le vote de la loi organique relative à la gestion de la dette sociale votée il y a un an par le Parlement, **l'horizon final de remboursement** de la dette sociale est actuellement **2025**, c'est-à-dire dans quatorze ans.

• **l'affectation de recettes au FRR**

Pour 2012, il n'est prévu d'affecter aucune recette au FRR.

En effet, conformément à ce qui a été prévu dans le cadre de la réforme des retraites, **les recettes courantes actuelles du fonds sont transférées soit à la Cades** pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la Cnav et du FSV, **soit directement au FSV.**

La somme inscrite les années précédentes à cet article, soit environ 1,5 milliard d'euros, correspondant, pour la quasi-totalité, au montant estimé de la fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, a été transférée à la Cades.

• **la mise en réserve de recettes par le FSV**

La loi portant réforme des retraites votée en 2010 a confié au FSV la charge du financement du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés.

L'équilibre financier de cette mesure est assuré par la mise en réserve par le fonds, au sein d'une section comptable spécifique, du produit de 0,2 point du prélèvement social sur les revenus du capital ainsi que de 0,77 point de forfait social.

Le rendement de ces recettes s'élèverait à **410 millions d'euros en 2012**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Prenant acte de ces prévisions et par cohérence avec ses positions précédentes, la commission vous demande de rejeter cet article.

Article 28

Approbation du rapport fixant le cadrage quadriannuel (annexe B)

Objet : Cet article a pour objet de soumettre à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale pour la période allant de 2012 à 2015.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

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

Le rapport qu'il est proposé d'approuver et qui figure à l'annexe B du présent projet de loi de financement est bâti sur des hypothèses macro-économiques identiques à celles du rapport économique social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2012. En termes de croissance, il retient une évolution du PIB de 1,75 % en 2012 et de 2 % par an à partir de 2013.

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

Hypothèses d'évolution en moyenne annuelle sur la période 2011-2015

	2011	2012	2013-2015
Pib (en volume)	1,75 %	1,75 %	2 %
Masse salariale du secteur privé	3,7 %	3,7 %	4 %
Ondam (en valeur)	2,9 %	2,8 %	2,8 %
Inflation hors tabac	2,1 %	1,7 %	1,75 %

Comme les dernières années, la prévision ne comporte qu'**un seul scénario**. Elle distingue l'année 2012 des trois années suivantes et est établie, selon le texte de l'annexe, « *sur la base d'hypothèses macroéconomiques prudentes* ».

Le scénario retenu s'inscrit dans le cadre de **la trajectoire de redressement des finances publiques** du programme de stabilité transmis à la Commission européenne au 1^{er} semestre 2011. Cette trajectoire fait passer les déficits de 5,7 % du PIB en 2011 à **4,5 % en 2012**, 3 % en 2013 et 2 % en 2014.

Pour les comptes sociaux, cela signifie une diminution par deux du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base qui passeraient de 20,2 milliards en 2011 à 11 milliards en 2015.

Pour y parvenir, le Gouvernement mise sur **une croissance annuelle de 2 % du PIB à partir de 2013**. L'annexe ne justifie pas cette hypothèse cette année, soulignant seulement que *« la période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macro-économique international »*.

Pour **la masse salariale**, la prévision arrête une augmentation annuelle de 4 % à partir de 2013. Ce taux est moins ambitieux que celui inscrit dans l'annexe B d'il y a un an, qui tablait sur 4,5 % par an en moyenne de 2012 à 2014. Il est en phase avec les montants enregistrés au cours des dix années qui ont précédé la crise, c'est-à-dire de 1998 à 2007, la progression moyenne de la masse salariale était alors de 4,1 % par an. Là encore, la prévision est justifiée par un effet de rattrapage des pertes considérables de croissance enregistrées en 2009-2010. Il est néanmoins précisé qu'elle suppose une bonne tenue de l'emploi et des salaires car la progression de la masse salariale envisagée sera supérieure à celle du PIB en valeur.

La dernière hypothèse, dont le respect promet d'être exigeant compte tenu des réalisations antérieures, est celle de **l'Ondam**. Celui-ci serait contenu à 2,8 % à partir de 2012 et jusqu'en 2015, ce qui impliquera obligatoirement des efforts très substantiels de maîtrise des dépenses. En effet, le taux de progression naturelle des dépenses est plutôt de l'ordre de 4 % ; il faudra donc réaliser au minimum **2 milliards d'économies par an** pour pouvoir atteindre ce but.

A partir de ce cadre général, **le rapport prévoit une décroissance progressive et encore modeste, entre 2012 et 2015**, du solde global négatif du régime général ainsi que de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Ceux-ci **diminueraient de 10 milliards d'euros** environ, pour atteindre **8,5 milliards** pour le régime général en 2015 et 11 milliards pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. La branche maladie verrait sa situation s'améliorer, son déficit passant de 5,9 milliards à 2,5 milliards d'euros, soit un niveau pour la première fois inférieur à celui d'avant la crise où il s'établissait à 4,4 milliards en 2008. La branche vieillesse verrait sa situation s'améliorer progressivement, son déficit atteignant 4,6 milliards en 2015 au lieu de 6 milliards en 2012. La branche famille connaîtrait une amélioration légère de son déficit qui reviendrait à 2 milliards en fin de période.

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

**Prévisions d'équilibre par branche pour le régime général
au cours de la période 2009-2015**

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie	-10,6	- 11,6	- 9,6	- 5,9	- 5,1	- 3,9	- 2,5
AT-MP	- 0,7	- 0,7	0,0	0,1	0,2	0,3	0,6
Famille	- 1,8	- 2,7	- 2,6	- 2,3	- 2,6	- 2,3	- 2,0
Vieillesse	- 7,2	- 8,9	- 6,0	- 5,8	- 5,9	- 5,6	- 4,6
Toutes branches consolidées	- 20,3	- 23,9	- 18,2	- 13,9	- 13,3	- 11,5	- 8,5

**Prévisions d'équilibre par branche pour les régimes obligatoires de base
au cours de la période 2009-2015**

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie	- 10,4	- 11,4	- 9,6	- 5,9	- 5,0	- 3,8	- 2,3
AT-MP	- 0,6	- 0,7	0,1	0,2	0,2	0,4	0,6
Famille	- 1,8	- 2,7	- 2,6	- 2,3	- 2,6	- 2,3	- 1,9
Vieillesse	- 8,9	- 10,8	- 8,1	- 7,7	- 8,3	- 8,3	- 7,4
Toutes branches consolidées	- 21,7	- 25,5	- 20,2	- 15,7	- 15,5	- 13,9	- 11,0

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

A ce titre, le FSV verrait son déficit persister tout au long de la période, à plus de 2,8 milliards d'euros encore en 2015.

Selon le Gouvernement, cette trajectoire n'est qu'une étape vers l'atteinte de l'objectif plus général de l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale, dont le terme n'est cependant pas fixé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements visant, dans l'annexe B, à rectifier des erreurs matérielles, à apporter des précisions et à tirer les conséquences des votes intervenus à l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

Cette année encore, les prévisions d'une année sur l'autre apparaissent extrêmement aléatoires. Ainsi, il y a trois ans, les prévisions de l'annexe B envisageaient un retour du régime général à l'équilibre en 2012 et pour la branche maladie un quasi-équilibre dès 2011. A l'inverse, voici deux ans, les prévisions faisaient état d'un déficit du régime général stabilisé autour de 30 milliards d'euros jusqu'en 2013. Aucune de ces deux prévisions

n'a pu rester réaliste au-delà de quelques mois. Cela montre bien la valeur toute relative de ces projections même si elles ont le mérite indéniable de souligner l'effort nécessaire à accomplir pour aller vers l'équilibre des comptes.

Cette année, les perspectives tracées sont moins bien justifiées que l'année dernière. Et de fait, l'environnement économique est devenu très incertain depuis la fin de l'été.

Aujourd'hui, aucun institut de prévision, aucun économiste, aucun expert ne table encore sur une croissance supérieure à 1 % en 2012. Il est donc **urgent de rectifier les hypothèses et les trajectoires de l'annexe B : la sincérité du projet de loi de financement en dépend.**

L'analyse à partir d'hypothèses économiques alternatives, régulièrement demandée par votre commission, aurait pu fournir des éléments très éclairants. Ainsi, avec des projections bâties sur une progression de la masse salariale de 2,5 % ou de 3 % par an, au lieu des 3,7 % retenus dans le scénario de l'annexe, on constaterait un creusement du déficit du régime général de plusieurs milliards d'euros supplémentaires chaque année.

Au-delà même du problème des hypothèses économiques, **votre commission désapprouve vivement le choix fait par le Gouvernement de laisser filer les déficits** tout au long de la période. Aucune perspective de retour à l'équilibre des comptes sociaux n'est définie, comme si l'objectif lui-même avait disparu.

La nouvelle accumulation de déficits qui en découle a pour effet, une nouvelle fois, de reporter sur les générations futures les dépenses courantes d'aujourd'hui. Financer à crédit notre protection sociale n'est plus admissible.

En conséquence, la commission vous demande de rejeter cet article.

Section 3

Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

Article 29

Simplification des règles applicables aux cotisations des travailleurs indépendants

Objet : Cet article a pour objet d'améliorer et de simplifier les règles de détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales acquittées par les travailleurs indépendants, ainsi que d'aménager les processus de régularisation des versements.

I - Le dispositif proposé

Cet article comporte un certain nombre de mesures attendues par les travailleurs indépendants, à la fois en matière de simplification du calcul des cotisations et de souplesse de gestion de leur prélèvement social.

Trois séries de dispositions sont prévues :

- **L'alignement de l'assiette des cotisations sur l'assiette fiscale**

L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale prévoit que les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants sont calculées sur la base du revenu pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu, mais ces dispositions n'ont pas toujours été coordonnées avec l'évolution de la législation fiscale, qui a fait bénéficier les travailleurs indépendants d'abattements ou d'exonérations qui n'ont pas systématiquement été introduits dans le code de la sécurité sociale. L'incohérence des assiettes est d'autant plus problématique que dans certains cas, les mesures d'abattement fiscal ont leur pendant en matière sociale sous la forme d'une exonération, ce qui impose de réintégrer ces exemptions.

La définition de l'assiette des cotisations sociales est donc ici précisée afin de viser 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.

La rédaction sécurise pour l'avenir l'assiette des cotisations sans remettre en cause les exonérations en vigueur.

Le 1° du **paragraphe I** modifie à cet effet l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, qui disposera désormais que les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur le revenu d'activité non salarié. Il est précisé que ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte d'un certain nombre d'éléments (plus-values et moins-values professionnelles à long terme, reports déficitaires, etc.).

Le 2° vise le cas des entrepreneurs individuels à responsabilité limitée, qui sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés : le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des produits des actions et parts sociales qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède le montant du bénéfice net tel que défini par le code général des impôts si ce dernier montant est supérieur.

- **Les assiettes forfaitaires**

Afin de pouvoir adapter les assiettes forfaitaires provisoires à la situation des cotisants, le présent article assouplit leurs modalités de calcul. Les cotisations forfaitaires définitives pour les plus bas revenus, dites cotisations minimales, sont maintenues ; leur indexation est harmonisée avec celle des autres cotisations.

Le **paragraphe III** définit les méthodes de calcul des cotisations et prévoit que lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire. Le cotisant est redevable d'une pénalité calculée en fonction des cotisations finalement dues. Un décret détermine la base majorée ainsi que la base forfaitaire et précise les modalités de calcul et d'application de la pénalité susmentionnée.

- **La régularisation des versements**

L'échéancier du recouvrement des cotisations est rendu plus flexible, afin de mieux tenir compte de la situation économique des travailleurs indépendants. La possibilité de modifier les versements en raison de problèmes de trésorerie est élargie et les pénalités, aujourd'hui prévues, sont allégées dans les cas où le cotisant est de bonne foi.

A cet effet, le **paragraphe III** introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 131-6-2 qui prévoit le versement annuel des cotisations et leur calcul, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années

d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret.

Lorsque le revenu d'activité est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation. Le mécanisme permettant, sur demande du cotisant, de calculer les cotisations provisionnelles sur la base du dernier revenu d'activité connu ou sur la base du revenu estimé de l'année en cours sont maintenues. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession de l'assuré au moment de sa demande justifiaient son estimation.

La possibilité de régulariser l'année précédente dès le revenu fiscal connu est établie et assortie d'un mécanisme incitatif. Le 1^o du **paragraphe IV** introduit la notion de « déclaration par anticipation », qui se substitue à la « déclaration préalable ». Le 2^o prévoit que lorsque le travailleur indépendant effectue une déclaration par anticipation, la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale est également effectuée par anticipation. Un montant forfaitaire, fixé par décret, pourra être servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui verse par anticipation le montant des sommes dues.

Le 3^o du **paragraphe VI** applique ces dispositions à la CSG, par référence à celles applicables aux cotisations sociales.

Le 2^o du **IX** complète la liste des personnes devant être obligatoirement affiliées au régime social des indépendants par la mention de celles exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel.

Enfin, le 3^o du **I**, le **II**, le **V**, les 1^o, 2^o et 4^o du **VI**, le **VII**, le **VIII**, le 1^o du **IX** et les **X à XIX** procèdent aux coordinations, toilettages et aménagements rédactionnels au sein du code de la sécurité sociale, devenus nécessaires du fait des modifications introduites par le présent article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté de nombreux amendements rédactionnels, de précision et de coordination. Elle a également, à l'initiative du rapporteur Yves Bur et du Gouvernement, complété le texte de l'article sur cinq points, afin de :

- **consulter les organisations professionnelles** concernées pour s'assurer que les modalités de mise en œuvre du décret relatif au calcul des cotisations provisionnelles pour les deux premières années d'activité

répondent effectivement à une vraie mesure de simplification sans alourdir les charges sociales des cotisants ;

- adapter la disposition relative aux taxations forfaitaires afin de **ne pas faire bénéficier le cotisant des exonérations de charges lorsqu'il ne remplit pas ses obligations déclaratives**, qu'il s'agisse d'un employeur ou d'un travailleur indépendant, et que les cotisations soient calculées à titre provisoire sur une base forfaitaire, dans l'attente de leur régularisation ;

- **simplifier les dispositions propres à la CSG due par les exploitants agricoles** afin de tenir compte des modifications introduites par l'article en matière de cotisations sociales des travailleurs indépendants ;

- maintenir à droit constant les règles de calcul et de recouvrement des cotisations vieillesse des professionnels libéraux qui exercent leur activité dans les Dom ;

- laisser aux **pédicures podologues** la possibilité d'opter, pour l'ensemble de leurs revenus, pour le régime social des indépendants, en raison du caractère particulier de leur mode d'activité, différent de celui des autres praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés qui, eux, ont la possibilité de n'avoir que le régime général comme interlocuteur pour leurs cotisations d'assurance maladie.

III - La position de la commission

Les mesures proposées par cet article allant dans le sens de la simplification des procédures et de la réponse aux attentes des professionnels concernés, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 29 bis

(art. L. 725-21 du code rural et de la pêche maritime)

Sanction de la rétention de précompte des cotisations sociales agricoles

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, tire les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel du 9 septembre 2011 qui, dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité, a jugé contraire à la Constitution l'article L. 725-21 du code rural et de la pêche maritime.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Saisi par la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité relative à la conformité aux droits et libertés de l'article L. 725-21 du code rural et de la pêche maritime, le Conseil constitutionnel a rendu sa décision le 9 septembre 2011 (décision n° 2011-161).

L'article L. 725-21, issu d'une loi du 1^{er} juillet 1934, dispose que l'employeur qui a retenu indûment la cotisation ouvrière précomptée sur le salaire est passible des peines de l'abus de confiance prévues dans le code pénal.

Examinant la situation des employeurs agricoles et des autres employeurs, le Conseil a relevé que, pour une même infraction, ces deux catégories d'employeurs 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 donc jugé contraire au principe d'égalité devant la loi pénale l'article L. 725-21. Cette déclaration d'inconstitutionnalité a pris 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.

Dans ce contexte, le présent article vise à rétablir, dans le code rural et de la pêche maritime, un article L. 725-21, mais dans une nouvelle rédaction qui permet aux employeurs agricoles d'être soumis aux mêmes peines, en cas de récidive de rétention de précompte, que les autres employeurs.

Dans la présentation de son amendement, le Gouvernement ajoute que, hors cas de récidive, un décret en Conseil d'Etat précisera les peines encourues, comme cela est prévu pour les autres employeurs dans le cadre de l'article R. 244-3 du code de la sécurité sociale (décret n° 87-801 du 29 septembre 1987).

II - La position de la commission

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

Article 30

(art. L. 133-5-4 et L. 244-3 du code de la sécurité sociale)

Articulation de la déclaration annuelle des données sociales et de la déclaration sociale nominative

Objet : Cet article a pour objet de donner une valeur législative à la déclaration annuelle des données sociales, d'en assurer la cohérence avec la déclaration sociale nominative et d'en permettre la dématérialisation.

I - Le dispositif proposé

• La déclaration annuelle des données sociales

Mise en place en 1985, la déclaration annuelle des données sociales (DADS) est un document essentiel pour les salariés, aussi bien en matière sociale que fiscale.

Elle permet de **détailler les éléments** sur lesquels sont calculées les cotisations, de reporter les droits des salariés au compte d'assurance vieillesse, de déterminer leurs droits aux prestations de l'assurance maladie ; elle regroupe également de nombreuses déclarations des employeurs. Elle autorise en outre le pré-remplissage des déclarations fiscales et la réalisation de statistiques permettant d'orienter les politiques publiques.

Le champ de cette déclaration s'est progressivement étendu depuis sa création ; elle concerne ainsi non seulement les employeurs du secteur privé mais aussi les employeurs du secteur public pour leurs agents, à l'exception des agents non détachés relevant de la fonction publique d'Etat.

Sur les salaires de l'année 2010, plus de deux millions d'établissements ont réalisé une DADS auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), pour environ seize millions de salariés. Leurs données ont ensuite été transmises à dix-neuf administrations et organismes de protection sociale dans le cadre du système de transfert des données sociales.

Or, si certains articles législatifs font implicitement ou indirectement référence à cette déclaration sociale, par exemple les articles 87 et 87A du code général des impôts ou, depuis la loi portant réforme des retraites, l'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale sur les suites à donner lors du

contrôle d'un employeur, cette obligation déclarative n'est actuellement régie que par un décret¹.

Par ailleurs, fréquemment modifié, ce cadre juridique n'autorise pas de nouveaux usages, notamment en matière de recouvrement pour le compte d'autres administrations, comme certains projets l'envisagent, tel celui de la déclaration sociale nominative (DSN) qui fait l'objet d'une mesure dans la proposition de loi relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives en cours d'examen devant le Parlement.

Enfin, cette déclaration est **aujourd'hui réalisée quasi-exclusivement de façon dématérialisée**, ce dont les textes qui la régissent ne tiennent pas compte. Elle repose sur une norme informatique dont le rôle pourrait être conforté puisqu'elle a aussi vocation à servir pour d'autres déclarations dans le cadre de la démarche de simplification menée actuellement.

• Les modifications proposées

Il est prévu d'**inscrire la DADS dans un cadre législatif clair**, de lui conférer un régime juridique propre, de revoir les modalités d'élaboration de la norme qui sert à sa transmission de manière dématérialisée et enfin d'encadrer l'admission des nouveaux utilisateurs de cette déclaration et les évolutions de cette norme, pour garantir un juste équilibre entre des besoins croissants de données et l'impératif d'allègement des charges administratives des déclarants, qui reste insuffisamment pris en compte.

Le texte proposé prévoit l'introduction d'un **nouvel article L. 133-5-4** dans le code de la sécurité sociale pour définir :

- **le champ et la portée de l'obligation déclarative**, étant observé que le périmètre du dispositif existant est conservé et qu'aucune obligation nouvelle effective n'est créée à cette occasion pour les employeurs ; chaque employeur doit donc adresser sa déclaration chaque année avant le 31 janvier en faisant ressortir le montant des rémunérations versées à chacun de ses salariés au cours de l'année précédente ;

- **les modalités de transmission de la déclaration**, qui tiennent compte de la situation actuelle, c'est-à-dire du recours quasi-exclusif à la dématérialisation. Ainsi, il est proposé de prévoir que la DADS est effectuée par voie électronique² et doit respecter une norme d'échanges, qui peut par ailleurs servir à d'autres finalités ;

- **la sanction qui s'attache au défaut de déclaration**, à l'omission ou à l'inexactitude des données devant être déclarées par le biais d'une pénalité susceptible d'être recouvrée par les Urssaf. Cette pénalité est fixée dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale au titre de

¹ Décret n° 85-1343 du 16 décembre 1985.

² La déclaration peut encore aussi être effectuée au moyen d'un formulaire.

chaque salarié pour lequel est constaté un défaut de déclaration, une omission ou une inexactitude.

Afin de faciliter la correcte articulation des différentes déclarations sociales établies par les employeurs, il est précisé de quelle manière ces derniers peuvent rectifier leurs précédentes déclarations périodiques au vu des DADS détaillées qu'ils produisent en tout début d'année suivante.

La pénalité prévue pour la DADS s'applique aussi à cette déclaration de régularisation.

Selon l'étude d'impact, cette réforme a été conçue en lien étroit avec le projet de déclaration sociale nominative (DSN) ; elle en prépare en quelque sorte la mise en œuvre, puisqu'à terme la DSN a vocation à se substituer à la DADS et que la norme qui sert de support à la DADS est privilégiée pour instituer la DSN.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements qui, outre des corrections rédactionnelles, tendent à apporter quelques précisions sur ce texte. Ainsi :

- les usages fondamentaux de cette déclaration, en particulier pour l'ouverture des droits aux assurances retraite et maladie, sont rappelés ; le champ des déclarations intégrées dans la DADS est rectifié afin d'en mentionner plusieurs autres, telles les déclarations fiscales relatives aux rémunérations, aux commissions et honoraires et aux droits d'auteur ;

- il est tiré conséquence des multiples usages de la norme utilisée pour la DADS (qui est une déclaration dématérialisée pour 99 % des salariés) et du caractère indissociable des différents volets de celle-ci ;

- un aménagement est apporté à la disposition prévoyant une pénalité en l'absence de DADS ou de déclaration de régularisation de cotisations, en cas d'omission de données ou de données inexactes. En effet, ces manquements ne présentent pas le même caractère de gravité. Aussi, il est prévu de renvoyer la fixation du taux à un décret en Conseil d'Etat dans la limite d'un maximum de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par salarié, afin de pouvoir prévoir des taux différents selon les types de manquements.

III - La position de la commission

L'importance des utilisations de la DADS justifie qu'elle trouve sa place dans le code de la sécurité sociale. Il conviendra que le cadre juridique ainsi défini soit préservé par la nouvelle DSN en cours de mise en place.

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

Article 30 bis

*(art. L 133-8-3, L 133-8-4 et L 241-17 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 1272-5 du code du travail)*

Simplification du paiement des cotisations sociales pour l'emploi d'aides à domicile par certains bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à simplifier le paiement des cotisations et contributions sociales pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) lorsque les départements versent ces prestations sous forme de chèques emploi-service universels préfinancés.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article introduit un nouvel article L. 133-8-3 dans le code de la sécurité sociale afin de prévoir que, lorsque l'employeur bénéficie d'une prise en charge des cotisations et contributions sociales en tant que bénéficiaire de l'Apa ou de la PCH, et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, le paiement des cotisations est effectué directement par le département qui sert l'allocation auprès de l'organisme de recouvrement.

Ce mécanisme présente un **double avantage** :

- d'un côté, les bénéficiaires qui emploient des aides à domicile n'auront plus à supporter le prélèvement ou à faire l'avance de la part de cotisations prise en charge par les conseils généraux ;

- de l'autre côté, les départements seront certains de ne payer que la part des cotisations sociales correspondant au salaire effectivement déclaré et aux heures d'aide à domicile effectivement réalisées.

En séance, le Gouvernement a indiqué que ce dispositif serait proposé aux départements volontaires et que ceux-ci seront associés à sa construction et à sa mise en application.

Deux coordinations de références sont également prévues, aux articles L 241-17 du code de la sécurité sociale et L 1272-5 du code du travail.

II - La position de la commission

Cette mesure de simplification paraissant bienvenue, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 30 ter

(art. 243-7 du code de la sécurité sociale)

**Extension des pouvoirs de contrôle de la Cour des comptes
en matière de cotisations et contributions sociales**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à compléter et préciser les règles du contrôle applicables aux services de l'Etat en matière de prélèvements sociaux.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a posé le principe selon lequel les services de l'Etat peuvent faire l'objet de contrôles en matière d'application des règles relatives aux prélèvements sociaux.

Si, comme l'ont montré les contrôles déjà effectués sur les administrations, il n'y pas lieu de suspecter une application intentionnellement détournée des règles de sécurité sociale, il paraît utile, d'une part, d'assurer que l'Etat employeur est soumis aux mêmes dispositions que tout autre cotisant et s'en acquitte de manière irréprochable, d'autre part, de rectifier les erreurs qui peuvent être commises par une administration.

Ces contrôles sont actuellement réalisés par les Urssaf et, pour les administrations centrales, par la Cour des comptes. Ils ne couvrent toutefois pas l'intégralité des employeurs publics.

Il est donc proposé de modifier l'article L. 243-7 afin :

- de préciser au 1° du **paragraphe I** que le contrôle des services de recouvrement en matière de cotisations et contributions sociales s'applique aux employeurs privés comme publics, y compris les services de l'Etat à l'exception de ceux pour lesquels la Cour des comptes est compétente ;

- de définir au 2° du **I** le champ de compétences de la Cour des comptes qui devra non seulement contrôler les administrations centrales de l'Etat mais également les membres du Gouvernement et leurs collaborateurs, ainsi que les organes juridictionnels mentionnés dans la Constitution, c'est-à-dire la Cour de cassation, le Conseil d'Etat et le Conseil constitutionnel. Par ailleurs, pour des raisons évidentes, la Cour des comptes elle-même sera contrôlée par l'Urssaf dont elle relève.

Ce nouveau partage des compétences entre la Cour des comptes et les Urssaf maintient la collaboration entre ces deux acteurs lorsque cela est utile. Cette répartition est sans préjudice de la compétence de la Cour qui peut s'assurer par elle-même, à l'occasion de l'exercice de ses autres missions de contrôle, du respect par les services de l'Etat, notamment ceux qui n'ont pas encore été contrôlés à ce jour, des règles relatives au calcul des cotisations sociales.

Le **paragraphe II** abroge l'article L. 111-6 du code des juridictions financières qui prévoyait la communication des résultats de l'ensemble des contrôles sur l'Etat dans le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. En effet, ces observations trouveront mieux leur place dans les rapports relatifs aux services de l'Etat.

II - La position de la commission

Votre commission approuve cette rationalisation du partage des tâches entre les Urssaf et la Cour des comptes, ainsi que l'extension du champ de compétences de la Cour en matière de contrôle du versement des cotisations et contributions sociales.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 31

(art. L. 139-3 à L. 139-5 et L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale)

Encadrement de la politique d'emprunt et de placement des organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de définir des règles prudentielles pour encadrer la politique d'emprunt et de placement des organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Afin d'asseoir une approche prudentielle transversale aux organismes de sécurité sociale, il est proposé d'insérer dans le code de la sécurité sociale un chapitre nouveau dédié à la gestion des risques financiers, et comprenant trois séries de dispositions :

• Encadrement du recours à l'emprunt

Le nouvel **article L. 139-3** prévoit que les régimes et organismes habilités à mobiliser des ressources non permanentes en application de la loi de financement de la sécurité sociale seront tenus de se financer auprès d'un établissement de crédit agréé. Les emprunts bancaires ainsi contractés ne pourront avoir un terme supérieur à un an. Compte tenu cependant du montant

des besoins de trésorerie du régime général, il est précisé qu'à titre dérogatoire, l'Acoss est autorisée à émettre des titres de créances sur les marchés dans les mêmes conditions de durée.

Les régimes et organismes concernés devront communiquer pour approbation leurs projets de conventions bancaires aux ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné. En outre, l'Acoss devra soumettre chaque année aux ministres chargés de sa tutelle son programme d'émission de titres de créance négociables pour approbation. Il s'agit ici de renforcer la connaissance, l'analyse et le contrôle par les tutelles des relations des régimes et organismes avec leurs partenaires bancaires. Ces informations figureront dans les annexes au projet de loi de financement.

• **Encadrement des placements**

Le nouvel **article L. 139-4**, contraint, en ce qui concerne leurs placements, les régimes de base, les organismes concourant à leur financement (FSV) et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (CNSA) à ne pas placer leurs disponibilités excédant leurs besoins de trésorerie autrement que dans des actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisible de ces disponibilités. Cette disposition vise à interdire les stratégies opportunistes d'achat / vente de titres de maturité longue avec des excédents ponctuels de trésorerie, pour éviter tout risque de dépréciation et de perte en capital.

• **Audit de liquidité de l'Acoss**

Le nouvel **article L. 139-5** prévoit d'inscrire, dans le code de la sécurité sociale, le principe d'un audit annuel de la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'Acoss. Déléguée à un prestataire externe, cette revue régulière doit permettre de conforter et d'améliorer cette politique, au regard notamment des meilleurs standards de place.

Un tel dispositif existe d'ailleurs pour l'Etat, depuis l'entrée en vigueur de l'article 113 de la loi de finances rectificative pour 2004.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre des amendements de précision rédactionnelle, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements pour :

- **ouvrir la possibilité à l'Acoss de consentir également des avances de trésorerie** aux régimes de base avec lesquels elle entretient des relations financières dans le cadre d'une convention approuvée par les ministres de tutelle ;

- **prévoir la transmission par le Gouvernement au Parlement des résultats de l'audit contractuel** sur la politique de gestion du risque de liquidité par l'Acoss.

III - La position de la commission

Votre commission approuve la formalisation de ces règles de gestion du risque applicables aux organismes de sécurité sociale. Il est vrai que le niveau historique atteint par la trésorerie du régime général en 2010, du fait du maintien des déficits accumulés dans ses comptes, justifie amplement que de telles règles soient inscrites dans le code de la sécurité sociale, afin de mieux encadrer la gestion des trésoreries de la sécurité sociale pour l'avenir.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 31 bis

(art. L. 132-2-2 du code des juridictions financières)

Possibilité pour les membres de la Cour des comptes d'examiner des opérations effectuées par des régimes et organismes certifiés par un commissaire aux comptes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à faciliter le travail de certification des comptes de la sécurité sociale par la Cour des comptes.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le code des juridictions financières confie à la Cour des comptes la mission de certifier les comptes annuels des caisses nationales ainsi que les comptes combinés des branches et de l'activité de recouvrement du régime général. Les comptes des autres régimes et organismes de sécurité sociale ainsi que du fonds de réserve pour les retraites sont examinés par des commissaires aux comptes.

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a fixé un cadre aux échanges d'informations entre la Cour des comptes, chargée de la certification des comptes du régime général, et les commissaires aux comptes des autres régimes et organismes, en prévoyant une levée de leurs secrets professionnels respectifs.

Le présent article a pour objet de compléter ce dispositif par la reconnaissance, en faveur des membres et personnels de la Cour des comptes, d'une faculté d'examen de certaines opérations effectuées par des régimes et organismes dont les comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes. Cette disposition est motivée par les besoins d'information inhérents à la mission de certification confiée à la Cour des comptes.

La faculté donnée à la Cour ne portera que sur les opérations effectuées pour le compte du régime général par les autres régimes et organismes de sécurité sociale. Elle n'empiètera donc pas sur l'exercice, par les commissaires aux comptes, de leur mission légale. Elle ne se confondra pas non plus avec les missions de contrôle des comptes et de la gestion des

établissements publics et des organismes de droit privé chargés de la gestion d'un régime de sécurité sociale qu'assure par ailleurs la Cour des comptes en application des articles L. 131-1 et L. 134-1 du code des juridictions financières

II - La position de la commission

Cette mesure de précision est importante pour sécuriser les modalités d'intervention des membres de la Cour des comptes dans leur activité de certification des comptes des organismes de sécurité sociale.

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

Article 32

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

Objet : Cet article fixe les plafonds d'avance de trésorerie pour 2012.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ;

Huit organismes sont habilités par cet article à recourir en 2012 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

Le tableau ci-après en fournit le détail et rappelle le montant des plafonds votés en 2010 et 2011.

Plafonds d'avance de trésorerie pour 2010, 2011 et 2012

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012
Régime général	65 000	20 000	21 000
Régime des exploitants agricoles - CCMSA	3 500	4 500	2 900
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	350	400	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)	90	90	50
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	750	800	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	600	600	600
Caisse de retraite du personnel de la RATP (CRPRATP)	50	50	50
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	1 700	1 650	650

Il est prévu qu'à **titre dérogatoire**, la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF pourra recourir à des ressources non permanentes dans la limite de **1,6 milliard d'euros** entre les 1^{er} et 15 janvier et 15 et 31 décembre 2012.

1°) Le régime général

Pour le régime général, le plafond des ressources non permanentes proposé pour 2012 s'élève à **21 milliards d'euros**, soit un montant légèrement supérieur à celui demandé pour 2011 mais sensiblement inférieur au niveau historique de 2010 de 65 milliards. Ce montant doit permettre de gérer le déficit du régime général, soit 13,9 milliards, et celui du FSV qui pèse également sur les comptes de l'Acoss, à hauteur prévisionnelle de 3,7 milliards.

Le plafond d'emprunt du régime général a beaucoup varié au cours des dernières années, ainsi que le montre le tableau ci-après :

Année	Plafond en milliards d'euros
2004	33
2005	13
2006	18,5
2007	28
2008	36
2009	29
2010	65
2011	20 (58 jusqu'au 31 mai)
2012	21

Pour faire face à ses besoins de trésorerie en 2012, l'Acoss aura recours, comme en 2011, aux avances de la Caisse des dépôts et consignations, aux instruments de marché - billets de trésorerie et *euro commercial papers* - ainsi qu'à la mutualisation des trésoreries de la sphère sociale.

Une nouvelle convention, pour la période 2011-2014 a été signée avec la Caisse des dépôts dont les concours représentaient, à fin juillet 2011, environ 50 % du volume total de financement de l'Acoss, au lieu de 60 % en 2010.

Le programme d'émission de billets de trésorerie a connu une forte diminution avec un encours journalier moyen de 4,4 milliards d'euros depuis le 1^{er} janvier 2011. Depuis cette date, ils ont représenté près de 14 % du total des financements de l'Acoss.

L'Acoss a par ailleurs, comme prévu, ouvert en 2010 un programme d'*euro commercial papers* avec l'assistance de l'Agence France Trésor ; ce programme a connu une forte diminution cette année, passant de plus de 7 milliards fin 2010 à 2 milliards en juin et environ 500 millions depuis septembre.

Enfin, plusieurs acteurs de la sphère sociale qui enregistrent des excédents de trésorerie (CNSA, régimes complémentaires du RSI, C3S, etc.) ont participé au financement de l'Acoss par l'achat de bons de trésorerie ou par le dépôt de moyens contre rémunération. Depuis le 1^{er} janvier, ce mode de financement représente 20 % du volume total des besoins de l'Acoss, au lieu de 8 % en 2010.

Pour 2012, le profil de trésorerie envisagé, compte tenu des hypothèses du présent projet de loi de financement, est un solde moyen au cours de l'exercice de - 10,1 milliards, **avec un point haut** le 7 février à **+ 2 milliards** et **un point bas** le 14 décembre à **- 18,9 milliards d'euros**.

Au regard de ces éléments, le plafond d'avances fixé par le présent article, soit 21 milliards d'euros, paraît élevé puisqu'il retient une **marge de 2,1 milliards**. Mais sa prévision reste soumise à de nombreux aléas, notamment sur le calendrier précis des encaissements et des tirages et des échanges avec ses partenaires.

2°) Le régime des exploitants agricoles - CCMSA

Le Ffipsa ayant été supprimé le 1^{er} janvier 2009, la gestion des ressources du régime des non-salariés agricoles est désormais confiée directement à la CCMSA qui dispose de l'autorisation d'emprunt pour le financement de ses besoins de trésorerie.

Compte tenu des hypothèses actuelles, le solde moyen du régime en 2011 devrait s'élever à - 2,8 milliards, un point bas apparaissant le 9 novembre avec - 4,1 milliards.

Le montant du plafond, fixé à 4,5 milliards pour 2011, a donc laissé une marge.

Pour 2012, compte tenu des hypothèses du projet de loi de financement, le solde moyen du régime atteindrait – 1,4 milliard avec **un point bas** le 12 novembre à – **2,6 milliards d’euros**, le solde de trésorerie s’élevant à – 1,4 milliard le 31 décembre.

Au regard de ces éléments, le montant du plafond d’emprunt proposé pour la CCMSA en 2012 est de **2,9 milliards d’euros**, ce qui laisse une marge d’environ 300 millions.

Ces emprunts interviennent dans le cadre d’une convention financière signée début 2011 par la CCMSA avec un syndicat bancaire mené par le groupe Crédit agricole. Cette convention prévoit un financement en deux tranches : une tranche A de tirages prédéfinis pour 3,8 milliards au taux Euribor 3 mois + 18 points de base et une tranche B de découvert d’un montant maximal de 400 millions au taux Eonia + 53 points de base.

3°) Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

En 2011, la situation financière de la CNRACL devient négative du fait de la hausse toujours rapide des dépenses de prestations (7,4 % en moyenne pour 2011 au lieu de 5 % en 2010 et 2009).

Le point bas de la trésorerie en 2011 devrait être atteint le 25 décembre avec - 338 millions d’euros, et le point haut le 25 août avec + 1 milliard d’euros.

Pour 2012, au vu des hypothèses du projet de loi de financement, le solde moyen de trésorerie atteindrait - 149 millions, avec un point bas à - 1,2 milliard le 21 décembre. Pour laisser une marge à la CNRACL d’environ 250 millions, il est proposé de fixer **un plafond d’emprunt de 1,45 milliard**. C’est auprès de la Caisse des dépôts et consignations que la CNRACL dispose d’un découvert de trésorerie.

4°) Le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l’Etat

Le FSPOEIE bénéficie d’une subvention d’équilibre de l’Etat et dégage donc des résultats en équilibre. Toutefois, un plafond d’avance de **50 millions d’euros** est ouvert pour 2012, au lieu de 90 millions en 2011, à titre de précaution, afin de se prémunir contre la principale inconnue qui est celle du calendrier de versement des subventions, celles-ci représentant la majorité des ressources du fonds.

Pour 2012, le profil de trésorerie devrait rester positif, comme les années précédentes. Le point bas devrait être atteint en décembre, à + 42 millions, et le point haut fin janvier à + 798 millions.

5°) La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

Pour 2012, il est proposé d'autoriser la CANSSM à contracter des emprunts dans la limite de **900 millions d'euros**, au lieu de 800 millions en 2011.

Le point bas de la trésorerie devrait se situer aux environs de - 778 millions en décembre.

Les conditions de l'exercice 2012 devant continuer à se dégrader, il est demandé une légère hausse du plafond d'avances.

La **marge de sécurité** de 200 millions est notamment justifiée par l'incertitude liée aux dates de réalisation des cessions immobilières du régime minier.

6°) La caisse nationale des industries électriques et gazières

La Cnieg, créée par la loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, est chargée de la gestion des prestations aux assurés. Chaque branche de la caisse affiche en principe un résultat net égal à zéro. Toutefois, afin de faire face au décalage entre les encaissements et les décaissements, la caisse est autorisée à contracter des emprunts.

Depuis 2009, le plafond de ces emprunts est fixé chaque année à 600 millions d'euros. Pour 2012, le niveau d'avances demandé est également de **600 millions d'euros**, compte tenu des incertitudes qui pèsent encore sur le profil de trésorerie de la caisse, liées au décalage entre le rythme de versement des pensions de retraite aux affiliés de la Cnieg, le premier jour de chaque trimestre, et le rythme des transferts en provenance de la Cnav. Le point bas actuellement envisagé pour la trésorerie de la caisse en 2012 est de - 500 millions au début d'octobre.

7°) La caisse de retraite du personnel de la RATP

Le décret n° 2005-1635 du 26 décembre 2005 a instauré la caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens (CRP RATP) dans le cadre de l'adossment prévu, mais non encore réalisé, de ce régime spécial au régime général. Cette caisse reprend les obligations de la RATP en matière de prise en charge des pensions des personnels du régime spécial. Toutefois, l'adossment ne sera effectif que lorsque les conventions entre la CRP RATP, la Cnav et l'Acoss auront été signées. A titre transitoire, l'Etat assure l'équilibre financier de la caisse par le versement de subventions.

En 2006, 2007 et 2008, la caisse, qui a bénéficié des subventions de l'Etat, n'a pas eu recours à des emprunts de trésorerie, malgré le plafond fixé à titre prévisionnel dans chaque loi de financement.

Pour 2009, le même montant que les années précédentes, soit 50 millions, a permis à la caisse de recourir ponctuellement à l'emprunt, pour un total de 6,5 millions au cours du premier semestre.

En 2010, la caisse n'a pas eu recours à l'emprunt.

Pour 2012, le point bas de trésorerie se situerait aux alentours d'un million début juillet et le solde moyen de trésorerie atteindrait 14 millions.

Afin néanmoins de permettre à la CRP RATP de faire face à ses obligations, il est proposé de **reconduire, pour 2012, le plafond d'emprunt de 50 millions d'euros** voté pour 2011.

8°) La caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF

La caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) a été créée par le décret n° 2007-730 du 7 mai 2007 et établie à compter du 30 juin 2007. Elle bénéficie de l'autonomie de gestion depuis mars 2009.

Le profil de trésorerie de la caisse traduit le décalage entre, d'une part, le rythme de versement des pensions de retraite aux affiliés (versement trimestriel), d'autre part, le rythme des encaissements de cotisations (au début de chaque mois) et du versement de la subvention de l'Etat (versée en quatre échéances).

Ce décalage explique des besoins de trésorerie très importants, principalement au début de chaque trimestre. C'est pourquoi le montant du plafond pour 2012 est fixé à **650 millions d'euros**. Ce plafond est toutefois sensiblement moindre que celui voté pour 2011, qui était de 1,65 milliard. Toutefois, un plafond élevé, de **1,6 milliard, est autorisé à titre dérogatoire**, en début et en fin d'année. Le point bas apparaîtrait en effet le 31 décembre 2012 à - 1,5 milliard, le solde moyen de trésorerie du régime pour l'année étant estimé à - 359 millions. La marge envisagée est donc de 250 millions.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision rédactionnelle.

III - La position de la commission

Après le niveau historiquement élevé de 2010, soit 65 milliards d'euros, il est plus satisfaisant d'observer que l'on revient en 2012, comme en 2011, à un montant sensiblement plus bas et surtout moins porteur de risques de 21 milliards.

Celui-ci correspondra aux besoins de trésorerie à caractère infra-annuel de l'Acoss, ce qui est précisément sa vocation, comme le rappelle régulièrement la Cour des comptes.

Néanmoins, **rien n'est organisé pour la couverture des déficits des branches maladie et famille de 2012**, ce que votre commission dénonce vivement. En effet, seule une solution pour la branche vieillesse et le FSV a été mise en place jusqu'en 2018, par le transfert régulier à la Cades d'un maximum de 10 milliards par an.

Comme en outre les niveaux de déficits prévus pour les années suivantes resteront à des niveaux très élevés, la question de leur prise en charge est posée pour plusieurs années. Il convient d'en avoir conscience car si l'Acoss a pu bénéficier depuis 2009 de conditions de refinancement exceptionnelles avec des taux d'intérêt particulièrement bas, il pourrait ne plus en être ainsi à l'avenir.

Prenant simplement acte des montants fixés à cet article, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article additionnel avant l'article 33

(art. L. 323-1 et L. 323-4 du code de la sécurité sociale)

Maintien des indemnités journalières à leur niveau actuel

Objet : Cet article additionnel a pour objet de maintenir les droits existants en termes d'indemnités journalières maladie.

Le Gouvernement a annoncé, à l'occasion du dépôt de ce PLFSS, « une harmonisation et une simplification des méthodes de calcul des indemnités journalières maladie », qui seraient désormais calculées sur la base du salaire net comme pour les indemnités maternité. Cette évolution, qui relève aujourd'hui du niveau réglementaire et non de la loi, ne serait **pas neutre pour les assurés** : en passant de 50 % du salaire brut à 60 % du salaire net, comme annoncé, l'impact sur les indemnités se traduirait par une baisse de plus ou moins 5 % selon le niveau de salaire.

Une « économie » de 220 millions d'euros est escomptée dès 2012 du fait de cette modification.

Devant les multiples protestations, le ministre de la santé a annoncé à l'Assemblée nationale qu'il proposerait d'autres modalités de baisse des indemnités journalières, par exemple en ajoutant un jour de carence aux trois qui existent aujourd'hui.

La commission relève que le Gouvernement a déjà, l'an passé, apporté une modification « technique » au mode de calcul des indemnités journalières, qui a entraîné leur baisse à hauteur de 1,4 %.

Elle a estimé qu'il était important de maintenir, à droits constants, le montant des indemnités journalières maladie, ainsi que le délai de carence de trois jours. Qui plus est, elle relève que l'assurance maladie a déployé un programme de maîtrise des dépenses d'arrêts de travail, qui a déjà produit des résultats puisque, sur les trois dernières années, le nombre d'IJ a baissé de 11 %, alors même que la croissance de la population active et son vieillissement auraient du conduire à une augmentation. La Cnam estime l'économie qui en résulte annuellement à 1 milliard d'euros.

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

*Article additionnel avant l'article 33
(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003)*

**Abrogation de la convergence tarifaire
entre les établissements publics et privés de santé**

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'abroger la convergence tarifaire en cours entre les établissements de santé publics et privés.

Introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, la convergence tarifaire entre établissements hospitaliers publics et privés, qui vise à aligner les tarifs des deux secteurs dans la limite des écarts justifiés par des différences de charges couvertes, est liée à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), désormais appliquée pour l'ensemble des activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

Depuis son inscription dans la loi, le processus de convergence a suscité de vifs débats et de nombreuses interrogations, si bien que le Parlement a déjà dû décaler plusieurs fois son terme attendu et en modifier les modalités.

Par exemple, bien que les écarts de champs des charges couvertes par les tarifs soient connus depuis l'origine du processus de convergence, **aucune solution n'a encore été proposée pour rendre parfaitement comparables les tarifs des établissements entre les secteurs public et privé.**

Un rapport de l'Igas de 2006¹ a, en outre, démontré la nécessité de produire de nombreuses études préalables, qui sont aujourd'hui au point mort, car certaines sont, en fait, impossibles à réaliser d'un point de vue technique.

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011, la Cour des comptes confirme que les tarifs ne couvrent pas le même champ de dépenses dans les deux secteurs ; les honoraires des praticiens exerçant en clinique privée, ainsi que les actes de

¹ *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, janvier 2006.*

biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle, en sont exclus, contrairement au secteur public.

La Cour se montre en outre **très critique sur la procédure de convergence ciblée** pratiquée depuis 2010 qui a pu, « *dans certains cas, contredire les priorités de santé publique* » et qui, si elle était poursuivie, présenterait « *un caractère de plus en plus artificiel* ».

Or, précisément, le Gouvernement entend prolonger en 2012 cette procédure de convergence ciblée, totale ou partielle, sur quelques tarifs, pour un montant attendu d'économie de 100 millions d'euros, alors même que les expériences précédentes ont plutôt eu des conséquences négatives, par exemple lors du rapprochement du tarif des accouchements par voie basse sans complication, qui a eu des effets sensibles sur nombre de maternités.

La marche forcée ne peut pas résoudre les questions de fond qui se posent au sujet de la convergence tarifaire en termes de périmètre, d'objectifs ou même d'intérêt pour la prise en charge des patients dans les établissements de santé. Il est temps, au contraire, de **remettre à plat les modalités de financement** des établissements de santé, pour trouver un meilleur équilibre entre tarification à l'activité et missions de service public.

La commission propose donc de supprimer le processus de convergence tarifaire entre les hôpitaux et les cliniques.

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

Article additionnel avant l'article 33
Rapport sur les renoncements aux soins

Objet : Cet article additionnel demande au Gouvernement de remettre un rapport au Parlement, avant le 30 septembre 2012, sur les renoncements aux soins.

L'ensemble des études disponibles montrent que **les renoncements aux soins progressent en France**, et pas seulement en optique et en dentaire. Les chiffres varient sensiblement selon les sources mais ils aboutissent à évaluer entre 16 % et 30 % les personnes interrogées qui renoncent à des soins pour des raisons financières.

Les motifs en sont certainement multiples : progression importante des dépassements d'honoraires ces dernières années, transferts de prise en charge vers les complémentaires santé dont les cotisations augmentent et dont les contrats couvrent très différemment les prestations, mais aussi difficultés d'accès physique aux professionnels (répartition sur le territoire, délais d'attente...), etc.

Il est donc nécessaire d'évaluer correctement le phénomène et ses explications pour pouvoir le combattre par des moyens appropriés. C'est pourquoi la commission souhaite que le Gouvernement remette un rapport sur cette question avant le 30 septembre 2012.

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

Article 33

(art. L. 161-37, L. 161-37-1 (nouveau), L. 161-41, L. 161-45, L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17-4, L. 165-2 et L. 165-3 du code de la sécurité sociale)

Renforcement de l'analyse médico-économique dans les travaux de la Haute Autorité de santé et introduction d'une évaluation médico-économique pour les produits de santé

Objet : Cet article vise à renforcer la mission médico-économique de la HAS et à prendre en compte les résultats des évaluations qu'elle mène lors de la fixation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹ a prévu que la HAS émette des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces. Pour remplir cette mission, la HAS a mis en place une commission *ad hoc*, la commission d'évaluation économique et de santé publique (Ceesp), dont l'existence n'est pas prévue par le code de la sécurité sociale contrairement à d'autres commissions internes à la HAS.

Le présent article entend conforter cette nouvelle mission médico-économique.

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. Le 1^o élargit à « *l'efficience* » le champ de l'avis que rend la HAS sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé. Il ajoute explicitement le terme « *médico-économique* » dans le code et permet l'évaluation des produits de santé, en sus des technologies aujourd'hui prévues. Enfin, il renvoie les conditions d'application à un décret en Conseil d'Etat, notamment les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise et les conditions de sa réalisation.

¹ Article 41 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

Le 2° confie la compétence d'établir et de diffuser des recommandations et avis à « *une commission spécialisée* », distincte des commissions existantes.

Le **paragraphe II** insère, au même code, un nouvel article L. 161-37-1 pour prévoir qu'une taxe additionnelle sera exigible pour toute demande d'inscription ou de renouvellement d'inscription d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique. Son montant, qui ne pourra dépasser 4 580 euros, sera versé à la HAS.

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 161-41 pour préciser que la HAS fixera la dénomination, la composition et les règles de fonctionnement de la commission spécialisée, qui succédera à la Ceesp.

Le **paragraphe IV** intègre, dans la liste des ressources de la HAS fixée à l'article L. 161-45, la nouvelle taxe additionnelle relative aux évaluations médico-économiques.

Les **paragraphes V et VI** permettent d'inclure les résultats de l'évaluation médico-économique, lorsqu'elle existe, dans les critères de fixation des prix au public des médicaments, respectivement pour ceux ne disposant pas d'une AMM, autorisation de mise sur le marché, (article L. 162-16-4) et pour ceux en disposant (article L. 162-16-5).

Le **paragraphe VII** apporte la même modification pour la fixation des tarifs de responsabilité relatifs aux spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé (article L. 162-16-6).

Le **paragraphe VIII** modifie l'article L. 162-17-4 qui organise les relations entre le comité économique des produits de santé (Ceps) et les entreprises du secteur pharmaceutique. Les conventions qui les lient déterminent notamment les conditions de mise en œuvre des études pharmaco-épidémiologiques postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché. Il est ajouté à ces études celles relatives à l'évaluation médico-économique.

Les **paragraphes IX et X** concernent les dispositifs médicaux à usage individuel : le résultat de l'évaluation médico-économique est inclus dans les critères de fixation de leur tarif de responsabilité (article L. 165-2) ; les études médico-économiques sont également comprises dans les études réalisées par les fabricants, dans le cadre de leurs relations conventionnelles avec le Ceps.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a :

- ajouté aux compétences de la HAS la coordination de l'élaboration et la diffusion d'une « *information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants* » (**1° bis** du paragraphe I) ;

- relevé le barème de la nouvelle taxe additionnelle, exigible pour toute demande d'inscription ou de renouvellement d'inscription d'un produit de santé qui requiert une étude médico-économique : son plafond est porté de 4 580 euros à 5 580 euros ;

- opéré le même changement¹ pour la limite de la taxe versée lors d'une demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel (**1° du paragraphe XI**) ;

- porté de 4 600 euros à 5 600 euros le montant de la taxe due pour une inscription sur la liste des spécialités remboursables, un renouvellement ou modification² d'inscription d'un médicament disposant d'une autorité de mise sur le marché délivrée en France (**2° du paragraphe XI**) ;

- inséré un **paragraphe XII**, non codifié, précisant que des sanctions financières ou des baisses de prix sont prévues en cas de non-réalisation des études post-AMM, un décret en Conseil d'Etat en précisant les modalités d'application.

III - La position de la commission

• Un premier pas...

Les évaluations médico-économiques, défendues de longue date par la commission, reposent sur la comparaison des différentes thérapeutiques en prenant en compte simultanément leurs coûts et leurs conséquences. Elles permettent de fixer des prix et tarifs plus en rapport les uns avec les autres et elles éclairent les conditions de prise en charge par l'assurance maladie.

• ... encore insuffisant

Les évaluations médico-économiques ne constitueront qu'un critère de plus dans la fixation des prix des médicaments et dispositifs médicaux, mais rien n'indique que le Ceps en tiendra compte : aujourd'hui déjà, la fixation des prix résulte en fait d'une négociation entre le Ceps et les entreprises concernées. La Cour des comptes³ le dit pudiquement : « *les décisions du Ceps ne se fondent pas sur des critères suffisamment clairs et transparents* ».

¹ Article L. 5211-5-1 du code de la santé publique.

² La taxe est minorée dans ces deux cas.

³ Rapport sur la sécurité sociale, septembre 2011.

En outre, approfondir cette approche nécessite de dégager des moyens humains, techniques et financiers que la nouvelle taxe additionnelle ne risque pas de couvrir au regard de son montant modeste, même si l'Assemblée nationale a augmenté le plafond des barèmes.

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

Article 33 bis

(art. L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale)

**Fixation du prix des médicaments
par le comité économique des produits de santé**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de contraindre le comité économique des produits de santé (Ceps) à motiver sa décision lorsque le prix fixé pour un médicament ne tient pas compte de l'avis rendu par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS).

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale dispose que les prix des médicaments remboursables sont fixés par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le comité économique des produits de santé (Ceps). A défaut, ils sont déterminés unilatéralement par le Ceps, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui disposent alors d'un délai de quinze jours après la décision du comité pour arrêter lesdits prix.

Parmi les éléments dont le prix du médicament doit principalement tenir compte figure l'amélioration du service médical rendu (ASMR). Ce critère est déterminé par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS).

Le Ceps est cependant libre de ne pas respecter l'avis de la commission de la transparence au moment de la fixation du prix, c'est-à-dire de fonder sa décision sur une appréciation de l'intérêt thérapeutique du médicament différente de celle fournie par la HAS. Dans une décision prise en 2002, le Conseil d'Etat a confirmé cette lecture par le Ceps de l'article L. 162-16-4 : « si le Ceps peut, pour estimer l'ASMR apportée par une spécialité, s'appuyer sur les éléments que comporte l'avis rendu par la commission de la transparence [...], il lui appartient d'apprécier lui-même l'ensemble des éléments devant conduire à la fixation du prix de la spécialité »¹.

¹ Décision du Conseil d'Etat du 23 octobre 2002, Société des laboratoires Mayoly Spindler.

Cette pratique nuit pourtant à la lisibilité des prix des médicaments et a fait l'objet de critiques répétées, notamment de la part de la Cour des comptes qui recommandait, dans son rapport de septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, de « *définir des règles relatives à l'évaluation des médicaments qui permettent d'établir un lien cohérent entre cette évaluation, l'admission au remboursement et le prix fixé pour les spécialités en [...] liant le Ceps par l'avis de la commission de la transparence et en ne lui permettant pas, pour certains médicaments, de fonder ses décisions sur un niveau d'ASMR différent de celui déterminé par cet avis, tout en préservant sa liberté de fixation des prix* »¹.

Tel est l'objectif du présent article. Il prévoit en effet que le Ceps doit motiver sa décision auprès de la commission de la transparence lorsque le prix du médicament ne tient pas compte principalement de l'amélioration du service médical rendu fixée par celle-ci.

II - La position de la commission

La commission estime que cet article constitue un premier pas vers une plus grande cohérence des prix avec le service médical rendu et une meilleure coordination entre la commission de la transparence et le Ceps.

Elle demeure cependant attentive aux exigences de transparence dans la fixation des prix formulées par la Cour des comptes et n'exclut pas à l'avenir l'adoption de mesures dont la portée pourrait être plus contraignante.

Sous cette réserve et après adoption d'un **amendement** rédactionnel, **la commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article additionnel avant l'article 34

Réserver la partie de la rémunération des médecins dite à la performance à ceux exerçant à tarifs opposables

Objet : Cet article additionnel a pour objet de réserver aux médecins du secteur 1 les nouveaux modes de rémunération des médecins, à la performance et sur les objectifs de santé publique.

La convention conclue le 26 juillet dernier complète la rémunération à l'acte par deux nouvelles ressources pour les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, de secteur 1 ou 2 :

- un forfait permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme la prise en

¹ Cour des Comptes, *La sécurité sociale*, septembre 2011, p. 145.

charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives ;

- une part relative à la performance, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience.

Cette nouvelle enveloppe de rémunération, qui préfigure une évolution fondamentale dans les modalités de financement de la médecine de ville, comprend notamment une partie sur la modernisation des cabinets, sur l'amélioration des pratiques cliniques ou sur la gestion du dossier médical : au total, elle pourrait atteindre **300 millions d'euros en 2013**.

Dans le cadre contraint des finances publiques et dans l'objectif de **privilégier l'exercice médical sans dépassement d'honoraires**, la commission estime qu'il serait juste de n'accorder ces nouvelles rémunérations qu'aux médecins exerçant en secteur 1, ce qui devrait bénéficier en priorité aux généralistes.

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

Article 34

(art. 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007)

Prolongation des expérimentations des nouveaux modes de rémunération en faveur des maisons, pôles et centres de santé

Objet : Cet article vise à prolonger d'un an l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération mis en place pour favoriser le développement des maisons, pôles et centres de santé.

I - Le dispositif proposé

Historiquement, la médecine libérale repose en France sur les principes de libre choix du médecin par le malade, de liberté de prescription, de liberté d'installation et de paiement de l'acte par le malade. Or, les modalités d'exercice évoluent. On constate notamment un intérêt grandissant de la part des jeunes médecins à exercer de manière regroupée, alors même que, sous la pression de la répartition inégale des médecins sur le territoire, le système de santé a lui-même intérêt à favoriser le regroupement et le fonctionnement pluridisciplinaire.

Dans ces conditions, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹ a permis le lancement d'une expérimentation portant sur de nouveaux modes de rémunération (NMR) des professionnels de santé, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant. Ils sont destinés à

¹ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

apporter **une ressource nouvelle à des structures collectives** de soins de premier recours présentes ou se créant dans des zones à faible densité médicale.

Or, alors que la loi prévoyait que cette expérimentation débiterait le 1^{er} janvier 2008 pour une période de cinq ans, le décret d'application en permettant le lancement effectif est tardivement paru en avril 2009¹, si bien qu'elle n'a réellement débuté que le 1^{er} janvier 2010 dans six régions et le 1^{er} janvier 2011 pour l'ensemble du territoire. Au 1^{er} octobre 2011, 148 sites sont engagées dans ce processus dans dix-neuf régions, dont la moitié sont des maisons de santé, le reste se partageant équitablement entre pôles et centres de santé.

Cet article propose de **prolonger l'expérience d'un an**, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2013, afin de mener correctement les évaluations nécessaires à son éventuelle généralisation.

En outre, il permet aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé d'inclure, dès 2014, la rémunération de l'exercice pluridisciplinaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur ce dernier point, l'Assemblée nationale a également ouvert la possibilité à la convention entre l'assurance maladie et les centres de santé, qui n'étaient pas mentionnés dans la version initiale du texte, d'inclure la rémunération de l'exercice pluridisciplinaire.

Enfin, elle a précisé que cette mesure s'appliquerait « *à compter du 1^{er} janvier 2014* », plutôt que « *dès 2014* ».

III - La position de la commission

La commission soutient le développement des maisons de santé pluridisciplinaires qui permettent de conserver ou de restaurer une médecine de proximité dans des territoires ruraux ou urbains à faible densité sanitaire.

Elle souhaite en conséquence que l'expérimentation des NMR aille à son terme dans des conditions satisfaisantes.

Pour autant, elle constate que les crédits afférents sont très limités : 3,5 millions d'euros en 2010 et 8 millions en 2011.

D'un point de vue technique, elle s'interroge sur le bien-fondé d'avoir inséré, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, la possibilité pour les futures conventions avec les professionnels de santé de prendre en compte la rémunération pluridisciplinaire. Il aurait certainement été

¹ Décret n° 2009-474 du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des personnels de santé.

préférable de l'inscrire directement dans le code de la sécurité sociale dans les différents articles relatifs aux conventions.

Sous cette réserve formelle, elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 34 bis

(art. L. 2132-2-1 (nouveau) du code de la santé publique)

Généralisation du dépistage précoce des troubles de l'audition

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à mettre en place un dépistage généralisé des troubles de l'audition chez le nouveau-né avant l'âge de trois mois.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le **paragraphe I** de cet article insère dans le code de la santé publique un nouvel article L. 2132-2-2 afin de prévoir la mise en place d'un dépistage systématique des troubles de l'audition. Ce dépistage devrait s'insérer dans le cadre des programmes de santé engagés par les ARS en application de l'article L. 1411-6 du même code.

L'examen, gratuit, doit intervenir avant la fin du troisième mois du nouveau né, dans des conditions définies par la loi et par un cahier des charges établi par arrêté après avis de la HAS. Les ARS élaboreront les programmes régionaux de dépistage en concertation avec les acteurs locaux concernés.

Le **paragraphe II** organise le suivi de cette mesure par la remise d'un rapport dans les trois ans à compter de la publication de la loi. Le cahier des charges devra être publié dans les six mois suivant la publication de la loi et le dépistage mis en œuvre par les ARS dans les deux ans.

II - La position de la commission

Cette disposition est issue d'une proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale qui l'avait ensuite introduite, en première lecture, lors de l'examen de la proposition de loi « Fourcade »¹. Finalement, le Conseil constitutionnel a estimé, dans sa décision du 11 août 2011, que cet article n'avait pas de lien, même indirect, avec la proposition de loi initiale et l'a donc invalidé.

¹ Devenue 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.

Votre commission considère qu'une telle mesure ne peut décentement être introduite, sans réel débat et expertise approfondie, dans un projet de loi de financement dont ce n'est pas l'objet. L'aspect financier du dépistage est mineur et le Conseil constitutionnel avait censuré de nombreuses dispositions de ce type, l'an passé, dans la loi de financement pour 2011.

Il est préférable que la proposition de loi initialement déposée suive son cours, dans le cadre du processus législatif habituel.

Pour ces motifs, la commission vous demande de supprimer cet article.

Article 34 ter

*(art. 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006
de financement de la sécurité sociale pour 2007)*

**Autorisation d'exercice pour les médecins étrangers
non ressortissants communautaires**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a pour objet de prolonger jusqu'en 2014 le dispositif transitoire d'autorisation d'exercice des médecins étrangers hors Union européenne.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le statut des médecins étrangers exerçant en France constitue un sujet ancien de préoccupation, justifié par leur rôle effectif dans les établissements de santé, mais qui suscite des interventions législatives répétées et complexes.

**Extrait du rapport Sénat n° 59 (2006-2007) d'Alain Vasselle,
au nom de la commission des affaires sociales,
sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007**

Depuis le début des années 1970, trois lois successives ont fixé un cadre pour l'obtention, par les professionnels titulaires d'un titre délivré hors Union européenne, de la capacité d'exercice, pleine ou restreinte, de leur activité en France.

- La procédure instituée par la loi du 13 juillet 1972 concernait l'ensemble des médecins à diplôme non européen, hospitaliers ou libéraux. Elle a permis, jusqu'en 2003, aux personnes concernées d'obtenir le droit au plein exercice de la médecine en France après réussite à un examen de contrôle des connaissances (le certificat de synthèse clinique et thérapeutique - CSCT) puis étude de leur dossier par une commission. La délivrance des autorisations d'exercice était toutefois soumise à un quota fixé par cette commission. En d'autres termes, un médecin pouvait avoir réussi le CSCT, qui est un examen, sans obtenir ensuite l'autorisation d'exercer, en raison de l'application du régime de quotas.

Entre 1974, année de la mise en place de la procédure, et 2003, le ministère de la santé a instruit 28 138 dossiers de candidatures aux épreuves de contrôle des connaissances. 4 964 autorisations d'exercice ont été délivrées, soit une moyenne de 171 par an.

- La loi du 4 février 1995 a prévu que les médecins hospitaliers en situation précaire, exerçant à l'hôpital en qualité d'étudiant « faisant fonction d'interne », d'attaché associé ou d'assistant associé, pouvaient présenter des épreuves d'aptitude leur permettant d'accéder au statut de « praticien adjoint contractuel » (PAC). Ce statut octroyait une autorisation d'exercice restreinte, sous l'autorité du chef de service et seulement dans l'établissement désigné dans l'arrêté de nomination.

- Enfin, l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a procédé à une refonte du texte de 1972, tout en offrant des passerelles spécifiques d'accès au plein exercice de la profession de médecin pour les PAC.

En premier lieu, le champ de validité de l'autorisation d'exercice de la médecine a été étendu pour les PAC à l'ensemble des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier. Cependant, la loi prévoyait que les intéressés devaient avoir satisfait à des épreuves nationales d'aptitude organisées avant le 31 décembre 2001. La procédure des PAC a donc été mise en extinction progressive à partir de cette date. Du 15 octobre 1999 au 30 mai 2005, 3 055 autorisations d'exercice ont été délivrées dans ce cadre.

En deuxième lieu, la loi CMU de 1999 a créé une voie permettant d'accéder directement au plein exercice de la médecine en France, sans passer par l'étape du concours ou de l'examen, pour deux catégories de PAC : ceux justifiant de trois ans d'activité en qualité de PAC et ceux, ne remplissant pas cette condition de durée, mais justifiant par ailleurs de six ans de fonctions hospitalières rémunérées dans les hôpitaux français.

Du 18 mars 2000 au 30 mai 2005, 4 291 médecins ont bénéficié de cette disposition. Ils ont la possibilité d'exercer en médecine libérale de ville, en qualité de généraliste, puis de spécialiste s'ils obtiennent la qualification délivrée par le conseil de l'ordre des médecins. Cette catégorie de PAC s'est également vu reconnaître la possibilité de présenter le concours de praticien hospitalier.

La Cour des comptes, dans son rapport précité, relève que la part des PAC dans le total des médecins reçus aux concours de praticiens hospitaliers a atteint des niveaux élevés avec une moyenne d'un tiers des reçus aux concours organisés de 2000 à 2002. Dans certaines disciplines connaissant des vacances de postes massives, elle a, en 2002, atteint ou dépassé les trois quarts : 75 % en chirurgie (296 PAC sur 392 admis) et 77 % en radiologie (91 PAC sur 117 admis).

Après avoir offert cet éventail de possibilités d'accession à un exercice restreint ou plein de la médecine aux PAC, l'article 60 de la loi CMU de 1999 a, en troisième lieu, interdit aux hôpitaux pour l'avenir le recrutement de médecins à diplôme non européen dans les conditions antérieures, sauf pour les médecins justifiant avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant la publication de la loi. Cette mesure implique que les étudiants travaillant en qualité de FFI et suivant les formations d'AFS sur deux ans ou d'Afsa sur un an retournent effectivement dans leur pays après ces formations.

La situation actuelle demeure cependant caractérisée, on l'a vu en introduction, par le nombre croissant des FFI sous statut d'AFS-Afsa ainsi que par la présence dans les hôpitaux français d'encore près de 3 000 praticiens attachés associés ou assistants associés qui n'ont pas la plénitude d'exercice, soit parce qu'ils ont échoué à toutes les procédures antérieures (PAC, CSCT), soit parce qu'ils ne s'y sont pas soumis.

Enfin, en quatrième et dernier lieu, la loi de 1999 a institué une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice pour les diplômés extracommunautaires (NPA), se substituant à la procédure de la loi de 1972. Le décret d'application correspondant (décret n° 2004-508 du 8 juin 2004) n'a toutefois été publié que le 10 juin 2004 au Journal officiel.

La nouvelle procédure permet désormais aux candidats ayant réussi un concours avec épreuve de vérification des connaissances, qui se substitue au CSCT, d'être recrutés à temps plein en qualité d'assistant associé, puis d'obtenir, au terme d'un délai de trois ans d'exercice des fonctions hospitalières, l'autorisation d'exercice de leur profession en France. Cette autorisation est délivrée par arrêté ministériel pris après avis d'une commission d'autorisation d'exercice compétente comprenant des représentants de l'administration et des représentants des ordres professionnels et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes.

L'organisation des commissions d'autorisation d'exercice relève du ministre de la Santé, leur présidence étant assurée par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant.

Lors de la première session de concours, qui s'est déroulée en mars 2005, 3 800 candidats se sont présentés, dont les deux tiers étaient déjà en poste à l'hôpital. 183 postes sur les 200 ouverts dans seize spécialités ont été pourvus. Pour la deuxième session, organisée en mars 2006, plus de 6 000 candidats se sont présentés pour 599 postes proposés dans quarante spécialités.

• La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹ a adapté la procédure relative à l'autorisation d'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme pour les personnes détentrices d'un diplôme extracommunautaire. Elle a notamment modifié plusieurs articles du code de la santé publique dont :

- l'article L. 4111-1 qui précise les conditions d'exercice de ces professions en France : être titulaire d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre valide ; être de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie ; être inscrit à un tableau de l'ordre concerné. La condition de nationalité n'est pas exigée en cas de détention d'un diplôme français ;

- l'article L. 4111-2 qui permet au ministre de la santé, dans certaines conditions, d'autoriser des professionnels titulaires d'un diplôme étranger à exercer en France. Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. Nul ne peut être candidat plus de trois fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice.

La loi de financement pour 2007 a parallèlement mis en place **des régimes dérogatoires** visant à traiter la situation spécifique des professionnels de santé à diplôme extracommunautaire dont la présence dans les hôpitaux

¹ Article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

français était antérieure au 10 juin 2004. Ainsi, le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus aux épreuves de validation n'est pas opposable à ces praticiens ayant exercé dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la loi.

Le 1° du présent article supprime cette dérogation, sans qu'on sache d'ailleurs pourquoi. Peut-être cette mesure n'a-t-elle plus l'occasion de s'appliquer.

• Par ailleurs, la loi de financement pour 2007 permettait à un certain nombre de professionnels de **continuer d'exercer** en qualité de praticien attaché associé ou d'assistant associé jusqu'à épuisement de leurs droits à se présenter aux épreuves de validation et **au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011**.

Or, selon le Gouvernement, **environ trois mille praticiens** devraient cesser leur activité à cette date si la loi n'est pas modifiée, ce qui pourrait perturber gravement le fonctionnement de certains hôpitaux ou établissements privés à but non lucratif.

Le 2° propose donc de **prolonger le dispositif transitoire d'autorisation d'exercice jusqu'au 31 décembre 2014** et d'instituer de nouvelles épreuves de vérification des connaissances, dont les modalités seront fixées par décret. Par souci de cohérence, cette mesure est déclinée pour les trois professions de santé précédemment citées, ainsi que pour les pharmaciens, même si elle est principalement destinée aux médecins.

Les professionnels ayant satisfait aux épreuves de vérification des connaissances devront ensuite effectuer une année probatoire de fonctions dans un hôpital ou dans un établissement privé à but non lucratif.

II - La position de la commission

Cet article permet de trouver une solution temporaire à une question urgente. La commission ne peut donc que l'approuver ; pour autant, il faudra bien apporter des réponses plus structurelles aux difficultés relatives à l'attractivité de certaines fonctions à l'hôpital.

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

Article 34 quater
(art. L. 5121-1 du code de la santé publique)

**Inscription au répertoire des spécialités génériques des spécialités
dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'autoriser l'inscription au répertoire des spécialités génériques des spécialités dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article vise à compléter le *b* du 5° de l'article L. 5121-1 en vue de permettre à des spécialités pharmaceutiques dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale d'obtenir le statut de médicaments génériques.

Pourrait être inscrite au répertoire des génériques une spécialité qui présente la même composition quantitative en principe actif et qui a une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence, à condition que le générique et le princeps ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité.

La décision d'inscription serait prise après avis du directeur général de l'agence en charge de la sécurité des médicaments et des produits de santé¹.

II - La position de la commission

La commission est *a priori* favorable à toute mesure permettant un élargissement de la liste des génériques au plus grand nombre de catégories de médicaments.

La définition de la spécialité générique proposée par le présent article présente cependant des imperfections qui traduisent la difficulté d'appliquer aux médicaments dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale l'encadrement juridique actuellement prévu pour les médicaments génériques.

Les méthodes de préparation des médicaments à base de plantes ont en particulier pour conséquence de rendre très difficile toute équivalence quantitative ou qualitative en principe actif entre deux spécialités.

En outre, la notion de spécialité de référence est inadaptée pour ce type de médicaments et rend par conséquent impossible la constitution d'un groupe générique au sens de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

¹ Qui fait actuellement l'objet de modification dans le projet de loi en cours d'examen par le Parlement.

De plus, la rédaction du présent article emprunte en partie à la définition élargie des médicaments génériques, telle qu'elle est prévue depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 au *b* du 5° de l'article L. 5121-1 précité. Cette définition prévoit notamment que peuvent figurer dans un même groupe générique deux spécialités qui, entre autres critères, « *ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité* ». Or la commission s'était à l'époque opposée à l'adoption d'une telle définition élargie, considérant « *que cette modification de l'encadrement juridique des spécialités génériques constitue[rait] un risque pour la santé et la sécurité des patients* »¹.

Par cohérence avec sa position antérieure et compte tenu des incertitudes mentionnées plus haut, **la commission vous demande de supprimer cet article.**

Article 34 quinquies

(art. L. 111-11 du code de la sécurité sociale)

Evaluation de la rémunération sur objectifs de santé publique

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, demande à la Cnam de réaliser chaque année une évaluation spécifique de la rémunération sur objectifs de santé publique des professionnels de santé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale prévoit que l'Uncam transmet chaque année, avant le 15 juin, au Gouvernement et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

Ces propositions sont accompagnées d'un bilan détaillé de la mise en œuvre de la rémunération versée aux médecins et aux centres de santé en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ce bilan présente les engagements souscrits par les professionnels, analyse le degré d'exigence des objectifs retenus et présente le taux d'atteinte de ces objectifs. Il indique les critères retenus pour l'attribution de la rémunération versée et le montant moyen de celle-ci. Il évalue les économies résultant, pour l'assurance maladie, de l'atteinte des objectifs.

¹ *Rapport Sénat n° 83 tome VII (2008-2009) d'Alain Vasselle, fait au nom de la commission des affaires sociales, p. 150.*

L'Assemblée nationale a souhaité que ce bilan détaillé comprenne aussi une évaluation spécifique de la rémunération sur objectifs de santé publique.

II - La position de la commission

Le rapporteur de l'Assemblée nationale pour la branche assurance maladie a certainement voulu faire référence à la nouvelle convention médicale qui inclut des objectifs de prévention et de santé publique. Or, le bilan détaillé, tel qu'il est demandé à l'article L. 111-11 du code, contient déjà une évaluation de la rémunération liée à la prévention et à la santé publique.

Cet article est donc inutile car redondant et **la commission vous demande en conséquence de le supprimer.**

Article 34 sexies

(art. L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale)

Consultation des fédérations régionales hospitalières en matière d'accord préalable pour les soins de suite et de réadaptation

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de prévoir la consultation des fédérations hospitalières régionales sur le programme établi par les ARS pour mettre sous accord préalable des soins de suite et de réadaptation (SSR).

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011¹, l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale permet de subordonner à l'accord préalable du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie une prestation d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette procédure est autorisée par l'ARS, sur proposition de la CPAM, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire.

Cette mise sous accord préalable est effectuée dans le cadre d'un programme régional élaboré par l'ARS, sur proposition de la CPAM.

Le présent article complète ce dispositif pour ajouter que ce programme sera établi après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés.

¹ Article 63 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

II - La position de la commission

En pratique, de nombreuses ARS ont dûment consulté les fédérations hospitalières pour mettre en place leur programme régional de mise sous accord préalable en matière de soins de suite et de réadaptation. Ajouter une étape de consultation formelle, alors même qu'il n'existe pas de liste ou de définition des « *fédérations régionales représentatives* », peut poser des questions de droit et alourdir inutilement la procédure.

Dans un souci de simplicité, **la commission vous demande de supprimer cet article.**

Article 34 septies

(art. L. 322-3 du code de l'action sociale et des familles)

Prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la prise en charge à 100 % des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques, selon les règles de droit commun applicables à l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

- Depuis la création des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les enfants qui y sont accueillis peuvent bénéficier, lorsque cela s'avère nécessaire et sur prescription médicale du médecin du CAMSP ou du CMPP, de la prise en charge financière de leurs frais de transport (taxi, transports en commun, véhicule personnel), après accord du médecin-conseil de l'assurance maladie.

Or, depuis plusieurs années, des familles sont confrontées **au refus des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de prendre en charge ces frais de transport**, au motif que ce dispositif ne reposerait sur aucune base législative.

Pourtant, l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale prévoit bien la prise en charge totale ou partielle par l'assurance maladie des frais de transport des enfants ou adolescents handicapés, qui doivent se déplacer pour recevoir des soins. Il est alors fait application du dispositif de l'entente préalable auprès du médecin-conseil de l'assurance maladie.

En réponse à un courrier de l'association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (Anecamsp) le 18 octobre 2009, Nadine Morano, alors secrétaire d'Etat en charge de la famille et de la solidarité, avait confirmé cette interprétation et estimé que l'assurance maladie

avait cessé le remboursement des frais de transport sur la base d'une analyse juridique manifestement erronée.

Bien que le Gouvernement ait demandé à la Cnam de donner instruction aux CPAM de prendre en charge ces frais de transport chaque fois que nécessaire, celles-ci s'y refusent toujours. En pratique, cela conduit à des ruptures de prise en charge particulièrement préjudiciables aux enfants et à leurs familles.

• Pour mettre fin à cette situation et lever toute ambiguïté d'interprétation des règles juridiques, **l'article 39 de la loi dite « Fourcade »¹** a réaffirmé le principe d'une prise en charge individuelle à 100 % des frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP, selon les règles de droit commun applicables à l'assurance maladie.

Cependant, cette mesure a été ensuite censurée par le Conseil constitutionnel au motif qu'elle relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le présent article reprend donc le dispositif précédemment adopté et insère, à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, un alinéa spécifique prévoyant que **la prise en charge des frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et CMPP s'effectue dans les mêmes conditions que celles habituellement applicables au transport pour des motifs sanitaires**. Parmi ces conditions, définies par voie réglementaire, figure principalement l'accord préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie.

II - La position de la commission

La question de la prise en charge des frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP est soulevée chaque année, à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais n'a jusqu'à présent jamais été réglée de manière satisfaisante.

Lors de l'examen de la proposition de loi « Fourcade », votre commission avait soutenu le dispositif de prise en charge proposé et l'avait même amélioré en étendant la prise en charge à l'ensemble des enfants accueillis en CAMSP et CMPP. En effet, les CMPP sont des structures médico-sociales qui suivent des enfants dont la majorité d'entre eux n'a pas le statut de personne handicapée. Une différence de traitement entre enfants reconnus comme handicapés et ceux qui ne le sont pas, pour la prise en charge financière des frais de transport, n'était pas justifiée.

Votre commission souligne, par ailleurs, que la mesure proposée par le présent article est cohérente avec l'évolution récente intervenue sur la prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie, qui pose le principe

¹ 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.

d'une prise en charge en fonction du besoin médical de la personne, et non d'un droit automatique lié à une catégorie d'assurés.

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

Article 34 octies
(art. 27 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 ;
art. L. 863-1, L. 871-1 et L. 863-7 (nouveau)
du code de la sécurité sociale)
Aide à la complémentaire santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a pour objet de relever le plafond de ressources pour bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (ACS) et de créer un label ACS pour certains contrats.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) peut être attribuée aux personnes dont les revenus sont trop élevés pour bénéficier de la CMU-complémentaire. Ceux-ci doivent toutefois être inférieurs à un plafond que la dernière loi de financement de la sécurité sociale¹ a relevé, pour 2011, à 26 % au-dessus de celui de la CMU-c et qui sera porté à 30 % à compter du 1^{er} janvier 2012.

Le barème varie selon le nombre de personnes dans le foyer, mais 73 % des contrats ACS ne couvrent qu'une personne.

Barème CMU-c

(en euros par mois, en métropole, au 1^{er} juillet 2011)

Nombre de personnes dans le foyer	1	2	3	4	5	Par personne supplémentaire
Plafond de ressources	648	971	1 166	1 360	1 619	+ 259,04

En pratique, la caisse d'assurance maladie remet à l'assuré qui le demande et qui remplit les conditions d'éligibilité une attestation qu'il fournit à l'organisme complémentaire de son choix (mutuelle, assurance ou prévoyance). Cet organisme déduit alors du montant de la cotisation l'aide obtenue ; ce montant constitue pour lui un crédit d'impôt. L'aide croît avec

¹ Article 27 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

l'âge des bénéficiaires : 100 euros pour les personnes de moins de seize ans, 200 euros entre seize et quarante-neuf ans, 350 euros entre cinquante et cinquante-neuf ans, 500 euros au-delà.

Le contrat d'assurance complémentaire ne peut couvrir ni la participation forfaitaire d'un euro par consultation et acte biologique, ni les franchises sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires.

En outre, les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de faire l'avance des frais sur la part obligatoire d'assurance maladie pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonné, durant dix-huit mois à compter de la remise de l'attestation par la caisse.

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a porté le plafond de ressources pour l'attribution de l'ACS à 35 % au-dessus du plafond de la CMU-c (**1° du paragraphe II et paragraphe I**). Cette mesure s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2012 (**paragraphe III**).

Le 2° du paragraphe I corrige un oubli de coordination entre le code de la sécurité sociale et le code général des impôts au sujet du tarif de la taxe spéciale sur les contrats d'assurances applicable aux contrats « responsables »¹.

Enfin, le 3° crée un article L. 863-7 dans le code de la sécurité sociale pour instaurer un « **label ACS** », bénéficiant aux contrats « *offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées* ». Il est prévu que l'Etat, le fonds CMU² et l'Unocam signent une convention déterminant les modalités de la labellisation. Le fonds CMU établira alors une liste des organismes complémentaires offrant de tels contrats ; cette liste sera communiquée aux assurés par les caisses d'assurance maladie lorsqu'elles leur délivreront l'attestation ouvrant droit à l'ACS.

II - La position de la commission

Le nombre des allocataires de l'ACS reste faible par rapport à la population éligible : sur les 2,2 millions de personnes susceptibles de la percevoir, seul un quart en bénéficie réellement. Plusieurs facteurs sont

¹ Les contrats d'assurance complémentaire individuels ou collectifs à adhésion facultative doivent respecter les conditions principales suivantes : pas de recueil d'informations médicales auprès de l'assuré ; cotisations non fixées en fonction de l'état de santé ; non-prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations liées au non-respect du parcours de soins coordonné. Les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire doivent respecter les conditions suivantes : cotisations non fixées en fonction de l'état de santé ; non-prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations liées au non-respect du parcours de soins coordonné.

² Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, appelé fonds CMU, est un établissement public national à caractère administratif qui a pour missions de financer la CMU-c et l'ACS et de suivre et analyser le fonctionnement de ces dispositifs.

avancés pour expliquer ce **taux élevé de non-recours**. Certes, comme pour le RSA-activité, la volonté de ne pas requérir une prestation jugée stigmatisante peut entrer en ligne de compte, mais cette considération doit n'intervenir que de manière limitée car seuls la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire choisi sont informés.

Plus vraisemblablement, **les démarches sont jugées complexes** et de nombreuses personnes ne sont pas au courant de leurs droits. Une campagne d'information menée par les caisses d'allocations familiales lors du passage au RSA a eu pour effet d'augmenter significativement le nombre de bénéficiaires et l'année 2011 permet un optimisme mesuré puisque, sur les premiers mois de l'année, la progression est de 18 %. A l'été 2011, presque 700 000 personnes se sont vu délivrer une attestation pour l'ACS.

En outre, si l'ACS couvre en moyenne 58 % de la cotisation à l'assurance complémentaire, **le taux d'effort résiduel reste élevé**, de l'ordre de 4 % du revenu, soit un demi-mois de revenu annuel. Or, à ce niveau de ressources, où les charges incompressibles pèsent proportionnellement plus lourdement, cet effort peut être rédhibitoire. Le taux d'effort progresse nettement avec l'âge du souscripteur.

Qui plus est, les contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS sont souvent **des contrats d'entrée de gamme** et « *offrent globalement des garanties moins élevées que les contrats individuels en population générale* »¹.

Répartition des contrats par classes de garanties*

(en % des personnes couvertes)

	Contrats ACS 2010	Contrats individuels (Drees 2008)**
Classe A	0,8	4,3
Classe B	10,1	40,6
Classe C	49,3	45,0
Classe D	39,9	10,1
TOTAL	100	100

* Ordre décroissant selon l'alphabet, la classe A apportant le plus de garanties.

** La différence de couverture serait logiquement encore bien plus nette si on comparait les contrats ACS aux contrats collectifs (de niveau de couverture supérieure aux contrats individuels).

Source : fonds CMU

Or, les contrats classés C et D, qui couvrent 90 % des bénéficiaires de l'ACS, ne remboursent pratiquement pas les dépassements d'honoraires. La protection offerte par les contrats que les personnes à l'ACS choisissent est donc limitée, ce qui aboutit à **un reste à charge non négligeable sur les soins**, notamment en dentaire et en optique.

¹ Rapport 2010 sur le prix et le contenu des contrats ACS, établi par le fonds CMU, juin 2011.

Dans ces conditions, le relèvement du plafond de ressources pour pouvoir bénéficier de l'ACS, mesure positive en elle-même, ne pourra remplir son objectif que si :

- les démarches sont simplifiées et des campagnes d'information menées, afin de toucher véritablement le public visé par le dispositif ;

- un effort est engagé pour améliorer le niveau des prestations remboursées par les contrats que souscrivent les bénéficiaires de l'ACS. La convention constitutive du nouveau « label ACS » devra veiller attentivement à cet aspect qualitatif de la prise en charge.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 34 nonies

(art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale)

Création d'un secteur optionnel par la convention ou élargissement de l'option de coordination par arrêté gouvernemental

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a pour objet d'imposer aux partenaires conventionnels de conclure un avenant visant la mise en place d'un secteur optionnel pour les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes et de prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires y afférents dans le cadre des contrats complémentaires dits responsables.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article traite d'une question essentielle, en débat depuis longtemps, et qui intéresse directement les patients, celle de la rémunération des médecins.

1) Les modalités de rémunération des médecins

• Les « secteurs conventionnels »

La presque totalité des médecins libéraux¹ en exercice adhèrent à la convention médicale conclue entre leurs syndicats représentatifs et l'assurance maladie. Depuis 1980, au gré des évolutions résultant des conventions signées au fil des années, on peut les classer en deux « secteurs conventionnels » :

- **le secteur à tarifs opposables, ou secteur 1**, qui regroupe 75 % des médecins (environ 88 500). Ceux-ci s'engagent à respecter les tarifs qui sont fixés dans la convention. Toutefois, en dehors des cas d'urgence, ils peuvent appliquer certains dépassements d'honoraires lorsque le patient, à l'exception

¹ Seuls 1 014 médecins sur les 159 657 médecins libéraux sont « hors convention ».

des bénéficiaires de la CMU-c, ne respecte pas le parcours de soins. Ces dépassements sont plafonnés à 17,5 % au-dessus du tarif opposable, c'est-à-dire celui remboursé par la sécurité sociale. En outre, le total des honoraires sans dépassement doit représenter au moins 70 % de l'ensemble des honoraires.

En contrepartie, les caisses d'assurance maladie participent au **financement des cotisations sociales** dues par les médecins en secteur 1. L'assiette de calcul exclut les dépassements d'honoraires éventuels et, sur cette base, l'assurance maladie finance 99 % de la cotisation due au titre du risque maladie, 93 % de celle due au titre des allocations familiales (dans la limite d'un plafond de 35 352 euros, 54 % au-delà) et les deux tiers de celle due au régime surcomplémentaire d'assurance vieillesse. Il en résulte une charge globale d'environ **1,25 milliard d'euros pour l'assurance maladie**¹.

	Taux de cotisation appliqué au médecin	Taux pris en charge par l'assurance maladie	Taux global de cotisation
Au titre du risque maladie			
Revenus nets de dépassements d'honoraires	0,11 %	9,70 %	9,81 %
Revenus en dépassements d'honoraires	9,81 %	-	9,81 %
Au titre des allocations familiales			
Revenus nets de dépassements d'honoraires	0,40 % dans la limite de 35 352 euros et 2,50 % au delà	5 % dans la limite de 35 352 euros et 2,90 % au delà	5,40 %
Revenus en dépassements d'honoraires	5,40 %	-	5,40 %
Allocations supplémentaires de vieillesse (régime surcomplémentaire ¹ des médecins) Montant de la cotisation annuelle en euros			
	1 380	2 760	4 140

¹ Les cotisations au titre des régimes de base et complémentaire sont à la charge des médecins.

Source : Urssaf et Carmf (caisse autonome de retraite des médecins de France)

- le secteur à honoraires différents, ou secteur 2, qui regroupe 25 % des médecins (environ 29 100).

Les médecins affiliés à ce secteur sont autorisés à dépasser, de manière permanente, les honoraires inscrits dans la convention ; leurs tarifs sont libres mais fixés, en vertu du code de déontologie, « avec tact et mesure ». Sont concernés les professionnels qui pouvaient le faire du fait de dispositions précédentes et qui en conservent donc le bénéfice et ceux qui, en

¹ Source : rapport sur la convergence tarifaire. 694 millions pour la maladie, 302 millions pour la famille, 247 millions pour l'ASV et 10 millions pour le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité (mécanisme fermé depuis 2003).

première installation, sont titulaires de certains titres (chef de clinique, assistant des hôpitaux, médecin des armées ou praticien hospitalier).

• Les dépassements d'honoraires pour le secteur 2

La création du secteur 2 en 1980, à l'approche de l'élection présidentielle de 1981, avait pour objectif de freiner la progression des dépenses de l'assurance maladie tout en permettant la revalorisation des revenus des médecins. Malheureusement, il a aussi servi d'**alibi pour ne pas réviser les tarifs opposables** qui ont peu progressé sur une longue période. Par la suite, il a rencontré un très vif succès, si bien que **son accès a été limité** à compter de la convention conclue en 1990. On peut d'ailleurs relever que, du point de vue des médecins, les dépassements d'honoraires introduisent de fortes disparités de rémunération, qui ne sont pas véritablement justifiées par des différences de diplôme, d'exercice ou de qualité des soins. En effet, elles résultent principalement de la date à laquelle le médecin s'est installé.

En 2011, 7 % des généralistes et 41 % des spécialistes exercent en secteur 2, avec des disparités importantes selon la spécialité. Seulement 1 % ou 2 % des généralistes s'installent chaque année en secteur 2 depuis 1990, alors que la part des spécialistes n'a fait que croître et, aujourd'hui, 60 % d'entre eux s'installent en secteur 2 chaque année.

Répartition des médecins par secteur

	Médecins conventionnés	Secteur 1	Secteur 2 ¹	Part exerçant en secteur 2
Médecine générale	54 318	50 549	3 769	7 %
Chirurgie	6 445	1 410	5 035	78 %
Anesthésie réanimation	3 507	2 293	1 214	35 %
Gynécologie	5 553	2 484	3 069	55 %
Cardiologie	4 491	3 599	892	20 %
Radiologie	5 418	4 670	748	14 %
Psychiatrie	6 410	4 484	1 926	30 %
Ophthalmologie	4 791	2 195	2 596	54 %
Dermatologie	3 291	1 901	1 380	42 %
Pédiatrie	2 764	1 832	932	34 %

¹ Y compris les médecins « en secteur 1 et titulaires d'un droit permanent au dépassement » : ce secteur, qui préfigurait le secteur 2, a été fermé en 1980 mais 298 médecins restent conventionnés à ce titre.

Source : Cnam

Depuis vingt ans, les dépassements d'honoraires ont progressé de manière spectaculaire : leur montant a plus que doublé, passant de 900 millions en 1990 à **2,5 milliards d'euros en 2010**.

Le montant annuel moyen des dépassements par médecin - 21 100 euros en 2010 - a progressé de 49 % en dix ans, mais il est très variable selon la spécialité : de 18 800 euros pour les psychiatres à presque 50 000 euros pour les anesthésistes, 53 000 euros pour les gynécologues, 71 000 euros pour les ophtalmologues, 80 000 euros pour les chirurgiens et jusqu'à 119 000 euros pour les stomatologues.

La part des dépassements dans les honoraires totaux est relativement homogène autour de la moyenne, 34,7 % en 2010, mais avec à nouveau quelques différences selon les spécialités : 18 % pour les cardiologues, 24 % pour les radiologues, 33 % pour les anesthésistes, 37 % pour les chirurgiens et 43 % pour les gynécologues. Ce taux est de 31 % pour les médecins qui exercent uniquement en libéral en secteur 2, mais il est de 44 % pour **les hospitaliers à temps plein qui sont autorisés à pratiquer en libéral à l'hôpital**. Ces derniers se distinguent donc par **des montants de dépassements très supérieurs à la moyenne**.

Enfin, les disparités territoriales sont également importantes, les dépassements étant plus fréquents et plus élevés dans les départements urbains et dans ceux où le niveau de vie est supérieur.

2) Le projet de secteur optionnel

Une nouvelle convention médicale a été signée le 26 juillet 2011 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et trois syndicats représentatifs, puis publiée au Journal officiel du 25 septembre. Elle contient le projet de création d'un nouveau secteur d'exercice, dit secteur optionnel, pour les professionnels de **chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie obstétrique** ayant une activité technique prépondérante ou remplissant un certain nombre d'actes par an.

Seuls les médecins en secteur 2 ou titulaires de titres permettant d'accéder à ce secteur seront concernés. Ils devront :

- **réaliser au moins 30 % de leurs actes au tarif opposable ;**
- **pratiquer, sur leurs autres actes, des « compléments » d'honoraires limités à 50 %** d'une base de remboursement légèrement plus large que les tarifs opposables car comprenant des « modificateurs » et certains suppléments.

En contrepartie, les caisses participeront au financement des cotisations sociales sur la part de l'activité sans dépassement, dans les mêmes conditions que pour les médecins ayant adhéré au secteur 1.

Ce projet reprend les grandes lignes d'un protocole d'accord antérieur, signé en octobre 2009, sous la pression du législateur qui, dans la loi HPST¹, avait donné aux partenaires conventionnels jusqu'au 15 octobre 2009 pour parvenir à un accord sur le secteur optionnel, à défaut duquel le Gouvernement prendrait les dispositions nécessaires par arrêté, ce qui n'a pas

¹ Article 53.

été le cas. Il faut dire que ce sujet ancien a émergé dès 2004, à la suite d'un mouvement de revendication des chirurgiens.

3) Le dispositif proposé par le Gouvernement et adopté par l'Assemblée nationale

Formellement, la convention de juillet dernier renvoyait la mise en œuvre du secteur optionnel à un avenant spécifique car la maîtrise des dépassements d'honoraires et la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie ont été conditionnées, par les différentes parties prenantes, à la « solvabilisation » des patients par **les assurances complémentaires**. Celles-ci sont donc devenues **des acteurs involontaires de la négociation**. Or, ces négociations sont complexes et tardent, du point de vue du Gouvernement, à aboutir.

C'est donc à son initiative que l'Assemblée nationale a adopté le présent article.

Le **paragraphe I** pose un **ultimatum** aux partenaires conventionnels pour aboutir à la conclusion d'un avenant **dans le mois qui suit** la promulgation de la loi.

Cet avenant, qui concerne les chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes exerçant à titre libéral en secteur 2, doit les autoriser à « *pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité* ».

A défaut, le Gouvernement pourra, durant deux mois, modifier la convention médicale « *à cet effet* », en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires qui existe aujourd'hui pour les médecins ayant adhéré à l'option de coordination.

Option de coordination

L'option de coordination, prévue aux articles 36 et suivants de la convention médicale de juillet 2011, est proposée à l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes du secteur 2.

Ceux-ci s'engagent :

- pour les patients qui entrent dans le parcours de soins coordonnés, à pratiquer les tarifs opposables sur les actes cliniques et des dépassements limités à 20 % sur les actes techniques (ce taux pourrait être porté à 50 % selon l'article adopté à l'Assemblée nationale) ;

- pour l'ensemble de leur activité, à facturer au moins 30 % de leurs honoraires sans dépassement.

En contrepartie, les caisses participent au financement des cotisations sociales sur la part de l'activité sans dépassement, dans les mêmes conditions que pour les médecins ayant adhéré au secteur 1.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale pour prévoir que les contrats d'assurance complémentaire dits responsables¹ prennent en charge les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à en pratiquer de manière encadrée en application du paragraphe I de cet article. La prise en charge se ferait à hauteur du taux maximal de dépassement autorisé par la convention.

Enfin, le **paragraphe III**, dont la formulation est pour le moins obscure, concerne la date d'entrée en vigueur des paragraphes précédents. Il semble en résulter que la prise en charge des dépassements d'honoraires par les contrats responsables entrera en vigueur « *concomitamment* » à la conclusion de l'avenant conventionnel ou, à défaut, de l'arrêté du Gouvernement modifiant la convention. Seuls les contrats conclus ou renouvelés après « *cette entrée en vigueur* » sont concernés ; nulle mention des autres contrats.

II - La position de la commission

Le dépôt tardif de l'amendement du Gouvernement a conduit l'Assemblée nationale à débattre de la création ou non d'un secteur optionnel, alors qu'au fond, sa portée est différente.

- Il appelle, en premier lieu, plusieurs **remarques de nature formelle** :

- sa rédaction, parfaitement hermétique, traduit au minimum l'embarras du Gouvernement sur la question des dépassements d'honoraires ; il est d'ailleurs vraisemblable qu'elle ne réponde pas aux exigences constitutionnelles d'intelligibilité du droit ;

- il autorise le Gouvernement à prendre un arrêté dont la portée est peu claire (« *modifier la convention médicale, en portant notamment...* »), l'adverbe « *notamment* » ne permettant pas d'apprécier la nature des modifications envisageables.

- Surtout, il esquisse, non pas la création du secteur optionnel par arrêté, mais **l'élargissement de l'option de coordination**, en portant de 20 % à 50 % le taux de dépassement autorisé pour les actes techniques destinés aux patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Or, tous les médecins en secteur 2 peuvent adhérer à cette option, et non pas seulement ceux des trois spécialités visées par le secteur optionnel (chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens) qui ne sont d'ailleurs pas les seules à pratiquer des actes techniques.

¹ Ils représentent aujourd'hui la très grande majorité des contrats d'assurance complémentaire santé ; le code fixe certaines obligations, ce qui permet une taxation légèrement inférieure aux autres contrats. Ces obligations sont notamment la non-prise en charge de la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et les actes biologiques, des franchises et des majorations en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

L'option de coordination reste tout à fait marginale dans la convention : 1 322 médecins seulement y étaient adhérents en 2009, dont 117 chirurgiens, 73 obstétriciens et 46 anesthésistes réanimateurs, même si leur nombre avait beaucoup progressé entre 2005 et 2009. Seule la moitié de ces médecins a respecté les critères fixés ; ils ont en moyenne perçu 8 280 euros au titre de la prise en charge de leurs cotisations en 2009, pour un coût global de 6 millions pour l'assurance maladie.

• Sur le fond de la question du **secteur optionnel**, il convient d'être particulièrement circonspect.

Sur une base facultative, ce nouveau secteur a pour objectif d'encadrer les dépassements d'honoraires de trois catégories de spécialistes qui devraient réaliser au moins 30 % de leurs actes au tarif opposable et pratiquer, sur leurs autres actes, des « *compléments* » d'honoraires limités à 50 %. Les contreparties en termes de prise en charge de cotisations par l'assurance maladie sont substantielles et équivalentes à celles des médecins de secteur 1, ce qui ne manque pas de surprendre en termes d'équité.

Au total, cette formule paraît bancaire :

- du point de vue des médecins de secteur 1, qui sont contraints dans leurs tarifs, et pour lesquels rien ne change ;

- du point de vue des spécialistes qui peuvent adhérer à cette option, parmi lesquels certains verront un effet d'aubaine s'ils en respectent déjà les termes, d'autres manifesteront un éventuel intérêt, s'ils sont un peu au-dessus des niveaux fixés, en raison de l'attrait de la prise en charge des cotisations, et les derniers s'en désintéresseront parce qu'ils pratiquent des dépassements nettement supérieurs. On peut même craindre que ceux qui pratiquent des dépassements inférieurs n'augmentent progressivement leurs tarifs pour se rapprocher des plafonds ;

- du point de vue des assurances complémentaires, le surcoût est évident et pèsera nécessairement sur les cotisations.

Fondamentalement, le secteur optionnel ou l'option de coordination « renforcée » ne règle rien. On présente parfois le premier comme la seule solution sur la table. Or, rien ne pourrait être pire que sa mise en œuvre sans accompagnement par d'autres mesures fortes de limitation des dépassements d'honoraires. Cela reviendrait à prendre acte du problème, avec le risque de susciter le glissement des médecins du secteur 1, et notamment des généralistes, vers cette nouvelle formule plus favorable.

Diverses études concordantes constatent l'ampleur des renoncements aux soins, et pas seulement en optique ou en dentaire. Certes, les raisons en sont multiples, mais les dépassements d'honoraires en font indéniablement partie.

Au fil des années, le problème s'est cristallisé : depuis dix ans, les dépassements ont explosé sans réponse politique, rendant sa résolution de plus en plus difficile. Il nécessite une approche globale ; c'est exactement le contraire de ce que propose aujourd'hui le Gouvernement.

Pour toutes ces raisons, la commission vous demande de supprimer cet article.

Article 35

(art. L. 6114-3 du code de la santé publique)

Imposition d'indicateurs de performance pour les établissements de santé et sanctions en cas de non-respect des objectifs

Objet : Cet article tend à inclure, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les ARS et les établissements de santé, des objectifs de performance, dont les résultats sont publiés chaque année et qui peuvent amener le directeur général de l'ARS à imposer des sanctions financières aux établissements.

I - Le dispositif proposé

La loi HPST a créé des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) conclus entre l'ARS et chaque établissement de santé de son ressort. Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements sur la base de projet régional de santé (PRS) et du schéma régional d'organisation des soins (Sros). Ils fixent, le cas échéant, les éléments relatifs aux missions de service public.

En outre, l'article L. 6114-3 du code de la santé publique prévoit qu'ils définissent les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration en ce domaine.

Le présent article ajoute que les Cpom fixeront également 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, dont la liste et les caractéristiques seront fixées par décret.

Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs seront publiés chaque année par les établissements.

En cas d'absence de publicité ou lorsque les objectifs n'auront pas été atteints, le directeur général de l'ARS pourra appliquer des sanctions financières prévues par les Cpom, à savoir des pénalités proportionnées à la gravité du manquement et ne pouvant excéder 5 % des produits de l'établissement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté trois modifications :

- les objectifs devront être fixés « *dans le respect de la déontologie des professions de santé* » ;

- le décret arrêtant la liste et les caractéristiques des indicateurs de performance sera adopté après consultation de la HAS, de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) et des fédérations hospitalières représentatives des établissements publics et privés ;

- à titre expérimental et pour une durée de deux ans, l'ARS pourra moduler « *à la hausse ou à la baisse* » les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (Migac) et verser une contrepartie financière, lorsque les objectifs auront été atteints ou dépassés.

III - La position de la commission

Cet article ne peut manquer d'étonner.

Il tend tout d'abord à modifier le contenu des Cpom dont souvent l'encre est à peine sèche. Les ARS vont ainsi devoir discuter à nouveau avec l'ensemble des établissements de santé de leur ressort pour fixer des objectifs de performance à chacun d'entre eux.

Or, les articles L. 6144-1 pour les établissements publics et L. 6161-2 pour leurs homologues privés prévoient, d'ores et déjà, un programme d'actions, dans chaque établissement, assorti « *d'indicateurs de suivi* » et relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Les établissements doivent mettre à la disposition du public les résultats de ces indicateurs de qualité et de sécurité des soins. L'arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles les établissements mettent à la disposition du public les résultats publie une liste d'indicateurs qui recoupe largement ce que le Gouvernement annonce pour les nouveaux « indicateurs de performance » inclus dans les Cpom. Enfin, le directeur général de l'ARS peut « *moduler* » les dotations de financement des établissements en cas d'absence de publicité des indicateurs de suivi.

Les sanctions prévues par les nouveaux indicateurs de performance et par les actuels indicateurs de suivi se cumuleront-elles ? L'Assemblée nationale a, de manière fâcheuse, ajouté un étage supplémentaire de sanctions, *via* de possibles « modulations » de Migac avec, certes, une éventuelle « *contrepartie financière* », sans qu'on ne sache sur quelles enveloppes l'ARS financera l'ensemble.

Autant il est pertinent d'**approfondir les relations entre les établissements de santé et l'Anap dans un processus vertueux et contractuel d'amélioration de la gestion et des modes de prise en charge des patients** ; autant attribuer une nouvelle tâche aux ARS et aux établissements, qui plus est redondante avec un dispositif existant, représente au mieux une perte de temps, au pire une stigmatisation.

Souhaitant éviter toute complexification inutile des procédures, déjà suffisamment lourdes à gérer pour tous les acteurs - ARS et établissements -, **la commission vous demande de supprimer cet article.**

Article 35 bis

*(art. L. 6211-21 du code de la santé publique ;
art. 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010)*

Rétablissement des ristournes en matière de biologie médicale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose de rétablir le système des ristournes que les laboratoires de biologie médicale pouvaient consentir, avant l'intervention de l'ordonnance du 13 janvier 2010, à des établissements de santé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 69 de la loi HPST a autorisé le Gouvernement à prendre par ordonnance toutes mesures relevant du domaine de la loi réformant les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale. L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 a été prise sur cette base.

Depuis sa parution, les débats ont été houleux quant à l'impact de l'ordonnance sur le secteur des laboratoires. A l'initiative déjà de l'Assemblée nationale, de nombreux articles la réformant avaient été adoptés lors de l'examen de la loi « Fourcade »¹ mais ils ont été ensuite censurés par le Conseil constitutionnel qui les a jugés dénués de lien avec les dispositions de la proposition de loi initiale.

L'Assemblée nationale réintroduit ici l'un de ces articles, relatif à la possibilité pour les laboratoires de pratiquer des ristournes par rapport à la tarification habituelle.

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 6211-21 du code de la santé publique qui, dans sa rédaction actuelle, impose aux laboratoires de biologie médicale de facturer les examens de biologie médicale qu'ils réalisent au tarif de la nomenclature des actes.

¹ 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.

La nouvelle rédaction qui en est proposée prévoit que cette obligation ne s'impose que « *sous réserve des accords ou conventions susceptibles d'être passés avec [...] des organismes d'assurance maladie ou des établissements de santé publics ou privés ou des groupements de coopération sanitaire (...) et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6* »¹.

Le **paragraphe II** propose, quant à lui, de supprimer le IV de l'article 8 de l'ordonnance du 13 janvier 2010 qui prévoit que les ristournes consenties antérieurement cessent d'être versées au plus tard à compter du 1^{er} novembre 2013.

II - La position de la commission

Lors des débats sur la proposition de loi « Fourcade »², la commission s'était élevée contre le rétablissement de ces ristournes, qui était largement interprété par la profession comme **une négation de la médicalisation** renforcée de la biologie médicale qu'elle avait défendue dans le cadre de la préparation de la réforme.

L'éventuel surcoût de dépenses pour les établissements de santé, évalué à 48 millions d'euros par le député auteur de l'amendement, doit être interprété avec prudence, notamment sur les modalités retenues pour aboutir à ce montant.

Quoi qu'il en soit, il paraît difficilement concevable d'admettre que les laboratoires soient en quelque sorte invités à se livrer à une « guerre commerciale » à coups de rabais sur la nomenclature de l'assurance maladie. Quant à l'évolution des tarifs de la nomenclature et au souci - légitime - d'encadrer les dépenses de biologie, ils doivent procéder de décisions des autorités compétentes, et aussi de la rationalisation des prescriptions et du recours plus efficient aux examens de biologie médicale que doivent précisément favoriser la médicalisation accrue du secteur et le dialogue entre cliniciens et biologistes médicaux.

Pour toutes ces raisons, la commission ne peut que rester sur sa position de ne pas approuver le principe de « ristournes » dans le domaine médical, alors qu'il existe une tarification nationale des prestations.

C'est pourquoi elle vous demande de supprimer cet article.

¹ Les « *contrats de coopération* », créés par l'ordonnance du 13 janvier 2010, permettent à plusieurs laboratoires situés sur un même territoire de santé infrarégional, ou sur des territoires limitrophes, de s'accorder pour se partager la réalisation de la phase analytique de certains examens rarement pratiqués ; à cette fin, ils passent un contrat de coopération qui précise la mutualisation de leurs moyens et qui permet la facturation entre eux à prix coûtant. Ces transmissions ne peuvent porter que sur 15 % du total de leurs activités.

² Rapport Sénat n° 667 (2010-2011) d'Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, 23 juin 2011.

Article 35 ter

(art. L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale)

Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a pour objet de prolonger l'existence de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée et d'en élargir les compétences.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale institue un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Cet organisme remet un rapport semestriel au Gouvernement et au Parlement.

Or, cet observatoire n'était créé, à compter du 1^{er} janvier 2007, que pour une durée de cinq ans ; une évaluation de son fonctionnement devait être réalisée avant la fin de l'année 2011 et se prononcer sur l'opportunité de la poursuite de son activité autonome ou de sa fusion avec le conseil de l'hospitalisation, dont les missions sont proches.

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a pérennisé l'observatoire et supprimé l'évaluation qui devait en être faite avant la fin de cette année (1^o), sans qu'on sache d'ailleurs si celle-ci a été réalisée ou non.

En outre, cet article élargit les compétences de l'observatoire au suivi de la situation financière des établissements de santé publics et privés (2^o).

II - La position de la commission

L'article L.O. 111-8 du code de la sécurité sociale prévoit que les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat adressent chaque année au Gouvernement, en prévision de l'examen du PLFSS, des questionnaires relatifs à l'application des lois de financement de la sécurité sociale ; « *celui-ci y répond par écrit au plus tard le 8 octobre* ». Or, malgré plusieurs relances, la question relative à la situation financière des hôpitaux n'a pas reçu, à ce jour, de réponse, ce que la commission regrette et dénonce.

Dans ces conditions, elle se félicite de la pérennisation de l'observatoire économique de l'hospitalisation et de l'élargissement de ses missions.

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

Article 35 quater
(art. L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

Maîtrise des dépenses de la liste en sus

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de distinguer, dans le dispositif de régulation des produits de santé remboursés par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation, entre les médicaments et les dispositifs médicaux implantables.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Certains dispositifs médicaux à usage individuel et spécialités pharmaceutiques destinés aux patients hospitalisés peuvent être pris en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation. Cette prise en charge est intégrale lorsque les établissements ont adhéré à un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi par l'ARS et l'assurance maladie.

L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale vise à contrôler l'évolution des dépenses de cette « liste en sus ». Lorsque l'ARS estime qu'un établissement dépasse sans justification un taux annuel d'évolution fixé par l'Etat, elle conclut avec lui un plan d'actions visant à en maîtriser l'augmentation par l'amélioration des pratiques. En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou s'il ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie est réduit.

Le 1^o du **paragraphe I** vise à distinguer les spécialités pharmaceutiques des autres produits et prestations de la liste en sus, en fixant deux taux nationaux d'évolution prévisionnelle de dépenses.

Consécutivement, le 2^o prévoit que l'ARS pourra conclure un plan d'actions avec un établissement lorsque l'un de ces deux taux y sera dépassé.

Le 3^o précise que le plan d'actions est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations.

Enfin, le **paragraphe II** fixe les dates d'entrée en vigueur de cette mesure : dès 2012 pour la dissociation des taux ; en 2013 pour le 3^o.

II - La position de la commission

Les dépenses de la « liste en sus » ont beaucoup progressé ces dernières années ; c'est pourquoi l'idée d'un contrôle par l'assurance maladie et les ARS, concrétisé par un contrat, est pertinente.

Ceci étant, le dispositif, créé par la loi de financement pour 2009¹, est récent et n'a été mis en place que progressivement, puisque le taux d'augmentation a été fixé à 10 % pour 2009, 8 % en 2010 et 3 % en 2011.

Par ailleurs, selon les informations recueillies par votre rapporteur général, opérer la distinction entre médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus nécessiterait de lourdes modifications des systèmes informatiques. Outre son impact financier, cette mesure aurait donc pour effet d'entraver les efforts en cours pour maîtriser ce poste de dépenses.

Pour ces motifs, la commission vous demande de supprimer cet article.

Article 35 quinquies

*(art. L. 162-22-10, L. 162-22-13 et L. 162-22-19 (nouveau)
du code de la sécurité sociale ;*

art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 ;

art. 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009)

**Regroupement en un rapport unique de plusieurs rapports
relatifs aux établissements de santé**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de créer un seul rapport du Gouvernement au Parlement relatif au financement des établissements de santé et de supprimer en conséquence les rapports sur la T2A, les Migac et la convergence.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Plusieurs rapports distincts que le Gouvernement doit remettre à échéance fixe au Parlement concernent des sujets proches et connexes, relatifs au financement des établissements de santé : la tarification à l'activité (T2A), les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (Migac) et la convergence tarifaire. Les bases légales de ces rapports figurent dans des textes différents, respectivement aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004².

Le présent article se propose de rassembler ces documents dans un rapport unique. En conséquence, le **paragraphe I** supprime la remise du rapport sur la T2A (1°) et sur les Migac (2°) ; le **paragraphe II** celui sur la convergence ; le **paragraphe III** supprime un alinéa de la loi HPST qui prévoit que, jusqu'en 2018, le rapport sur la T2A est communiqué au Parlement en même temps que celui sur la convergence.

¹ Article 47 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

En contrepartie, le **3° du paragraphe I** insère un nouvel article dans le code de la sécurité sociale, L. 162-22-19, qui présente les caractéristiques du rapport rénové sur le champ de financement des établissements de santé. Celui-ci précisera notamment les dispositions prises sur la T2A, les Migac et la convergence des tarifs et devra être transmis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année.

II - La position de la commission

La commission approuve cet effort de rationalisation. Alors que les différents rapports attendus parviennent très tardivement au Parlement, souvent dans la seconde moitié d'octobre, la demande d'un rapport unique lui permettra peut-être de disposer, en temps et en heure, des informations nécessaires.

Par cohérence avec l'amendement portant article additionnel avant l'article 33, qu'elle a précédemment adopté, demandant la suppression de la convergence tarifaire entre les établissements de santé, la commission a adopté **un amendement** pour supprimer du nouveau rapport la référence à ce processus.

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

Article 35 sexies

(art. L. 162-25 du code de la sécurité sociale)

Prescription de la facturation des établissements de santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de fixer à un an le délai durant lequel les établissements de santé peuvent demander le remboursement d'une prestation à l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article introduit un article L. 162-25 dans le code de la sécurité sociale pour prévoir que l'action des établissements de santé en paiement des prestations par l'assurance maladie se prescrit au bout d'un an à compter de la date de fin de séjour ou de réalisation de l'acte en cas de consultation externe.

Cette disposition entrerait en application le 1^{er} janvier 2012.

II - La position de la commission

Les députés auteurs de l'amendement ont justifié cette mesure par une observation qu'aurait faite la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de la sécurité sociale pour 2010, dénonçant le long

délai dont disposeraient les établissements de santé pour émettre leurs factures envers l'assurance maladie. En dépit de ses efforts, votre rapporteur général n'a pas trouvé trace de cette remarque dans le rapport de la Cour.

Aujourd'hui, les hôpitaux ne facturent pas de manière individuelle les prestations à l'assurance maladie. Ils transmettent des données d'activité dans un système d'information, qui permet aux ARS de notifier globalement aux caisses ce qu'elles doivent payer aux établissements. Ces montants sont alors versés mensuellement.

Cette procédure n'est évidemment pas satisfaisante ; elle est d'ailleurs en voie de rénovation puisque, après une période d'inertie lorsque ce dossier était géré par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé, un vaste chantier est maintenant lancé avec une expérimentation dans cinquante-cinq établissements. Ce projet, dénommé Fides pour « facturation individuelle des établissements de santé », doit aboutir le 1^{er} janvier 2013, date de passage à une procédure classique de facturation aux termes de l'article 64 de la loi de financement pour 2011¹.

Dans ces conditions, décider dès 2012 la prescription annuelle de la facturation des établissements ne pourrait que perturber l'expérimentation.

Pour ces motifs, la commission vous demande de supprimer cet article.

Article 35 septies

(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003)

Report de l'application de la T2A dans les hôpitaux locaux

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de décaler à mars 2013 l'entrée en vigueur de la T2A dans les hôpitaux locaux.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004² a mis en place la tarification à l'activité (T2A) avec une montée en charge progressive du dispositif. Elle en a notamment décalé l'entrée en vigueur, fixée au 1^{er} janvier 2012 au plus tard, pour les activités de médecine des hôpitaux locaux.

Cet article reporte cette date au 1^{er} mars 2013, le 1^{er} mars étant chaque année la date d'actualisation de la grille tarifaire.

¹ Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

II - La position de la commission

Les anciens hôpitaux locaux¹ étant confrontés à des problèmes techniques indéniables pour passer dès 2012 à la T2A, qui s'ajoutent à des difficultés liées à leur taille et à leur environnement, il semble plus prudent de ne pas les déstabiliser davantage.

La commission vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 36

(art. L. 1435-8 à L. 1435-11 (nouveaux), art. L. 1432-6, L. 1433-1, L. 1434-6, L. 1435-4 et L. 6323-5 du code de la santé publique ; art. L. 221-1-1 et L. 162-45 du code de la sécurité sociale ; art. 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)

Création d'un fonds d'intervention régional

Objet : Cet article vise à créer un fonds d'intervention régional (Fir) regroupant divers financements gérés par les ARS.

I - Le dispositif proposé

• **Il existe actuellement une multitude de fonds intervenant dans le secteur sanitaire et hospitalier.**

- **Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs)** concerne principalement les soins dispensés en ville ; il finance le développement des nouveaux modes d'exercice, les structures contribuant à la permanence des soins (maisons médicales de garde, centres de régulation libérale), les actions ou structures visant au maintien de l'activité et à l'installation en zone déficitaire, celles favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé et celles concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville. En outre, le fonds finance une part du développement du dossier médical personnel (DMP).

Pour 2011, l'autorisation de dépenses du Fiqcs s'élève à 296 millions d'euros dont environ 20 % sont gérés au niveau national, principalement pour le DMP, et 80 % au niveau régional.

- **Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp)** finance des actions très variées, principalement des investissements (74 % des crédits 2010), mais intervient aussi en matière de ressources humaines (18 %) et pour d'autres actions de modernisation des

¹ La loi HPST ayant supprimé les différentes catégories d'établissement, cette catégorie n'existe plus en tant que telle.

établissements (8 %). L'abondement de crédits inscrit dans la LFSS pour 2011 s'élève à 347,7 millions d'euros.

- En outre, **les régimes d'assurance maladie** gèrent chacun un fonds dédié aux actions de **prévention** : le FNPEIS pour le régime général, le FNPEISA pour le régime agricole et le FNMP pour le régime social indépendant. En 2009, les charges de ces fonds, qui comprennent des périmètres variés, se sont élevées à 520 millions d'euros, dont seulement environ 40 millions étaient délégués au niveau régional. L'**Etat** finance également, à hauteur de 180 millions d'euros en 2010, à partir du programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire », des dépenses régionales de prévention.

Or, la création des ARS par la loi HPST, adoptée il y a plus de deux ans maintenant, traduisait la volonté de regrouper, en un seul organisme, différents services ou structures du champ sanitaire et médico-social.

Le présent article propose donc le regroupement d'une partie de ces fonds par la création d'un **fonds d'intervention régional (Fir)**.

• Le **paragraphe I** instaure ce fonds et prévoit diverses coordinations.

Le 1^o insère **quatre articles nouveaux** dans le code de la santé publique.

L'article **L. 1435-8** fixe **sept secteurs** que le fonds, sur décision des ARS, **peut financer** : la permanence des soins, en ambulatoire et en établissements ; la qualité et la coordination des soins ; la répartition territoriale des professionnels, des maisons, des pôles et des centres de santé ; l'adaptation de l'offre de soins des établissements de santé et les démarches visant à améliorer la performance hospitalière ; les conditions de travail des personnels de ces établissements ; la prévention et la sécurité sanitaire ; la mutualisation de systèmes d'information.

L'article **L. 1435-9** concerne **les ressources** du fonds. Celles-ci sont principalement constituées de trois dotations, en provenance des régimes d'assurance maladie, de l'Etat et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La dotation des régimes d'assurance maladie sera fixée par arrêté des ministres compétents, en fonction de l'Ondam. Au sein des ressources du fonds seront identifiés, d'une part, les crédits de prévention, d'autre part, ceux destinés à la perte d'autonomie et au handicap.

L'article **L. 1435-10** prévoit que les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des ARS (CNP) et la répartition régionale des crédits fixée par le Gouvernement. En outre, la gestion comptable et financière est confiée à la Cnam, qui peut en déléguer une partie aux ARS. Enfin, les sommes notifiées sont prescrites, au profit du fonds, dans un délai de quatre ans.

L'article **L. 1435-11** renvoie les modalités d'application des précédents articles à un décret en Conseil d'Etat.

Par ailleurs, le **2°** supprime de la liste des ressources des ARS la possibilité de recevoir des crédits du Fmespp, puisque ce type de financements passera dorénavant par le Fir. Il est cependant singulier de ne pas prévoir explicitement que l'une des ressources des agences proviendra du Fir.

En miroir avec l'article L. 1435-10 précité, le **3°** insère dans l'article L. 1433-1 du même code la nouvelle mission du CNP de déterminer les orientations nationales du Fir.

Le **4°** opère une modification rédactionnelle à l'article L. 1434-6 pour prévoir que le montant de la contribution des caisses d'assurance maladie au titre de la prévention sera fixé par arrêté.

Les contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (Caqcs), que l'ARS peut proposer aux professionnels ou établissements en contrepartie d'engagements pris dans ce domaine, sont aujourd'hui financés par la dotation régionale du Fiqcs et par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Le **5°** prévoit que le montant de la contribution des régimes d'assurance maladie sera arrêté dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9, qui fixe les ressources du Fir.

Enfin, l'article L. 6323-5 du code de la santé publique prévoit que les réseaux, centres, maisons et pôles de santé perçoivent une dotation du Fiqcs au titre de la coordination des soins. Le **6°** remplace donc la mention du Fiqcs par une référence au nouveau Fir ; il supprime également le fait que cette dotation de coordination est fixée chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

• Le **paragraphe II** assure diverses adaptations dans le code de la sécurité sociale.

Le **1°** modifie son article L. 221-1-1 qui crée le Fiqcs, en supprimant les compétences qui lui étaient dévolues et qui seront transférées au nouveau Fir : le financement des nouveaux modes d'exercice, de la permanence des soins et de l'exercice pluridisciplinaire et regroupé. Il restreint le champ du Fiqcs au niveau national et supprime le financement des actions à caractère régional.

A l'occasion de cet article et sans lien avec la création du Fir, la transmission du bilan d'activité du comité national de gestion du Fiqcs au Parlement est supprimée.

En outre, l'article supprime - étrangement - la possibilité pour le Fiqcs de verser une aide sur une base pluriannuelle.

Enfin, le **2°** modifie l'article L. 162-45, qui prévoit que le comité national de gestion du Fiqcs et les ARS « peuvent » prévoir la prise en charge par l'assurance maladie des « dépenses du réseau », sans qu'on sache d'ailleurs précisément de quel réseau il s'agit. En outre, les autres articles de

cette sous-section du code¹ ont été abrogés par la loi de financement pour 2007². De ce fait, l'article L. 162-45 apparaît plus comme une résurgence que comme une base solide. Aucune information n'a pu être donnée à votre rapporteur sur l'intérêt de conserver cet article. Pour autant, le 2° supprime la référence au Fiqcs, puisque la compétence des réseaux de santé sera assumée par le Fir.

- Le **paragraphe III** adapte les modalités de fonctionnement du **Fmespp**, qui sont fixées à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001³. Il supprime la possibilité, pour le fonds, de financer toute charge de fonctionnement ; le Fmespp se concentrera donc sur des dépenses d'investissement. Comme pour le Fiqcs, il supprime les compétences qui étaient dévolues au Fmespp et qui seront transférées au Fir : financement d'actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et de la performance hospitalière ; frais de fonctionnement de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers et de la mission nationale d'appui à l'investissement. Enfin, la possibilité de déconcentration des crédits du fonds en-dessous d'un seuil fixé par arrêté est supprimée, de même que la possibilité de verser des aides sur une base pluriannuelle.

- Le **paragraphe IV** reporte l'entrée en vigueur de plusieurs mesures de cet article au 1^{er} janvier 2013, notamment celles relatives aux évolutions du Fmespp.

- Le **paragraphe V** prévoit, de manière transitoire, les modalités de fixation des ressources du Fir pour l'année 2012 sur la base d'un arrêté et en conservant la possibilité d'un abondement par le Fiqcs et le Fmespp pour éviter toute rupture dans les financements.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté des modifications rédactionnelles dans la définition des missions du Fir, notamment pour inclure les pôles de santé, les maisons de santé et les réseaux de santé dans le 2° relatif à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

Elle a également ajouté un huitième domaine d'action : la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, la prise en charge et les accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

Elle a élargi, aux établissements médico-sociaux, l'évaluation dans les Cpom des financements alloués par le Fir.

¹ L. 162-43 et L. 162-44.

² Article 94 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

³ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

Elle a prévu des modalités de suivi de l'utilisation des dotations affectées au Fir, avec « *un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque ARS* » adressé chaque année avant le 15 octobre au Parlement. Ce bilan devra notamment contenir une analyse du bien-fondé du périmètre des actions du fonds, de l'évolution des dotations régionales et d'une « *explicitation* » des critères de répartition régionale.

Enfin, elle a abrogé l'article L. 6112-3-2, pourtant créé il y a seulement deux mois, à l'initiative du Gouvernement, à l'occasion de l'examen de la loi « Fourcade »¹. Celui-ci prévoit que les médecins libéraux participant à la permanence des soins dans un établissement de santé assurant cette mission de service public sont indemnisés par l'établissement. Les compétences du Fir, telles qu'elles figurent à ce stade, englobent en effet le financement de la permanence des soins. A titre transitoire, l'Assemblée a ajouté, à la fin de l'article, que dans l'attente de la mise en œuvre du fonds, un arrêté fixe les conditions d'indemnisation des médecins libéraux participant à cette mission de service public.

III - La position de la commission

La rédaction actuelle de cet article ne répond pas aux objectifs de clarté, d'intelligibilité et de transparence que le Parlement appelle de ses vœux depuis de nombreuses années en ce qui concerne les fonds auxquels doivent contribuer, à des niveaux élevés, les régimes obligatoires d'assurance maladie.

A l'initiative du Gouvernement et sur la demande insistante du président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 avait introduit quelques dispositions de déconcentration des crédits du Fiqcs et du Fmespp, qu'il est aujourd'hui nécessaire de « détricoter » du fait de la création du Fir.

Ce fonds est directement inspiré d'un rapport IGF-Igas de juillet 2010 sur les fonds d'assurance maladie², qui constatait **une centralisation excessive dans la gestion de ces fonds, des lacunes de pilotage et un suivi financier pluriannuel défaillant**. Il proposait notamment de créer un fonds régional d'intervention à deux compartiments, le premier regroupant les parts régionales du Fiqcs et du Fmespp, le second les parts régionales des fonds de prévention des régimes d'assurance maladie et de l'Etat.

Or, ce rapport n'évoquait pas l'intégration, dans le Fir, des missions d'intérêt général liées à la permanence des soins ; il envisageait certes l'élargissement de la fongibilité, estimant cependant qu'elle « *soulevait des questions complexes* ». Le Gouvernement, qui justifie la création du Fir par le

¹ Article 8 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.

² Rapport sur les fonds d'assurance maladie (FNPEIS, FNPEISA, FNPM, Fiqcs, Fmespp), établi par Yves Bonnet, Bertrand Brassens et Jean-Luc Vieilleribière, inspection générale des finances et inspection générale des affaires sociales.

rapprochement de « *politiques proches ou complémentaires* », y inclut pourtant la permanence des soins, sans évaluation et alors qu'elle n'a que peu à voir avec la prévention et la promotion de la santé ou avec la qualité et la performance des soins.

Aucun garde-fou n'est posé pour éviter qu'une ARS, soumise aux pressions éventuelles de revalorisation des tarifs des médecins libéraux, ne privilégie à court terme ceux-ci au détriment de l'hôpital, dont elle pourrait estimer que l'assise financière plus large permettrait d'absorber cette diminution, quitte à ce que le déficit augmente.

C'est pourquoi la commission a adopté **un amendement** de prudence ôtant, à ce stade encore expérimental, **la permanence des soins** du champ de financement du Fir. Il y aurait trop de risque de perturbation dans l'affectation des crédits à se précipiter en la matière.

Finalement, **le Fir fonctionnerait sur trois fondements hétérogènes** : la permanence des soins ; la qualité et la performance des soins ; la prévention et la promotion de la santé. **Ce rapprochement est pour le moins artificiel**, d'autant qu'en application de la fongibilité asymétrique décidée par la loi HPST, les crédits destinés à la prévention, d'un côté, et ceux destinés au handicap et à la perte d'autonomie, de l'autre, sont sanctuarisés. En l'occurrence, ces deux types de crédits seraient simplement « *identifiés* » au sein des ressources du fonds : ne sont formalisés ni procédure ni contrôle. Votre commission a donc adopté **un amendement** pour, *a minima*, faire référence à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique qui fixe le principe de la **fongibilité asymétrique**.

Parallèlement, le Gouvernement conserve les fonds existants, Fmespp et Fiqcs, avec les particularités et les lourdeurs qui ont déjà été souvent dénoncées. Par exemple, la gestion du Fiqcs est assurée par un comité national de gestion, un conseil national de la qualité et de la coordination des soins et un bureau du conseil national... Alors que leurs compétences se réduiront comme peau de chagrin, ces fonds continueront de mobiliser les moyens d'une gestion complexe et coûteuse.

Paradoxalement, **les modalités de gouvernance envisagées pour le nouveau fonds sont inexistantes** : le texte proposé se limite à indiquer que le CNP déterminera les orientations nationales, mais aucune structure ou conseil n'est nommé pour prendre des décisions, contrôler et évaluer les actions. L'Assemblée nationale, sensible à ces lacunes, a d'ailleurs pris l'initiative d'introduire la notion d'évaluation et la transmission d'informations au Parlement.

Tous ces motifs ont conduit votre commission à adopter **un amendement** relatif aux droits du Parlement :

- pour restaurer la transmission du rapport d'activité du Fiqcs ;
- pour définir une procédure d'évaluation du Fir, accompagnée d'un **rapport adressé au Parlement**.

Votre commission a également adopté **un amendement de simplification** concernant l'attribution, par les ARS, de crédits destinés à la prévention à partir des fonds constitués par les caisses d'assurance maladie. Cette disposition n'a plus lieu de figurer dans le code en tant que telle : elle devient redondante puisque ce sera l'un des objets du Fir, lui-même alimenté par une dotation des caisses à ce titre.

Surtout, votre commission a adopté **un amendement de principe** relatif, à nouveau, aux droits du Parlement, auxquels elle est particulièrement attachée : la loi prévoit aujourd'hui que les dotations de l'assurance maladie au Fiqcs et au Fmespp sont fixées, chaque année, en loi de financement de la sécurité sociale. Or, le projet de loi indique que la future dotation des caisses au Fir sera arrêtée par les ministres compétents. **Cette perte d'information et de contrôle pour le Parlement n'est pas tolérable.** Votre commission propose donc de revenir au principe d'une dotation des caisses au Fir votée en PLFSS.

Enfin, vu la complexité du montage et la nécessité de transformer les systèmes informatiques de plusieurs opérateurs, dont la Cnam, nouvelle gestionnaire de l'ensemble des crédits, votre commission a adopté **un amendement pour reporter l'entrée vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2013**, alors que le Gouvernement souhaite avancer, à marche forcée, pour instituer le Fir dès mars ou avril 2012. Cette précipitation inutile présente plus de risques que d'avantages.

En conclusion, si le Fir peut apporter de la souplesse aux ARS, il est peu probable que sa création apporte la transparence nécessaire à l'utilisation des crédits consacrés aux multiples politiques visées. Récipiendaire unique de financements divers relevant qui plus est de plusieurs sous-objectifs de l'Ondam, il risque de rendre encore plus difficile le suivi de celui-ci.

Pour autant, et afin de montrer l'importance qu'elle attache à la clarification du dispositif des fonds, la commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 36 bis

Expérimentation pour les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'expérimenter de nouvelles règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article autorise les ARS à mener des expérimentations sur l'organisation et le financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente (Samu), dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre en région. Ces expérimentations pourront durer cinq années à compter du 1^{er} janvier 2012.

II - La position de la commission

Des financeurs et des opérateurs de nature diverse interviennent aujourd'hui dans le secteur des transports sanitaires, parfois de manière confuse. La Cour des comptes réalise précisément une étude sur cette question qui devrait être publiée courant 2012. Il est nécessaire de remettre à plat ce dossier, car les dépenses afférentes progressent très rapidement.

Dans ces conditions, la commission est favorable à la proposition de l'Assemblée nationale. Elle a cependant adopté un **amendement** prévoyant qu'un bilan soit tiré de cette expérimentation et transmis au Parlement.

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

Article 37

Expérimentation d'une modulation du forfait global relatif aux soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience

Objet : Cet article vise à autoriser, par dérogation aux règles de calcul en vigueur et dans le cadre d'une expérimentation avec des établissements volontaires, une modulation du forfait global relatif aux soins attribué aux Ehpad en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience.

I - Le dispositif proposé

Cet article porte sur la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et vise à autoriser des **dérogations aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins** pour les besoins d'**expérimentations** qui seraient lancées en 2012 par les agences régionales de santé (ARS) **auprès d'établissements volontaires**.

Dans le cadre de ces expérimentations, le forfait global relatif aux soins serait modulé **en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience**. La liste de ces indicateurs doit être fixée par décret.

Un cahier des charges national, approuvé par décret en Conseil d'Etat, devra déterminer les modalités de mise en œuvre des expérimentations.

Les expérimentations seront conduites par un nombre réduit d'ARS (de trois à cinq selon le paragraphe 1 du I de l'étude d'impact, trois ou quatre selon son paragraphe 2). Ces ARS seront désignées par arrêté ministériel.

Les ARS sélectionneront les établissements participant à l'expérimentation parmi les établissements volontaires, en fonction de critères définis dans le cahier des charges national. L'étude d'impact précise que **les expérimentations cibleront des établissements aujourd'hui en tarif partiel**. A la différence du tarif global, le tarif partiel ne couvre pas les rémunérations ou honoraires versés aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ni les examens de biologie et de radiologie, lesquels sont financés sur l'enveloppe soins de ville.

Les établissements entrant dans l'expérimentation bénéficieront d'une **incitation financière** que l'étude d'impact évalue entre 2 et 5 millions d'euros par an pour l'ensemble des établissements. Cette dotation sera financée dans le cadre de l'Ondam médico-social.

Un bilan annuel des expérimentations sera réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale et transmis au Parlement. En outre, un rapport d'évaluation sera réalisé avant le terme de l'expérimentation, en vue d'une éventuelle généralisation.

L'étude d'impact indique qu'une mesure législative fixant le caractère opposable des indicateurs à l'ensemble des Ehpad devra intervenir en 2013 et que les modifications législatives et réglementaires du forfait global relatif aux soins interviendront au vu des conclusions de l'expérimentation fin 2014.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels.

III - La position de la commission

Le **principe de la tarification à la ressource** pour la détermination du forfait global relatif aux soins des Ehpad a été inscrit dans l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il s'agit de substituer à la procédure contradictoire de négociation budgétaire à partir des charges de l'établissement, l'attribution d'une dotation correspondant à son niveau d'activité et déterminée *a priori* sur la base d'une estimation objective des besoins des résidents.

Cette estimation objective s'appuie sur les outils développés pour évaluer le niveau de dépendance des résidents (Gir moyen pondéré - GMP) et leurs besoins en soins médico-techniques (Pathos moyen pondéré - PMP). Ces deux indicateurs sont agrégés au sein d'une **nouvelle unité de référence applicable aux Ehpad, le Gir moyen pondéré soins (GMPS)**. Le GMPS constitue en quelque sorte une norme de référence qui a reçu une première consécration législative en 2008. Avec la modification de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, cette norme est devenue opposable aux établissements et sert de base au processus de convergence tarifaire qui doit conduire en sept ans, de 2010 et 2016, à placer tous les Ehpad dans une situation identique.

L'entrée en vigueur de la tarification à la ressource, prévue au 1^{er} janvier 2010, n'est toujours pas intervenue, la parution du décret d'application qui avait été soumis à la concertation des responsables du secteur médico-social étant désormais suspendue.

La circulaire interministérielle du 29 avril 2011 indique que la campagne budgétaire 2011 dans le secteur des personnes âgées s'effectuera à droit constant par rapport à l'année 2010. Elle précise que « *la ministre des solidarités et de la cohésion sociale a en effet souhaité retarder la publication du décret portant réforme tarifaire des Ehpad, préparé au long de l'année 2010, afin, d'une part, de mettre à profit le débat sur la dépendance pour approfondir la réflexion sur certains points, et d'autre part, éviter l'entrée en vigueur d'une réforme que l'issue de ce débat pourrait conduire à modifier à brève échéance* ».

Par ailleurs, la même circulaire donne instruction aux directeurs d'ARS de surseoir au développement du tarif global, dont la généralisation avait été vivement encouragée jusqu'alors, en l'attente d'évaluations plus approfondies sur l'inclusion des soins de ville.

Il faut également rappeler que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a décidé de prolonger de deux ans, jusqu'en 2013, l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des Ehpad ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur. Cette réintégration devait initialement être généralisée au 1^{er} janvier 2011.

Dans un contexte aussi incertain, votre commission estime que le lancement de nouvelles expérimentations destinées à mettre au point des indicateurs sophistiqués, prévu par l'article 37, aurait pu s'envisager si ces expérimentations ne se plaçaient pas dans la perspective d'une **nouvelle forme de modulation du financement des établissements**.

Cette modulation, fondée sur les indicateurs de qualité et d'efficience, s'ajouterait à celle déjà engagée sur la base de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins (grille Aggir et outil Pathos).

On ne peut que partager la volonté d'améliorer la qualité et l'efficience des soins. On ne peut contester l'intérêt d'expérimentations sur la base de volontariat. Mais cet article se place dans la **perspective de nouveaux critères de détermination du forfait global relatif aux soins**, potentiellement généralisables d'ici deux ans, **sans que l'on n'ait pu jusqu'ici appliquer et évaluer les réformes tarifaires qu'il a été demandé au Parlement de voter depuis 2008**.

Alors que la tarification au GMPS reste à généraliser et à évaluer, et que l'on ignore toujours si et quand le principe de la tarification à la ressource posé par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 sera appliqué, **il n'est pas opportun d'introduire, à travers les expérimentations proposées par cet article, de nouveaux éléments de modulation des forfaits soins des Ehpad**.

Pour ces raisons, la commission vous demande de supprimer cet article.

Article 37 bis

**Expérimentation de dérogations tarifaires permettant de décloisonner
les secteurs sanitaire et médico-social**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à autoriser des expérimentations destinées à optimiser les parcours de soins des personnes âgées dépendantes en assurant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article prévoit de mener, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période maximale de cinq ans, des **expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins**, afin d'optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

A cette fin, il pourra être dérogé à certaines règles de facturation ou de tarification prévues par le code de la sécurité sociale.

Ces expérimentations seront mises en œuvre par convention entre l'ARS concernée, les organismes locaux d'assurance maladie, ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.

Un cahier des charges encadrant ces expérimentations sera arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

Cet article reprend une proposition du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) qui a souligné la nécessité d'assurer **une meilleure coordination entre les différents modes de prise en charge**, à domicile, en établissement et, le cas échéant, en hospitalisation. Le Hcaam a également estimé à 2 milliards d'euros les surcoûts liés au recours injustifié à l'hospitalisation qui pourraient être évités en optimisant les parcours de soins des personnes âgées et permettrait de dégager quelque 2 milliards d'euros d'économies, ou mieux encore d'efficience.

Devant l'Assemblée nationale, le Gouvernement a précisé qu'un comité national de pilotage se verrait confier la sélection des projets, l'estimation de leur impact sur la qualité de la prise en charge et sur l'évolution des dépenses. Ce comité national de pilotage aura également pour mission d'identifier et de susciter des projets sur l'intégralité du champ préconisé par le Hcaam dans son rapport, par exemple de la mise à disposition à un hôpital de places en Ssiad ou en Ehpad de transition.

II - La position de la commission

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

Article 37 ter

Rapport sur les écarts de coûts résultant de la législation sociale et fiscale entre établissements ou services pour personnes âgées

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la réalisation d'un rapport sur les charges sociales et fiscales des établissements ou services pour personnes âgées selon leur statut juridique.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article prévoit la remise au Parlement, avant le 30 juin 2012, d'un rapport sur les charges fiscales et sociales résultant des différentes obligations législatives et réglementaires auxquelles sont soumis les Ehpad et les Ssiad en fonction de leur statut juridique.

II - La position de la commission

Selon leur statut juridique, public ou privé, les établissements ou services sont soumis à des obligations légales différentes en matière fiscale et sociale. Ces différences portent notamment sur l'assujettissement à l'assurance chômage, à la taxe sur les salaires ou à la TVA, et sur le régime fiscal.

Il est utile de recenser ces différences d'obligations fiscales et sociales et d'en apprécier pleinement l'incidence dans le contexte de la convergence tarifaire en cours dans le secteur médico-social, alors que le principe de la tarification à la ressource, fondée sur l'état et les besoins des patients, a été posé.

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

Article additionnel après l'article 37 ter
(art. L 313-12 du code de l'action sociale et des familles)
**Prorogation des conventions pluriannuelles des Ehpad
et unités de soins de longue durée**

Objet : Cet article additionnel vise à prévoir une procédure de prorogation des conventions pluriannuelles tripartites des Ehpad et unités de soins de longue durée afin d'éviter tout vide juridique lorsqu'elles n'ont pu être renouvelées après leur arrivée à échéance.

En 2011, **les pouvoirs publics ont ralenti, voire gelé, le rythme des renouvellements de conventions pluriannuelles tripartites** conclues entre les Ehpad et les unités de soins de longue durée, les présidents de conseils généraux et les agences régionales de santé, **afin de limiter les engagements financiers de médicalisation nouveaux qui pourraient y être associés.**

Toutefois, le non-renouvellement de conventions pluriannuelles à leur arrivée à échéance place les établissements et services précités en contradiction avec l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles qui subordonne l'aptitude à accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie à la conclusion d'une telle convention.

Le présent article vise à éviter tout vide juridique provoqué par le non-renouvellement des conventions tripartites, en particulier lorsque ce non-renouvellement est uniquement imputable à des considérations budgétaires, comme cela est le cas en 2011.

Il prévoit un avenant de prorogation d'un an au terme duquel la convention sera renouvelée dans les conditions initiales.

Cette procédure de prorogation automatique ne sera pas applicable lorsque le directeur général de l'ARS ou le président du conseil général fondent leur refus de renouvellement sur des raisons autres que budgétaires, par exemple l'aptitude à accueillir des personnes âgées dépendantes.

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

Article additionnel après l'article 37 ter
(art. L 314-12 du code de l'action sociale et des familles)
**Conditions d'intervention des professionnels libéraux
dans les établissements et services médico-sociaux**

Objet : Cet article additionnel vise à préciser les conditions d'intervention des professionnels libéraux dans les établissements et services médico-sociaux afin d'éviter toute requalification en salariat.

L'article 7 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST a modifié l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles afin de préciser que **les professionnels libéraux intervenant dans les Ehpad sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement.**

Cette précision était apparue nécessaire dans la mesure où certaines Urssaf avaient requalifié ces interventions en tant qu'activités salariées soumises aux charges sociales afférentes. Toutefois, son champ d'application se limite aux Ehpad.

Le présent article a pour objet **d'étendre à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux** la clarification apportée par la loi du 10 août 2011 précitée sur les conditions d'intervention des professionnels libéraux dans les Ehpad.

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

Article additionnel après l'article 37 ter
(art. L 315-19 du code de l'action sociale et des familles)
**Gestion de la trésorerie des établissements publics sociaux
et médico-sociaux**

Objet : Cet article additionnel vise à assouplir les conditions dans lesquelles les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent gérer leur trésorerie, afin de leur permettre de réaliser des produits financiers destinés au financement de leurs investissements.

L'article L. 315-19 du code de l'action sociale et des familles soumet les établissements publics sociaux et médico-sociaux, en matière de gestion de leur trésorerie, aux dispositions de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales fixant les **conditions de dérogation à l'obligation de dépôt auprès de l'Etat.**

Ainsi, seuls peuvent échapper à cette obligation les fonds qui proviennent de libéralités, de l'aliénation d'un élément de leur patrimoine, d'emprunts dont l'emploi est différé pour des raisons indépendantes de leur volonté et de recettes exceptionnelles dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent disposer d'une trésorerie importante, du fait notamment des règlements des prix de journée effectués en début de mois par leurs résidents ou des dépôts de caution. Cette trésorerie reste improductive, alors que les établissements sont confrontés à des besoins d'investissement pour se mettre aux normes de sécurité et améliorer la qualité de la prise en charge.

En la matière, les établissements publics de santé disposent d'une plus grande souplesse de gestion puisque l'article L. 6145-8-1 du code de la santé publique leur permet de déroger à l'obligation de dépôt auprès de l'Etat pour les fonds qui proviennent des recettes perçues au titre de prestations de service, de la valorisation des activités de recherche ou de l'exploitation de brevets et de licences dans le cadre de services industriels et commerciaux.

Le présent article propose d'**autoriser les établissements, dans des conditions très encadrées, à placer la trésorerie** provenant des dépôts de garantie reçus des résidents, des fonds déposés par les résidents, des recettes des activités annexes et des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce. D'une part, ces placements ne pourront être effectués qu'en titre nominatifs ou en valeurs admises par la Banque de France. D'autre part, ces opérations seront réalisées sous le contrôle des comptables publics, en application du principe de séparation entre l'ordonnateur et le comptable.

Les produits financiers réalisés seraient obligatoirement affectés à des opérations d'investissement.

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

Article 38

(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

**Financement du plan d'aide à l'investissement de la CNSA
dans le secteur médico-social pour 2012**

Objet : Cet article fixe à 2 % le montant de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) attribué en 2012 au plan d'aide à l'investissement de la CNSA dans le secteur médico-social.

I - Le dispositif proposé

Introduit à l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat et de sa rapporteure pour le secteur médico-social, Sylvie Desmarescaux, **l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011** a modifié l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, qui établit la structure du budget de la CNSA et ventile les différentes ressources qui lui sont affectées, afin d'y faire figurer un **plan d'aide à l'investissement financé par 4 % du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)**. Ce montant a été gagé par un prélèvement équivalent du produit de la CSA sur la section I du budget de la CNSA relative au financement des établissements sociaux et médico-sociaux.

Jusqu'alors, aucune ligne ne figurait explicitement dans le budget de la CNSA pour le financement du soutien à la modernisation des établissements sociaux et médico-sociaux.

La CNSA avait cependant financé d'importants plans d'aide à l'investissement sur ses fonds propres, grâce aux réserves constituées du fait de la sous-consommation des crédits médico-sociaux entre 2005 et 2008. Ces réserves ont culminé jusqu'à 1 milliard d'euros fin 2008. Entre 2006 et 2010, la CNSA a affecté 1,6 milliard aux plans d'aide à l'investissement.

L'épuisement des réserves de la CNSA, qui devraient se situer à environ 60 millions fin 2011, a justifié la mise en place d'un nouveau mode de financement.

Le plan d'aide à l'investissement pour 2011 a été financé par le produit de 4 % de la CSA, soit 92,8 millions d'euros. Il a été porté à 113,1 millions en incluant le solde des crédits des pôles d'activité et de soins adaptés (Pasa) ainsi que des unités d'hébergement renforcées du plan Alzheimer non notifiées en 2010.

Cet article prévoit de ramener, en 2012, de 4 % à 2 % la part de CSA affectée au plan d'aide à l'investissement, soit un montant prévisionnel de 48,2 millions d'euros.

Il porte de 12 % à 13 % la part affectée aux établissements et services pour personnes handicapées et de 38 % à 39 % celle affectée au financement des établissements et services pour personnes âgées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a prévu le versement, par la CNSA, d'une dotation à l'agence technique de l'information et de l'hospitalisation (Atih) pour financer des études de coûts des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La conception de telles études a, en effet, été confiée à l'Atih, notamment pour permettre à la CNSA d'apprécier les modalités de tarification des différentes catégories d'établissements et services relevant de son financement. Il est prévu que la CNSA verse 900 000 euros à l'Atih en 2012 au titre de ces études.

Comme pour les dotations de la CNSA à l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) et à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), ces versements à l'Atih s'imputeront sur la contribution de l'assurance maladie aux établissements sociaux et médico-sociaux (Ondam médico-social), et non sur les ressources propres de la CNSA.

III - La position de la commission

Votre commission constate que la contrainte pesant sur les dotations d'assurance maladie destinées aux établissements et services médico-sociaux conduira à accentuer la part de la CSA venant en complément de l'Ondam médico-social pour former l'objectif global de dépenses (OGD) de ces établissements.

Cette situation conduit inévitablement à réduire les moyens de la CNSA disponibles pour ses actions propres et pour les versements aux départements.

Sous réserve de ces observations, la commission vous demande d'adopter cet article.

Article 39

(art. L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale)

Modes de rémunération des pharmacies d'officine

Objet : Cet article vise à permettre l'introduction, dans la rémunération des pharmacies d'officines, d'une part déconnectée du prix des produits vendus et liée à l'acte de dispensation et à la performance par rapport à des objectifs de santé publique.

I - Le dispositif proposé

• Le Gouvernement a récemment demandé à l'Igas une étude¹ relative à l'évolution du **mode de rémunération des pharmacies d'officine**. Il en ressort les éléments suivants.

Aucune évaluation des missions habituellement réalisées en officine n'a jamais été conduite. La situation économique des pharmacies, secteur qui emploie environ 140 000 personnes et qui regroupe 22 186 officines², est elle-même difficile à mesurer en l'absence de chiffres récents et coordonnés selon le statut juridique. Il semble toutefois que **les officines ont souffert du ralentissement du marché du médicament** et que la situation se soit dégradée depuis un point haut atteint en 2004.

Les médicaments remboursables représentent en moyenne 80 % du chiffre d'affaires et 76,5 % de la marge des pharmacies. Les prix sont libres sur les médicaments non remboursables et sur la parapharmacie. La **rémunération** liée aux médicaments remboursables a subi plusieurs évolutions ; aujourd'hui, elle repose, d'une part, sur **un forfait par boîte** (0,53 centimes), d'autre part, sur **un taux limite de marge, dégressif selon le prix du médicament** (26,1 % jusqu'à 22,90 euros, 10 % entre 22,90 et 150 euros, 6 % au-delà). Aujourd'hui, la rémunération des officines résulte, pour un quart, du forfait par boîte et, pour le solde, des marges sur les produits.

Par le passé, la rémunération en pourcentage du nombre de boîtes vendues, même avec des marges dégressives selon le prix, constituait une garantie de ressources, en raison du dynamisme propre du marché des médicaments. Aujourd'hui, même si le volume des ventes en France continue plutôt de progresser, les pouvoirs publics appliquent, dans le cadre de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, des baisses de prix, qui pèsent naturellement sur les revenus des pharmaciens, en réduisant leurs marges.

¹ « Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau », rapport établi par Pierre-Louis Bars, Abdelkrim Kiour, Bruno Maquart et Alain Morin, juin 2011.

² Métropole uniquement.

Les officines ont pour mission fondamentale de dispenser les médicaments, d'analyser et de contrôler les ordonnances, ainsi que d'apporter un conseil au patient. Pour autant, il n'existe **pas de référentiel de bonnes pratiques pour la dispensation**. C'est pourquoi la mission propose que les officines suivent une procédure de certification et que les ordonnances soient systématiquement passées au crible de logiciels de contrôle des prescriptions.

Cet aspect central pose, en creux, **la question des relations entre les pharmaciens et les médecins** : les premiers considèrent que leurs compétences sont sous-employées ; les seconds se montrent très réticents à toute évolution et estiment souvent que les premiers sont autant commerçants que professionnels de santé. Ainsi, toute promotion du rôle du pharmacien est considérée, par de nombreux médecins, comme une dévalorisation du leur, comme une désacralisation ou une banalisation de l'acte médical.

L'étude de l'Igas propose de **confier davantage de missions aux pharmaciens**, notamment pour le suivi des patients chroniques, certains dépistages, le suivi vaccinal et, le cas échéant, l'acte vaccinal, ainsi que la dispensation à domicile et la préparation des doses à administrer qui participeraient au maintien à domicile. Ces missions seraient rémunérées à l'acte.

Pour autant, la dispensation du médicament restera naturellement la fonction essentielle des pharmacies d'officine. L'étude propose de **substituer progressivement au système de rémunération actuel un « honoraire de dispensation »**, permettant d'introduire un lien plus direct entre le niveau de rémunération et le travail effectif à fournir. Cet honoraire s'appliquerait à toute ordonnance et tiendrait compte du nombre de lignes et des médicaments complexes qui exigent un travail particulier lors de la dispensation.

Enfin, l'Igas estime possible de rendre un service de qualité avec **un réseau moins dense, surtout dans les centres urbains**. La France se caractérise par un réseau d'officines plus important que dans les principaux pays européens comparables, ainsi que par des disparités régionales marquées. En outre, il est concentré dans les zones densément peuplées, notamment dans les centres-villes des grandes agglomérations, où les professionnels et les pouvoirs publics évoquent clairement des situations de surnombre.

- **Le présent article propose de traduire certaines de ces préconisations.**

L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale fixe les éléments constitutifs de la convention nationale conclue entre l'assurance maladie et les pharmaciens titulaires d'officine.

Le 1^o complète ces éléments en introduisant trois champs nouveaux de négociation pour les partenaires. La convention déterminera :

- la tarification des **frais de dispensation dus aux pharmaciens par les assurés sociaux** ;

- la rémunération versée par **l'assurance maladie** en contrepartie du respect d'engagements individualisés, qui pourront porter sur la **dispensation**, la participation à des actions de **dépistage** et de **prévention**, l'accompagnement de patients atteints de **pathologies chroniques**, des actions destinées à favoriser la **continuité** et la **coordination des soins**, ainsi que toute action d'**amélioration des pratiques** et de **l'efficience de la dispensation** ;

- des objectifs quantifiés d'**évolution du réseau** des officines.

Par ailleurs, sur le modèle de l'article L. 162-15 pour les autres conventions conclues par l'assurance maladie¹, l'Uncam soumettra pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais ou rémunérations des pharmaciens.

Dans la même ligne, le 2^o reprend, pour la convention avec les pharmaciens, des dispositions qui existent déjà, en vertu de l'article L. 162-14-1-1, pour les autres conventions et selon lesquelles :

- une mesure conventionnelle ayant pour effet la revalorisation d'un tarif ou d'une rémunération entre en vigueur au plus tôt dans un délai de six mois après l'approbation de la convention et selon lesquelles :

- en cas de risque de dépassement de l'Ondam, l'entrée en vigueur d'une mesure conventionnelle de ce type est suspendue et reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante ;

- les pharmaciens pourront participer à des accords interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté plusieurs modifications rédactionnelles, notamment pour remplacer l'expression « *frais de dispensation* » par « *honoraires de dispensation* ».

Elle a également ajouté un champ de négociation conventionnelle nouveau, celui de la détermination des mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par elle.

Surtout, elle a créé un **paragraphe II** relatif à la **restructuration du réseau** des pharmacies.

Aujourd'hui, la création d'une nouvelle officine, son transfert ou son regroupement est subordonné à l'octroi d'une licence délivrée par l'ARS. Des conditions démographiques sont posées dans le code de la santé publique.

¹ Celles avec les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et les entreprises de transports sanitaires.

Dans une commune de moins de 2 500 habitants, l'ouverture d'une officine peut être autorisée par voie de transfert d'une autre commune. Dans les communes plus peuplées, lorsqu'une licence a déjà été accordée, l'ouverture d'une nouvelle officine peut être autorisée par tranche entière supplémentaire de 3 500 habitants ; l'Assemblée nationale porte ce dernier seuil à 4 500 pour limiter encore les possibilités d'ouverture (1°).

Le transfert d'une officine dans une autre commune ne peut notamment s'effectuer que si la commune d'origine comporte soit moins de 2 500 habitants si elle n'a qu'une seule pharmacie, soit un nombre d'habitants par pharmacie supplémentaire inférieur à 3 500. Là aussi, l'Assemblée nationale porte ce dernier seuil à 4 500 (2°).

En outre, afin de renforcer la concentration du secteur, une licence libérée à la suite d'un regroupement est toujours prise en compte pendant cinq ans pour limiter le transfert ou l'ouverture d'une nouvelle pharmacie. L'Assemblée nationale porte ce délai à douze ans (3°).

Enfin, l'Assemblée nationale a ajouté, en 4°, un paragraphe à l'article L. 5125-16 du code, dont la formulation est obscure : une opération de restructuration du réseau réalisée au sein d'une même commune ou de communes limitrophes, donnant lieu à indemnisation de la cessation définitive d'activité, doit faire l'objet d'un avis préalable de l'ARS : cette cessation ne doit pas avoir pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente. La portée juridique de cet ajout est limitée puisque l'ARS est chargée de donner un avis et que la précision générale sur l'approvisionnement est déjà inscrite dans le code¹.

III - La position de la commission

Le rapport de juin 2011 de l'Igas montre clairement que le secteur des pharmacies d'officine doit évoluer, tant en termes d'organisation et de réseau que de rémunération. **Lier les ressources des pharmaciens au volume de médicaments vendus n'est guère vertueux** au moment où l'on souhaite en diminuer la consommation.

Pour autant, la mesure proposée ici est d'**une portée extrêmement restreinte**, puisqu'elle autorise les partenaires conventionnels à négocier... En outre, des échanges de votre rapporteur général, il ressort que ses contours ne sont qu'à peine esquissés.

Sur le principe, l'idée d'opérer un transfert progressif de rémunération d'un système de marge sur prix de vente vers un dispositif d'honoraire sur acte de dispensation mérite d'être examinée. Mais l'application qui est ici proposée porte en germe un risque pour les assurés : si ces honoraires de dispensation sont à leur charge, le corolaire indispensable de cette mesure doit être une baisse nette du prix des médicaments. Or, elle n'est

¹ Article L. 5125-3.

pas évoquée. En outre, le terme même « d'honoraires » n'est pas prévu à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale qui recense ce que recouvre l'assurance maladie ; ces honoraires ne devraient donc pas pouvoir, en l'état, être remboursés par les régimes obligatoires.

De ce fait, les assurés pourraient avoir à payer non seulement le médicament au même prix mais, en plus, des frais au pharmacien : **évidemment attractive pour le pharmacien, cette démarche l'est infiniment moins pour l'assuré.** D'autant, faut-il le rappeler, que ce n'est pas l'assurance maladie qui fixe le prix des médicaments, mais le Ceps, comité économique des produits de santé, dont la politique de fixation des prix a fait l'objet de critiques sévères. L'assurance maladie pourra donc « contenter » les pharmaciens, en accordant une tarification pour les frais de dispensation, mais elle n'aura pas les moyens d'agir sur le prix des médicaments vendus.

Il n'y a aucune raison de faire porter la charge de la création d'une nouvelle rémunération pour les pharmaciens sur les assurés sociaux. Celle-ci pourrait certes être remboursée, en tout ou partie, par les assurances complémentaires, mais au prix d'une hausse prévisible des cotisations et d'une éviction de la population ne bénéficiant pas du tout de couverture ou d'un contrat qui ne rembourserait pas ces frais.

Dans l'attente d'une clarification de la procédure qui sera suivie pour modifier les modes de rémunération des pharmaciens, la commission a adopté **un amendement** tendant à **neutraliser le coût de cette réforme pour les assurés sociaux** ; il sera temps, lorsque des estimations précises seront avancées et des procédures sûres fixées, de prévoir une participation de l'assuré, en contrepartie d'une baisse certaine des prix du médicament.

Enfin, à l'origine, l'article ne traitait pas la question, largement soulevée dans le rapport de l'Igas, de **la densité du réseau** d'officines, sauf au travers d'une possibilité, pour la convention, d'inclure des « *objectifs quantifiés d'évolution* ». Mais comment fixer des objectifs nécessairement collectifs à un secteur dans lequel chaque acteur est totalement indépendant et où s'appliqueront toujours des normes réglementaires strictes en termes d'ouverture et de transfert de licences ? Pour autant, l'Assemblée nationale, en relevant les seuils de transfert d'officines dans les communes de plus de 2 500 habitants, a accentué les restrictions d'implantation, ce qui va dans le sens d'une restructuration du réseau.

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

Article 40

*(art. L. 162-22-11, L. 174-3 et L. 174-20 (nouveau)
du code de la sécurité sociale ;*

art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003)

**Création d'une tarification spécifique des séjours hospitaliers
applicable à certains étrangers non-assurés sociaux**

Objet : Cet article tend à autoriser les établissements de santé, publics et privés, à facturer des tarifs de soins et d'hébergement différenciés pour certains patients étrangers en situation régulière.

I - Le dispositif proposé

Le nouvel article **L. 174-20** du code de la sécurité sociale, introduit au **paragraphe III** de cet article, prévoit que, pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public, les établissements de santé, publics et privés, peuvent déterminer eux-mêmes les tarifs de soins et d'hébergement qu'ils facturent aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie français ou avec lequel la France a un accord de coordination. Les conditions d'application sont toutefois renvoyées à un décret.

Cette disposition vise, selon le terme employé dans une annexe du PLFSS, « **les V.I.P. étrangers** » ; ne sont pas concernés les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME), les patients relevant de soins urgents ou ceux accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire.

Elle se fixe également pour objectif de « **développer une offre de soins spécifique à destination des patients étrangers fortunés** ».

Les autres dispositions de cet article assurent la coordination de cette nouvelle tarification :

- le **paragraphe I** modifie l'article L. 162-22-11 du même code pour exclure les personnes visées ci-dessus du tarif journalier de prestation (TJP). Le TJP a été préservé, malgré le passage à la tarification à l'activité sur les groupes homogènes de séjour et de malades (GHS, GHM), pour servir de base de calcul au ticket modérateur, aux recours contre tiers et à la facturation à l'assurance maladie des bénéficiaires de l'AME. Il demeure applicable jusqu'au 31 décembre 2012 ;

- le **paragraphe II** modifie l'article L.174-3 qui prévoit une tarification spécifique dans les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées et dans certains autres établissements. Il est pour le moins original d'imaginer qu'on pourrait appliquer un tarif plus élevé que le droit commun aux « **V.I.P. étrangers** » incarcérés nécessitant des soins...

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a apporté qu'une modification rédactionnelle à cet article.

III - La position de la commission

La commission n'est guère convaincue de l'intérêt et du bien-fondé de cet article.

• Une complexification et une justification peu pertinentes

La création d'une **grille tarifaire supplémentaire** ne concourt guère à simplifier les processus actuels : GHM, GHS, TJP (dorénavant utilisé principalement pour facturer le ticket modérateur), tarif spécifique pour les bénéficiaires de l'AME à compter du 1^{er} décembre prochain¹, et d'autres encore... La tarification hospitalière devient **un maquis incompréhensible**, qui entraîne un coût pour le système entier en termes de gestion, notamment informatique.

L'exposé des motifs de cet article justifie la mesure par le fait que *« la facturation sur la base des TJP ne permet pas toujours de couvrir l'intégralité des dépenses engagées par l'établissement pour la prise en charge du patient »*. Or, un rapport de l'Igas et de l'IGF² à propos de l'AME contredit cet argument : s'il n'est pas aisé de comparer des tarifs qui ne couvrent pas le même champ et sont établis sur des bases différentes, le ministère de la santé estime que dans 50 % des établissements, les TJP sont évalués à un niveau supérieur de 10 % à 50 % par rapport à ce que produirait la seule application de la tarification à l'activité (T2A).

Le même rapport indique d'ailleurs : *« contrairement aux GHS, qui ne couvrent qu'une partie des charges, les TJP couvrent la totalité des charges »*.

L'étrange assertion sur le niveau de couverture des charges par le TJP fait donc malencontreusement écho au débat qui a lieu l'an dernier sur l'augmentation des crédits de l'AME et sur les restrictions qui y ont alors été apportées : la loi de finances pour 2011³ a notamment créé un droit de timbre annuel de 30 euros, a restreint le panier de soins et a subordonné certains soins hospitaliers à un agrément préalable.

¹ Article 50 de la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011.

² « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat », rapport établi par Alain Cordier et Frédéric Salas, novembre 2010.

³ Respectivement, articles 188, 185 et 186 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

Par ailleurs, si l'exposé des motifs de l'article évoque les « *V.I.P. étrangers* » et les « *patients étrangers fortunés* », rien n'assure, dans le dispositif juridique, qu'une condition de ressources sera fixée : la nouvelle tarification s'appliquera aux personnes non couvertes par un régime d'assurance régi par le code de la sécurité sociale, quel que soit leur niveau de vie.

• **Une question de principe**

Facturer les « *V.I.P. étrangers* » plus cher apportera certes des recettes nouvelles aux établissements de santé, mais seront principalement concernées les cliniques qui pratiquent déjà, le plus souvent, des dépassements d'honoraires librement fixés et des « frais annexes », parfois conséquents. En outre, l'annexe du PLFSS estime « *l'économie attendue à environ 5 millions d'euros* », ce qui n'est guère déterminant.

Cette disposition, aussi attrayante qu'elle soit, pose en effet **une question de principe** qui n'est pas anecdotique au moment où des débats s'esquissent sur la mutualisation collective des risques et le financement des mal-portants par les bien-portants. Si le tarif d'une prestation ou d'un acte est correctement fixé pour que l'établissement de santé équilibre ses charges, il n'est guère légitime de faire payer plus cher certains étrangers, même « riches » ; le tarif devrait suffire.

La commission vous demande donc de supprimer cet article.

Article 41

(art. 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009)

**Prolongation de l'expérimentation
du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires**

Objet : Cet article vise à prolonger de deux ans l'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires par l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010¹ a permis d'expérimenter le contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les services du contrôle médical placés près d'elles.

Cette expérimentation s'applique aux arrêts prescrits, à l'occasion d'une maladie d'origine non professionnelle, pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue

¹ Article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

maladie ou de longue durée. Elle porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail et sur celui des heures de sortie autorisées. Elle concerne les trois fonctions publiques d'Etat, hospitalière et territoriale.

Les conventions-cadre dressant la liste des administrations concernées, les engagements réciproques et les modalités de suivi et d'évaluation n'ont été signées que le 26 mars 2010 pour la fonction publique d'Etat et le 25 juin 2010 pour les deux autres. Il est prévu que l'expérimentation dure deux ans à partir de ces dates.

Or, elle nécessitait aussi la publication de décrets encadrant le traitement des données à caractère personnel et n'a donc concrètement débuté qu'en octobre 2010 pour l'Etat ; elle devrait démarrer cet automne¹ pour les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux concernés, c'est-à-dire ceux appartenant à des établissements ou collectivités volontaires ayant signé une convention locale avec leur CPAM.

Cet article tend en conséquence à **prolonger l'expérimentation** de deux années (2°).

Il apporte également **quelques modifications** au dispositif.

- Il permet tout d'abord aux collectivités locales qui ont signé une convention locale entre la fin théorique du délai de signature - la loi de financement pour 2010 a fixé plusieurs délais qui se sont révélés trop stricts - et le 31 décembre 2011 de participer tout de même à l'expérimentation (3°) ;

- Il précise ensuite **les modalités de contestation** par le fonctionnaire des décisions qui seront prises à son encontre.

Le comité médical est une instance consultative, composée de médecins, chargée de donner des avis sur les questions médicales soulevées lors de l'admission des candidats aux emplois publics, de l'attribution et du renouvellement des différents congés de maladie et de la réintégration à l'issue de ces congés, de l'imputabilité au service de certaines affections, de la reconnaissance et la détermination du taux d'invalidité et de la mise en disponibilité d'office pour raison de santé.

L'expérimentation prévoit que ce comité médical peut être saisi par un fonctionnaire de l'avis rendu par le service du contrôle médical de la CPAM.

Le 1° apporte des précisions sur cette procédure :

- le fonctionnaire disposera d'un mois à compter de la date de la décision contestée ;

- il devra déposer une demande écrite ;

¹ Le décret n° 2011-1359 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle à titre expérimental des congés de maladie des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux ne date que du 25 octobre 2011.

- le comité médical en informera le service du contrôle médical compétent, qui établira un protocole mentionnant l'avis du médecin de la personne concernée, celui du médecin conseil avec les pièces justificatives nécessaires, y compris médicales, les motifs invoqués par le fonctionnaire et l'énoncé de la question qu'il aura adressée au comité médical. La CPAM adressera ce protocole au comité médical dans les quinze jours qui suivent la demande, par pli recommandé avec demande d'avis de réception. Le comité établira alors ses conclusions motivées et les transmettra au fonctionnaire, à l'administration et à la CPAM.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a prévu que la lettre envoyée par le fonctionnaire devra être une lettre avec demande d'avis de réception, plutôt qu'une lettre recommandée.

III - La position de la commission

S'agissant de la prolongation de deux ans d'une expérimentation en cours de mise en œuvre, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 42

(art. L. 322-8 (nouveau) du code de la sécurité sociale)

Maintien des droits des affiliés du régime minier et de leurs ayants droit

Objet : Cet article affirme le principe de gratuité des prestations en nature pour les assurés du régime spécial des mines et leurs ayants droit.

I - Le dispositif proposé

A la suite du rapport d'octobre 2010 d'Yves Bur, député en mission, sur l'avenir du régime de sécurité sociale dans les mines, le Gouvernement a présenté, en mai 2011, un document d'orientation sur l'avenir du régime minier. Il prévoit d'adosser ce régime au régime général pour préserver l'offre de soins qu'il propose aujourd'hui et assurer progressivement son retour à l'équilibre financier. Le Gouvernement s'était engagé à ce que cette intégration ne remette pas en cause les garanties spécifiques offertes par ce régime spécial, et notamment le remboursement à 100 % des dépenses de soins qu'il procure.

Cet article tire les conséquences de cet engagement et indique que les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial des mines bénéficieront de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie.

En renvoyant au chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale, il tend par conséquent à exclure ces assurés et ayants droit du paiement du ticket modérateur, de la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et actes de biologie, des franchises sur les médicaments (50 centimes par boîte), les actes des auxiliaires médicaux (50 centimes par acte) et les transports sanitaires (2 euros par transport).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a utilement codifié cette disposition, en l'insérant dans la section 3 du chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale (article L. 322-8 nouveau) à laquelle la formulation précédente se contentait de se référer.

III - La position de la commission

Lors de la mise en place de la participation forfaitaire en 2004 et des franchises en 2008, il était prévu d'y assujettir l'ensemble des régimes de base. Cependant, le régime spécial des mines n'a jamais été en état de les appliquer pour des raisons techniques et informatiques : en effet, ce régime se caractérise par une prise en charge globale à 100 % d'un panier de soins, dans des conditions différentes selon les régions ; il n'existait donc pas de flux financiers entre le régime et l'assuré sur lesquels imputer la participation et les franchises.

Par ailleurs, le décret n° 2010-975 du 27 août 2010 a prévu la mise en extinction du régime de sécurité sociale des mines à partir du 1^{er} septembre 2010 : ne continuent d'en bénéficier que les assurés et leurs ayants droit affiliés avant cette date. La branche assurance maladie et AT-MP comptait alors environ 180 000 bénéficiaires.

Dans le cadre de cette mise en extinction, le principe d'un **transfert à droits constants** des assurés du régime des mines et de leurs ayants droit vers le régime général doit être soutenu. D'un point de vue juridique, écrire un tel principe général au détour d'une phrase d'une loi de financement de la sécurité sociale sans la codifier pourrait prêter à mauvaise interprétation ou à confusion.

Pour autant, votre rapporteur a eu confirmation que cette formulation permet de conserver les droits acquis de ces assurés et ayants droit : ils resteront bien exonérés du ticket modérateur, de la participation forfaitaire de 1 euro et des franchises ; en revanche, ils continueront d'être redevables du forfait hospitalier¹, qui correspond à des frais d'hébergement et d'entretien.

Dans ces conditions, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Article 43

(art. L. 161-5 et L. 311-9 du code de la sécurité sociale)

Supprimer le droit à l'assurance maladie pour les bénéficiaires d'un versement forfaitaire unique de pension vieillesse

Objet : Cet article prévoit de supprimer le droit à l'assurance maladie et maternité pour les allocataires du versement forfaitaire unique (VFU) qui se substitue à la pension vieillesse lorsque celle-ci est très faible.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 161-5 du code de la sécurité sociale prévoit que le titulaire d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion a droit aux prestations en nature de l'assurance maternité. L'article L. 311-9 du même code accorde le même droit, au titre de l'assurance maladie, aux titulaires d'une pension ou rente de vieillesse.

En vertu de l'article L. 351-9, les pensionnés qui bénéficient d'une très faible pension (moins de 150,93 euros par an), perçoivent un versement forfaitaire unique (VFU), égal à quinze fois le montant annuel de leur pension.

Cet article propose de supprimer le droit à l'assurance maternité (**paragraphe I**) et à l'assurance maladie (**paragraphe II**) pour les bénéficiaires du VFU qui n'ont plus de lien avec le régime vieillesse. Ces personnes continueront de bénéficier d'une couverture maladie : soit au titre d'ayant droit, soit au titre de la CMU s'ils ne sont couverts par aucun autre régime, soit au titre du régime étranger dont ils relèvent.

Cette mesure n'est pas rétroactive et ne s'appliquera qu'aux nouveaux bénéficiaires du versement forfaitaire unique. En 2009, la Cnav a versé 7 835 VFU, dont 86 % pour des personnes résidant en France, 7 % pour des résidents d'autres pays de l'Union européenne et 4 % pour des personnes résidant en Algérie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a adopté à cet article que deux modifications strictement rédactionnelles.

III - La position de la commission

Autant le transfert vers le droit commun de la CMU ou vers un régime social d'un pays de l'Union européenne ne pose guère de difficultés et constitue plutôt une mesure de simplification, autant **un problème peut se poser pour les personnes résidant dans un pays extracommunautaire,**

puisque la CMU ne peut bénéficier qu'aux personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois.

D'après les statistiques de la Cnav, quelques centaines de personnes résidant en Algérie perçoivent chaque année le VFU et seront donc touchés par la mesure proposée ici : elles n'auront plus droit aux prestations d'assurance maladie en France, même si elles sont françaises, et elles ne pourront pas bénéficier de la CMU ou de la CMU-c du fait de leur résidence habituelle en Algérie. Il semble cependant que la Convention générale de sécurité sociale¹ du 1^{er} octobre 1980 conclue entre la France et l'Algérie permette d'assurer une couverture maladie à ces personnes.

Dans ces conditions, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 44

(art. L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale)

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

Objet : Cet article vise à étendre les cas de suspension du versement d'une pension d'invalidité à la situation dans laquelle un assuré liquide une pension de vieillesse au titre de la pénibilité dans le régime des exploitants agricoles.

I - Le dispositif proposé

La pension d'invalidité est versée aux assurés du régime général pour compenser la perte de salaire qui résulte de la réduction de leur capacité de travail à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle. Elle prend normalement fin à l'âge légal du départ en retraite. Son versement est également suspendu en cas de liquidation d'une retraite anticipée.

La loi portant réforme des retraites² a donc ajouté, aux cas de suspension de la pension d'invalidité, la nouvelle procédure de retraite pour pénibilité qui permet, sous certaines conditions, de partir plus tôt en cas d'incapacité permanente.

Toutefois, a été omise la situation - très peu fréquente - de personnes qui bénéficient d'une pension d'invalidité du régime général et qui liquident une retraite anticipée pour pénibilité au titre du régime des non-salariés agricoles.

¹ Notamment son article 17 « Soins de santé aux pensionnés ».

² Article 79 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010.

Cet article modifie en conséquence l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale pour prévoir que le service de la pension d'invalidité est également suspendu lorsque l'assuré liquide une pension de vieillesse du régime des non-salariés agricoles de manière anticipée au titre de l'incapacité permanente.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Estimant qu'il s'agit d'une mesure de cohérence entre les situations individuelles inter-régimes, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 45

(article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)

Financement de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Objet : Cet article permet à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) d'être financée par le Fmespp.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹ a mis en place une expérimentation de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé.

La même loi avait prévu, en son article 93, que le Fmespp prenne en charge les frais de fonctionnement d'une mission chargée de conduire ces expérimentations. Une modification ultérieure² a transféré cette mission à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

L'expérimentation prend fin le 1^{er} janvier 2012 et le Gouvernement ne souhaite pas la prolonger ou l'étendre. Pour autant, il souhaite que le Fmespp puisse prendre en charge **le financement des missions d'expertise exercée par l'Atih** et cet article modifie en ce sens l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 qui crée le Fmespp.

¹ Article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

² Article 68 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Cette proposition appelle plusieurs remarques :

- la formulation retenue est pour le moins large et vague : le Fmespp « *peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Atih* ». La lecture de cette phrase peut laisser entendre que, désormais, l'ensemble du budget de l'agence sera assuré par le Fmespp puisque celle-ci remplit presque uniquement un rôle « d'expertise » ;

- elle n'est juridiquement pas claire : la loi de modernisation sociale de 2002¹ énumère limitativement les ressources de l'Atih et il n'est pas fait mention du Fmespp. Il peut donc exister un conflit de droit entre deux textes de valeur normative égale. Certes, l'ambiguïté existait depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 mais l'aspect expérimental et temporaire des missions exercées pouvait justifier une telle entorse au principe posé par la loi de modernisation sociale. Il est vrai que les annexes du PLFSS précisent que l'Atih bénéficie déjà de financements du Fmespp en dehors des expérimentations prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cette situation étrange sur le plan juridique serait alors « régularisée » par cet article... ;

- elle n'est pas forcément pertinente : quelle est l'utilité réelle d'ajouter un financement de l'Atih par le Fmespp ? D'ores et déjà, l'agence est financée notamment par une dotation globale fixée par arrêté et à la charge des régimes d'assurance maladie. Pourquoi transiter par un fonds, souvent critiqué par ailleurs pour son opacité ?

Pour ces motifs, la commission vous demande de supprimer cet article.

¹ Article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002.

Article 46

**Dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie
à plusieurs fonds et organismes pour 2012**

Objet : Cet article fixe le montant pour 2012 de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fiqcs, du Fmespp, de l'Oniam, des ARS et de l'Eprus.

I - Le dispositif proposé

Cet article présente les contributions pour 2012 apportées à différents fonds et institutions par les régimes d'assurance maladie.

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

Créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹, le Fiqcs a repris la mission de deux fonds préexistants : le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqsv) et la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR).

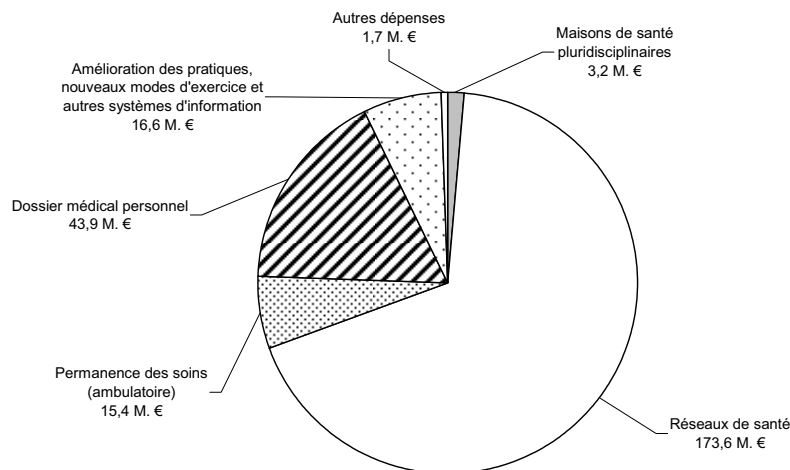
Entièrement abondé par l'assurance maladie obligatoire, il a vocation à financer des actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des **soins de ville**, notamment par l'octroi d'aides aux professionnels et à leurs regroupements, aux centres de santé, au développement de réseaux de santé ou aux actions favorisant un service pluridisciplinaire et regroupé des personnels de santé. Il contribue également à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP).

La loi HPST a complété la liste, déjà longue, des missions du Fiqcs en y ajoutant le financement du nouveau contrat d'engagement de service public, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) ambulatoires ainsi que celui des nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (Caqcs) prévus à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique.

En 2010, une part prépondérante du Fiqcs est destinée aux **730 réseaux de santé** qu'il soutient. Vient ensuite la participation au financement du **dossier médical personnel (DMP)** ; en raison du déploiement de ce dispositif, celle-ci est passée de 23,6 millions en 2009 à 43,9 en 2010.

¹ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

Dépenses du Fiqcs en 2010 : 254,4 millions d'euros



Source : rapport d'activité 2010 du Fiqcs

Ces dernières années, la consommation des crédits du fonds s'est améliorée : elle est passée de 74 % en 2008 à 88 % en 2010. Ce mouvement résulte à la fois d'une meilleure prévision et de la progression des crédits en faveur du DMP. Le Fiqcs avait ainsi constitué **un fonds de roulement confortable**, puisqu'il représentait la moitié de son budget annuel à la fin de 2008, soit 144 millions d'euros. Il s'élève à 77 millions d'euros à la fin 2010 et est attendu à 64 millions fin 2011, ce qui reste un niveau élevé.

Le **paragraphe I** fixe la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fiqcs à **250 millions** pour 2012, comme en 2011.

En outre, le montant maximal de dépenses du fonds est abaissé de 296 millions en 2011 à 281 millions en 2012. On rappellera toutefois que les crédits 2011 avaient fait l'objet d'un gel de 30 millions en début d'exercice, si bien que l'autorisation se limitait en réalité à 266 millions.

Certaines dépenses du Fiqcs constituent théoriquement des priorités et elles devraient progresser en 2012 pour :

- la montée en charge des contrats d'engagement de service public pour accorder des bourses aux étudiants qui s'engagent à exercer en zone sous-dotée (3 millions de plus en 2012) ;
- l'accélération du déploiement du DMP (4 millions) ;
- la poursuite de l'essor des maisons de santé pluridisciplinaires (1 million) ;

- le plan national Alzheimer et autres plans de santé publique (4 millions).

Parallèlement, le gel des crédits 2011 a déjà entraîné **une baisse des dotations** pour l'ensemble des lignes du Ficqs, notamment en faveur **des maisons de santé pluridisciplinaires et les réseaux de santé alors même qu'ils devraient tous deux constituer un objectif d'intervention majeur**. On peut donc s'interroger sur l'impact qu'aura en 2012 la baisse « affichée », c'est-à-dire avant gel, du montant maximal de dépenses autorisées. Certes, le Ficqs devrait pouvoir continuer de consommer son fonds de roulement, mais pour l'avenir, la question de la soutenabilité des équilibres se posera sérieusement.

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

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

Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations qui a d'ailleurs prélevé 603 000 euros de frais administratifs en 2010.

Le **paragraphe II** propose de fixer la participation des régimes d'assurance maladie au Fmespp à hauteur de **385,87 millions d'euros** en 2012, en progression de 11 % par rapport à la dotation initiale pour 2011.

Selon l'étude d'impact, cette dotation recouvre notamment les postes suivants :

- 60 millions au titre de l'accompagnement social, montant stable par rapport à 2011 (15,5 % du total) ;

- 273,4 millions pour des dépenses d'investissement dans le cadre d'opérations de modernisation ou de recomposition, montant en augmentation de 13 % par rapport à 2011 (70,9 %) ;

- 5,8 millions pour le financement de l'Atih dans le cadre du projet de facturation individuelle des hôpitaux à l'assurance maladie (1,5 %).

Aucune information n'est donc fournie sur les 46,7 millions de crédits résiduels.

En outre, **le rapport d'activité qui doit être transmis tous les ans avant le 1^{er} octobre au Parlement ne l'a pas été.**

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

• **L'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam)**

Créé par la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹, l'Oniam est un établissement public sous la tutelle du ministère de la santé, avec des structures décentralisées, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation. Depuis l'affirmation du principe général qui a présidé à sa constitution - l'indemnisation au titre de la solidarité nationale des dommages occasionnés par la survenance d'un accident médical -, ses missions ont été régulièrement et considérablement élargies aux conséquences de divers événements : vaccinations obligatoires, utilisation de l'hormone de croissance, contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et par le virus de l'hépatite C, dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins... Encore cette année, la loi de finances rectificative de juillet² lui a confié le dossier du benfluorex.

Les recettes de l'office sont notamment constituées d'une contribution des régimes d'assurance maladie, du produit de recours, remboursements ou pénalités, de dotations de l'Etat et d'une dotation de l'établissement français du sang (EFS).

Depuis 2002, les contributions de l'assurance maladie ont été erratiques car l'office a, dès ses premières années de fonctionnement, constitué un fonds de roulement important.

Dépenses et dotations de l'Oniam

en millions d'euros

	2007	2008	2009	2010	2011
Dotations annuelles de l'assurance maladie	0	50	117	70	10
Dépenses	82	95	89	78	98
Fonds de roulement	165	98	76	120	126

Source : réponse au questionnaire PLFSS

Le **paragraphe III** propose d'augmenter de 45 millions la contribution de l'assurance maladie, qui était de 10 millions l'an dernier, pour la porter à **55 millions** en 2012.

Or, on constatera, pour s'en étonner, que les prévisions budgétaires figurant à l'annexe 8 du PLFSS indiquent que les dépenses à la charge de l'assurance maladie devraient passer de 83,9 millions d'euros en 2011 à 85 millions en 2012. Cette augmentation de 1,3 % est sans commune mesure

¹ Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002.

² Article 57 de la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011.

avec celle de la contribution demandée aux caisses, 450 % ! Qui plus est, le fonds de roulement reste d'un niveau très élevé : 126 millions d'euros à la fin de 2011.

Il semble que l'Oniam anticipe une augmentation sensible des dépenses afférentes aux contentieux, en raison d'une hausse des demandes d'indemnisations et de contestations. Cela n'apparaît cependant pas dans son budget prévisionnel pour 2012.

Les explications confuses annexées au PLFSS ne permettent pas de lever le doute sur le financement par l'assurance maladie de dépenses qui relèvent de l'Etat ou de l'EFS.

• **Le financement des ARS par l'assurance maladie et par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

Les régimes d'assurance maladie contribuent au financement du budget de gestion des ARS au titre des personnels transférés à la suite de la loi HPST.

On l'a vu à l'article 7 du présent PLFSS, le Gouvernement estime que le coût en année pleine des effets de ce transfert et des dépenses de fonctionnement qui y sont liées s'élève à 161 millions. Selon les informations fournies à votre rapporteur, ce montant, peu étayé, se décomposerait en 133 millions de dépenses de personnel effectives, 10 millions de charges de fonctionnement et 17 millions représentant la contribution que les caisses versaient auparavant aux ARH.

Or, 1 693 agents ont été transférés des caisses aux ARS : selon les chiffres du Gouvernement, ils représenteraient donc une dépense de 78 626 euros par agent et par an, soit 6 552 euros par mois en moyenne sur douze mois. Même en incluant l'ensemble des charges et alors qu'ils ne travaillent certainement pas tous à temps plein, ce niveau paraît **extravagant**.

Pour autant, le **paragraphe IV** propose de conserver la contribution des régimes d'assurance maladie au financement du budget de gestion des ARS à hauteur de **161 millions d'euros pour l'année 2012**.

Par ailleurs, la loi de financement pour 2011¹ a donné une base légale aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (Maia) destinées aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ; elle a surtout prévu que la **première section du budget de la CNSA** est également consacrée au financement, *via* les ARS, de ces maisons, ainsi que des groupes d'entraide mutuelle (Gem), qui sont des espaces d'accueil, d'échanges, de rencontres et de convivialité pour des personnes en souffrance psychique. Parallèlement, l'article 45 de cette même loi a fixé cet abondement à 52 millions pour 2011.

¹ Article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

Le **paragraphe V** fixe le montant de la contribution de la CNSA au financement des ARS au titre de leurs actions de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées ou handicapées à **64,55 millions d'euros en 2012**.

La progression des crédits demandés pour 2012 traduit l'effort en faveur des Maia.

Répartition de la contribution de la CNSA aux ARS

en millions d'euros

	2011	2012
Groupements d'entraide mutuelle (Gem)	27	27
Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (Maia)	11,95	27,5
Plan « bien vieillir »	3	-
Formation et modernisation du secteur de l'aide à domicile	9,8	9,8
Logiciels Aggir ⁷⁹ et Pathos ⁸⁰	0,25	0,25
Total	52	64,55

Source : étude d'impact du PLFSS

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

Depuis la loi de 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur⁸¹, la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire est assurée par un établissement public de l'Etat à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, l'Eprus.

Ses ressources proviennent notamment des régimes d'assurance maladie⁸², dans la limite légale de la moitié des dépenses que l'établissement consacre à acquérir, fabriquer, importer, distribuer et exporter des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves ou à des actions de prévention des risques sanitaires majeurs. Le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices consécutifs.

⁷⁹ La grille nationale Aggir (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

⁸⁰ Le modèle Pathos évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées.

⁸¹ Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007.

⁸² Article L. 3135-4 du code de la santé publique.

Le **paragraphe VI** propose de fixer la contribution de l'assurance maladie à **20 millions d'euros en 2012** ; elle était égale à zéro en 2011.

Le suivi des crédits destinés à l'Eprus est particulièrement malaisé, ce qui peut partiellement se comprendre en raison du type même de dépenses que l'établissement est amené à financer. La crise liée à la grippe A H1/N1 en constitue l'illustration.

Pour autant, s'appuyant sur l'appréciation triennale du seuil de répartition par moitié des financements entre l'assurance maladie et l'Etat, les gouvernements ont tendance à surestimer la participation de l'assurance maladie en début de période, ce qui permet parallèlement de minorer celle de l'Etat :

- en 2010, au titre de la période 2007-2009, l'Eprus a restitué aux caisses d'assurance maladie 332 millions d'euros de « trop versé » ;

- sur la période 2010-2012, les caisses ont été sollicitées à hauteur de 170 millions en 2010, puis 0 en 2011 et 20 millions en 2012.

Cette gestion « court-termiste » n'est guère à la mesure des enjeux. On appréciera toutefois que le fonds de roulement de l'établissement, qui avait atteint des sommets - 565,6 millions, en 2009... -, ait été réduit à des niveaux plus convenables, 11,26 millions estimés pour la fin de 2011.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a ramené la dotation des caisses d'assurance maladie au Fmespp à 300 millions d'euros en 2012, contre 385,87 initialement prévus.

III - La position de la commission

Depuis de nombreuses années, **la commission dénonce le manque d'informations** ou la transmission tardive d'éléments chiffrés précis en ce qui concerne le financement par l'assurance maladie de dépenses dont on pourrait parfois estimer qu'elles lui sont étrangères.⁸³

Les contributions des caisses, hormis celle de la CNSA, au Fiqcs, au Fmespp, à l'Oniam, aux ARS et à l'Eprus s'élèveront à **871,85 millions d'euros en 2012**. Ces dépenses représentent environ **15 % du déficit** des régimes obligatoires de base pour la branche maladie.

⁸³ Une demande d'enquête a été formulée par la commission auprès de la Cour des comptes sur ce point.

Certes, des progrès ont été réalisés pour contenir les fonds de roulement de ces organismes, qui restent souvent à des niveaux enviables. Par exemple, à la fin de 2009, la Caisse des dépôts et consignations avait en compte 51 millions d'euros placés en fonds communs de placement (FCP) au nom du Fmespp.

En ce qui concerne la contribution versée par la CNSA aux ARS, la commission regrette également qu'une part croissante du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) finance des dispositifs - par exemple les Maia - qui devraient en toute logique relever de l'assurance maladie. Cette pratique se fait au détriment de la compensation versée aux départements au titre de l'Apa et de l'APCH, ce qui contribue à les placer dans une situation financière difficile. Il serait plus cohérent que la CSA finance d'abord ces deux prestations. La commission rappelle d'ailleurs que le plan Alzheimer devait théoriquement être financé grâce aux franchises créées sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires, qui constituent des recettes permettant d'abonder l'Ondam « soins de ville ».

Bien qu'elle dispose d'une faible marge de manœuvre en raison du manque d'informations chiffrées et des contraintes de la procédure législative, la commission a adopté **un amendement** visant à :

- maintenir en 2012, à leur niveau de 2011, les crédits affectés aux **ARS** au titre de leur budget de gestion (151 millions) ;

- rétablir la dotation destinée au **Fmespp** au niveau prévu initialement mais réduit par l'Assemblée nationale, car ce fonds finance la modernisation des hôpitaux. En tout état de cause, la nouvelle procédure de déchéance des crédits, annuelle pour l'engagement et triennale pour le paiement, permet dorénavant à l'assurance maladie de ne pas décaisser des crédits qui tarderaient à être consommés.

La commission souligne les **incohérences** entre les différents chiffres fournis au sujet de l'**Oniam** qui indiquent que les dépenses à la charge de l'assurance maladie ne devraient progresser que de 1,1 millions en 2012 alors que sa dotation augmentera de 45 millions. Pour autant, afin de ne pas risquer de retarder la moindre indemnisation, elle n'a pas souhaité déposer d'amendement ; elle sera cependant vigilante, dans les années à venir, sur l'évolution du fonds de roulement de l'office.

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

Article 46 bis
(art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale)
**Délai laissé à l'Uncam pour fixer le ticket modérateur
et substitution du Gouvernement au-delà**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a pour objet de fixer un délai à l'Uncam pour adopter le niveau du ticket modérateur, au-delà duquel le Gouvernement pourra s'y substituer.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le paragraphe I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale concerne le ticket modérateur : il fixe le principe d'une participation de l'assuré aux prestations de santé qu'il reçoit.

Cette participation est décidée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), dans des limites et conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique.

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a ajouté deux éléments dans ce décret en Conseil d'Etat. Il fixerait désormais :

- le délai dont dispose l'Uncam pour se prononcer sur le niveau du ticket modérateur ;

- les conditions dans lesquelles le Gouvernement pourra se substituer à l'Uncam si elle ne prend pas de décision dans le délai précédemment prévu.

II - La position de la commission

Dans les faits, le décret en question comprend des fourchettes au sein desquelles l'Uncam fixe la participation de l'assuré. Un décret de février 2009⁸⁴ les a modifiées en ce qui concerne les soins dispensés dans les services des urgences, les frais représentatifs de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie et ceux représentatifs de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire, mais l'Uncam n'a pas souhaité appliquer cette modification du ticket modérateur.

A partir de cet exemple, le Gouvernement justifie son amendement par une « *sécurisation juridique* » du taux de participation de l'assuré. Il a annoncé qu'il envisage de laisser à l'Uncam un délai de deux mois pour prendre sa décision, l'Unocam conservant un mois pour formuler son avis.

⁸⁴ Décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

La brièveté du temps imparti à votre rapporteur général ne lui a pas permis de consulter l'Uncam sur le bien-fondé de cette mesure.

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

Article 47

**Objectif de dépenses de la branche maladie,
maternité, invalidité et décès**

Objet : Cet article fixe, pour l'année 2012, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et pour le régime général de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

• L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, « *fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs* ». Tel est l'objet du présent article pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès en 2012.

Contrairement à l'Ondam, qui constitue un indicateur de nature économique, **les dépenses de la branche maladie sont définies en fonction de normes comptables.**

L'Ondam constitue en outre un objectif interbranches : il représente environ 30 % des charges de la branche AT-MP et 80 % des charges de la branche maladie. Ainsi, la part des prestations médico-sociales financée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les indemnités journalières maternité, les prestations invalidité-décès, les prestations extra-légales et les actions de prévention sont prises en charge par la branche maladie sans pour autant entrer dans le champ de l'Ondam.

Les différences de nature et de champs entre l'Ondam et les dépenses de la branche maladie impliquent des retraitements qui sont détaillés dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011⁸⁵.

⁸⁵ Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale : résultats 2010 - prévisions 2011-2012, Tome I, fiche 18-2.

• Le présent article propose de fixer, pour l'année 2012, l'objectif de dépenses de la branche maladie à :

- **186,8 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
- **162,2 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.**

Ces montants correspondent à une augmentation des dépenses de 3 % par rapport à l'année 2011.

• Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale estime que, dans l'hypothèse d'une progression de l'Ondam tendanciel de 4,2 %, **les charges nettes de la branche maladie augmenteront de 4,3 %.**

L'essentiel de l'effort de maîtrise des dépenses de la branche maladie portera donc sur la réalisation des mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2012. Ces mesures figurent à l'article 48 du présent projet de loi de financement.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Par cohérence avec sa position sur les estimations de l'Ondam pour les années 2011 et 2012, **la commission vous demande de rejeter cet article.**

Article 48

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objectifs

Objet : Cet article fixe, pour l'année 2012, l'Ondam de l'ensemble des régimes obligatoires de base; ainsi que le montant de ses sous-objectifs.

I - Le dispositif proposé

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, « *fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs* ».

Conformément à la loi de programmation des finances publiques adoptée le 28 décembre 2010⁸⁶, le présent article prévoit **une évolution de l'Ondam de 2,8 % pour l'année 2012.**

Après la modification du périmètre de l'Ondam, destinée à diminuer celui-ci des dépenses afférentes aux soins dispensés aux étrangers en France, son niveau s'établirait à **171,7 milliards d'euros.**

Montants et taux d'évolution de l'Ondam 2012

	Base à champ 2012	Sous-objectifs	Taux d'évolution
1) Dépenses de soins de ville	77,3	79,4	2,7 %
Total ONDAM Établissements de santé	72,7	74,7	2,7 %
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	53,9	55,3	2,7 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,9	19,4	2,7 %
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	15,8	16,5	4,2 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,6	8,1	6,3 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,3	8,4	2,1 %
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,1	1,2	5,9 %
ONDAM TOTAL	167,0	171,7	2,8 %

Source : annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 :
« Ondam et dépense nationale de santé », p. 10.

Selon l'annexe 9, jointe au projet de loi de financement, l'évolution tendancielle de l'Ondam étant de 4,1 %, **2,2 milliards d'euros d'économies devront être réalisés** pour assurer le respect des objectifs :

- **770 millions grâce à des baisses de prix de certains produits de santé, médicaments et dispositifs médicaux**, dont 670 millions dans le cadre des conventions passées entre le comité économique des produits de santé (Ceps) et les entreprises pharmaceutiques. Ces mesures seraient complétées à hauteur de 100 millions par des actions visant à diminuer le prix des génériques, à mettre en place de nouvelles règles de décotes pour la mise sous tarif forfaitaire de responsabilité de certains médicaments génériques, à modifier les marges des grossistes-répartiteurs et à prévoir le déremboursement de médicaments dont le service médical rendu est insuffisant ;

⁸⁶ Article 8 de la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014.

• **1,17 milliard par le renforcement de l'efficience du système de soins :**

- **550 millions** résultant du renforcement des actions de maîtrise médicalisée menées par les caisses d'assurance maladie. Ces mesures porteraient sur le développement des référentiels de prescriptions pour la massokinésithérapie et pour les examens de biologie ainsi que sur la fixation d'un objectif de réduction des prescriptions pour les plus forts prescripteurs d'indemnités journalières et de transports ;

- **450 millions par l'amélioration de la performance à l'hôpital :** 150 millions d'euros au moyen des contrats de performance conclus entre l'agence nationale d'appui à la performance et cinquante établissements de santé ; 145 millions grâce à la rationalisation et la mutualisation des achats hospitaliers ; 100 millions par la convergence tarifaire ciblée entre établissements publics et privés à but non lucratifs et établissements privés ; enfin, 55 millions par l'abaissement des tarifs de remboursement des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus et par la lutte contre la fraude.

- **170 millions au moyen de baisses de tarifs pour certains actes de biologie et de radiologie.**

• **220 millions résulteraient des mesures relatives au calcul des indemnités journalières.**

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

La commission réitère les trois observations formulées concernant l'estimation de l'Ondam pour 2011 :

- fixer le même taux d'évolution pour les sous-objectifs soins de ville et établissements de santé n'apparaît pas pertinent ;

- le gel d'un montant déterminé de l'Ondam ne doit pas conduire à sacrifier d'une année sur l'autre les mêmes dépenses, en particulier lorsque celles-ci sont destinées aux hôpitaux les plus en difficulté ;

- l'approfondissement du suivi des mesures d'économies est indispensable pour que la régulation des dépenses ne se fasse pas au détriment des besoins de santé de la population française.

Enfin, la commission s'interroge sur la sincérité de la programmation pluriannuelle d'évolution de l'Ondam alors qu'est évoquée l'hypothèse de restrictions nouvelles qui conduiraient à fixer son augmentation à 2,5 % pour l'année 2012.

Pour ces motifs, **la commission vous demande de rejeter cet article.**

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 49

(art. L. 351-3 et L. 634-2 du code de la sécurité sociale,
art. L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime)

Droits à la retraite des sportifs de haut niveau

Objet : Cet article prévoit une validation gratuite de périodes d'affiliation à l'assurance vieillesse au profit des sportifs de haut niveau.

I - Le dispositif proposé

La mise en place d'un dispositif d'ouverture de droits à la retraite spécifique pour les sportifs amateurs de haut niveau représentant la France dans les compétitions internationales a été annoncée par le Président de la République lors de ses vœux au monde sportif le 17 janvier dernier.

Cette proposition a été motivée par le fait que la carrière de sportif de haut niveau implique le plus souvent un report des études et de l'entrée dans la vie professionnelle, les revenus éventuellement tirés de l'activité sportive, tels que les primes olympiques ou les droits à l'image, permettant rarement de valider des années complètes de droit à la retraite. En règle générale, les sportifs de haut niveau ne commencent à cotiser pleinement à un régime d'assurance vieillesse qu'à l'issue de leur carrière sportive, plus tardivement que la majorité de la population de la même classe d'âge.

Le dispositif proposé sera financé par l'Etat. Il vise à ce que les athlètes qui contribuent au rayonnement international de la France ne soient pas pénalisés au regard de leurs futurs droits à la retraite.

Le **champ d'application** de cette mesure est circonscrit aux **personnes inscrites en tant que sportifs de haut niveau sur la liste arrêtée par le ministre chargé des sports** dans les conditions prévues par les articles L. 221-2 et R. 221-1 à R. 221-8 du code du sport. Ces articles fixent les critères d'admission sur la liste des sportifs de haut niveau et les durées maximales d'inscription dans chacune des quatre catégories « élite », « senior », « jeune » et « reconversion ». Le nombre des sportifs de haut niveau varie entre 6 500 et 7 000 personnes.

Le principe retenu est celui d'une **assimilation des périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau à des périodes prises en compte en vue de l'ouverture du droit à pension dans le régime général**, dès lors qu'elles n'ont pas donné lieu à validation dans un régime de base. Ces périodes seront validées au même titre que les périodes de maladie, de maternité, d'invalidité et d'accident du travail, de chômage ou de service national. Toutefois, à la différence de ces différents cas de figure, le bénéfice de la validation gratuite sera ouvert aux sportifs de haut niveau **sans condition d'affiliation préalable à l'assurance vieillesse**. Le **paragraphe I** du présent article propose de compléter à cet effet l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

Ce principe est assorti de **plusieurs conditions**, à savoir des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres qui pourront être validés. Ces conditions seront fixées par décret. L'étude d'impact précise que le dispositif sera ouvert aux sportifs de haut niveau **âgés de vingt ans ou plus, dont le revenu est inférieur à 75 % du plafond de la sécurité sociale** (soit 2 273,25 euros mensuels au 1^{er} janvier 2012). Le **nombre maximal de trimestres validables sera fixé à seize**.

Le **paragraphe II** précise que **l'Etat prend en charge** le coût de cette validation gratuite pour la branche vieillesse du régime général, sur une base forfaitaire fixée par décret. Les versements interviennent chaque année pour les trimestres validés au cours de l'année précédente. Selon l'étude d'impact, cette dépense serait imputée au programme « Sport » de la mission « Sport, jeunesse et vie associative ».

Le **paragraphe III** écarte tout effet rétroactif de la mesure, seules étant prises en compte les **périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau postérieures au 31 décembre 2011**. Compte tenu du décalage d'un an entre les validations de trimestres et leur prise en charge par l'Etat, comme indiqué au paragraphe précédent, les premiers versements au régime général n'interviendraient qu'en 2013.

Les **paragraphe IV et V** précisent les dispositions relatives aux validations de périodes non cotisées au sein du régime social des indépendants et de la mutualité sociale agricole, les périodes validées au profit des sportifs de haut niveau ne pouvant l'être que dans le régime général.

Le Gouvernement estime que **2 500 à 3 000 sportifs de haut niveau**, sur un effectif moyen compris entre 6 500 à 7 000, pourraient satisfaire à l'ensemble de ces conditions. Le coût de la mesure serait alors compris entre 6,1 et 9,1 millions d'euros en 2013, puis suivrait l'évolution du plafond de la sécurité sociale. A compter de 2017, l'effet de la limitation à seize trimestres devrait entraîner une légère diminution du coût total.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre deux amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a complété cet article par un **paragraphe VI**. Celui-ci prévoit que le Gouvernement devra remettre au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2013, un rapport présentant le coût du dispositif et étudiant la possibilité d'augmenter le nombre de trimestres validables.

L'Assemblée nationale a considéré que le plafond de seize trimestres validables, envisagé pour le décret d'application, correspondait à la période de quatre ans qui s'écoule entre deux olympiades. Il ne prend donc pas pleinement en compte la situation des athlètes dont la carrière sportive s'étend au-delà de deux olympiades.

Le rapport demandé permettrait un réexamen de ce plafond d'ici deux ans, en fonction des estimations de coûts qui pourront être faites après la montée en charge du dispositif.

III - La position de la commission

Votre commission approuve ce dispositif encadré par des conditions de ressources et financé par l'Etat, qui permettra aux sportifs amateurs de haut niveau participant au rayonnement de notre pays de ne plus être pénalisés en matière de droits à la retraite.

Elle considère également que tous les sportifs amateurs de haut niveau inscrits sur la liste ministérielle ne se trouvent peut-être pas dans des situations identiques et que la limitation des périodes validables à seize trimestres peut paraître restrictive pour ceux d'entre eux qui participent à deux jeux olympiques. Il est donc opportun de prévoir un réexamen de ce plafond dans les deux ans qui suivront la mise en place de la mesure.

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

Article additionnel après l'article 49

Etude des conditions d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité

Objet : Cet article additionnel vise à engager une évaluation des modalités d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité.

Au printemps 2007, la **mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat** s'était prononcée en faveur de l'ouverture du droit à la pension de réversion aux personnes ayant conclu un Pacs depuis au moins cinq années au jour du décès du donnant-droit⁸⁷. En 2009, le **Médiateur de la République** s'est prononcé dans le même sens pour les personnes liées par un Pacs depuis au moins deux ans.

Le **code de la sécurité sociale assimile le partenaire lié par un Pacs au conjoint survivant pour l'attribution du capital décès** (article L. 361-4). Il en va de même (article L. 434-8) **pour la rente viagère attribuée lorsque le décès survient à la suite d'un accident du travail**. Il lui reconnaît également la qualité d'**ayant droit pour les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité**, lorsqu'il ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre (article L. 161-14).

Depuis sa création en 1999, le nombre de Pacs conclus est en augmentation continue. Il avoisinait 200 000 au cours de l'année 2010 et l'Insee relève, pour l'année 2009, une proportion de deux Pacs pour trois mariages.

Cette réalité inscrite dans notre droit comme dans la société ne peut plus être ignorée s'agissant des droits à réversion et ceux-ci devront nécessairement être ouverts aux personnes liées par un Pacs.

Dans l'attente d'une modification de la législation en ce sens, votre commission souhaite qu'il soit procédé **d'ici la fin du mois de janvier 2012** à une **évaluation des modalités d'une telle extension**, qu'il s'agisse de son coût ou des conditions d'attribution, notamment de durée du Pacs.

La remise d'un rapport au Parlement à cette échéance permettrait de prendre les mesures nécessaires avant la fin de la législature.

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

⁸⁷ Rapport d'information Sénat n° 314 (2006-2007) de Dominique Leclerc et Claude Domeizel.

Article 50

*(art. L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite,
art. L. 351-1-2, L. 643-3 et L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale,
art. L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime)*

Exclusion des bonifications « métier » de la durée d'assurance prise en compte pour l'accès des fonctionnaires à la surcote

Objet : Cet article vise à clarifier les règles de prise en compte des bonifications de durée d'assurance des fonctionnaires dans leur accès à la surcote et à en assurer l'application uniforme dans l'ensemble des régimes.

I - Le dispositif proposé

L'article 50 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a modifié l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite afin de **restreindre la prise en compte des bonifications de durée d'assurance des fonctionnaires civils pour l'application du coefficient de majoration de la pension**, lorsque la durée totale d'assurance dépasse celle qui est requise pour bénéficier du pourcentage maximum de pension, fixé à 75 % du traitement des six derniers mois. Il a introduit une limitation analogue pour les fonctionnaires affiliés à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et pour les affiliés du régime général et des régimes alignés (article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale), ces derniers pouvant avoir obtenu des bonifications de durée d'assurance s'ils ont relevé du régime des fonctionnaires au cours de leur carrière.

Le régime de la décote et de la surcote, appliqué dans la fonction publique sous la forme de coefficients de minoration et de majoration, a été introduit dans notre système de retraite par la réforme précédente, en 2003. Le coefficient de majoration est de 1,25 % par trimestre supplémentaire au-delà de l'âge légal de départ à la retraite et du nombre de trimestres ouvrant droit au maximum de pension.

Outre les bonifications de durée d'assurance communes à l'ensemble des régimes, accordées au titre des enfants et du handicap, les fonctionnaires bénéficient de **bonifications « métiers » spécifiques** (bonifications de dépaysement pour services accomplis hors d'Europe, bénéfices de campagne, services aériens, services actifs ...).

La mesure introduite l'an passé visait à ne plus prendre en compte les bonifications « métiers » dans le calcul du dépassement de la durée d'assurance ouvrant droit à la majoration de pension ou à la surcote, seules étant retenues les éventuelles bonifications accordées au titre des enfants ou du handicap. Cette restriction a été justifiée par le fait que les bonifications « métiers » propres aux statuts de la fonction publique rendaient l'accès à la surcote beaucoup plus facile pour les fonctionnaires que pour les affiliés des

autres régimes. Selon les chiffres alors avancés par le Gouvernement, 28 % des pensions de fonctionnaires civils de l'Etat liquidées en 2009 bénéficiaient d'un coefficient de majoration, le gain moyen par pensionné s'établissant à 153 euros par mois.

• La nouvelle rédaction de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires a soulevé des **difficultés d'interprétation**. Celles-ci sont apparues lors de la préparation du décret devant fixer la liste des bonifications et majorations de durée exclues du calcul de la surcote.

Le troisième alinéa du paragraphe III de l'article L. 14 est ainsi rédigé : « *Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte pour ce calcul. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations de durée auxquelles s'applique le présent alinéa.* » Il ne ressort pas clairement de cette formulation que le calcul auquel il est fait référence porte sur la totalisation des durées d'assurance permettant d'apprécier si l'intéressé dépasse la durée requise pour le taux plein, et non sur la totalisation des trimestres auxquels s'appliquera le coefficient de majoration. Le Conseil d'Etat a estimé que la première phrase de l'alinéa pouvait s'interpréter, *a contrario*, comme une obligation d'appliquer le coefficient de majoration aux bonifications accordées au titre des enfants ou du handicap.

Le **paragraphe I** du présent article vise à **lever cette ambiguïté**, en précisant que l'exclusion des bonifications « métiers » et la prise en compte des majorations pour enfants ou handicap se réfèrent bien au calcul de la durée totale d'assurance, afin d'apprécier si l'intéressé peut ou non bénéficier d'un coefficient de majoration ou d'une surcote.

Le **paragraphe II** vise à lever la même ambiguïté dans l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale.

Les **paragraphes III, IV et V** visent à introduire dans le régime des professions libérales, le régime des avocats et le régime des non-salariés agricoles des dispositions analogues à celles prévues pour le régime général.

Il faut préciser qu'il n'est pas nécessaire de prévoir de disposition spécifique pour le régime des salariés agricoles et celui des artisans et commerçant, ces deux régimes étant alignés sur le régime général.

Enfin, la mesure a déjà été mise en œuvre par décret dans plusieurs régimes spéciaux (SNCF, RATP, industries électriques et gazières, clercs de notaires, Opéra national de Paris, Comédie française).

Le **paragraphe VI** prévoit l'entrée en vigueur de cet article au **1^{er} janvier 2013**. Les assurés qui remplissent avant cette date les conditions d'accès à la surcote pourront faire liquider leur pension sur la base des dispositions actuellement en vigueur.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

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

Article 51

(art. L. 382-29-1 du code la sécurité sociale)

Rachat des périodes de formation à la vie religieuse au régime d'assurance vieillesse des cultes

Objet : Cet article étend aux périodes de formation à la vie religieuse les dispositions relatives au rachat des années d'études en vue de la constitution des droits à la retraite des ministres du culte.

I - Le dispositif proposé

Les ministres du culte et les membres des congrégations religieuses qui ne relèvent à titre obligatoire d'aucun autre régime de base de sécurité sociale sont affiliés à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (Cavimac), instituée en régime obligatoire depuis le 1^{er} janvier 1979.

Environ 15 000 ministres du culte et religieux cotisent actuellement à la Cavimac, qui compte 56 000 pensionnés. Le culte catholique représente 85 % des effectifs du régime et les églises évangéliques 8 %. Les pasteurs protestants, à l'exception de ceux qui relèvent des églises évangéliques, ou les ministres du culte israélite sont pour leur part rémunérés par l'association cultuelle dont ils dépendent et affiliés au régime général des travailleurs salariés.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 a procédé à l'intégration financière du régime d'assurance vieillesse de la Cavimac au régime général. Les règles de liquidation des prestations vieillesse ont été alignées sur celles du régime général à compter du 1^{er} janvier 1998.

Ce présent article porte quant à lui sur les **périodes de formation à la vie religieuse antérieures à l'obtention de la qualité de ministre du culte.**

Pour le culte catholique, les périodes de formation à la vie religieuse donnent lieu à affiliation à la Cavimac depuis le 1^{er} juillet 2006, au même titre que les périodes d'exercice du ministère. Les collectivités religieuses prennent en charge les cotisations afférentes aux périodes de

séminaire ou de noviciat dans les mêmes conditions que les cotisations des prêtres ou des membres des congrégations. Cette mesure avait été décidée par les autorités religieuses à l'occasion de l'abaissement de soixante-cinq à soixante ans de l'âge légal de départ en retraite des ressortissants de la Cavimac, afin d'éviter que le bénéfice du taux plein ne devienne inaccessible du fait de durées d'assurance insuffisantes.

Les **périodes de formation à la vie religieuse antérieures au 1^{er} juillet 2006** n'ont pas donné lieu à l'affiliation des prêtres ou congréganistes catholiques à la Cavimac, ni à cotisation.

Dans un arrêt du 22 octobre 2009, la Cour de cassation a cependant estimé que les périodes de séminaire ou de noviciat **avaient été regardées à tort comme ne constituant pas des périodes d'affiliation au régime.**

Le présent article propose d'appliquer aux périodes de formation à la vie religieuse **un régime identique à celui des études supérieures** et en permettant un **rachat à titre onéreux** dans les mêmes conditions.

Les ressortissants de la Cavimac bénéficient, depuis la loi sur les retraites de 2003, de la possibilité de racheter les périodes d'études supérieures, dans la limite de douze trimestres, dans des conditions identiques à celles définies pour le régime général. En revanche, en l'état actuel du droit, ces périodes de formation, telles que celles accomplies dans les séminaires ou au sein de congrégations (noviciat), ne sont pas assimilées à des années d'études supérieures.

Le **paragraphe I** vise à créer dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 382-29-1 ouvrant la faculté de rachat, dans les mêmes conditions que les périodes d'études supérieures, des 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 défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes. On peut observer que l'article L. 382-15 visé en référence ne définit pas les conditions de l'obtention du statut de ministre du culte ou de membre de congrégation religieuse. Il se borne à prévoir d'une part, que ceux d'entre eux qui ne sont pas affiliés à un autre régime de base obligatoire relèvent du régime général d'autre part, que la Cavimac procède à l'affiliation s'il y a lieu après consultation d'une commission consultative instituée auprès de l'autorité compétente de l'Etat et comprenant des représentants de l'administration et des personnalités choisies en raison de leur compétence, compte tenu de la diversité des cultes concernés.

Le paragraphe II précise que ces dispositions sont applicables aux pensions **prenant effet au 1^{er} janvier 2012.**

Les règles actuellement applicables au rachat d'années d'études prévoient un calcul actuariellement neutre, la possibilité d'effectuer la demande entre vingt et soixante-sept ans et une limite maximale de douze

trimestres rachetables. Les rachats des périodes de formation à la vie religieuse s'effectueraient donc dans les mêmes conditions.

L'étude d'impact précise que la mesure sera financièrement neutre pour la Cavimac, mais qu'elle se traduira dans un premier temps par des recettes supplémentaires correspondant aux trimestres rachetés. Elle estime que le surcroît de cotisations est difficile à évaluer et qu'il dépendra du nombre d'affiliés utilisant la faculté de rachat, du moment auquel ils effectueront cette démarche, le coût de rachat augmentant avec l'âge, ainsi que du nombre de trimestres rachetés. Elle retient l'hypothèse de cinquante à cent cinquante rachats par an, portant en moyenne sur cinq trimestres. Le gain annuel pour le régime se situerait à court terme entre 0,4 et 1 million d'euros, soit entre 1 % et 3 % des recettes du régime. Les charges supplémentaires liées à l'amélioration du niveau des pensions ne se manifesteraient qu'à moyen et long terme.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

Comme l'indique l'exposé des motifs du projet de loi, les périodes de formation à la vie religieuse ne donnent lieu à affiliation à la Cavimac que depuis le 1^{er} juillet 2006.

S'agissant des situations antérieures à cette date, la Cour de cassation a considéré que ces périodes de formation à la vie religieuse avaient été regardées à tort comme ne constituant pas des périodes d'affiliation au régime.

Dès lors, il apparaît que **la solution ici proposée fait entièrement porter sur les assurés les conséquences du défaut d'affiliation établi par la Cour de cassation, en leur proposant une formule de rachat à titre onéreux, par analogie avec le rachat des années d'études supérieures.**

On sait que le recours à cette faculté de rachat est d'autant plus coûteux que l'âge des intéressés est élevé, ce qui est le cas de nombre d'assurés du régime des ministres des cultes, les modalités de rachat s'avérant ainsi souvent dissuasives au regard du bénéfice potentiel sur le montant de la pension.

Par ailleurs, l'extension du cadre établi pour le rachat des années d'études supérieures à des périodes qui ne peuvent pleinement leur être assimilées soulève une question de principe plus large que le cas particulier visé par le présent article.

Le rachat à titre onéreux ne paraît pas de nature à répondre au problème soulevé pour les périodes qui n'ont pas donné lieu à affiliation.

C'est pourquoi la commission vous demande de supprimer cet article.

Article 51 bis

(art. L. 722-17 du code rural et de la pêche maritime)

Suppression de la condition d'âge maximal pour l'affiliation des non-salariés agricoles à l'assurance vieillesse volontaire

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à supprimer la condition d'âge maximal pour l'affiliation des non-salariés agricoles à l'assurance volontaire vieillesse.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'assurance volontaire vieillesse permet, sous certaines conditions, aux personnes qui ne sont pas affiliées obligatoirement à un régime d'assurance vieillesse d'acquérir des droits à pension de retraite moyennant des cotisations volontaires.

Les conditions d'affiliation à l'assurance volontaire vieillesse dans le régime des non-salariés agricoles diffèrent sensiblement de celles en vigueur dans les autres régimes, et notamment le régime général.

Outre les exploitants agricoles résidant hors du territoire français et ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée de cinq ans, peuvent adhérer à l'assurance volontaire vieillesse du régime des non-salariés agricoles les personnes qui ont exercé en dernier lieu une des professions entrant dans le champ de ce régime, qui ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et qui n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale.

Les conjoints et aides familiaux peuvent également être affiliés sous certaines conditions.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 722-17 exclut toute possibilité d'affiliation à l'assurance vieillesse volontaire des exploitants agricoles ayant cessé toute activité professionnelle et ayant dépassé l'âge légal de départ en retraite, progressivement porté de soixante à soixante-deux ans.

Cette condition d'âge n'existe pas dans les autres régimes, l'affiliation à l'assurance volontaire étant possible quel que soit l'âge de l'intéressé dès lors qu'il remplit les autres conditions.

L'Assemblée nationale a donc supprimé cette condition d'âge qui n'existe pas en dehors du régime agricole.

II - La position de la commission

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

Article 51 ter
(art. L. 732-39 du code rural et de la pêche maritime)
**Assouplissement du cumul emploi-retraite pour les conjoints
et les aides familiaux en agriculture**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre aux conjoints et aides familiaux les assouplissements apportés en 2009 aux conditions de cumul entre une pension et une activité non salariées agricoles.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

- Le régime des non-salariés agricoles encadre strictement les possibilités pour ses ressortissants de cumuler une pension de retraite liquidée par ce régime et des revenus tirés d'une activité relevant du même régime.

Le **service d'une pension d'assurance vieillesse de non-salarié agricole** prenant effet postérieurement au 1^{er} janvier 1986 est **subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée agricole**.

Ce principe connaît deux dérogations.

D'une part, les agriculteurs retraités sont autorisés à poursuivre l'exploitation ou la mise en valeur d'une parcelle réduite de terres, dont la superficie est fixée par le schéma directeur départemental des structures agricoles, dans la limite maximale de 1/5^{ème} de la surface minimum d'installation (SMI).

D'autre part, l'assuré qui ne peut céder son exploitation en pleine propriété ou en location, soit pour une raison indépendante de sa volonté, soit lorsque l'offre d'achat ou le prix du fermage qui lui est proposé ne répond pas aux conditions normales du marché dans le département considéré, peut être autorisé par décision préfectorale, après avis de la commission départementale d'orientation de l'agriculture, à poursuivre temporairement son activité tout en percevant sa retraite.

Ces **dispositions ont été assouplies par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009**, à compter du 1^{er} janvier 2009.

D'une part, un retraité non-salarié agricole peut désormais reprendre une activité salariée sur son ancienne exploitation ou entreprise agricole.

D'autre part, le cumul d'une retraite non salariée agricole avec les revenus d'une activité non salariée agricole **est autorisé sous les trois conditions suivantes** :

- l'activité non salariée agricole exercée doit être assujettie par rapport à un temps de travail ou à un coefficient d'équivalence à la SMI pour les productions hors sol ;

- l'intéressé doit avoir liquidé toutes ses pensions de vieillesse personnelles de base et complémentaires, auprès de la totalité des régimes de retraite légalement obligatoires, français, étrangers, et des organisations internationales dont il a éventuellement relevé ;

- l'intéressé doit avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite et justifier de la durée d'assurance et de périodes équivalentes nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein ou, à défaut, avoir atteint l'âge du taux plein.

Si ces conditions ne sont pas remplies, le cumul reste possible dans les limites prévues pour les exploitants dont l'activité consiste à mettre des terres en valeur et qui sont assujettis par rapport à la moitié de la SMI.

• Le présent article a pour objet **d'étendre ce régime de cumul emploi retraite instauré en 2009 pour les activités non salariées agricoles aux conjoints et aides familiaux.**

II - La position de la commission

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

Article 51 quater

(art. L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime)

Majoration de la retraite agricole pour les assurés bénéficiant de la retraite anticipée « pénibilité »

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à attribuer la majoration de la retraite de base prévue dans le régime des non-salariés agricoles aux bénéficiaires de la retraite anticipée pour pénibilité.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

• La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué un **minimum de retraite garanti pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole**, leurs conjoints, et les aides familiaux.

Il prend la forme d'une **majoration de la retraite de base** de manière à garantir un montant minimum de retraite égal, au 1^{er} avril 2011 et pour une carrière complète, à 658,63 euros par mois pour les chefs d'exploitation et pour les personnes veuves et à 523,36 euros par mois pour les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les anciens conjoints participant aux travaux et les aides familiaux. En cas de carrière incomplète, le montant de la majoration servie à l'assuré est calculé au prorata de sa durée d'assurance dans le régime non salarié agricole.

La majoration de la retraite de base est attribuée aux personnes :

- justifiant d'une **durée d'assurance minimale dans le régime non salarié agricole**, fixée initialement à 22,5 années d'assurance et abaissée à **17,5 années** depuis le 1^{er} janvier 2011 ;

- et, pour les personnes dont la retraite a pris effet à compter du 1^{er} janvier 2002, justifiant également des **conditions requises pour bénéficier d'une retraite à taux plein** dans le régime des non salariés agricoles.

Pour bénéficier de ce minimum, l'assuré doit avoir fait valoir l'ensemble de ses avantages de retraite personnelle et de réversion servis par les régimes légaux de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales.

La majoration est servie si l'ensemble des pensions versées à l'assuré ne dépasse pas un plafond fixé à 824,15 euros par mois au 1^{er} avril 2011. Le montant de la majoration de pension est réduit de façon à ce que le montant total des retraites perçues ne conduise pas à un dépassement de ce plafond.

En 2010, 225 932 retraités du régime des non salariés agricoles bénéficiaient de cette majoration de pension, soit une charge globale de 82,9 millions d'euros pour la mutualité sociale agricole.

• L'Assemblée nationale a précisé que **la majoration de la retraite de base sera également attribuée aux bénéficiaires d'un départ anticipé à taux plein pour cause de pénibilité**, dès lors qu'ils remplissent la condition de durée d'affiliation minimale dans le régime non salarié agricole.

Il s'agit ici d'établir une égalité de traitement entre les bénéficiaires d'un départ en retraite anticipé à taux plein pour cause de pénibilité et les assurés justifiant du taux plein au titre d'autres conditions. Les conditions d'attribution de la majoration de la retraite de base des non-salariés agricoles n'avaient pas été actualisées pour tenir compte du dispositif de départ anticipé à taux plein pour cause de pénibilité institué par la loi portant réforme des retraites de 2010 qui est applicable aux non-salariés agricoles dans les mêmes conditions que les ressortissants du régime général.

II - La position de la commission

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

Article 51 quinquies

(art. L. 353-1 du code de la sécurité sociale)

**Suppression du minimum de réversion au titre des pensions liquidées
sous forme de versement forfaitaire unique**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à supprimer le versement du minimum de réversion au conjoint survivant lorsque l'assuré décédé avait liquidé sa pension de réversion sous forme d'un versement forfaitaire unique.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 351-9 du code de la sécurité sociale dispose que lorsque le montant annuel de la pension de vieillesse, y compris les avantages complémentaires, est inférieur à un seuil fixé par décret (150,93 euros annuels au 1^{er} avril 2011) la pension n'est pas servie mensuellement. Elle est payée en un **versement forfaitaire unique (VFU) égal à quinze fois le montant annuel de la pension.**

L'Assemblée nationale a relevé qu'en l'état actuel de la législation, **le conjoint survivant de l'assuré décédé ayant liquidé sa pension sous forme de versement forfaitaire unique pouvait bénéficier de la pension de réversion.** Dans ce cas, **le conjoint survivant bénéficie également des règles relatives au minimum de pension de réversion** qui est fixé à 3 291,31 euros annuels au 1^{er} avril 2011, **soit 21,8 fois le montant maximum annuel de la pension de retraite dont aurait bénéficié l'assuré décédé** si la liquidation n'était pas intervenue sous forme de versement forfaitaire unique.

Le présent article modifie donc l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale pour préciser que **le minimum de réversion ne s'applique pas aux pensions de réversion issues d'une pension liquidée sous forme de versement forfaitaire unique.** Cette modification s'appliquerait aux pensions de réversion prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2012.

II - La position de la commission

Le versement forfaitaire unique concerne des pensions d'un montant très faibles. Dès lors que le conjoint survivant n'a pas de revenus d'activité ou d'avantages vieillesse au titre d'autres régimes de base, il peut relever de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) permettant de porter ses ressources à un plafond de 742,27 euros par mois. Dès lors, la suppression du minimum de réversion lorsque la pension principale a été liquidée sous forme de versement forfaitaire unique se traduira essentiellement par un transfert d'imputation vers l'Aspa. Elle permettra cependant d'éliminer l'incohérence

qui résulte de l'application combinée des dispositions relatives au versement forfaitaire unique et à la majoration de pension de réversion.

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

Article 51 sexies

(art. L. 643-3-3 du code de la sécurité sociale)

**Retraite anticipée pour les travailleurs handicapés
du régime social des indépendants**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à étendre aux ressortissants du régime social des indépendants reconnus comme travailleurs handicapés le bénéfice du départ en retraite anticipé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 351-1-3 du code de sécurité sociale permet aux assurés handicapés de bénéficier d'un départ en retraite anticipé s'ils remplissent des conditions minimales de durée d'assurance, de durée de cotisation et de taux d'incapacité permanente fixées par décret.

L'article 97 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a élargi ce dispositif de retraite anticipée, dans les mêmes conditions, aux **personnes ayant obtenu la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé** de la part de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ex-Cotorep) en application de l'article L. 5213-1 du code du travail.

Cette extension visait les ressortissants du régime général et des régimes des professions libérales, des avocats et des non-salariés agricoles.

Le présent article vise à **étendre le bénéfice de la retraite anticipée aux ressortissants du régime social des indépendants ayant été reconnus comme travailleurs handicapés.**

II - La position de la commission

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

Article 51 septies
(art. L. 816-1 du code de la sécurité sociale)

Allongement de la durée de résidence en France requise pour l'attribution aux étrangers des allocations aux personnes âgées

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à allonger la durée de résidence en France requise pour l'attribution aux personnes de nationalité étrangère des allocations aux personnes âgées.*

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article vise à modifier les conditions d'attribution aux étrangers de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), à compter du 1^{er} juillet 2012.

Il résulte d'un amendement du Gouvernement déposé en séance en réponse à deux autres amendements qui visaient à exclure du bénéfice de cette allocation les étrangers non communautaires, à l'exception des anciens combattants ayant combattu pour la France ou des étrangers ayant travaillé en France.

• L'Aspa permet de compléter les ressources des intéressés pour les porter à un plafond mensuel de 742,27 euros pour une personne seule, ou lorsqu'un seul membre d'un couple en bénéficie, et de 1 181,77 euros lorsque les deux membres d'un couple en bénéficient. L'Aspa n'est pas exportable.

L'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale pose pour principe que **le bénéfice de l'Aspa est ouvert à toute personne justifiant d'une résidence stable et régulière en France, satisfaisant à des conditions d'âge** (soixante-cinq ans ou soixante ans en cas d'inaptitude au travail).

L'article L. 816-1 précise que **l'Aspa bénéficie aux personnes de nationalité étrangère** sous réserve qu'elles répondent aux conditions prévues au 2° de l'article L. 262-4 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 262-6 du même code, applicables au revenu de solidarité active.

Ces conditions sont les suivantes :

- être titulaire, depuis au moins cinq ans, d'un titre de séjour autorisant à travailler ;

- ou, s'il s'agit d'un ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, bénéficier d'un droit de séjour et avoir résidé en France durant les trois mois précédents la demande.

S'agissant des ressortissants non communautaires, **la condition de détention d'un titre de séjour depuis au moins cinq ans n'est pas opposable** aux réfugiés, aux bénéficiaires de la protection subsidiaire, aux

apatrides et **aux étrangers titulaires de la carte de résident ou d'un titre de séjour prévu par les traités et accords internationaux et conférant des droits équivalents**, ni aux personnes isolées assumant la charge d'un enfant en situation régulière de séjour.

- Le présent article modifie les conditions d'attribution de l'Aspa aux **étrangers non communautaires** définies à l'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale. Ceux-ci devraient notamment être titulaires depuis au moins dix ans, au lieu de cinq ans actuellement, d'un titre de séjour autorisant à travailler. Cette exigence s'appliquerait aux titulaires de la carte de résident, ou d'un titre de séjour équivalent prévu par les traités internationaux, alors qu'aucune durée de détention ne leur est actuellement imposée.

Aucune condition de durée de détention d'un titre de séjour ne serait en revanche imposée aux réfugiés, apatrides ou bénéficiaires de la protection subsidiaire, ni aux étrangers ayant combattu pour la France.

II - La position de la commission

Votre commission considère que la condition de détention depuis plus de dix ans d'un titre de séjour autorisant à travailler, y compris pour les titulaires de la carte de résident ou d'un titre de séjour équivalent prévu par les traités internationaux, instaure une inégalité de traitement injustifiée entre personnes âgées disposant de faibles revenus.

Elle ne pourrait qu'aggraver les situations de précarité de personnes qui vivent dans notre pays de manière stable et régulière.

Pour ces motifs, la commission vous demande de supprimer cet article.

Article 52

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2012

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2012.

I - Le dispositif proposé

L'objectif de dépenses de la branche vieillesse porte sur l'ensemble des dépenses des régimes et non sur les seules prestations. Ces dépenses comprennent :

- les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage et les prestations

d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits directs âgés de plus de soixante ans ou des bénéficiaires de droits dérivés ;

- les prestations des services sociaux (notamment la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux) ;

- les frais de gestion engagés par les organismes de sécurité sociale ;

- les transferts financiers et les autres dépenses.

Le présent article fixe à **210,5 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale en 2012, soit **une progression de 4 %** par rapport à l'objectif de dépenses fixé dans la loi de financement pour 2011 (202,3 milliards) et de 3,9 % par rapport au montant actualisé figurant dans la loi de financement rectificative de l'été dernier (202,6 milliards).

Pour le seul régime général, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse s'élève à **110,7 milliards d'euros**, soit **une progression de 3,7 %** par rapport à la loi de financement pour 2011 (106,8 milliards) et de 3,8 % par rapport au montant actualisé figurant dans la loi de financement rectificative (106,6 milliards).

L'évolution des objectifs de dépenses pour 2012 est la résultante de deux mouvements de sens contraire : une revalorisation des pensions plus forte qu'en 2010 et 2011 ; une réduction du flux de départs en retraite lié au report de l'âge légal.

Indexée sur les prévisions d'inflation, la **revalorisation des pensions**, qui doit intervenir en avril 2012, entraînerait une hausse des dépenses de prestations de 2 % en moyenne annuelle, contre 1,8 % en 2011 et 0,9 % en 2010.

L'évolution du nombre de retraités du régime général, hors retraite anticipée, **connaîtrait une nette décélération en 2012** (2 % contre 3,5 % entre 2008 et 2010). Le relèvement de l'âge légal de départ engendrerait en 2012 le report de 138 000 départs en retraite, contre 100 000 en 2011. Le flux de départs en retraite passerait de 640 000 personnes en 2011 à 620 000 personnes en 2012. Les effectifs de retraités du régime général seraient ainsi en 2012 inférieurs de 200 000 personnes à ce qu'ils auraient été en l'absence de réforme. Au total, **l'économie résultant du recul de l'âge légal sur les masses de prestations est estimée à 1,3 milliard d'euros pour l'exercice 2012**, alors qu'il se limite à 260 millions d'euros sur les comptes de 2011.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Compte tenu du caractère injuste du report des limites d'âge opéré par la réforme des retraites de 2010 et de son incapacité à garantir le retour à l'équilibre des comptes de la branche, **la commission vous demande de rejeter cet article.**

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses des accidents du travail et des maladies professionnelles

Article 53

Versement de la branche accidents du travail-maladies professionnelles à la branche maladie du régime général

Objet : Cet article fixe le montant de la compensation versée par la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose de porter à 790 millions d'euros le montant versé à la branche maladie au titre de la compensation des sous-déclarations des accidents du travail - maladies professionnelles, soit 80 millions de plus que les trois années précédentes.

Cette augmentation fait suite au dernier rapport de la commission prévue par l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale pour en évaluer l'ampleur, qui a été rendu en juin 2011. Cette commission, actuellement présidée par Noël Diricq, se réunit tous les trois ans depuis 1997. Sur la base de la fourchette d'évaluation établie par la commission (entre 0,6 et 1,1 milliard dans le dernier rapport) le Gouvernement fixe un montant moyen de compensation. Celui-ci a été multiplié par six entre 1997 et 2012.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission constate que la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles apparaît de plus en plus importante malgré quinze ans d'actions ciblées destinées à la réduire et une augmentation continue du nombre de maladies professionnelles reconnues. Le Gouvernement ne semble pas prendre la mesure exacte de ce phénomène puisqu'il persiste à faire le choix d'une compensation moyenne qui s'avère systématiquement insuffisante.

Une action sur les causes de la sous-déclaration est impérative. Les maladies liées à l'amiante, pourtant largement connues, constituent plus de la moitié des dépenses prise en charge à tort par l'assurance maladie.

Votre commission suivra donc avec attention la suite donnée aux propositions de la commission Diricq. Mais celles-ci ne peuvent faire effet qu'à moyen ou long terme. Dès à présent, votre commission aurait souhaité porter la compensation dans la fourchette haute de l'évaluation faite par la commission Diricq, ce qui lui aurait paru plus conforme à la réalité. Mais cela lui est interdit par l'article 40 de la Constitution.

Dans ces conditions, la commission vous demande de vous abstenir lors du vote de cet article.

*Article additionnel après l'article 53
(art. L. 452-3 du code de la sécurité sociale)*

Droit à réparation intégrale des victimes d'une faute inexcusable de l'employeur

Objet : Cet article additionnel tend à permettre aux victimes d'une faute inexcusable de l'employeur d'être indemnisées intégralement de leur préjudice.

Le Conseil constitutionnel a eu à se prononcer, à l'occasion d'une question prioritaire de constitutionnalité, sur la conformité à la Constitution du régime de réparation des accidents du travail et maladies professionnelles causés par une faute inexcusable de l'employeur. La décision « Epoux L. »⁸⁸ a été la première comportant des réserves d'interprétation sur des dispositions en vigueur. Le Conseil a jugé que le principe de responsabilité, qui découle de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen⁸⁹, interdit d'opposer des restrictions disproportionnées au droit d'indemnisation des victimes. Ainsi, l'ensemble des dommages non couverts par les dispositions spécifiques relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles⁹⁰ doit pouvoir être indemnisé en cas de faute inexcusable de l'employeur.

De cette décision, il résulte que sont contraires à la Constitution les dispositions limitatives de l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale qui énumèrent la liste des préjudices indemnisables dont la victime peut demander réparation dans ce cas. Le Conseil constitutionnel a par la suite réaffirmé sa

⁸⁸ DC n° 2010-8 QPC précitée.

⁸⁹ « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi ».

⁹⁰ Livre IV du code de la sécurité sociale.

position s'agissant des dommages subis par les gens de mer du fait d'une faute inexcusable de leur employeur⁹¹.

Votre commission vous propose donc d'inscrire dans le code de la sécurité sociale le principe de l'indemnisation **intégrale**, par les employeurs, des victimes de fautes inexcusables. L'article 40 de la Constitution impose de supprimer la mention de l'avance des sommes dues par la caisse afin de ne pas alourdir ses charges. **La commission attend du Gouvernement, qui est le seul à disposer de cette faculté, qu'il rétablisse l'intervention de la caisse.**

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

Article additionnel après l'article 53
(art. L. 452-6 (nouveau) du code de la sécurité sociale)
**Droit à réparation des gens de mer d'une faute inexcusable
de l'employeur**

Objet : Cet article additionnel tend à permettre aux gens de mer victimes d'une faute inexcusable de leur employeur d'être indemnisés de leur préjudice.

Le régime de sécurité sociale des gens de mer est défini par le décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins. Dans sa décision n° 2011-127 QPC du 6 mai 2011, le Conseil constitutionnel a affirmé qu'ils ne pouvaient être privés du complément d'indemnisation lié à une faute inexcusable de leur employeur. Or c'est précisément ce que prévoit l'article 20 du décret-loi précité.

La décision du Conseil constitutionnel produit tous ses effets en jurisprudence, puisque la Cour de Cassation a ouvert le bénéfice de l'indemnisation prévue au livre IV du code de la sécurité sociale au gens de mer.

Votre commission souhaite cependant, pour la clarté du droit, que cette indemnisation figure dans le code de la sécurité sociale.

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

⁹¹ Décision n° 2011-127 QPC du 6 mai 2011, Consorts C.

Article 54

**Dotations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante**

Objet : *Cet article fixe la dotation annuelle de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.*

I - Le dispositif proposé

L'indemnisation des victimes de l'amiante repose sur deux dispositifs principaux : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), créé par la loi de financement pour 2001.

Le Fcaata verse aux salariés ayant été exposés à l'amiante une allocation de cessation anticipée d'activité et s'assimile donc à un régime de préretraite. **Le Fiva** complète l'indemnisation offerte par les régimes de sécurité sociale afin que les victimes de l'amiante obtiennent une réparation complète de leur préjudice.

Bien que les sommes versées par ces fonds n'entrent pas dans le champ des prestations du régime général, la branche AT-MP du régime général en est le principal financeur.

- Le présent article propose de fixer la **dotation au Fiva** à 315 millions d'euros en 2012. Ceci constitue une baisse de 25 millions par rapport à 2011. Il s'agit en fait d'un retour aux montants versés les années précédentes. L'année 2011 était exceptionnelle puisque le projet de loi de financement a porté de quatre à dix ans le délai de prescription des demandes adressées au fond. Des charges exceptionnelles liées à l'ouverture des dossiers auparavant prescrits en ont résulté. L'accroissement de la dotation correspondait à l'anticipation des ces dépenses. Les charges liées aux dossiers de plus de quatre ans étant désormais intégrées au fonctionnement normal du fonds, celui-ci retrouve sa dotation antérieure.

- A l'inverse, l'article propose d'augmenter la **dotation du Fcaata** de 10 millions d'euros pour atteindre la somme de 890 millions. Le régime est parvenu à l'équilibre, il dégage même en 2010 un excédent de 9 millions, et le nombre de sorties du dispositif dépasse le nombre des entrées depuis 2009. Le fonds a cependant produit une dette envers la Cnam qui fait l'avance de ses prestations. C'est pour commencer à apurer cette dette de 305 millions d'euros qu'il est proposé d'augmenter la dotation de fonds.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission considère que la dotation des fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante est une obligation pour la branche. Ceci sera vrai quelle que soit la masse financière en cause. Elle ne peut donc qu'être favorable aux dotations des fonds, celles-ci paraissant adaptées à leur situation actuelle.

Elle rappelle que le budget du Fcaata prend désormais en charge le maintien de l'âge de la retraite des allocataires. Ce maintien a été voulu par le Sénat unanime qui a modifié en ce sens l'article 41 de la loi de financement pour 1999 lors du débat sur les retraites.

Elle tient cependant à souligner que le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante doit être ouverts à tous ceux qui ont été exposés à ce produit hautement toxique et non pas seulement aux salariés des entreprises identifiées de manière parfois aléatoire et généralement restrictive. L'accès au Fcaata sur une base professionnelle est envisagé depuis l'origine du fonds. L'étude remise par l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) en mai dernier montre que cette évolution est techniquement possible. Reporter cette mesure revient à priver ceux dont l'espérance de vie est réduite du fait de l'amiante de la possibilité de choisir de s'arrêter de travailler pour mener l'existence qu'ils souhaitent. Votre commission souhaite donc obtenir du Gouvernement des éléments d'information sur les modalités de la réforme du Fcaata qu'il envisage.

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

Article 55

Contribution de la branche accidents du travail-maladies professionnelles aux départs en retraite anticipée pour pénibilité

Objet : Cet article tend à fixer la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles aux départs en retraite anticipée pour cause de pénibilité.

I - Le dispositif proposé

La loi portant réforme des retraites adoptée en 2010 a ouvert, pour une catégorie restreinte de travailleurs, la possibilité du maintien de l'âge de départ en retraite à soixante ans au taux plein. Son article 81 pose le principe d'une contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse pour compenser le coût qui en résultera pour elle.

La loi de financement pour 2011 avait fixé le montant de cette contribution à 35 millions d'euros. Etant donné la montée en charge du dispositif - 1 427 demandes reçus au 21 octobre dernier -, cet article propose de porter le montant de la contribution pour 2012 à **110 millions d'euros**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission considère que le dispositif de prise en considération de la pénibilité mis en place par la loi portant réforme des retraites ne constitue pas une formule juste et respectueuse des travailleurs. Outre l'opacité de la rédaction de cette mesure, les critères imposés aux personnes susceptibles d'y être éligibles restreignent considérablement le champ d'application de la loi. Le décret récemment paru⁹² pour en préciser les détails renforce encore sa rigueur.

En imposant une règle - jamais évoquée du reste au cours des débats parlementaires de la réforme des retraites - selon laquelle l'exposition à la pénibilité devrait avoir été constatée pendant dix-sept années, on peut légitimement se demander si l'intention du parlementaire est respectée. S'agit-il du traitement de la pénibilité, comme prétendu, ou plutôt du traitement de l'incapacité ?

Ces interrogations, qui se trouvent confortées par la montée en charge peu rapide du dispositif, conduisent votre commission à ne pas vouloir cautionner ce système. Son refus de la contribution ici proposée à la branche vieillesse ne doit pas être interprété comme un refus de prendre sa part de la charge du dispositif « pénibilité » mais bien l'expression de son désaccord sur le dispositif tout entier.

Pour ces motifs, la commission vous demande de supprimer cet article.

⁹² Décret n° 2011-353 du 30 mars 2011.

Article 55 bis

*(art. L. 413-5, L. 434-3, L. 434-8 et L. 434-9, L. 434-13 et L. 452-2
du code de la sécurité sociale)*

**Ouverture au concubin ou partenaire de Pacs des droits du conjoint
d'une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du
Gouvernement, tend à étendre au concubin ou partenaire de Pacs d'une
victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle les droits ouverts
aux conjoints.***

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article tend à aligner les droits des concubins ou partenaires de Pacs sur ceux actuellement ouverts aux conjoints. Il est procédé à cet ajout :

- à l'article L. 413-5 qui concerne le survivant d'une victime du travail du fait d'un sinistre intervenu avant le 1^{er} janvier 1947 ;

- à l'article L. 434-3 qui concerne les rentes viagères susceptibles d'être attribuées aux victimes atteintes d'une incapacité permanente ;

- à l'article L. 434-8 pour ce qui concerne les cas de réversion après dissolution d'un Pacs, de nouvelle union ou en cas d'abandon du foyer ou de non paiement de l'aide financière ;

- à l'article L. 434-9 pour ce qui concerne les droits en cas de nouvelle union du partenaire survivant ;

- à l'article L. 434-13 qui concerne les rentes susceptible d'être servies aux ascendants des victimes ;

- à l'article L. 452-2 qui concerne les victimes d'une faute inexcusable de l'employeur.

II - La position de la commission

Votre commission approuve cette évolution de la prise en compte des différents modes de vie en couple qui répond à une attente ancienne des victimes.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 55 ter
(art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998
de financement de la sécurité sociale pour 1999)

**Coordination entre les différents dispositifs d'allocation
de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, tend à assurer une coordination entre les différents dispositifs d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) afin que les salariés ayant relevé de plusieurs régimes de sécurité sociale aient les mêmes droits que ceux ayant relevé d'un seul.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article modifie l'article 41 de la loi de financement pour 1999 qui a créé le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Il tend à ce que le dispositif d'Acaata du **régime général** prenne en compte les périodes travaillées dans les établissements ou navires ouvrant droit à l'accès à l'Acaata dans les **régimes des ministères de la défense et de l'écologie** ainsi que dans celui de l'établissement national des invalides de la marine (**Enim**).

La réciproque n'est pas nécessaire car ces régimes spéciaux prennent déjà en compte les périodes travaillées ouvrant droit à l'accès à l'Acaata du régime général.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à ce dispositif qui répond à une demande du Sénat et dont elle espère qu'il permettra de régler, dans l'intérêt des victimes, des situations absurdes au regard de l'équité. Elle maintient néanmoins son souhait que les différents régimes soient non pas seulement coordonnés mais harmonisés s'agissant de l'Acaata.

Votre commission s'inquiète par ailleurs des témoignages de victimes et d'associations sur le refus de versement des pensions de retraites dues par le régime général aux polypensionnés, gens de mer ou ouvriers de l'Etat relevant du ministère de la défense, à l'expiration de l'Acaata. La caisse semble se prévaloir du recul de l'âge légal de la retraite, contrairement aux dispositions de l'article 41 de la loi de financement de 1999 modifiées par le Sénat. Une telle situation est intolérable et votre commission souhaite que la loi soit pleinement appliquée pour qu'il y soit mis fin le plus rapidement possible.

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

Article 56

**Objectif de dépenses de la branche
accidents du travail-maladies professionnelles**

Objet : Cet article fixe pour 2012 les objectifs de dépense de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires et pour le régime de base.

I - Le dispositif proposé

En vertu de la loi organique relative aux lois de financement, la détermination de l'objectif de dépenses de la branche, tant pour l'ensemble des régimes obligatoires que pour le régime de base, doit obligatoirement figurer dans le présent projet de loi.

Pour 2012, il est proposé d'établir l'objectif des régimes obligatoires à 13,3 milliards d'euros et celui du régime de base à 11,9 milliards. Il s'agit là d'une augmentation de 2,9 % par rapport aux objectifs de 2011. La branche devrait néanmoins présenter, en 2012, un solde excédentaire.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission a indiqué à plusieurs reprises les réserves que lui inspirent les hypothèses macroéconomiques qui sous-tendent les objectifs de dépenses proposés par ce projet de loi de financement. Sans garantie sur les ressources réelles de la branche, il lui paraît impossible d'apporter son soutien aux propositions ici formulées.

Elle vous demande de rejeter cet article.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 57

(art. L. 531-5 à L. 531-7 du code de la sécurité sociale)

Amélioration du régime du complément de libre choix du mode de garde

Objet : *Cet article vise à améliorer le régime du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, d'une part, en rendant les conditions de prise en charge des frais de garde plus favorables pour les parents en situation d'isolement et de handicap, d'autre part, en simplifiant les démarches administratives lors de l'accueil d'un nouvel enfant.*

I - Le dispositif proposé

Créée en 2004, la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) est constituée de quatre éléments :

- **la prime à la naissance ou à l'adoption**, attribuée sous conditions de ressources et versée au cours du septième mois de grossesse ou, en cas d'adoption, le mois suivant l'arrivée au foyer, permet de faire face aux dépenses liées à l'arrivée de l'enfant⁹³ ;

- **l'allocation de base**, attribuée sous conditions de ressources et versée mensuellement jusqu'aux trois ans de l'enfant, est une aide à l'éducation du jeune enfant⁹⁴ ;

- **le complément de libre choix du mode de garde (CLCMG)** est attribué pour l'emploi d'un assistant maternel agréé ou d'une garde d'enfant à domicile⁹⁵ ;

⁹³ Le montant de la prime à la naissance s'élève à 903,07 euros. Pour les enfants adoptés ou accueillis en vue d'adoption, son montant est de 1806,14 euros.

⁹⁴ Le montant mensuel de l'allocation de base est de 180,62 euros par famille.

⁹⁵ Ce complément s'est substitué au 1^{er} janvier 2004 à l'allocation pour la garde d'enfant à domicile et à l'allocation d'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée.

- le **complément de libre choix d'activité** (CLCA) est une aide financière versée à celui des parents qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de travailler à temps partiel pour s'occuper de son enfant de moins de trois ans⁹⁶.

Le présent article se rapporte au troisième de ces volets dont il se propose d'améliorer le dispositif.

• En application de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, le complément de libre choix du mode de garde pour les parents, **qui emploient directement une personne** pour s'occuper du ou de leurs enfants, consiste en :

- une prise en charge à hauteur de 85 % de la rémunération nette du salarié dans la limite d'un plafond variable selon les revenus des parents⁹⁷ ; cette prise en charge est accordée **pour chaque enfant** accueilli par un assistant maternel mais **une seule fois**, quel que soit le nombre d'enfants au foyer quand il est fait appel à une personne employée à domicile.

Le montant de la prise en charge partielle de la rémunération varie **selon les ressources des parents et l'âge de l'enfant**.

Aide à la rémunération

Ressources des parents inférieures à :	Montant mensuel de la prise en charge partielle de la rémunération :
Pour 1 enfant : 20 079 €	448,25 € pour un enfant de moins de 3 ans
Pour 2 enfants : 23 118 €	
Pour 3 enfants : 26 765 €	224,13 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans
Pour 4 enfants : 30 412 €	

Ressources des parents comprises entre les montants suivants :	Montant mensuel de la prise en charge partielle de la rémunération :
Pour 1 enfant entre 20 079 € et 44 621 €	282,65 € pour un enfant de moins de 3 ans
Pour 2 enfants entre 23 118 € et 51 374 €	
Pour 3 enfants entre 26 765 € et 59 478 €	141,35 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans
Pour 4 enfants entre 30 412 € et 67 582 €	

⁹⁶ Son montant dépend de la situation professionnelle du parent et de son droit à l'allocation de base de la Paje.

⁹⁷ Un minimum de 15 % du salaire versé reste obligatoirement à la charge des parents.

Ressources des parents supérieures à :	Montant mensuel de la prise en charge partielle de la rémunération :
Pour 1 enfant : 44 621 €	169,57 € pour un enfant de moins de 3 ans
Pour 2 enfants : 51 374 €	
Pour 3 enfants : 59 478 €	84,79 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans
Pour 4 enfants : 67 582 €	

Source : Cnaf

- **une prise en charge des cotisations et contributions sociales dues par le particulier employeur** à 100 % pour un assistant maternel et à 50 % (sous plafond mensuel de 419 euros lorsque l'enfant de moins de trois ans et 210 euros lorsqu'il a entre trois et six ans) pour une garde à domicile.

Les services à domicile font en outre l'objet d'une déduction fiscale au titre de l'impôt sur le revenu de l'employeur, ce qui explique la différence de traitement entre les deux cas.

- Le droit au CLCMG est également ouvert, dans des conditions analogues, **aux parents faisant appel à une association ou une entreprise⁹⁸ habilitée qui emploie des assistants maternels agréés ou des gardes d'enfant à domicile**. Dans ce cas, le montant de l'aide varie selon les ressources des parents, l'âge des enfants et le statut de la personne employée par l'association ou l'entreprise⁹⁹.

Aide à la rémunération

Ressources des parents inférieures à :	Montant mensuel de la prise en charge pour un assistant maternel :	Montant mensuel de la prise en charge pour une garde à domicile :
Pour 1 enfant : 20 079 €	678,32 € pour un enfant de moins de 3 ans	819,67 € pour un enfant de moins de 3 ans
Pour 2 enfants : 23 118 €		
Pour 3 enfants : 26 765 €	339,16 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans	409,84 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans
Pour 4 enfants : 30 412 €		

⁹⁸ L'association ou l'entreprise doit être habilitée par le conseil général, si elle emploie des assistants maternels, par le préfet, si elle emploie des gardes d'enfant à domicile.

⁹⁹ Un minimum de 15 % de la rémunération reste, ici aussi, à la charge des parents.

Ressources des parents comprises entre les montants suivants :	Montant mensuel de la prise en charge pour un assistant maternel :	Montant mensuel de la prise en charge pour une garde à domicile :
Pour 1 enfant : entre 20 079 € et 44 621 €	565,27 € pour un enfant de moins de 3 ans	706,57 € pour un enfant de moins de 3 ans
Pour 2 enfants : entre 23 118 € et 51 374 €		
Pour 3 enfants : entre 26 765 € et 59 478 €	282,64 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans	353,29 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans
Pour 4 enfants : entre 30 412 € et 67 582 €		

Ressources des parents supérieures à :	Montant mensuel de la prise en charge pour un assistant maternel :	Montant mensuel de la prise en charge pour une garde à domicile :
Pour 1 enfant : 44 621 €	452,22 € pour un enfant de moins de 3 ans	593,53 € pour un enfant de moins de 3 ans
Pour 2 enfants : 51 374 €		
Pour 3 enfants : 59 478 €	226,12 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans	296,77 € pour un enfant âgé de 3 à 6 ans
Pour 4 enfants : 67 582 €		

Source : Cnaf

• **Le montant de l'aide à la rémunération** peut être majoré de 10 % lorsque les deux parents travaillent et font garder leurs enfants selon des horaires spécifiques. Le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques doit être supérieur ou égal à vingt-cinq heures dans le mois.

*

Depuis la création de la Paje en 2004, **le nombre de bénéficiaires d'une aide à la garde a augmenté de plus de 200 000, soit près de 40 %**. Au 31 décembre 2010, 798 000 personnes percevaient le CLCMG, pour un coût estimé à 5,3 milliards d'euros.

Ce bilan, plutôt positif, ne doit cependant pas masquer certaines difficultés constatées.

• **Pour les familles monoparentales**

En France, **une famille sur cinq est monoparentale** (trois sur dix dans les zones urbaines sensibles). En 2009, on comptait 1,6 million de foyers monoparentaux et 2,7 millions d'enfants de moins de vingt ans vivent quotidiennement avec un seul de leurs parents. De plus, 85 % des foyers monoparentaux sont constitués d'une femme et d'un ou plusieurs enfants. Or, **ce public en forte croissance est particulièrement vulnérable et davantage confronté au risque de précarité**.

Par rapport aux parents vivant en couple, les familles monoparentales ont plus souvent recours aux modes d'accueil collectifs (31 % contre 20 %) ainsi qu'à la famille et aux amis (44 % contre 21 %). *A contrario*, elles ont

deux fois moins recours aux modes de garde individuels (19 % contre 41 %). D'après une enquête, déjà ancienne, de la Drees¹⁰⁰, 71 % des enfants de foyers monoparentaux sont gardés principalement par leur parent (contre 62 % des enfants dont les parents vivent en couple).

Près de la moitié des jeunes enfants de foyers monoparentaux, qui ne sont pas gardés à titre principal par leur parent, est accueillie en crèche et un peu plus du quart seulement l'est par un assistant maternel. Selon les statistiques de gestion de la Paje, **les foyers monoparentaux ne représentent que 6 % des bénéficiaires du CLCMG pour un assistant maternel.**

Cette situation s'explique par le fait que **les prestations versées dans le cadre de la Paje** pour solvabiliser la demande de garde, et en particulier les différents plafonds de ressources applicables au CLCMG, **ne tiennent pas compte de la situation d'isolement de l'allocataire**, à la différence d'autres prestations, telles que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), le complément familial ou l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) qui prévoient une majoration pour les parents isolés ou un plafond spécifique.

- **Pour les parents handicapés**

Les parents handicapés ayant de jeunes enfants sont confrontés à des **difficultés matérielles évidentes** qui pourraient facilement être résolues par l'intervention d'une tierce personne au domicile. Or, la réglementation actuelle relative au CLCMG ne tient pas compte de la situation de handicap parental.

- **Lors de l'accueil d'un nouvel enfant**

Il a été constaté des difficultés relatives à la **date d'ouverture du droit au CLCMG lorsque des parents accueillent un nouvel enfant**. Ces problèmes, liés à l'interprétation des dispositions actuelles du code de la sécurité sociale et des procédures mises en place par le centre Pajemploi¹⁰¹, conduisent au non-versement du CLCMG pendant les premiers mois de garde du nouvel enfant, alors même que les parents estiment avoir effectué dans les délais les démarches nécessaires.

*

Pour répondre à ces difficultés, le présent article prévoit :

- **la prise en compte du critère de parent isolé dans le barème servant à fixer le montant de l'aide à la rémunération**

Le **paragraphe I** propose une nouvelle rédaction de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale qui énonce les modalités de prise en charge de la

¹⁰⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les familles monoparentales et leurs conditions de vie », *Etudes et Résultats*, n° 389, avril 2005.

¹⁰¹ Le centre national Pajemploi a été créé en 2004 pour permettre aux familles de concilier vie professionnelle et vie familiale. Il simplifie les formalités administratives des parents qui font garder leurs enfants. Situé au Puy-en-Velay, il fait partie du réseau des Urssaf.

rémunération d'une assistante maternelle agréée ou d'une garde d'enfant à domicile.

Désormais, le barème servant à fixer le montant de l'aide à la rémunération serait fixé par décret en fonction des ressources du ménage et du nombre d'enfants, mais aussi d'un troisième critère : celui de **l'isolement éventuel du parent**.

Il en résulterait **une majoration des barèmes de ressources** servant à fixer le montant de l'aide à la rémunération. Le Gouvernement a annoncé que cette majoration serait de **40 %** afin de permettre aux parents isolés de bénéficier du montant maximal de l'aide à la rémunération.

Selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale (DSS) à votre rapporteure, cette mesure devrait bénéficier à 3 400 familles monoparentales. Elle ne devrait, par ailleurs, intervenir qu'à **compter du 1^{er} juin 2012** pour des raisons d'adaptation informatique ;

• **l'octroi d'une majoration de l'aide à la rémunération pour les parents handicapés**

Le même **paragraphe I** crée une majoration du montant de l'aide à la rémunération **en faveur des parents isolés ou des couples bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**. L'exposé des motifs indique que le montant de cette majoration, qui sera fixé par voie réglementaire, sera de **30 %**.

La DSS estime à 1 100 le nombre de familles qui pourrait être concernées par la mesure. Selon l'étude d'impact, sa mise en œuvre ne serait effective qu'à la mi-année, pour des raisons techniques à nouveau.

La situation des parents ayant des horaires de travail spécifiques demeure, quant à elle, inchangée : ils bénéficieront toujours d'une majoration de 10 % du montant de l'aide à la rémunération. Cependant, si le parent se trouve de surcroît en situation d'isolement, il jouira désormais également du barème de ressources majoré servant à fixer le montant de l'aide à la rémunération.

Le **paragraphe II** étend le bénéfice de ces nouvelles mesures aux parents qui recourent à une association ou à une entreprise habilitée pour assurer la garde de leur enfant (article L. 531-6 du code de la sécurité sociale) ;

• **la simplification des procédures administratives lors de l'accueil d'un nouvel enfant**

Le **paragraphe III** vise à simplifier les démarches administratives relatives au CLCMG en cas de nouvelle naissance, en modifiant l'article L. 531-7 du code de la sécurité sociale, qui fixe les dates d'ouverture et de cessation du droit à la prestation.

Cette mesure a pour objectif de mettre fin aux difficultés rencontrées par les parents qui accueillent un nouvel enfant. En effet, un certain nombre d'entre eux déclarent sur le site de Pajemploi employer une personne pour faire garder leurs enfants sans faire une demande préalable auprès des organismes débiteurs des prestations familiales (ODPF) au titre de la nouvelle naissance. Or, seule cette démarche auprès des ODPF ouvre le droit au CLCMG au titre du nouvel enfant. Les parents perdent ainsi en moyenne deux mois d'allocation.

Désormais, si les parents bénéficient du CLCMG pour un enfant, ils seront dispensés de déposer une nouvelle demande en cas de naissance d'un nouvel enfant.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission estime que le risque accru de précarité des familles monoparentales, surtout en période de crise économique et sociale, doit inciter les pouvoirs publics à développer des aides qui leur sont spécifiquement dédiées. Elle approuve donc la création d'un barème de ressources majoré du CLCMG en faveur des parents isolés.

La majoration du montant de l'aide pour les parents handicapés va également dans le bon sens dans la mesure où elle devrait permettre de mieux solvabiliser le recours, pour ce public, à une aide à domicile chargée de s'occuper de leur(s) jeune(s) enfant(s).

Quant à la simplification des démarches administratives pour l'accueil d'un nouvel enfant, il s'agit d'une mesure de bon sens à laquelle votre commission ne peut que souscrire.

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

Article 58

(art. L. 581-2 du code de la sécurité sociale)

Versement intégral de l'allocation de soutien familial en cas de paiement partiel d'une petite pension alimentaire

Objet : Cet article entend réformer les modalités de versement de l'allocation de soutien familial différentielle, accordée lorsqu'un parent se soustrait partiellement au paiement d'une pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice.

I - Le dispositif proposé

Issue de l'ancienne allocation d'orphelin, l'allocation de soutien familial (ASF), créée par la loi n° 84-1171 du 22 décembre 1984, est versée par la branche famille.

L'ASF est une prestation familiale **non soumise à condition de ressources** qui peut être versée au père seul, à la mère seule ou à toute autre personne ayant recueilli un enfant et en ayant la charge effective et permanente. L'enfant doit avoir moins de vingt ans. **L'ASF est en revanche soumise à une condition d'isolement** (sauf dans les cas assez rares où l'enfant, privé de ses deux parents, a été recueilli). En 2011, le montant de l'ASF s'élève à 88,44 euros par mois pour l'enfant privé de l'aide de l'un de ses parents et à 117,92 euros par mois pour l'enfant privé de l'aide de ses deux parents.

Il existe, en réalité, deux catégories d'allocation de soutien familial : l'allocation de soutien familial non recouvrable, octroyée en tant qu'aide à l'entretien de l'enfant, et l'allocation de soutien familial recouvrable, versée à titre d'avance sur une pension alimentaire, en cas de défaillance complète ou partielle du parent débiteur. Seule cette dernière fait l'objet du présent article.

Le régime actuel d'attribution de l'ASF recouvrable, défini à l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale, prévoit deux cas de figure :

- **L'ASF est intégralement versée** en cas de soustraction totale du débiteur au versement de la pension alimentaire ;

- **L'ASF est versée partiellement** en complément du montant versé par le parent débiteur lorsque ce versement n'atteint pas le montant de la pension alimentaire mise à sa charge par le juge aux affaires familiales, et que la pension alimentaire est inférieure au montant de l'ASF (soit inférieur à 88,44 euros par mois).

Or, ce dispositif n'est pas adapté au cas des petites pensions alimentaires.

En effet, en cas de **défaillance partielle** du débiteur, c'est-à-dire lorsque son versement n'atteint pas le montant de la pension alimentaire fixé par le juge, un complément d'ASF (ou « ASF différentielle ») est versé dans la limite du montant de l'ASF si la pension lui est supérieure, mais dans la limite

de la pension alimentaire si cette dernière est inférieure à l'ASF. En revanche, en cas **d'absence totale de versement** de la pension alimentaire, quel qu'en soit le montant, l'ASF est intégralement versée au parent créancier.

Le régime actuel d'attribution de l'ASF ne favorise donc pas les parents débiteurs qui font l'effort de payer partiellement la pension alimentaire. Il crée **une inégalité de traitement entre les créanciers de petites pensions (dont le montant est inférieur à l'ASF) selon qu'elles sont payées ou pas** : dans un cas, l'ASF différentielle joue jusqu'au montant de la pension, dans l'autre, l'ASF totale est versée. En pratique, les deux parents ont donc intérêt à ce que la pension alimentaire fixée à un niveau inférieur à l'ASF ne soit pas payée pour que le parent ayant la garde de l'enfant perçoive l'intégralité de l'ASF.

Par ailleurs, ce régime n'incite pas le juge aux affaires familiales à fixer des pensions alimentaires d'un montant inférieur à l'ASF, pour ne pas pénaliser le parent créancier. Or, ces petites pensions alimentaires sont symboliquement importantes pour maintenir ou restaurer les liens entre parent et enfant.

Ces effets pervers ont été soulignés tant par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2010 que par le Haut Conseil à la famille dans son avis sur les ruptures et les discontinuités de la vie familiale de juillet 2010.

En conséquence, le présent article propose de réformer les règles d'attribution de l'ASF différentielle afin de corriger ces inégalités de traitement aux dépens des **familles monoparentales bénéficiaires d'une pension alimentaire dont le montant est inférieur à celui de l'ASF**. La situation demeure inchangée pour les créanciers d'une pension dont le montant est supérieur à celui de l'ASF.

La nouvelle rédaction de l'article L. 581-2 prévoit qu'**en cas de défaillance partielle du débiteur, l'ASF différentielle sera versée dans la limite du montant complet de l'ASF**, et non plus dans la limite du montant de la pension alimentaire.

Tableau comparatif des modalités de versement de l'ASF différentielle avant et après la réforme

	Montant de l'ASF (2011)	Pension alimentaire fixée par jugement	Aucune pension alimentaire n'est versée	Pension alimentaire versée partiellement 50 €	Pension alimentaire fixée par jugement	Aucune pension alimentaire n'est versée	Pension alimentaire versée partiellement 50 €
Situation actuelle	88,44 €	110 €	Droit à l'ASF 88,44 €	Droit à l'ASF 38,44 €	58 €	Droit à l'ASF 88,44 €	Droit à l'ASF 8 €
Situation future	88,44 €	110 €	Droit à l'ASF 88,44 €	Droit à l'ASF 38,44 €	58 €	Droit à l'ASF 88,44 €	Droit à l'ASF 38,44 €

Par ailleurs, le présent article simplifie les dispositions du même article L. 581-2 relatives aux capacités de recouvrement des organismes de sécurité sociale, à la suite du versement de l'ASF en cas de défaillance partielle ou totale du parent débiteur. Il est prévu que ces organismes seront subrogés dans les droits du parent créancier, soit à hauteur du montant de l'ASF, si la pension alimentaire lui est supérieure, soit à hauteur du montant de la pension alimentaire, si celle-ci est inférieure à l'ASF, le surplus de l'allocation demeurant, dans ce dernier cas, acquis au parent créancier.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a procédé qu'à une modification rédactionnelle.

III - La position de la commission

La réforme du dispositif de l'allocation de soutien familial différentielle, demandée depuis plusieurs années par les acteurs du secteur ainsi que par certaines instances publiques, met utilement fin aux aberrations qui caractérisent son régime d'attribution actuel. Elle permettra, par ailleurs, d'apporter un petit coup de pouce supplémentaire aux familles monoparentales confrontées à un paiement partiel de la pension alimentaire.

Votre commission regrette néanmoins que le Gouvernement se soit contenté de ne traiter qu'un aspect très restreint du dispositif de l'ASF, alors que celui-ci nécessite des aménagements de plus grande ampleur, comme l'a montré la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2010. En particulier, l'appréciation par les Caf de la situation des parents se trouvant « hors d'état » de subvenir aux besoins de leur(s) enfant(s) pose de nombreuses difficultés, ce qui entraîne un report de la charge de travail des caisses vers les juges aux affaires familiales.

Malgré cette réserve, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 58 bis
(art. L. 551-1 du code de la sécurité sociale)
**Report de la revalorisation des prestations familiales
au 1^{er} avril de chaque année**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à reporter la date de la revalorisation des prestations familiales au 1^{er} avril de chaque année.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale ayant supprimé l'article 13 du projet de loi, relatif à l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité (CLCA) et du complément optionnel de libre choix d'activité (Colca), le Gouvernement a déposé, en séance publique, un amendement visant à **reporter au 1^{er} avril la date de la revalorisation des prestations familiales**, laquelle intervient habituellement au 1^{er} janvier de chaque année.

Selon le Gouvernement, ce décalage de trois mois permettrait d'économiser 140 millions d'euros par an, soit le montant des économies escomptées de la mesure initialement prévue à l'article 13.

Ce report de date nécessite de modifier l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe le régime de revalorisation de l'ensemble des prestations familiales¹⁰². Tel est l'objet du présent article.

II - La position de la commission

Pour votre commission, **le gel de l'augmentation de l'ensemble des prestations familiales pendant trois mois est une décision inacceptable, incohérente et irresponsable :**

- inacceptable parce qu'elle pénalise gravement les familles les plus modestes, déjà fragilisées par la conjoncture économique actuelle ;

- incohérente parce qu'elle revient à nier le rôle d'amortisseur social que ces prestations jouent en période de crise ;

- irresponsable parce que le Gouvernement avait fait la promesse d'une revalorisation des prestations familiales de 2,3 % au 1^{er} janvier 2012.

En outre, **l'argument du gage n'est pas recevable** puisque la suppression de l'article 13 du projet de loi a déjà été gagée par les députés qui

¹⁰² Les prestations familiales concernées sont celles définies à l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale : la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de logement familiale (ALF), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), l'allocation de soutien familial (ASF), l'allocation de rentrée scolaire (ARS) et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

ont, à l'initiative de la commission des finances, décidé de réduire davantage le taux d'abattement pour frais professionnels sur les revenus soumis à la CSG de 2 % à 1,75 %, cette mesure devant dégager une économie supplémentaire d'environ 140 millions d'euros.

En conséquence, elle vous demande de supprimer cet article.

Article 58 ter

(art. L. 755-21-1 (nouveau) du code de la sécurité sociale)

Octroi du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels exerçant dans les départements d'outre-mer

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, étend le bénéfice du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels exerçant dans les départements d'outre-mer.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a modifié l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale pour autoriser les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole à **accorder aux assistants maternels des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat.**

L'article 104 de la loi de financement pour 2011 a ensuite étendu le bénéfice de ces prêts aux assistants maternels exerçant en maisons d'assistants maternels (Mam).

Le prêt à l'amélioration de l'habitat (PAH) est un prêt à taux zéro destiné à financer les travaux visant à améliorer le lieu d'accueil, la santé ou la sécurité des enfants accueillis au domicile de l'assistant maternel ou en maison d'assistants maternels, ou à faciliter l'obtention, le renouvellement ou l'extension de l'agrément pour un assistant exerçant à domicile. Il est d'un montant de 10 000 euros, versé dans la limite de 80 % des dépenses engagées, et est accordé sans condition de ressources.

Ce prêt connaît un succès grandissant : si, en décembre 2010, seuls 219 assistants maternels en bénéficiaient, pour un montant total de 900 000 euros, en août 2011, leur nombre s'élevait à 1 388, pour un montant d'environ 7,4 millions.

Le présent article propose d'ouvrir le bénéfice du PAH aux assistants maternels **exerçant dans les départements d'outre-mer**, qu'ils accueillent les enfants à leur domicile ou dans une Mam.

II - La position de la commission

Votre commission considère que ce prêt permettra aux assistants maternels exerçant outre-mer d'améliorer les conditions d'accueil des jeunes enfants et ainsi de mieux satisfaire aux exigences des services de protection maternelle et infantile en matière d'hébergement.

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

*Article additionnel après l'article 58 ter
(art. L. 543-1 du code de la sécurité sociale)*

Modulation de l'allocation de rentrée scolaire selon la voie de formation

Objet : Cet article additionnel propose, pour les enfants inscrits au lycée, de moduler le montant de l'allocation de rentrée scolaire selon la voie de formation suivie.

L'allocation de rentrée scolaire, créée en 1986 en vue de compenser les frais spécifiques résultant de la rentrée scolaire (fournitures, habillement), est une aide annuelle versée sous condition de ressources aux familles qui ont un ou plusieurs enfants scolarisés âgés de six à dix-huit ans. Elle est attribuée pour chaque enfant.

La modulation de son montant en fonction de l'âge de l'enfant, demandée depuis plusieurs années par les familles et les associations qui soulignaient la différence de coût entre une rentrée scolaire en primaire et une rentrée au collège ou au lycée, a été mise en place à la rentrée 2008. Il existe désormais trois tranches de l'allocation de rentrée scolaire : pour un enfant âgé de six à dix ans, celle-ci s'élève à 286,97 euros (à la rentrée 2011) ; pour un enfant âgé de onze à quatorze ans, à 300,66 euros ; pour un enfant âgé de quinze à dix-huit ans, à 311,11 euros.

Cette mesure a, certes, constitué une avance significative, mais **le régime de l'allocation de rentrée scolaire est encore insatisfaisant**. En effet, le coût des frais de rentrée diffère non seulement en fonction du degré d'études (primaire, collège, lycée), mais aussi, lorsque l'enfant est au lycée, en fonction de la voie de formation suivie.

Les formations technologiques et professionnelles sont, par définition, celles qui coûtent le plus cher aux familles car elles nécessitent l'achat de matériels, d'outillages, de vêtements ou d'équipements de sécurité, etc. Or, les statistiques révèlent que ce sont les enfants issus de foyers modestes que l'on retrouve majoritairement dans ces voies de formation. Même si depuis quelques années, les régions participent à l'équipement technique des lycéens, la facture reste bien lourde pour ces familles.

C'est pourquoi, il est ici proposé que, pour l'enfant inscrit au lycée, le montant de l'allocation de rentrée scolaire soit **modulé en fonction de la voie de formation suivie**, à enveloppe constante.

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

Article 59

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2012

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour 2012.

I - Le dispositif proposé

En application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, le présent article fixe à la fois l'objectif de dépenses de l'ensemble de la branche famille et celui, spécifique, du régime général.

Cependant, contrairement aux autres branches, le régime général représente la quasi-totalité - 99 % - des dépenses de l'ensemble de la branche, car la Cnaf retrace dans ses comptes l'ensemble des prestations légales et extralégales servies par les différents organismes, ainsi que leurs dépenses de fonctionnement et leurs charges annexes. En réalité, seuls les avantages familiaux versés par certains régimes spéciaux, qui ont un caractère de complément de salaire, échappent à cette agrégation.

Chaque année, l'objectif de dépenses est fixé en fonction du montant prévisionnel des charges, compte tenu des mesures nouvelles introduites par le projet de loi de financement, de l'évolution prévisible du nombre d'allocataires des prestations familiales, des objectifs des Caf en matière d'action sociale, ainsi que du taux retenu pour la revalorisation des prestations, c'est-à-dire de l'évolution de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF).

L'objectif de dépenses pour 2012 tous régimes s'élève à 57,1 milliards d'euros, soit une augmentation de 2,8 % par rapport à l'objectif 2011. Il tient compte des mesures nouvelles en dépenses prévues aux articles 57 et 58 du projet de loi de financement :

- le relèvement du plafond de ressources du complément de libre choix du mode de garde de la Paje pour les familles monoparentales, dont le coût est évalué à 2 millions d'euros en 2012¹⁰³ ;

¹⁰³ Le coût annuel de la mesure est en réalité évalué à 4 millions, mais celle-ci ne prenant effet qu'à compter de juin 2012, son coût est divisé par deux pour l'année prochaine.

- la majoration de ce même complément pour les parents handicapés, dont le coût serait d'un million d'euros en 2012¹⁰⁴ ;

- la simplification des démarches administratives pour le droit à cette prestation lors de l'accueil d'un nouvel enfant, dont le coût s'élèverait à 6,5 millions d'euros en année pleine¹⁰⁵ ;

- la réforme des règles d'attribution de l'allocation de soutien familial différentielle pour les petites pensions alimentaires, dont le coût est évalué à 120 000 euros pour la première année de mise en œuvre¹⁰⁶.

Sachant que l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac est estimée à 1,7 % pour l'année 2012 et que le rattrapage au titre des années 2010 et 2011 est respectivement de 0 % et de 0,6 %, la revalorisation de la BMAF¹⁰⁷ pourrait, quant à elle, être de 2,3 %.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

S'agissant de l'évolution des dépenses de la branche famille, votre commission rappelle que les transferts de charge opérés vers celle-ci depuis le début des années 2000 ont largement contribué à la dégradation de sa situation financière et à l'apparition d'un déficit structurel. Ainsi, pour l'année 2012, les deux versements au titre des droits familiaux de retraite, l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) d'une part, et la majoration de pension pour les assurés ayant élevé trois enfants et plus d'autre part, se chiffrent à près de 9 milliards d'euros.

Cette mise à contribution de la branche famille pour combler le déficit de financement du système de retraite est d'autant plus problématique que, dans le même temps, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a remplacé une de ses recettes pérennes et dynamiques (0,28 point de CSG) par des ressources aléatoires et condamnées à diminuer (la taxe sur les

¹⁰⁴ Le coût annuel de la mesure, évalué à 2 millions, est divisé par deux pour les mêmes motifs.

¹⁰⁵ Actuellement, environ 110 000 familles bénéficient du CLCMG pour au moins deux enfants. Parmi elles, certaines ne perçoivent pas le CLCMG pendant les quelques mois suivant la naissance du deuxième enfant en raison d'incohérences administratives. En partant de l'hypothèse que 10 % des familles sont concernées par ce problème, l'indu serait de 6,5 millions d'euros en année pleine. D'où le coût de la mesure de simplification administrative prévue à l'article 57 du projet de loi.

¹⁰⁶ Selon la Cnaf, le nombre actuel d'allocataires d'une ASF différentielle s'élève à cinq cents. En considérant que le montant moyen des pensions alimentaires fixées en dessous du montant de l'ASF est de 68 euros, le surcoût de la mesure serait de 120 000 euros lors de la première année de mise en œuvre.

¹⁰⁷ La revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) au 1^{er} janvier de l'année N est égale à l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac pour l'année N corrigée, le cas échéant, de la révision de la prévision d'inflation de l'année N-1 et de l'ajustement entre l'inflation de l'année N-2 et l'inflation définitive constatée pour N-2.

contrats d'assurance maladie, la taxe exceptionnelle sur les réserves de capitalisation, le prélèvement de la CSG sur les contrats multi-supports d'assurance vie. Dès 2013, le manque à gagner de la branche famille résultant de cette opération ne sera compensé que partiellement (2,3 milliards d'euros au lieu de 3,5 milliards).

Votre commission dénonce avec vigueur de tels montages financiers qui fragilisent la structure financière de la branche famille et compromettent tout retour à l'équilibre à court et moyen terme.

En outre, lors des débats à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a annoncé que la perte de recettes résultant de la suppression de l'article 13 du projet de loi¹⁰⁸ sera compensée par le report, au 1^{er} avril 2012, de la revalorisation des prestations familiales qui intervient normalement au 1^{er} janvier de chaque année. Cette mesure fait l'objet de l'article 58 *bis* du présent texte.

Votre commission juge une telle décision inacceptable : le gel de l'ensemble des prestations familiales pendant trois mois pénalisera, une fois de plus, les familles les plus modestes, déjà fragilisées par la situation économique.

Pour ces raisons, elle vous demande de rejeter cet article.

¹⁰⁸ *Relatif à l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité et du complément de libre choix d'activité optionnel.*

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 60

Participation du fonds de solidarité vieillesse au financement du minimum contributif

Objet : Cet article fixe à 3,9 milliards d'euros la participation du FSV au financement du minimum contributif en 2012.

I - Le dispositif proposé

• A compter de 2011, le FSV s'est vu transférer des recettes nouvelles afin de prendre en charge une partie des dépenses jusqu'alors engagées par le régime général et les régimes alignés pour le **minimum contributif**.

Le minimum contributif permet d'améliorer le niveau des pensions les plus modestes, dès lors que les assurés remplissent les conditions d'attribution du taux plein, soit du fait de leur durée d'assurance, soit du fait de leur âge. Au sein du régime général, la proportion des bénéficiaires du minimum contributif s'élève à environ 40 % des pensionnés.

Le coût effectif du minimum contributif n'apparaît pas aujourd'hui dans les comptes des régimes de retraite. Sa détermination suppose des mises à jour des programmes informatiques qui ne pourront pas intervenir rapidement. Le choix a donc été fait d'une participation forfaitaire du FSV, ne couvrant que partiellement le coût réel du minimum contributif.

Pour **2011**, la **participation du FSV** a été établie à **3,5 milliards d'euros**, alors que le montant total du minimum contributif est estimé à 5,9 milliards.

Cette participation correspondait aux recettes nouvelles affectées au FSV en 2011, principalement :

- la totalité de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) additionnelle, soit un montant de près d'un milliard en 2011 ;

- 2,45 points des 6 % du forfait social, soit un montant de l'ordre de 500 millions en 2011 ;

- une fraction égale à 16,7 % du produit de la taxe sur les salaires, soit un montant de près de 2 milliards en 2011.

Cette affectation a été rendue possible par des transferts réalisés à la suite de la mise en place, dans le cadre de la réforme des retraites, de nouvelles ressources issues de prélèvements sociaux (*stock-options*, retraites chapeau, prélèvement sur les revenus du capital) ou d'impôts d'État, et de la modification du calcul des allègements généraux de cotisations sur les bas salaires, désormais effectué sur une base annuelle. Par un circuit de redistribution complexe, les gains supplémentaires qu'elles ont procurés ont essentiellement été dirigés vers le FSV.

• L'article 60 fixe à **3,9 milliards d'euros la participation du FSV au financement du minimum contributif en 2012.**

Ce montant en **progression de 11,4 %** correspond au rendement attendu des recettes précitées.

Il sera réparti entre le régime général (3,4 milliards), le régime des salariés agricoles (400 millions) et celui des professions artisanales, industrielles et commerciales (100 millions).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

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

Article 61

Fixation des prévisions de charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de fixer les prévisions de dépenses du fonds de solidarité vieillesse pour 2012.

I - Le dispositif proposé

En application de l'article L.O. 113-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale doit fixer les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) est à ce jour le seul organisme concerné.

En conformité avec le tableau d'équilibre présenté à l'article 26 du projet de loi, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles du FSV à **18 milliards d'euros pour 2012**. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 l'avait fixé à 21,9 milliards d'euros l'an dernier.

A la suite des observations émises en septembre 2011 par la Cour des comptes sur la nécessité d'éliminer les transferts internes des tableaux d'équilibre, les écritures relatives à la prise en charge des majorations pour enfants sont désormais neutralisées dans les produits et les charges du FSV. Ainsi, dans le compte prévisionnel du FSV, les charges pour 2012 s'élèvent à 22,5 milliards d'euros, dont 4,5 milliards d'euros correspondant aux charges des majorations pour enfants, qui apparaissent à la fois en dépenses et en recettes, sous la forme d'une contribution de la Cnaf.

En neutralisant les majorations pour enfants, comme le demandait la Cour des comptes, **les charges du FSV pour 2012 progressent de 2,3 % par rapport à 2011** (17,6 milliards).

Cette progression modérée repose sur une hypothèse de diminution du chômage.

Plus de la moitié des charges (près de 9,5 milliards d'euros) sont constituées par les **compensations aux régimes de retraite des validations gratuites des périodes de chômage**. Selon les prévisions présentées à la commission des comptes de la sécurité sociale, ces charges devraient se stabiliser en 2012, après avoir fortement progressé en 2009 et 2010. Le Gouvernement table en effet pour 2012 sur une baisse de 90 000 personnes dans le nombre de chômeurs pris en compte pour le calcul de cette compensation, alors que ce nombre avait augmenté de 625 000 personnes sur les années 2009 et 2010.

Outre les majorations pour enfants, neutralisées dans les montants fixés par le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les deux autres postes principaux de dépenses concernent le minimum contributif et le minimum vieillesse.

Comme indiqué à l'article 60, les charges liées au **minimum contributif**, assumées par le FSV depuis 2011, passeront de 3,5 milliards d'euros en 2011 à 3,9 milliards en 2012 (+ 11,4 %).

Les charges liées au **minimum vieillesse** devraient atteindre 3,1 milliards, en progression de 3,6 %.

Enfin, la compensation aux régimes de retraite des **validations gratuites** de trimestres d'assurance **au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité ou d'invalidité**, mises à la charge du FSV depuis le second semestre 2010, s'élèveraient à 1,35 milliard d'euros, en progression de 3,8 %.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Votre commission constate que **les missions du FSV ont été élargies** au fil des années et que **des nouvelles catégories de dépenses ont été mises à sa charge, dont certaines sont appelées à progresser à un rythme soutenu.**

Malheureusement, **le FSV n'a pas été doté en retour de ressources en rapport avec son rôle fondamental de financement, par la solidarité nationale, de la part non contributive des avantages de vieillesse.**

Ainsi, pour ne pas augmenter la CRDS, dont c'était pourtant la vocation, il a été décidé en 2009 de financer les reprises de dettes du FSV par un transfert à la Cades de 0,2 point de CSG précédemment affecté au fonds, privant celui-ci de 2,5 milliards d'euros de recettes. De nouvelles ressources ont été attribuées au FSV en 2011 en accompagnement du transfert de la charge du minimum contributif. Mais la réduction des produits de la CSG n'a jamais été compensée et à compter de 2013, le FSV ne devrait plus recevoir le solde de la contribution sociale de solidarité (C3S) disponible une fois assuré l'équilibre du régime social des indépendants (RSI), compte tenu de la dégradation des perspectives financières de ce régime. **Le FSV se trouve ainsi confronté à une situation de déficit structurel.**

Par ailleurs, les prévisions de dépenses du FSV pour 2012 sont établies sur la base d'une légère diminution des charges de compensation aux régimes de retraite des validations gratuites des périodes de chômage, alors que l'Unedic vient de réviser ses projections pour l'an prochain dans un sens inverse.

Pour ces motifs, la commission vous demande de rejeter cet article.

Section 6

Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 62

(art. L. 114-12-2 du code de la sécurité sociale)

Mutualisation des systèmes d'information dans les missions des organismes de protection sociale

Objet : Cet article vise à permettre la désignation d'un organisme de sécurité sociale « chef de file » dans des actions de mutualisation en matière de systèmes d'information.

I - Le dispositif proposé

Cet article introduit un nouvel article L. 114-12-2 dans le code de la sécurité sociale, afin d'autoriser chacun des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale à être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun à tout ou partie de ces régimes obligatoires en vue de l'accomplissement de leurs missions.

Il peut également s'agir d'un système commun à d'autres organismes, dans le périmètre de ceux participant au répertoire national commun des organismes de protection sociale mentionnés à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire, outre les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, l'assurance chômage, les régimes de retraite complémentaire ou additionnels obligatoires ainsi que les caisses de congés payés.

Cette désignation peut être prévue par une convention conclue entre les organismes concernés et publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale ou, à défaut, par décret.

Il s'agit de donner un cadre légal explicite à ces opérations de mutualisation qui, dans les faits, permettent de réaliser des économies parfois substantielles.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de la commission

Cet article permet de sécuriser juridiquement la conduite d'actions indispensables pour améliorer la gestion et l'efficacité globale des régimes de sécurité sociale.

La commission vous demande de l'adopter sans modification.

Article 62 bis

*(art. L. 114-23, L. 114-24, L. 200-3, L. 224-5 et L. 227-1
du code de la sécurité sociale)*

Création d'un fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale et suppression des conseils de surveillance institués auprès des caisses nationales

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a pour objet, d'une part, de créer un fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale afin de financer des études et des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration du service public de la sécurité sociale, d'autre part, de supprimer les conseils de surveillance institués auprès des caisses nationales.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Selon l'exposé des motifs de l'amendement tendant à l'insertion de cet article, les démarches de modernisation du service public de la sécurité sociale demeurent encore trop éclatées entre les régimes et leurs branches même si chacun d'entre eux est résolument engagé à l'appui de sa convention d'objectifs et de gestion dans des démarches d'optimisation et de performance. Dès lors, il est précisé que les organismes doivent disposer d'outils communs qui font aujourd'hui défaut pour promouvoir les partenariats, innovations et actions communes entre organismes.

A cet effet, il est proposé d'instituer, au 1^o de l'article, dans un nouvel article L. 114-23 du code de la sécurité sociale, **une convention cadre de performance du service public de la sécurité sociale** conclue entre l'Etat et l'ensemble des organismes nationaux de la sécurité sociale.

Cette convention aura pour objectif d'assurer une coordination des actions menées par les organismes de la sécurité sociale dans les domaines de la simplification et de l'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants, d'une part, et de mutualisation entre organismes dans les domaines des systèmes d'information, de l'immobilier, de l'organisation des achats et de la politique des ressources humaines, d'autre part. Cette convention aura également pour but de coordonner la présence territoriale du service public de la sécurité sociale, notamment en milieu rural. Cette

convention devra être signée avant le 1^{er} janvier 2013 pour une durée minimale de quatre ans.

Elle sera transmise aux commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat, dans le but de renforcer la capacité de contrôle et d'expertise du Parlement sur les objectifs stratégiques poursuivis par l'ensemble du service public de la sécurité sociale.

Parallèlement, le Gouvernement propose, au 5^o de l'article, de **supprimer les conseils de surveillance des quatre organismes nationaux du régime général** instaurés par l'ordonnance du 24 avril 1996. Il estime en effet que l'information du Parlement sur la mise en œuvre des différentes conventions d'objectifs et de gestion a été améliorée par la création de l'annexe 2 au PLFSS, issue de la loi organique du 2 août 2005.

Le **fonds de prospective et de performance** dont la création est proposée, avec l'introduction d'un nouvel article L. 114-24 dans le code de la sécurité sociale, aura pour mission de financer les travaux d'études et d'accompagnement à la modernisation présentant un intérêt transversal pour les organismes et régimes de sécurité sociale et à contribuer au financement des dépenses nécessaires pour éclairer et donner suite aux conclusions des missions de contrôle et d'évaluation.

Selon le Gouvernement, son action en matière de performance, de rationalisation et d'amélioration du fonctionnement des organismes aura vocation à engendrer de substantielles économies de gestion. Il est envisagé de doter le fonds d'un **budget annuel de 5 millions d'euros** prélevés sur le budget de gestion administrative des organismes.

Toujours d'après le Gouvernement, les économies produites par les travaux du fonds seront mesurables à partir de la deuxième année de fonctionnement ; elles sont estimées à 30 millions en 2013, puis à 50 millions les années suivantes.

Il est prévu, au 2^o que l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss) assurera la gestion administrative et comptable du fonds afin, selon l'exposé des motifs de l'amendement, *« de ne pas engendrer les coûts supplémentaires qu'aurait occasionnés la création d'une structure supplémentaire »*.

Les 3^o et 4^o effectuent des coordinations liées à la suppression des conseils de surveillance.

Il est enfin précisé que la première convention devra être signée avant le 1^{er} janvier 2013.

II - La position de la commission

En période de lourd déficit des comptes sociaux, il ne paraît pas raisonnable de mettre en place un nouveau fonds, alimenté par les budgets de gestion des différentes caisses nationales du régime général, pour effectuer des

travaux d'évaluation et d'analyse de performance dans des domaines où de nombreuses possibilités existent déjà.

Pour la gestion immobilière, les achats, les ressources humaines, mentionnés à cet article, l'Ucanss est déjà chargée de mener des opérations de mutualisation.

De même, sans qu'il soit besoin d'une structure spécifique, les différentes caisses du régime général conduisent déjà en commun un grand nombre de réflexions ainsi que diverses opérations de mutualisations.

Lors de l'examen des projets de loi de financement pour 2010 et 2011, le Sénat avait refusé, à la quasi-unanimité, la création d'un fonds de la performance qui avait pratiquement le même objet que le fonds de prospective et de performance prévu au présent article.

Votre commission était en effet peu convaincue de l'intérêt du dispositif. Les arguments avancés cette année à l'appui de cet article étant exactement les mêmes que l'année dernière, votre commission ne peut que renouveler ses interrogations.

Les ambitions portées par cet article, en réalité assez modestes, justifient-elles la création d'un fonds *ad hoc* ? La mise en commun des diagnostics et le rapprochement des pratiques requièrent-ils davantage que la volonté de travailler ensemble ? Est-il vraiment opportun, au moment où les caisses de sécurité sociale connaissent un déficit historique, de les priver d'une partie de leurs ressources pour financer des études et des audits qui ne les concerneraient pas forcément directement ?

La commission ne le croit toujours pas et vous demande donc de supprimer cet article.

Elle s'interroge également sur la façon détournée employée par le Gouvernement pour supprimer les conseils de surveillance de la Cnam, de la Cnaf, de la Cnav et de l'Acoss, sans même que la question n'ait été explicitement abordée à l'Assemblée nationale : l'amendement, déposé tardivement, n'a pas été examiné en commission, la ministre n'en a pas parlé en le présentant et le rapporteur ne l'a pas mentionné non plus dans l'avis personnel qu'il a alors rendu. Or, il s'agit d'instances, présidées par des parlementaires, dans lesquelles ceux-ci peuvent exercer leur pouvoir de contrôle. Même si le bilan des conseils de surveillance peut faire l'objet d'appréciations nuancées, il n'est pas normal que leur suppression se soit faite sans discussion.

Pour cette raison aussi, la commission réitère sa demande de supprimer cet article.

Article 62 ter

(art. L. 123-2-4 du code de la sécurité sociale)

**Approbation des rémunérations des dirigeants
des caisses nationales de sécurité sociale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a pour objet de soumettre à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale la rémunération et les accessoires de rémunération des directeurs des organismes nationaux de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article introduit l'article L. 123-2-4 dans le code de la sécurité sociale, afin de prévoir que la rémunération et les accessoires de rémunération des directeurs des organismes nationaux qui assurent la gestion d'un régime obligatoire de base de sécurité sociale sont soumis, au moment du recrutement de ces directeurs, à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale.

Il est également spécifié que les modifications apportées à ces rémunérations et accessoires de rémunération sont soumis dans les mêmes conditions à cette approbation.

Un arrêté devra fixer la liste des organismes nationaux et des sections professionnelles concernés par cet article.

Dans cette liste ne figureront pas les directeurs des organismes constitués sous la forme d'un établissement public puisque ceux-ci sont déjà soumis à des dispositions similaires. En revanche, les dirigeants des caisses nationales du régime général, du RSI ou de la MSA, ceux des régimes spéciaux ainsi que des sections professionnelles de la CNAVPL y seront.

Selon l'exposé des motifs du Gouvernement, il s'agit de faire en sorte que les dirigeants de services « *essentiels pour le maintien des équilibres au sein de notre société* » soient « *éthiquement irréprochables* » notamment en termes de rémunérations. Il précise aussi que, dans un contexte de crise économique sans précédent, cet impératif répond à la nécessité de réaliser des efforts de maîtrise et de rigueur de gestion.

II - La position de la commission

L'inscription dans le code de la sécurité sociale d'une telle disposition, qui devrait toutefois s'appliquer naturellement, paraît effectivement fondée.

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

Article 62 quater
(art. L. 224-5 du code de la sécurité sociale)

Extension du rôle de l'union des caisses nationales de sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'élargir le rôle de centrale d'achat de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss).

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 101 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a complété l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale afin d'autoriser l'Ucanss à exercer la fonction de centrale d'achat pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Acoss ou des organismes locaux.

Cette disposition a permis une rationalisation et une optimisation des achats et, au total, amélioré la performance du régime général.

L'Ucanss a, par exemple, organisé l'achat centralisé de prestations de métrage des immeubles, à la demande des branches famille et recouvrement, ce qui a représenté une économie évaluée à 60 % au regard du prix des mêmes prestations si elles avaient été achetées localement.

Le présent article propose de compléter l'article L. 224-5 afin d'étendre à d'autres régimes que le régime général la possibilité pour l'Ucanss d'être centrale d'achat. Cela signifie que le RSI ou la MSA ou d'autres régimes encore pourront bénéficier des économies issues d'opérations de mutualisation des achats.

II - La position de la commission

Approuvant cette mesure de bonne gestion, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article additionnel avant l'article 63
**Supprimer la contribution à l'aide juridique
pour les contentieux de sécurité sociale**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de supprimer la contribution de 35 euros pour l'aide juridique en matière de contentieux de sécurité sociale.

Le collectif budgétaire de juillet 2011 a créé une contribution de 35 euros à verser lorsqu'une procédure judiciaire est introduite en matière civile, commerciale, prud'homale, sociale ou rurale.

Cette contribution est particulièrement choquante en matière de sécurité sociale ou d'incapacité. Elle a en outre un impact sur les finances sociales puisque les organismes ou les établissements de santé peuvent être eux-mêmes amenés à introduire des recours pour lutter contre la fraude ou recouvrer des créances.

Or, l'article 31 de la loi n° 46-2339 du 24 octobre 1946 dispose que les procédures contentieuses en matière de sécurité sociale sont gratuites et sans frais. C'est d'ailleurs ce qu'a rappelé une circulaire du ministère de la justice du 30 septembre 2011 qui indique que ne sont pas concernées par la contribution de 35 euros les procédures devant le tribunal de sécurité sociale et le tribunal du contentieux de l'incapacité, ainsi que devant les instances d'appel ou de contentieux.

La commission propose donc de supprimer explicitement l'assujettissement des contentieux de sécurité sociale à cette contribution afin d'éviter tout doute dans l'application de la loi.

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

Article 63

*(art. L. 114-17, L. 133-4, L. 162-1-14, L. 162-1-14-2, L. 355-3, L. 723-13
et L. 815-11 du code de la sécurité sociale, L. 262-52
du code de l'action sociale et des familles)*

**Harmonisation des dispositions relatives aux pénalités et sanctions
financières prononcées par les organismes de sécurité sociale**

Objet : Cet article a pour objet de simplifier et d'harmoniser le régime des pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale ainsi que d'unifier leur contentieux devant le tribunal des affaires sociales.

I - Le dispositif proposé

Comme le souligne l'étude d'impact annexée au projet de loi, certaines dispositions relatives aux pénalités financières que les organismes de sécurité sociale peuvent prononcer en cas de non respect des prescriptions du code de la sécurité sociale ne sont pas écrites de la même manière pour les branches famille et vieillesse (art. L.114-17 du code de la sécurité sociale) et pour la branche maladie (art. L.162-1-14 et suivants du même code), ce qui entraîne **des complications de gestion notamment pour les caisses qui gèrent plusieurs risques**, comme les caisses de mutualité sociale agricole et celles relevant du RSI. En outre, les modalités de recouvrement de la pénalité peuvent différer de celles des indus.

Ces dispositions nécessitent donc d'être précisées et harmonisées aussi bien pour des raisons de clarté juridique, de simplification et d'économies de gestion, que pour faire progresser le recouvrement des sanctions financières.

• Sur les contentieux

Les personnes ou organismes qui méconnaissent les dispositions du code de la sécurité sociale peuvent se voir appliquer une pénalité financière en application des articles L. 114-17, L. 162-1-14, L. 162-1-14-1et L. 162-1-14-2. La pénalité financière est contestable devant le tribunal administratif, leur recouvrement l'est devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass).

Ces mêmes inobservations du code de la sécurité sociale peuvent donner lieu à une demande par la caisse de sécurité sociale de remboursement des sommes indûment perçues dont la contestation relève du Tass.

En conséquence, les justiciables qui entendent 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 **deux actions contentieuses devant deux juridictions différentes**, d'où une grande complexité pour faire valoir leurs droits, des risques d'erreurs de saisine des bonnes juridictions, un allongement des délais de jugements et des frais de

contentieux multipliés. Il en est de même pour les organismes de sécurité sociale.

Aussi, **l'unification de la procédure contentieuse au profit du tribunal des affaires de sécurité sociale**, qui relève de la loi, permettrait aux justiciables de mieux faire valoir leurs droits en cas de contestation de décisions qui leur sont opposées et constituerait, pour les organismes de sécurité sociale, **une mesure de simplification et d'économie de gestion**. Cette unification serait conforme à la jurisprudence du Conseil constitutionnel au terme de laquelle *« lorsque l'application d'une législation ou d'une réglementation spécifique pourrait engendrer des contestations 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. »*¹⁰⁹

• Sur la prescription de l'action en recouvrement de la pénalité

Les textes en vigueur 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, et il apparaîtrait plus lisible de prévoir que l'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de payer par le directeur de l'organisme concerné.

• Sur le recouvrement des pénalités et des sanctions financières

Les textes en vigueur prévoient que la pénalité peut être recouvrée en cas de non paiement par délivrance d'une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le TASS, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Pour limiter les risques de contentieux liés au non paiement de la pénalité ou de la sanction et faciliter leur règlement, un échelonnement de leur paiement par application de la compensation du code civil serait de nature à y remédier, notamment lorsque la pénalité est d'un montant important.

• Sur les pénalités prononcées par les directeurs des organismes d'assurance maladie

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive (III de l'article L.162-1-14) dans un délai fixé à trois ans par voie réglementaire (III de l'article R. 147-5). Le renvoi à une fixation du délai par voie réglementaire n'est pas prévu pour les pénalités prononcées par les organismes

¹⁰⁹ Décisions n° 86-224 DC du 23 janvier 1987, n°2010-71, QPC du 26 novembre 2010.

chargés de la gestion des prestations familiales ou d'assurance vieillesse, ce qui en complique l'application. Par ailleurs, pour ces derniers, la prescription des faits donnant lieu au prononcé de la pénalité est de cinq ans, en application de l'article 2224 du code civil.

Aussi, afin de remédier aux disparités ainsi décrites, le présent article prévoit :

1°) Le transfert des contentieux des pénalités aux TASS, compétents par ailleurs pour les contestations relatives au recouvrement des indus lié à l'inobservation de la réglementation et celles concernant le recouvrement de la pénalité. La disposition sera applicable aux instances introduites à compter de l'entrée en vigueur de la loi ;

2°) 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 concerné et une prescription de cinq ans des faits pouvant donner lieu à l'application d'une pénalité, en application de l'article 2224 du code civil ;

3°) La possibilité pour les caisses de recouvrer les pénalités ou sanctions financières sur les prestations ou versements ultérieurs que la caisse fait à l'intéressé par application de la compensation du code civil et pour les assurés et allocataires selon les mêmes dispositions que celles prévues pour les indus ;

4°) une harmonisation :

- des articles L.114-17 et L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L.262-52 du code de l'action sociale et des familles sur le doublement de la pénalité en cas de récidive avec celles prévues pour les organismes d'assurance maladie ;

- de l'article L.133-4 relatif aux indus sur les dispositions en vigueur pour les pénalités financières (majoration de 10 % du montant des indus non réglés à la date d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure et non à la date de son envoi).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre des amendements de précision rédactionnelle, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements importants :

- le premier renvoie, pour le recouvrement des pénalités, aux dispositions existant pour le recouvrement des indus en listant l'ensemble des articles concernés par le recouvrement de ces derniers dans le code de la sécurité sociale et les autres codes ;

- le second vise à harmoniser les délais de prescription de l'action en recouvrement en cas de fraude ou de fausse déclaration, quelles que soient les prestations versées.

III - La position de la commission

Grâce à l'élimination des doubles contentieux, il est prévu que cet article permette aux organismes de sécurité sociale de réaliser environ 4 millions d'euros d'économies.

Ces mesures de simplification et d'harmonisation étant bienvenues, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 63 bis

(art. L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles)

Définition de la situation d'isolement

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à mieux définir le critère d'isolement afin de limiter les cas de fraude à la majoration du revenu minimum garanti.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

• La majoration pour isolement du « RSA socle »

Créé par la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008, le revenu de solidarité active (RSA) se décompose en deux niveaux :

- le RSA de base ou « RSA socle », qui correspond à l'ancien revenu minimum d'insertion (RMI), est un revenu minimum garanti destiné à offrir des moyens convenables d'existence à toute personne privée de ressources ;

- le RSA activité ou « RSA chapeau », en complétant les ressources des personnes qui reprennent une activité professionnelle, est une incitation à la reprise d'un emploi.

Le barème du « RSA socle » fait l'objet d'une **majoration spécifique** pour les personnes seules, veuf(ve)s, ou séparé(e)s ayant des enfants à charge âgés de moins de vingt-cinq ans. Cette majoration pour isolement a remplacé l'ancienne allocation de parent isolé (API).

L'application de la majoration pour isolement se déclenche à compter du mois au cours duquel survient l'un des événements suivants : déclaration de grossesse, naissance d'un enfant, prise en charge d'un enfant, séparation, veuvage, dépôt de la demande si l'évènement est antérieur.

Elle peut être accordée pendant douze mensualités, continues ou discontinues, dans la limite d'un délai de dix-huit mois à compter de l'évènement générateur ou du dépôt de la demande ; cette durée est prolongée jusqu'à ce que le plus jeune enfant ait atteint trois ans.

Montant du « RSA socle » en 2011

(en euros)

Foyer	Nombre d'enfants de moins de 25 ans (ou personnes à charge)				Enfant ou personne à charge supplémentaire
	Pas d'enfant	1 enfant	2 enfants	3 enfants	
Seul Sans aide au logement	467	700	841	1 027	187
Seul Avec aide au logement	411	588	702	888	
Couple Sans aide au logement	700	841	981	1 167	
Couple Avec aide au logement	588	702	842	1 029	

• La définition de la situation d'isolement

En application de l'article L. 262-9 du code de la sécurité sociale, la définition de la personne isolée repose sur un critère de vie maritale : *« est considérée comme isolée une personne veuve, divorcée, séparée ou célibataire, qui ne vit pas en couple de manière notoire et permanente ».*

Or, il s'avère que cette définition est trop restrictive et ne permet pas de détecter suffisamment efficacement les cas de fraude.

En conséquence, le présent article, issu d'un amendement gouvernemental, propose d'**ajouter au critère de vie maritale la notion d'isolement économique** : *« est considérée comme isolée une personne veuve, divorcée, séparée ou célibataire, qui ne vit pas en couple de manière notoire et permanente et qui notamment ne met pas en commun avec un conjoint, concubin ou partenaire de pacte civil de solidarité ses ressources et ses charges ».*

II - La position de la commission

Cette nouvelle définition devrait faciliter les contrôles contre la fraude à l'isolement en permettant aux Caf de mener toutes les vérifications nécessaires pour démontrer un lien économique entre une personne ayant des enfants à charge, qui se dit isolée, et son conjoint ou concubin.

Pour rappel, la Cnaf considère qu'un tiers des fraudes est lié au critère d'isolement, ce qui représenterait entre 160 et 300 millions d'euros par an, au regard des évaluations annuelles de la fraude à la branche famille.

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

Article 63 ter
(art. L. 333-1 du code de la consommation)
**Dettes frauduleuses commises au préjudice
des organismes de protection sociale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à exclure les dettes frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale de toute possibilité d'effacement dans le cadre des procédures de surendettement.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Aux termes de l'article L. 333-1 du code de la consommation, trois catégories de dettes du débiteur ne peuvent faire l'objet d'aucune remise, d'aucun rééchelonnement et d'aucun effacement dans le cadre de la procédure de traitement des situations de surendettement des particuliers :

- d'une part, **les dettes alimentaires**. Cette notion renvoie à celle d'obligation alimentaire, au sens du code civil, et couvre de manière générale les dettes permettant de satisfaire les besoins élémentaires des personnes ;
- d'autre part, **les réparations pécuniaires** allouées aux victimes dans le cadre d'une condamnation pénale. Il s'agit des sommes versées dans le cadre de procédures devant le juge pénal avec constitution de partie civile ;
- enfin, les **amendes** prononcées dans le cadre d'une condamnation pénale.

Le présent article propose d'y ajouter une **quatrième catégorie : les dettes frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale**¹¹⁰.

L'origine frauduleuse de la dette est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale. Depuis 2006, ces organismes ont en effet le pouvoir de qualifier une fraude et d'infliger des sanctions lorsque celle-ci est avérée.

II - La position de la commission

Le nombre d'indus frauduleux pouvant potentiellement être qualifiés comme tels par les organismes de protection sociale est estimé à 200 000. Au regard de ce chiffre, il importe que les dettes frauduleuses commises à l'encontre de ces organismes ne puissent bénéficier des possibilités de remise,

¹¹⁰ Les organismes de protection sociale mentionnés à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale sont les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et Pôle emploi.

d'échelonnement ou d'effacement prévues par les procédures de surendettement.

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

Article 63 quater

(art. L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale)

Elargissement du périmètre des données contenues dans le répertoire national commun de la protection sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, propose d'élargir le périmètre des données figurant dans le répertoire national commun de la protection sociale au montant des prestations en espèces servies par les organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

● L'article 138 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 114-12-1 relatif à la création d'un fichier interbranches et interrégimes des assurés sociaux et bénéficiaires de la sécurité sociale, dont l'objectif est à la fois de renforcer la lutte contre la fraude et de permettre la simplification des démarches administratives.

Ce **répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS)** est commun aux organismes chargés d'un régime obligatoire de la sécurité sociale, aux organismes de recouvrement, à Pôle emploi et aux caisses assurant le service des congés payés. En 2010, la loi portant réforme des retraites a élargi son accès aux organismes gestionnaires de prestations complémentaires obligatoires en matière de retraite.

Le répertoire a vocation à regrouper les données d'identification des assurés (numéro de sécurité sociale et données d'état civil), les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement aux différents organismes qui leur servent des prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi que l'adresse déclarée pour leur versement. **Ses informations et données peuvent être transmises par voie électronique.**

En l'état actuel du droit, les données relatives aux prestations pouvant figurer dans le RNCPS sont les suivantes : la nature du droit, la date d'effet et l'adresse de versement. **Le montant des prestations, quant à lui, n'apparaît pas dans ce répertoire.**

• Dans le cadre de sa politique d'intensification de la lutte contre la fraude, **le Gouvernement souhaite élargir le périmètre des données contenues dans le RNCPS au montant des prestations en espèces servies par les organismes de sécurité sociale**, ce que prévoit le présent article.

En revanche, les prestations en nature de l'assurance maladie¹¹¹, qui comportent des données médicales personnelles, ne sont pas concernées par cette mesure.

Il est, par ailleurs, prévu que celle-ci soit effective avant la fin de l'année 2012.

II - La position de la commission

Votre commission estime que l'élargissement du périmètre des données contenues dans le RNCPS doit être assorti de toutes les garanties en termes de sécurité et de confidentialité.

C'est pourquoi, elle a adopté un **amendement** prévoyant que cette mesure est mise en œuvre après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 63 quinquies

(art. L. 114-12-3 (nouveau) du code de la sécurité sociale)

Déchéance du droit aux prestations sociales perçues en cas d'obtention frauduleuse d'un numéro de sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, prévoit la déchéance du droit aux prestations sociales perçues par le biais d'un numéro de sécurité sociale obtenu frauduleusement.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article vise à clarifier les conséquences de l'obtention frauduleuse d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (plus communément appelé numéro de sécurité sociale) à l'appui de fausses déclarations ou de faux documents.

¹¹¹ En matière d'assurance maladie, il convient de distinguer les prestations en nature (soins médicaux, dentaires, médicaments, etc.) des prestations en espèces (indemnités journalières).

Il introduit un nouvel article L. 114-12-3 dans le code de la sécurité sociale qui prévoit, dans un tel cas :

- **la déchéance immédiate du droit à l'ensemble des prestations** servies ou prises en charge précédemment par les organismes de sécurité ;

- **le réexamen par ces organismes des droits du bénéficiaire** en vue de récupérer les prestations indues dans les limites de la prescription de l'action en recouvrement, qui est de cinq ans à compter de la découverte de la fraude.

Le service en charge du répertoire national d'identification des personnes physiques, c'est-à-dire l'Insee ou le service administratif d'immatriculation des assurés (Sandia), procède alors à l'annulation du numéro de sécurité sociale frauduleusement obtenu.

II - La position de la commission

Votre commission approuve sur le fond cet article, mais fait observer que sa rédaction, issue d'un amendement du Gouvernement plusieurs fois sous-amendé par celui-ci en séance publique, est loin d'être satisfaisante.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 63 sexies

(art. L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale)

Extension du champ d'application de la procédure de suspension du versement des prestations sociales

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à étendre le champ d'application de la procédure de suspension du versement des prestations sociales.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Aux termes de l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale, la non-présentation par le demandeur d'une prestation sociale des pièces justificatives entraîne la suspension :

- soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret à deux mois ;

- soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées.

Or, il s'avère que le seul motif de non-présentation des pièces justificatives demandées est insuffisant au regard de certains agissements frauduleux.

C'est pourquoi, le présent article étend le champ d'application de la procédure mentionnée ci-dessus à **deux cas** :

- la présentation de faux documents ou de fausses informations ;
- l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale.

Il convient de préciser que les dispositions de l'article L. 161-1-4 s'appliquent à l'ensemble des prestations servies par les organismes de protection sociale.

II - La position de la commission

Votre commission prend acte de la volonté du Gouvernement de renforcer les dispositifs anti-fraude, parmi lesquels la procédure de suspension du versement des prestations sociales.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 64

*(art. L. 376-1, L. 376-4, L. 376-5, L. 454-1, L. 454-2 et L. 454-3
du code de la sécurité sociale)*

Dispositions relatives aux recours contre tiers

Objet : Cet article a pour objet de renforcer la sanction du défaut d'information des caisses de sécurité sociale par l'assureur du tiers responsable d'un accident.

I - Le dispositif proposé

Lorsqu'une personne subit des lésions corporelles dont la responsabilité incombe à un tiers, la sécurité sociale l'indemnise immédiatement en lui versant diverses prestations : prise en charge des frais de soins ou d'hospitalisation, versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Elle indemnise donc l'assuré à la place du tiers responsable ; ce dernier ne se trouve toutefois pas dégagé de son obligation de réparer le dommage causé à la victime, au nom du principe de la responsabilité civile posé par le code civil.

Les organismes de sécurité sociale sont donc habilités, comme les autres tiers payeurs que sont l'Etat, les assureurs ou les employeurs, à récupérer, sur l'indemnité que le tiers responsable ou sa compagnie d'assurance doit verser à la victime, pour chaque poste de préjudice, les sommes qu'ils ont versées à cette dernière au titre du dommage subi.

Mais pour récupérer les sommes versées, les organismes de sécurité sociale doivent avoir connaissance de l'accident, par l'intermédiaire de l'assureur de la victime ou du tiers responsable.

Les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale prévoient que la personne victime, le tiers responsable et son assureur - qui doit verser les indemnités à la victime - ainsi que les établissements de santé, sont tenus d'informer la caisse de sécurité sociale de la victime en cas de lésions causées par un tiers. Une sanction est prévue pour l'assureur du tiers responsable qui ne déclare pas l'accident : elle consiste en une majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire de gestion, dont le montant est compris entre 48,50 euros et 490 euros, soit un montant dérisoire, nullement dissuasif.

Par ailleurs, certains organismes d'assurance peuvent transiger avec l'assuré, sans informer sa caisse de sécurité sociale, notamment lorsque les dommages corporels sont peu importants. Dans les faits, 85 % à 95 % des indemnités par les assureurs se règlent par une transaction. Dans ce cas, l'organisme de sécurité sociale n'est pas en mesure de récupérer les sommes versées et aucune sanction n'est prévue à l'encontre de l'assureur.

Afin d'améliorer les signalements à l'assurance maladie par les assureurs, le présent article prévoit au **paragraphe II** qui introduit un nouvel article L. 376-3-1 dans le code de la sécurité sociale :

- que lorsque l'assureur a conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation d'information de la caisse de sécurité sociale de la victime de l'accident, **il ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance** et il doit lui verser, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire, **une pénalité** fonction du montant des sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu ;

- que si l'assureur transige avec un assuré, il doit informer la caisse de sécurité sociale de ce dernier. S'il ne respecte pas cette obligation, il ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance et doit verser à l'organisme de sécurité sociale la même indemnité que celle prévue précédemment. Une seule indemnité est due pour un même sinistre ;

- que la contestation de la décision de l'organisme de sécurité sociale relative au versement de l'indemnité relève du **contentieux de la sécurité sociale**.

Le **paragraphe IV** qui insère un article L. 454-2 dans le code de la sécurité sociale, prévoit les mêmes dispositions dans les cas d'accidents du travail.

Les **paragraphes I et III** effectuent des coordinations.

Les modalités d'application de cet article seront définies par décret en Conseil d'Etat.

Cette mesure a été proposée par l'assurance maladie dans son rapport sur les charges et produits de juillet 2011 ; il s'agissait de la proposition 24

proposant d'améliorer les signalements avec notamment des pénalités plus dissuasives, dans le cadre plus général d'un plan d'amélioration de l'efficacité des recours contre tiers.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, outre une modification rédactionnelle, quatre amendements tendant à :

- **supprimer la référence au seul assureur du tiers responsable** qui peut poser problème dans certains régimes de responsabilité. En effet, dans le cadre de la convention « Irca » (indemnisation et recours corporel automatique), qui règle certains dommages corporels liés aux accidents de la circulation, c'est l'assureur de la victime qui transige avec la victime, puis, dans un second temps, l'assureur du tiers responsable verse à l'assureur de la victime les sommes réglées par ce dernier. Il convient en conséquence de faire référence à « l'assureur », et non au seul assureur du tiers responsable. A défaut, l'assureur du tiers responsable pourrait faire valoir qu'il n'est pas redevable de la pénalité au motif qu'il n'est pas celui qui a transigé avec la victime ;

- **permettre aux caisses d'assurance maladie d'exiger le versement du remboursement des dépenses à servir sous forme d'un capital plutôt qu'un versement sous forme de rente.** En effet, en cas d'accident causé par un tiers, l'organisme de sécurité sociale peut verser à la victime des prestations de long terme, comme une rente accident du travail ou une pension d'invalidité. Dans la plupart des cas, ces prestations sont versées à l'assuré sous forme de rente. Actuellement, l'organisme de sécurité sociale a la possibilité de réclamer auprès du tiers responsable la conversion de ces prestations de long terme en capital. Mais les organismes de sécurité sociale ne peuvent exiger le versement immédiat du capital, sauf accord du tiers. Ils perçoivent donc le plus souvent le remboursement des arrérages au fur et à mesure de leurs débours. Ce mode de remboursement prolonge la durée de vie des dossiers qui ne peuvent pas être clôturés tant que l'organisme verse les prestations précitées, complexifie la gestion quotidienne des dossiers et entraîne des coûts de gestion supplémentaires.

III - La position de la commission

Cette mesure permettra à l'assurance maladie de mieux recouvrer les sommes qui lui sont dues et qu'elle a actuellement parfois du mal à identifier ou retracer. Elle lui facilitera aussi la gestion administrative de ces dossiers. Elle attend d'ailleurs une recette supplémentaire d'environ **100 millions d'euros** au titre de cet article.

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

Article 65

(art. L. 114-11 du code de la sécurité sociale)

**Echanges d'informations entre les organismes
de sécurité sociale et les consulats**

Objet : Cet article vise à organiser le cadre des échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires.

I - Le dispositif proposé

Actuellement, les échanges d'informations entre les consulats et les organismes de sécurité sociale sont ponctuels et interviennent dans le cadre général du droit à la communication.

Seule la caisse des Français de l'étranger dispose de prérogatives plus importantes pour recueillir auprès des autorités consulaires toutes les informations nécessaires à l'exercice de son contrôle, en application de l'article L. 766-1-2 du code de la sécurité sociale.

Pour réaliser des contrôles et lutter contre la fraude, il paraît nécessaire, par exemple en cas de décès ou de remboursement de soins reçus à l'étranger, d'intensifier les échanges d'informations.

C'est dans ce but que le présent article complète l'article L. 111-4-11 du code de la sécurité sociale afin de préciser que, dans l'exercice de leurs missions, les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires se communiquent toutes informations utiles pour :

- l'appréciation et le contrôle par les organismes de sécurité sociale des conditions d'ouverture ou de service des prestations versées ;

- le recouvrement des créances détenues par ces organismes ;

- les vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français. Il s'agit là de permettre une amélioration du contenu des vérifications sur la couverture maladie des demandeurs de visas de court séjour lors de l'instruction des demandes par les autorités consulaires.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a précisé le périmètre des organismes habilités à échanger des informations avec les organismes de sécurité sociale, en y intégrant les différents services et établissements relevant du ministère des affaires étrangères et européennes.

En effet, ce ministère, les consulats ainsi que l'agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE) versent des aides sociales ou sont amenés à intervenir dans le cadre du versement de ces aides. L'AEFE,

établissement public mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation, aide notamment les familles des élèves français ou étrangers à supporter les frais de scolarité et accorde des bourses scolaires à des enfants scolarisés dans des écoles et des établissements français à l'étranger.

Pour toutes ces aides sociales, il est prévu que des demandes d'informations pourront aussi être adressées aux organismes de sécurité sociale, en particulier aux caisses d'allocations familiales, qui n'ont pas actuellement de base légale pour y répondre.

III - La position de la commission

Approuvant cette mesure d'amélioration des échanges entre administrations, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 65 bis

(art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale)

Conditions de délai et principe de gratuité pour les communications de documents entre organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de fixer le délai maximal de communication de documents entre organismes de sécurité sociale et de poser le principe de la gratuité de cette communication.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale a institué un droit de communication au profit des agents des organismes de protection sociale. Il leur permet d'obtenir des informations et des documents auprès d'un certain nombre de structures, en particulier les établissements bancaires, sans que le secret professionnel puisse leur être opposé. Ce droit de communication a sensiblement renforcé les pouvoirs d'investigation des agents de contrôle et facilité la détection des fraudes.

En pratique toutefois, l'exercice du droit de communication se heurte à quelques difficultés : la non-réponse des tiers saisis, un délai de réponse conséquent ou encore la facturation des frais engagés.

Si l'article 116 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a instauré une sanction en cas de refus de déférer à une telle demande, sous la forme d'une amende de 7 500 euros, rien n'est encore prévu pour le cas des réponses tardives ou payantes.

Le présent article propose donc de compléter l'article L. 114-19 afin de fixer un délai de réponse obligatoire de trente jours suivant la réception de la demande et d'imposer le principe de la gratuité de la communication des documents et informations.

II - La position de la commission

Considérant ces précisions utiles, **la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

Article 66

*(art. L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale
et L. 8221-3 du code du travail)*

Radiation des travailleurs non-salariés sans activité

Objet : Cet article a pour objet de mettre en place une procédure de radiation des travailleurs non-salariés du régime social des indépendants et d'en tirer les conséquences dans la définition de l'incrimination de travail dissimulé par dissimulation d'activité.

I - Le dispositif proposé

Selon le régime social des indépendants (RSI) et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), plusieurs dizaines de milliers de comptes de travailleurs indépendants concernent des personnes qui ont cessé leur activité sans avoir procédé à l'ensemble des formalités nécessaires pour demander leur radiation auprès des organismes de sécurité sociale.

Cette situation entraîne l'assujettissement injustifié à des cotisations sociales de nombreuses personnes, le maintien d'écritures comptables erronées dans les livres du régime et parfois même l'engagement de procédures de recouvrement inutiles à l'encontre des intéressés. Elle peut en outre exposer ceux-ci à des poursuites pour travail dissimulé.

Afin de mettre un terme à cette situation, le présent article autorise, dans des conditions strictement définies et en offrant la possibilité à l'assuré de s'y opposer, l'initiation d'une procédure de radiation définitive des cotisants sans activité réelle.

C'est l'objet du **paragraphe I** de l'article qui introduit un nouvel **article L. 133-6-7-1** dans le code de la sécurité sociale à cet effet. Il dispose qu'à défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires 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 formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire définie par décret en Conseil d'Etat. L'organisme qui prononce cette radiation en informe les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité.

Le **paragraphe II** complète le 2° de l'article L. 8221-3 du code du travail afin d'indiquer que resteront passibles d'une sanction pour travail dissimulé les assurés qui auraient une activité non déclarée après cette radiation, même lorsque la radiation aura été réalisée à l'initiative des organismes de sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre une modification rédactionnelle, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements pour :

- déterminer la date à laquelle prend effet la radiation : elle pourrait être, comme pour les autres indépendants, la date de la cessation de l'activité, ici fixée au terme de la dernière année pour laquelle des revenus ont été produits ;

- préciser que lorsque le travailleur indépendant concerné est inscrit à un ordre professionnel, celui-ci doit être informé de sa cessation d'activité. En effet, les ordres ont parfois accès tardivement à ce type d'information et ne peuvent prendre les décisions qui en découlent ;

- préciser la rédaction initiale de l'article qui pourrait laisser penser qu'il n'y a dissimulation d'activité postérieurement à une radiation que lorsque cette radiation a été effectuée dans le cadre de la procédure créée par le présent article. Or, d'autres radiations, bien plus fréquentes, procèdent de la cessation officielle d'activité. Il faut donc préciser que la dissimulation résulte « notamment » du cas où un indépendant continuerait à avoir une activité après avoir été radié dans le cadre de cette procédure, indiquant par là que ce cas n'est pas le seul.

III - La position de la commission

Cette mesure, de bonne gestion, permettra de supprimer de nombreux comptes inactifs dans les fichiers des travailleurs indépendants et d'éviter l'envoi de plusieurs centaines de milliers de documents inutiles par an.

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

Article 66 bis

(art. L. 243-3-2 du code de la sécurité sociale)

Responsabilité solidaire des dirigeants en cas de travail dissimulé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de mettre en place en matière sociale, à l'image de ce qui existe en matière fiscale, une responsabilité solidaire des dirigeants de société en cas de fraude de travail dissimulé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le dispositif de traitement des infractions de travail dissimulé a été complété au cours des dernières années. En particulier, la responsabilité du donneur d'ordre a été renforcée et une procédure d'opposition à tiers détenteur a été mise en place. Il apparaît pourtant que dans la majorité des dossiers ayant donné lieu à l'établissement de procès-verbaux de travail dissimulé, les sociétés concernées ne s'acquittent pas des cotisations chiffrées.

En effet, dans la plupart des cas, l'exploitation de ces procès-verbaux conduit à une déclaration de cessation de paiements ou à une assignation en liquidation judiciaire à l'initiative de l'Urssaf. Or, la quasi-intégralité de ces procédures de liquidation judiciaire aboutit à une clôture pour insuffisance d'actif, privant ainsi l'organisme de toute possibilité de recouvrement.

En matière de fraude fiscale, en vertu de l'article L. 267 du livre des procédures fiscales, la situation est différente car les dirigeants et gérants de société peuvent se voir déclarés solidairement responsables du paiement des sommes éludées par le président du tribunal de grande instance.

Le présent article propose qu'en matière sociale aussi soit mise en place une solidarité financière du dirigeant de l'entreprise, de droit ou de fait, ayant eu recours au travail dissimulé, dans des conditions identiques à celles prévues en matière fiscale.

A cet effet, **un nouvel article L. 243-3-2** est inséré dans le code de la sécurité sociale. Il prévoit que lorsqu'un dirigeant d'une société ayant fait l'objet d'une verbalisation pour travail dissimulé est responsable de manœuvres frauduleuses ou de l'inobservation grave et répétée des obligations sociales qui ont rendu impossible le recouvrement des cotisations dues par la société, ce dirigeant peut être déclaré solidairement responsable du paiement des cotisations et contributions en question. C'est le président du tribunal de grande instance qui prend cette décision. Les voies de recours qui peuvent être exercées à l'encontre de cette décision ne font pas obstacle à ce que le directeur de l'organisme créancier prenne à l'encontre du dirigeant des mesures conservatoires en vue de préserver le recouvrement de la créance sociale.

II - La position de la commission

Votre commission approuve cette mesure de cohérence avec les règles fiscales et de préservation des ressources sociales.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 67

(art. L. 8221-6 du code du travail)

Sanction financière en cas de recours à de faux indépendants

Objet : Cet article vise à renforcer la sanction de la dissimulation d'emploi salarié par le recours à de faux travailleurs indépendants.

I - Le dispositif proposé

En rétablissant la présomption de non salariat, la loi n° 2003-721 du 1^{er} août 2003 pour l'initiative économique a supprimé parallèlement les règles de redressement applicables en cas de requalification en salariat. Or, si cette suppression était justifiée s'agissant d'une requalification directe par les Urssaf, elle n'est pas satisfaisante lorsque la requalification est établie par le juge.

Il est donc apparu nécessaire de rétablir la disposition prévoyant explicitement que les cotisations de sécurité sociale sont dues pour la période pendant laquelle le délit a été constaté, ce qui ne porte pas atteinte à la présomption de non-salariat mais permettra une sanction plus dissuasive dans les cas, limités en nombre, de condamnations pour dissimulation d'emploi salarié ayant donné lieu à une condamnation pénale.

Le dernier alinéa de **l'article L. 8221-6 du code du travail** est modifié en conséquence.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, la dissimulation de travail salarié par le recours à de faux travailleurs indépendants représente en moyenne 2 % des cotisations recouvrées par les Urssaf. Compte tenu de cette estimation, le présent article pourrait rapporter environ **4 millions d'euros** aux régimes de sécurité sociale, dès 2012.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre le vote d'un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a souhaité faciliter le calcul des cotisations et contributions sociales lorsqu'une condamnation pénale pour dissimulation d'emploi salarié a été prononcée : il sera directement fait application des taux des différentes cotisations et

contributions patronales aux sommes versées à la personne reconnue comme salariée.

III - La position de la commission

La commission approuve cette mesure de cohérence entre la législation en vigueur et la législation antérieure.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 67 bis

(art. L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale)

Suppression du plafond d'annulation des exonérations de cotisations patronales en cas de travail dissimulé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à supprimer le plafond d'annulation des exonérations de cotisations patronales en cas de travail dissimulé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Aux termes de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, les exonérations ou réductions de cotisations patronales de sécurité sociale sont annulées en cas de contrat de travail dissimulé, pour la période durant laquelle a été constaté le délit, mais dans la limite d'un plafond défini par décret. Celui-ci a été fixé par le décret du 30 juin 2006 au même montant que l'amende pénale maximale, soit 45 000 euros par entreprise.

Cette règle de plafonnement s'avère cependant discutable en droit et en pratique :

- sur le principe tout d'abord, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une sanction pénale, mais de la perte d'un droit à exonération réservé aux employeurs qui respectent le droit du travail, le plafonnement de la perte de cet avantage est difficilement plaidable ;

- sur le terrain ensuite, cette règle crée une inéquité entre les grandes et les petites entreprises qui ne sont pas égales devant la portée de la perte de ce droit. Les petites peuvent se voir annuler l'intégralité des exonérations, tandis que les grandes structures peuvent, grâce à ce plafonnement, bénéficier d'une annulation seulement partielle pour un délit exactement de même nature, voire plus grave car concernant parfois davantage de salariés.

Pour ces raisons, **le présent article propose de supprimer le plafonnement des annulations des exonérations patronales en cas de travail dissimulé.**

II - La position de la commission

Votre commission estime que ce dispositif de plafonnement, qui rend la sanction moins dissuasive, n'a pas lieu d'être. Elle rappelle, par ailleurs, que la fraude sociale est constituée pour les trois quarts de fraudes aux prélèvements, souvent liées au travail illégal.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 67 ter

(art. L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale)

Redressement forfaitaire en cas de travail dissimulé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre la prise en compte du redressement forfaitaire à l'ensemble des droits sociaux du salarié.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

• La procédure de redressement forfaitaire

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré une procédure de **redressement forfaitaire** qui permet aux agents de contrôle des organismes de recouvrement de redresser un employeur verbalisé pour travail dissimulé sur une base forfaitaire, dès lors qu'aucun élément ne permet de connaître la date d'embauche ou la rémunération versée au salarié non déclaré. En pratique, le redressement est calculé sur la base de six mois de rémunération au Smic.

La circulaire de la direction de la sécurité sociale n° 2008-255 du 28 juillet 2008 précise qu'il est procédé à un redressement forfaitaire lorsqu'il n'est possible de procéder ni à un chiffrage réel des sommes à recouvrer à partir d'éléments probants (redressement dit « au réel »), ni à une taxation forfaitaire en application de l'article R. 242-5 du code de la sécurité sociale (compatibilité incomplète).

• La prise en compte du redressement forfaitaire au titre des droits sociaux du salarié

En application de l'article L. 114-15 du même code, les signalements relatifs aux salariés en situation de travail dissimulé sont, par ailleurs, régulièrement communiqués aux organismes de sécurité sociale et à Pôle emploi, en vue de vérifier la situation de ces salariés au regard de leurs droits à prestation.

Toutefois, en fonction du type de redressement pratiqué, les organismes prestataires sont contraints de traiter différemment la situation des salariés concernés. Ainsi, un redressement « au réel » entraîne un « recalcul » des ressources des salariés concernés, tandis qu'**un redressement forfaitaire ne peut pas être pris en compte à ce jour excepté au titre de l'assurance vieillesse.**

Le présent article propose, en conséquence, de modifier la rédaction du dernier alinéa de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale afin de **permettre une pleine exploitation par les caisses prestataires des redressements forfaitaires effectués par un organisme de recouvrement.** Les modalités de calcul des droits et des ressources des salariés concernés devront être précisées par un décret en Conseil d'Etat.

II - La position de la commission

Votre commission estime que la prise en compte du redressement forfaitaire au titre de l'ensemble des droits sociaux va dans le sens d'une plus grande protection des salariés et d'un renforcement de la lutte contre le travail illégal.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 67 quater

(art. L. 243-7-4 (nouveau) du code de la sécurité sociale)

Création d'une procédure de flagrance sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, instaure une procédure de « flagrance sociale » afin d'accélérer et d'améliorer les conditions de recouvrement en cas de travail illégal.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Depuis quelques années, les Urssaf disposent de moyens étendus pour lutter contre le travail illégal (sanctions civiles, administratives ou pénales). Elles n'ont cependant à leur disposition **aucune procédure de recouvrement rapide et efficace.** En effet, le recouvrement effectif des sommes dues et l'obtention d'un titre exécutoire interviennent en moyenne plusieurs mois après le constat d'infraction. Or, l'entreprise profite fréquemment de cette période de latence pour organiser sa disparition après avoir récupéré l'intégralité de l'actif disponible, ce qui limite *in fine* les sommes effectivement recouvrées.

Afin de remédier à cet effet pervers, le présent article crée **une procédure dite de « flagrance sociale »** permettant la mise en œuvre de mesures conservatoires telles que les saisies ou les prises de garanties. Celle-ci fait l'objet d'un nouvel article L. 243-7-4 inséré dans le code de la sécurité sociale.

II - La position de la commission

Ce nouveau dispositif présente l'avantage d'une part, de raccourcir les délais en matière de procédure de recouvrement, d'autre part, de récupérer une plus grande part des sommes dues par les employeurs fraudeurs.

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

Article 68

(art. L. 561-29 du code monétaire et financier)

Transmission par Tracfin d'informations aux organismes de protection sociale

Objet : Cet article vise à autoriser le service Tracfin à communiquer certaines informations aux organismes de protection sociale.

I - Le dispositif proposé

Le service Tracfin (traitement du renseignement et action contre les circuits financiers clandestins) est un organisme du ministère des finances chargé de lutter contre les circuits financiers clandestins, le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme.

Dans le cadre des déclarations de soupçon imposées par le dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux, Tracfin reçoit des informations intéressant les organismes de protection sociale. En 2010, les informations traitées par Tracfin et identifiées comme relevant de la fraude sociale représentaient environ 20 % du total des déclarations reçues et portaient principalement sur le travail dissimulé.

Or, les organismes de protection sociale n'ont pas la faculté de recevoir des informations émanant de Tracfin, qui ne peut les communiquer qu'à un nombre limité d'autorités visées par le code monétaire et financier, parmi lesquelles l'administration des douanes, les services de police judiciaire ou l'administration fiscale.

Le présent article propose donc de compléter l'article L. 561-29 dudit code afin d'**autoriser Tracfin à transmettre certaines informations aux organismes de protection sociale** visés à l'article L. 114-12 du code de la

sécurité sociale, à savoir les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et Pôle emploi.

A l'instar des dispositions régissant la transmission d'informations à l'administration des douanes et à l'administration fiscale, cette transmission aux organismes de protection sociale n'est possible que pour des informations en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15 du code monétaire et financier, c'est-à-dire les infractions passibles d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou le financement du terrorisme. Parmi les infractions liées à des situations de fraudes aux cotisations et aux prestations susceptibles de rentrer dans ce champ, on peut notamment citer le recours au travail dissimulé, le faux et l'usage de faux, ainsi que l'escroquerie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a procédé qu'à une modification rédactionnelle.

III - La position de la commission

La transmission d'informations par Tracfin aux organismes de protection sociale devrait leur permettre de procéder plus efficacement au contrôle et au recouvrement des sommes provenant des infractions à la législation sociale et de contribuer à faciliter les échanges d'informations dans le cadre de la lutte contre la fraude aux finances publiques.

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

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 2 novembre 2011, dans la matinée, sous la présidence d'Annie David, présidente, la commission procède à l'examen des rapports d'Yves Daudigny, rapporteur général en charge des équilibres financiers généraux et de l'assurance maladie, Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico social, Isabelle Pasquet, rapporteure pour la famille et Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Examen des rapports

Yves Daudigny, rapporteur général. - Nous voici réunis, comme chaque année début novembre, pour examiner le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Nouveau rapporteur général, après Alain Vasselle qui a occupé cette fonction pendant dix ans...

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - Nous vous en souhaitons autant, voire plus !

Yves Daudigny, rapporteur général. - ... j'espère votre indulgence. Il a fallu étudier dans des délais étaient extrêmement brefs ce volumineux projet de loi, vigoureusement amendé par les députés qui l'adopteront seulement cet après-midi. Dans le contexte pour le moins tendu qui est le nôtre, mon approche sera constructive, responsable, mais sans langue de bois.

Le PLFSS retrace plus de 450 milliards de dépenses, dont 330 milliards pour les quatre branches du régime général, ainsi que les comptes de la « branche » recouvrement, les dépenses médico-sociales et les comptes d'organismes qui contribuent au financement de la protection sociale, dont le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Avec une première partie consacrée à l'exercice clos, la deuxième à l'année en cours et les deux dernières à l'année à venir, son architecture, depuis la loi organique du 2 août 2005, permet une analyse rétrospective de nos finances sociales, ce qui renforce nos moyens de contrôle.

Le cadrage pluriannuel, qui figure à l'annexe B, nous offre, lui, une vision prospective. La masse salariale, qui détermine les trois quarts des ressources de la sécurité sociale, progresserait de 3,7 % en 2011 et en 2012, puis de 4 % l'an à partir de 2013. Le chiffrage pour 2012 apparaît totalement

dépassé : sous la pression des marchés et de nos partenaires européens, le Président de la République a déjà ramené la prévision de croissance de 1,75 % à 1 %, mais sans en tirer les conséquences. Nous serons attentifs : il faudra une répartition équitable de l'effort et, surtout, éviter toute dérive des comptes. D'après les projections, le déficit du régime général diminuerait un peu, pour atteindre 8,5 milliards en 2015. A l'évidence, l'effort de maîtrise des dépenses prévu ne suffira pas. Qui plus est, une moindre progression de la masse salariale de 1 % signifierait 2 milliards supplémentaires de déficit... En tout cas, ce cadrage pluriannuel présente l'avantage non négligeable de tracer une trajectoire.

L'année 2010 est marquée par le déficit record du régime général : 23,9 milliards, soit plus du double qu'en 2008. La branche maladie, en particulier, a vu ses comptes plonger avec un solde négatif de 11,6 milliards, soit trois fois le montant de 2008. Si cette situation s'explique par la chute des recettes, j'estime, comme la Cour des comptes, que notre pays ne serait pas tombé aussi bas si nous avions abordé la crise avec des comptes équilibrés. Les 10 milliards de déficit, constatés chaque année depuis 2004, ont plombé durablement nos finances sociales. Et nous devons en payer le prix très longtemps.

L'année 2011 amorce un léger redressement. La plus forte progression de la masse salariale (3,7 % cette année) permet d'espérer un moindre déficit de 2,7 milliards par rapport à la prévision, la branche maladie restant la plus déséquilibrée (- 9,6 milliards, soit plus de la moitié du déficit total).

Enfin, 2012 s'inscrit dans la trajectoire de réduction des déficits publics à 4,5 % du PIB. Le déficit du régime général s'établirait à 13,9 milliards. Les ressources progressent de 4,9 %, dont 5,3 milliards de mesures nouvelles qui semblent éparpillées à dessein entre le collectif du 19 septembre dernier, ce texte et le budget pour 2012. Par exemple, la taxe sur les alcools forts relève de la loi de financement, celle sur les boissons sucrées de la loi de finances : comment le commun des mortels peut-il s'y retrouver ? Quant aux dépenses, elles augmentent de 3,3 %. L'écart avec la progression des recettes permettrait une réduction du déficit de 4,3 milliards par rapport à 2011.

Avant de vous livrer mes réflexions sur l'assurance maladie, quelques observations générales sur nos finances sociales. D'abord, ce PLFSS, comme les précédents d'ailleurs, ne résout rien : ni la question des déficits, ni celles du manque structurel de recettes, de l'accès aux soins, du reste à charge ou encore des hôpitaux. Au mieux, c'est faire preuve de négligence, au pire, d'irresponsabilité.

Un exemple à nouveau : la dette de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles sera de 3,8 milliards fin 2011. Que propose le Gouvernement ? En transférer 2,5 milliards à la Cades et affecter davantage de « droits alcools » au régime agricole au détriment de la caisse nationale

d'assurance maladie (Cnam) : un vrai jeu de bonneteau ! Rien n'est prévu pour couvrir les 8,2 milliards de déficits des branches maladie et famille pour 2012. Les enverra-t-on, eux aussi, à la Cades ou les laissera-t-on dans les comptes de l'Acoss ? Cette politique de court terme est inacceptable : elle revient à transférer sans état d'âme à nos enfants et petits-enfants une dette sociale qui a doublé depuis 2007 !

Ensuite, le Gouvernement persiste dans sa politique de réajustements ponctuels des recettes. Les mesures proposées ne répondent à aucune stratégie d'ensemble ; elles ne sont pas à la hauteur des enjeux. Pour la troisième année consécutive, le forfait social augmente de deux points pour atteindre 8 %. Pourquoi cette politique des petits pas, quand on attendrait un relèvement plus net ? On ne compte plus les instances, telle l'inspection générale des finances (IGF) dans le rapport Guillaume de juin dernier, qui défendent cette position.

L'Assemblée nationale, unanime, a supprimé l'assujettissement du complément de libre choix d'activité à la CSG. De fait, faut-il s'attaquer aux revenus de personnes souvent fragilisées par la crise ?

Enfin, la définition d'une vraie stratégie de mobilisation des recettes est devenue une priorité si nous voulons sauvegarder notre système de protection sociale. Pour moi, celle-ci doit reposer sur trois piliers : la suppression de mesures coûteuses et inefficaces, comme les exonérations sur les heures supplémentaires de la loi Tepas ; la révision des niches sociales - il reste des marges de manœuvre sur les stock-options, les retraites chapeau et autres indemnités de rupture ; la mobilisation de nouvelles recettes avec un meilleur ciblage des allègements généraux de charges sociales. Je préciserai, pour mes collègues de l'opposition, qu'il s'agit non de relâcher l'effort, mais de travailler à une maîtrise des dépenses juste, pour une plus grande efficacité du système au profit de nos concitoyens.

J'en viens à l'assurance maladie qui constitue notre principal poste de dépenses. Notre système de santé, s'il est l'un des meilleurs au monde pour un coût qui se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE, est soumis à de fortes tensions. Les affections de longue durée (ALD) - principalement, le diabète, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle sévère et les affections psychiatriques de longue durée - progressent en moyenne de 4 % par an : déjà, en 2010, elles ont absorbé deux tiers des dépenses.

Autre sujet de préoccupation abondamment traité par la Cour des comptes dans son dernier rapport annuel : le haut niveau des dépenses de médicaments, 13 % de l'Ondam environ. Outre la culture française de la prescription, les modalités de fixation du prix des médicaments et des taux de remboursement sont perfectibles. D'autant que les génériques sont nettement plus chers en France, deux fois plus qu'au Royaume-Uni, preuve que le système actuel de négociation avec les laboratoires n'a rien donné.

Surtout, notre protection sociale souffre de la politique menée ces dernières années. De fait, le Gouvernement, plutôt que de remédier à l'insuffisance chronique des recettes, a multiplié des solutions de court terme qui érodent les fondements de la solidarité : sans parler des déremboursements, citons la participation forfaitaire d'un euro pour les consultations médicales en 2004, les franchises sur les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires ou encore celle sur les boîtes de médicaments en 2008. Je vous proposerai de supprimer cette dernière, car elle symbolise l'inégalité et l'injustice de cette démarche.

Tout cela rend plus difficile l'accès aux soins ; nous le constatons dans nos territoires. D'abord, pour une question financière : environ 16 % des Français, voire 30 % d'après un sondage l'an dernier, renonceraient aujourd'hui à se soigner pour ce motif. L'explosion des dépassements d'honoraires, qui culminaient à 2,5 milliards en 2010, remet en cause notre système obligatoire de base - le directeur de la Cnam nous l'a dit très clairement. Face à cette situation, les plus modestes se tournent vers l'hôpital, mais les soins courants ne sont désormais remboursés qu'à hauteur de 50 % à 60 % en moyenne. L'accès aux soins, c'est aussi la question de l'inégale répartition des médecins libéraux sur le territoire qui impose plus de volontarisme que les mesures dites incitatives.

Face à ces enjeux, ce texte ne propose que des dispositions cosmétiques : accroissement du rôle de la Haute Autorité de santé (HAS) en matière médico-économique ; création d'un fonds d'intervention régional (Fir) ; confirmation du principe de gratuité des soins dans le régime des mines, hors forfait hospitalier ; évolution du mode de rémunération des pharmaciens ; indicateurs de performance dans les hôpitaux et sanctions en cas de non-respect des objectifs ; instauration d'une tarification spécifique pour les patients étrangers fortunés hospitalisés. Au cours des débats à l'Assemblée nationale, le Gouvernement, outre qu'il a prolongé le régime d'autorisation d'exercice des médecins étrangers, a augmenté le plafond de ressources permettant de bénéficier de l'aide à la complémentaire santé, ce qui est une bonne mesure ; ce qui l'est moins est d'avoir forcé la main des partenaires conventionnels s'agissant du secteur optionnel.

Pour finir par des chiffres, le Gouvernement propose une progression globale de l'Ondam de 2,8 %, et de 2,7 % pour les enveloppes hôpital et soins de ville ; une projection qui pourrait être encore révisée très prochainement à la baisse, dit-on. Le respect de cet objectif supposera 770 millions de baisse de prix sur les produits de santé et médicaments, 1,2 milliard de renforcement de la maîtrise médicalisée des dépenses et 220 millions tirés de la diminution des indemnités journalières maladie et AT-MP.

Je n'avais pas le temps ce matin d'entrer dans les détails ; nous y reviendrons en examinant les amendements. Néanmoins, indiquons d'emblée que je défendrai la suppression de la convergence tarifaire entre les établissements de santé publics et privés.

Nous devons réfléchir en termes de dépenses de santé et non plus de dépenses d'assurance maladie. Ce changement d'approche permettrait d'en finir avec une perspective réduite à la régulation macro-économique et de lancer des réformes de fond. Je pense, notamment, à des sujets comme la prévention, la coopération entre les professionnels, l'articulation entre l'hôpital et la ville ou encore l'éducation du patient. Nous avons besoin d'une nouvelle loi de santé publique ; celle de 2004 est dépassée. La tâche est immense, mais elle est nécessaire si l'on veut consolider notre protection sociale.

Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *Avant d'analyser ce PLFSS, je veux dire ma profonde déception devant l'abandon de la réforme de la dépendance, annoncée dès 2007 et qui restera la grande absente de la législature. « Attendre encore serait une faute morale impardonnable », avait pourtant déclaré le Président de la République devant le Conseil économique, social et environnemental le 8 février dernier. Rien ne sortira donc des travaux, menés entre autres au Sénat. Pourtant, un consensus se dégagait autour de l'importance de la prévention, du renforcement du rôle de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et d'une meilleure coordination de l'aide à l'autonomie - je préfère ce terme car il est plus dynamique. Pourtant, les financements n'étaient pas hors de portée : d'après les projections, 5 milliards de dépenses supplémentaires en 2025 par rapport à 2010. Il est consternant que le Gouvernement n'ait retenu aucune priorité forte sur ce dossier.*

Comme Sylvie Desmarescaux l'an dernier, je regrette que le Parlement se prononce seulement sur l'Ondam médico-social, et non sur la totalité de l'enveloppe « soins » consacrée aux établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées. Celle-ci, baptisée objectif global de dépenses (OGD) et fixée par arrêté ministériel, comprend également une part du produit de la contribution solidarité autonomie. La précision est importante car l'OGD progressera moins vite que l'Ondam médico-social en 2012 : 3,4 %, contre 4,2 %, dont 6,3 % pour les personnes âgées et 2,1 % pour les personnes handicapées.

Ensuite, le secteur médico-social a subi 20 % des mises en réserve en 2011 alors qu'il représente moins de 10 % de l'Ondam. C'est une entorse sérieuse au principe de la fongibilité asymétrique des crédits. En 2012, la part du médico-social sur la réserve prévue de 545 millions devra être ramenée à de plus justes proportions.

L'Ondam médico-social progresse plus vite que celui des soins de ville et des hôpitaux : 4,2 %, contre 2,7 %. Toutefois, l'écart est moins sensible par rapport à l'OGD. Surtout, cette enveloppe ne permettra pas de mener de front les trois chantiers prévus et sur lesquels nous accusons déjà du retard : la création de places en établissements ou services, la médicalisation de « deuxième génération » des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) grâce à l'outil d'évaluation Pathos et, enfin, la

revalorisation des dotations de reconduction accordées aux établissements et services à la hauteur de la progression des salaires.

S'agissant des places en Ehpad, le décalage est important entre les annonces et la réalité. En quatre ans, on a créé 30 000 places pour les personnes âgées, dont 5 000 en 2010, quand l'objectif du plan solidarité grand âge était de 15 000 par an. Pour les personnes handicapées, on dénombre 13 500 places nouvelles pour 41 000 prévues entre 2008 et 2014. En outre, les réserves que la CNSA a constituées entre 2005 et 2007 ont été consommées et se limitent désormais à une journée de dépenses de la caisse. Il n'y a donc plus de marges de manœuvre. De même, la dotation destinée aux plans d'investissement est tombée de 113 millions en 2011 à 48 millions cette année.

Enfin, si la CNSA a vu son budget augmenter de plus de 30 % de 2007 à 2011, elle a versé aux départements des concours qui ont progressé d'un peu plus de 3 %. Or leurs dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et de prestation de compensation du handicap (PCH) ont bondi de 40 %. Certes, la question dépasse le cadre du PLFSS puisque nous ne votons pas le budget de la CNSA. Une part croissante des ressources propres de la CNSA est rognée pour compléter l'Ondam ou pour financer des plans gouvernementaux. Pour autant, si nous ne voulons pas laisser les départements seuls face à l'explosion de ces dépenses, il faut procéder à un rééquilibrage entre assurance maladie et aide sociale qui passe justement par la réforme du risque « perte d'autonomie » que le Gouvernement vient de reporter.

Lors de la discussion des amendements, nous aborderons d'autres questions importantes. Je proposerai notamment de supprimer l'article 37 : inutile de s'aventurer dans de nouvelles expérimentations de tarification des Ehpad quand les dernières réformes ne sont pas encore entièrement appliquées, ou qu'elles sont suspendues - c'est le cas de la tarification à la ressource votée en 2009.

Dans une situation qui reste très tendue, le PLFSS déçoit les attentes suscitées par le Gouvernement en début de législature.

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *L'an dernier, à la même date, nous venions d'achever le marathon de la réforme des retraites dont ce PLFSS représente, en quelque sorte, la première annuité d'application. Deux éléments modifient le cadre établi alors, mais seulement à la marge : les ressources nouvelles pour la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) votées dans le collectif de septembre et la reprise par la Cades de la dette de 2,5 milliards du régime des exploitants agricoles, ce dernier bénéficiant de 400 millions de recettes nouvelles à partir de 2012.*

Quelles perspectives financières pour l'assurance vieillesse ? Le déficit, qui avait atteint le niveau record de 15 milliards en 2010, demeurera élevé en 2012 : près de 11,5 milliards. Si les recettes ont un effet immédiat,

celui des diminutions de dépenses est différé dans le temps : le recul de l'âge de la retraite réduirait les dépenses du régime général de 1,3 milliard en 2012, 5 milliards en 2015 et 9 milliards en 2018. Selon les projections fournies par le Gouvernement, on ne passera pas au-dessous de la barre des 10 milliards par an au moins jusqu'en 2015. Les déficits vieillesse prendront une part croissante dans une dette sociale en forte augmentation : près de 85 milliards sur les 130 transférés à la Cades entre 2010 et 2018.

Ma première observation portera sur le FSV, qui a vu ses missions élargies au fil des ans sans être doté des ressources correspondantes. On lui a retiré 0,2 % de point de CSG en 2009 au profit de la Cades alors que ses autres recettes ont un produit parfois très aléatoire. Pour m'en tenir à un exemple, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) varie fortement selon les résultats du régime social des indépendants. Parce qu'il sert de réceptacle au transfert comptable des déficits des régimes d'assurance vieillesse, les dépenses du FSV augmentent à un rythme soutenu. Cette politique fragilise donc les mécanismes de solidarité destinés aux assurés les plus fragiles.

Ensuite, la réforme des retraites n'a pas résolu les déficits de certains régimes. Celui des exploitants agricoles continue d'être important, malgré la reprise de ses dettes jusqu'à 2010 et en dépit des 400 millions de recettes supplémentaires qui lui seront affectés à partir de 2012. En attendant une solution pérenne, on a autorisé la Mutualité sociale agricole (MSA) à emprunter jusqu'à 2,9 milliards en 2012.

La caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), quant à elle, aura un déficit de plus de 600 millions par an dès l'année prochaine. J'entends déjà les commentaires de l'opposition du Sénat... Pour autant, cette situation s'explique par le reversement à l'Etat des cotisations perçues au titre des agents transférés aux collectivités locales, prévu dans les lois de décentralisation.

Enfin, le scénario de retour à l'équilibre à l'horizon 2018 n'est pas crédible sans recettes supplémentaires, ce que le directeur de la Cnav confirme. Il le sera encore moins si l'on révisé l'hypothèse de croissance et, surtout, la prévision de masse salariale.

Ce contexte renforce nos craintes quant à la réforme des retraites. Le nombre des plus de cinquante ans au chômage a crû de près de 15 % en un an, ce qui n'incite pas à l'optimisme sur l'emploi des seniors. Quel sera leur sort lorsqu'ils arriveront en fin de droits ? Après avoir longtemps tergiversé, le Gouvernement a annoncé en remplacement partiel de l'allocation équivalent retraite (AER), que le Sénat avait prolongée, la création prochaine d'une allocation transitoire de solidarité (ATS) réservée aux générations de 1951 à 1953. On craint déjà qu'elle ne suffise pas.

Autre sujet, la pénibilité. Nous sommes extrêmement déçus par les conditions posées par les décrets pour le bénéfice de la retraite anticipée : dix-sept ans d'exposition à des facteurs de risques pour les assurés présentant

un taux d'incapacité de 10 % à 20 %. Restriction encore quand aucune obligation de négociation n'est faite aux entreprises comptant moins de 50 % de leurs effectifs exposés à des facteurs de risques. Le report de l'âge d'attribution du taux plein à soixante-sept ans pèsera lourdement sur les assurés n'ayant pas bénéficié d'un parcours professionnel continu, notamment les femmes. De même, nous aurions dû adapter les pensions de réversion, qu'il s'agisse de leur montant ou de leurs conditions d'attribution pour prendre en compte le Pacs. Plus généralement, l'impact de la réforme sur le niveau des pensions et des taux de remplacement reste mal évalué.

Enfin, je propose d'appuyer les recommandations de la Cour des comptes : les dispositifs d'épargne retraite, qui bénéficient d'un niveau d'aides publiques élevé, entraînent un effet d'aubaine pour les plus favorisés ; nous devons les réorienter.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - *A en croire les prévisions, la branche AT-MP renouerait avec les excédents cette année : 100 millions cette année, 600 millions en 2015. La conjoncture économique incite pourtant à la prudence. D'autant que cette branche a vocation à rester à l'équilibre, les cotisations des entreprises devant s'ajuster aux dépenses. Je regrette que ces excédents ne soient pas affectés au remboursement de la dette cumulée de 1,3 milliard que la branche présentait l'an dernier avant qu'il soit transféré à la Cades. Le système, initialement mis en place en 1898, avait pour fondement de faire supporter aux entreprises les conséquences du risque qu'elles font peser sur la santé des salariés. Le transfert à la Cades revient en réalité à les exonérer de leurs obligations. En outre, cette dette résultait essentiellement de l'augmentation de la compensation que la branche verse à l'assurance maladie pour la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Bref, on fait payer aux citoyens, et non aux entreprises, des dépenses imputées à tort à l'assurance maladie. Avouez que c'est un peu fort ! Nous pouvons nous retrouver sur ce constat que nous dressions l'an dernier.*

Avant d'examiner les comptes, signalons trois événements importants. D'abord, en juin dernier, la Cour des comptes a refusé de certifier les comptes de la branche, en raison des défauts de la base utilisée pour asseoir les cotisations des entreprises. Je ne doute pas de la volonté du nouveau directeur du risque AT-MP de remédier à ce problème, mais nous devons être vigilants sur cette question qui porte atteinte à la crédibilité de la branche. Ensuite, le Conseil constitutionnel a fait une réserve d'interprétation - c'est une première ! - sur un article du code de la sécurité sociale : établir une liste des préjudices indemnisables en cas de faute inexcusable de l'employeur est contraire à l'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen aux termes duquel tout préjudice doit pouvoir être indemnisé. Le Conseil ayant confirmé sa position à propos des gens de mer, je vous proposerai un amendement.

Parallèlement, le Conseil a validé l'existence de la branche AT-MP. Pour autant, l'évolution du droit civil en matière d'indemnisation nous impose

de chercher les moyens d'une meilleure compensation des victimes. A mon sens, cette évolution doit intervenir au sein de la branche pour ne pas laisser les victimes désarmées face à la complexité du droit civil. Enfin, la commission Diricq, qui évalue tous les trois ans la sous-déclaration des AT-MP, a rendu son rapport en juin dernier. Je crains que le montant de la compensation qui a été finalement retenu (790 millions en 2012) ne reste insuffisant. La sous-déclaration, qui ne cesse de progresser, est un phénomène ancien : en pleine campagne contre les effets du bruit au travail, seuls sept dossiers de reconnaissance de surdité avaient été déposés en 1968...et un seul accepté.

J'en viens à la situation actuelle de la branche. D'après l'étude de l'Institut de veille sanitaire (InVS) publiée fin octobre 2011, le nombre total d'accidents du travail pour l'ensemble des régimes de base s'établit à 1,284 million, soit 289 000 de plus que ceux reconnus par le régime général. L'étude, qui fait ressortir la dangerosité des industries agro-alimentaires, principalement dans le secteur de la découpe de la viande, démontre tout l'intérêt de l'outil statistique que nous avons envisagé au cours des débats portant sur la loi de santé publique de 2004 ; hélas, sept ans plus tard, il n'en est qu'au stade des études de faisabilité.

Je m'inquiète de la progression continue du nombre d'accidents de trajet : elle ne peut découler des seuls aléas climatiques, explication avancée par la direction de la sécurité sociale. Il faudrait creuser.

Conséquence d'un plus grand nombre de maladies professionnelles reconnues, le nombre de malades a progressé de 1,8 % entre 2009 et 2010. Les affections péri-articulaires, causées par certains gestes ou postures de travail, représentent 78,7 % des maladies professionnelles ; leur part croît d'année en année. Les affections dues à l'inhalation de poussières d'amiantes constituent 9,4 % des cas. Quant aux affections chroniques du rachis lombaire, elles régressent mais concernent encore 5 % des cas.

Concernant l'amiantes, je rappelle solennellement que l'indemnisation des victimes est une obligation qui découle du caractère exceptionnel du préjudice causé par les entreprises concernées. Conformément aux recommandations du Sénat, je souhaite que le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiantes (Acaata) soit rapidement ouvert sur une base professionnelle, et non uniquement selon l'appartenance à telle ou telle entreprise. Je comprends qu'on puisse se méfier des solutions trop simples qui peuvent se retourner contre les victimes, comme en Italie, mais j'insisterai auprès du ministre pour qu'il prenne des décisions rapides.

Certaines mesures proposées cette année sont bonnes, nous en suggérerons d'autres. En revanche, je suis opposé à l'article qui fixe la compensation de la branche AT-MP à la branche vieillesse au titre des départs anticipés liés à la pénibilité. Je veux par là manifester mon hostilité au mécanisme trop rigoureux voté dans la réforme des retraites de 2010 et aux

conditions drastiques récemment ajoutées par décret, qui sont source d'injustices.

Je propose donc que nous nous prononcions, au cas par cas, sur chaque article, sans nous engager pour l'ensemble de la branche : certains nous sont favorables comme ceux que le Gouvernement a fait adopter à l'Assemblée nationale sur le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et l'Acaata, mais d'autres ne sont pas acceptables.

Isabelle Pasquet, rapporteure pour la branche famille. - Traditionnellement excédentaire, la branche famille est entrée dans un cycle déficitaire en 2008. Le solde négatif est de 2,6 milliards cette année. Cela s'explique certes par la crise, mais surtout par plusieurs mesures votées ces dernières années. La plus significative est le transfert de la branche vieillesse vers la branche famille, de l'assurance vieillesse des parents au foyer et de la majoration de pension pour les assurés ayant élevé trois enfants et plus, ce qui représente 8,8 milliards de charges pour la seule année 2011. Bref, le déficit de la branche famille résulte d'abord d'un choix politique. En fait, la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) supporte des dépenses croissantes ; les mesures d'économies sont insignifiantes (unification des âges de majoration des allocations familiales) ou injustes (suppression de la rétroactivité des aides au logement).

Plus inquiétant, on a fragilisé ses ressources l'an dernier en transférant 0,28 % de CSG qu'elle percevait vers la Cades, contre trois recettes aléatoires - la taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie solidaires et responsables, l'exit tax, cette taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance, et le prélèvement de la CSG sur les contrats multi-supports d'assurance vie. Le compte n'y sera plus dès 2013 : l'exit tax ne rapportera plus et le produit de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance décroîtra. Je reconnais que pour compenser le manque à gagner de 1,2 milliard, on prévoit de rediriger vers la branche le produit de la contribution sur les véhicules terrestres à moteurs affectée à partir de 2013. Mais dans le même temps, le présent texte prévoit une clef d'affectation des droits à tabacs moins favorable. On reprend donc d'une main ce que l'on donne de l'autre ! Je passe pudiquement sur la complexité d'un montage qui ne rapportera à terme que la moitié de la compensation annoncée.

Les déficits pour 2011 et 2012 s'élèveront respectivement à 2,6 et 2,3 milliards. Cette légère amélioration du solde étant à mettre sur le compte de recettes nouvelles : initialement prévu par le texte, l'assujettissement à la CSG de deux volets de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) a été supprimé, à juste titre, par l'Assemblée ; à titre de gage, le Gouvernement a reporté la revalorisation annuelle des prestations familiales au 1^{er} avril, alors qu'il s'était engagé sur une augmentation de 2,3 % au 1^{er} janvier. Une fois de plus, les plus modestes sont les premiers touchés. Je proposerai de supprimer cette mesure de report.

Quant aux dépenses, le texte s'en tient à des mesurées. Heureusement, celles-ci bénéficieront aux familles monoparentales et aux personnes handicapées. C'est d'abord, l'amélioration du volet « aide à la garde d'enfant » de la Paje avec la création d'un barème de ressources spécifique pour les parents isolés et d'une majoration de l'aide pour les couples ou les parents isolés bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). C'est ensuite un aménagement du régime d'attribution de l'allocation de soutien familial (ASF) pour les très petites pensions alimentaires, dont les incohérences actuelles étaient soulignées tant par la Cour des comptes que par le Haut Conseil de la famille. Il était en effet plus avantageux que la pension alimentaire ne soit pas payée du tout, plutôt que partiellement ! Le projet de loi corrige cet effet pervers : désormais, en cas de défaillance partielle du débiteur, l'ASF différentielle sera versée dans la limite du montant complet de l'ASF et non plus du montant de la pension alimentaire. Je souscris à cette mesure de bon sens, mais le dispositif aurait mérité des aménagements plus ambitieux.

Je proposerai, par ailleurs, une amélioration du dispositif de l'allocation de rentrée scolaire. Celle-ci est versée, depuis 2008, selon un barème croissant avec l'âge de l'enfant. Or, les filières technologiques et professionnelles sont plus coûteuses en équipement ou habillement pour les familles que la voie générale. Je présenterai donc un amendement visant à moduler, à enveloppe constante, l'allocation en fonction de la voie de formation suivie.

Au-delà, j'entends insister dans le débat sur plusieurs chantiers majeurs qui me tiennent à coeur, à commencer par le versement des allocations familiales dès le premier enfant, promesse non tenue du Président de la République, et l'allongement du congé maternité.

Pour conclure, je vous propose que nous adoptions en séance les deux articles sur les familles monoparentales et les parents handicapés, ainsi que les deux amendements que j'ai évoqués, et que nous rejetions l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2012 afin de dénoncer les montages financiers ainsi que le manque d'ambition du Gouvernement en matière de politique familiale.

Annie David, présidente. - *Je rappelle que le PLFSS, comme le PLF, est examiné selon l'ancienne procédure : les amendements que nous adopterons ce matin en commission ne sont pas intégrés au texte et devront être soumis au vote du Sénat en séance publique.*

Par ailleurs, l'Assemblée nationale n'adoptera formellement l'ensemble du projet que cet après-midi : il nous faudra donc nous réunir à nouveau brièvement, ce soir à la suspension ou demain matin, pour confirmer nos votes de ce matin.

Claude Jeannerot. - *Pourquoi cette procédure particulière d'examen pour le PLFSS ?*

Annie David, présidente. - C'est ce que prévoit la réforme constitutionnelle.

Catherine Deroche. - Dans quel ordre les différentes branches seront-elles examinées en séance ?

Annie David, présidente. - A priori dans l'ordre du texte, mais le Gouvernement peut toujours demander la réserve ou la priorité de certains articles, dès lors qu'ils sont situés dans la même partie. Ces demandes sont souvent formulées en fonction de la disponibilité des ministres.

Isabelle Debré. - Nous examinons donc ce matin des amendements sur un texte qui n'a pas encore été définitivement adopté par l'Assemblée nationale !

Annie David, présidente. - C'est une pratique courante, à l'Assemblée nationale, que de décaler le vote solennel d'un texte. Toutefois, les députés en ont bien évidemment achevé l'examen, article par article, en fin de semaine dernière. Il ne reste que les explications de vote sur l'ensemble et le vote par scrutin public qui auront lieu cet après-midi à 15 heures.

Yves Daudigny, rapporteur général. - Le calendrier d'examen des rapports s'imposait à nous : nous devons être en séance dès lundi prochain. Le texte de l'Assemblée nationale, que nous proposons d'amender, ne sera plus modifié d'ici à son vote formel.

Alain Milon. - Le rapport du rapporteur général ne m'a pas surpris. J'ai lu avec intérêt le compte rendu des débats à l'Assemblée nationale, en commission et en séance, et je sais ce qui s'y est dit.

Nous vivons une crise sans précédent, qui est aussi et avant tout une crise de confiance. La seule réponse, c'est le désendettement. Voilà trente ans que l'on va de plan de sauvetage en plan de redressement, sans résultat : il y a toujours eu une majorité pour céder à la facilité. Le retour à l'équilibre est une impérieuse nécessité. Le projet du Gouvernement, amendé par l'Assemblée nationale, s'inscrit dans la continuité de l'effort de maîtrise des dépenses engagé depuis quatre ans, et qui commence à produire des résultats. La réforme des retraites, aujourd'hui admise par une large majorité de la population comme le montre un récent sondage, permet ainsi une économie de 5,5 milliards.

L'Ondam, fixé à 2,8 %, sera respecté pour la deuxième année consécutive : cela représente 4 milliards de dépenses supplémentaires, mais 2,2 milliards d'économies par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses. Premier pilier donc : la maîtrise des dépenses, sans baisse de la qualité des soins. Ont également concouru au respect de l'Ondam : la réforme de la gouvernance de l'hôpital, avec la loi HPST, la coordination renforcée des soins grâce aux ARS, la politique du médicament... Le déficit des hôpitaux se réduit : en 2011, dix CHU présentaient des comptes à l'équilibre, contre deux en 2007. Pour 2012, les efforts portent sur l'amélioration du système et de l'offre de soins : la création du Fir ; les produits de santé ; la maîtrise des

dépenses à l'hôpital, avec le contrat de performance, la rationalisation des achats, la convergence tarifaire, qui est, j'en conviens, critiquable sur certains points.

Les recettes supplémentaires s'élèvent à 6 milliards d'euros, dont 1,5 milliard proviennent de la hausse des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine ; s'y ajoutent la réduction des niches fiscales et sociales, la suppression de l'exonération sur la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA). Le taux de la CSG n'a pas augmenté, mais son assiette a été élargie. La fiscalité comportementale est renforcée, dans un souci de santé publique. Enfin, ce PLFSS marque une nouvelle étape dans la lutte contre les fraudes : les services de contrôle, mieux armés, pourront échanger des informations.

Si ce PLFSS peut sans doute être amélioré, l'esprit de 1945 est respecté. Il n'est pas correct de crier au loup en invoquant des études plus ou moins fiables sur le renoncement aux soins ! Le taux de couverture de la population par une complémentaire est passé de 91,5 % en 2004 à 94 % en 2008 ; le reste à charge est l'un des plus faibles au monde. La CMU-c couvre 4,2 millions de personnes, et l'aide à la complémentaire santé a vu son plafond majoré, à 35 % au-dessus de celui de la CMU-c : c'est un million de bénéficiaires supplémentaires. Personne ne restera sur le bord de la route.

Georges Labazée. - Dans son rapport, Ronan Kerdraon évoque la part du médico-social sur la réserve prévue de 545 millions. Quelle est l'origine de cette réserve ?

Quid de la médicalisation des Ehpad ? 2011 n'a vu aucun engagement nouveau ; en sera-t-il de même en 2012 ? La situation sera-t-elle gelée dans toutes les ARS ?

Enfin, la dotation de reconduction prévoit une revalorisation des salaires de 0,8 % en 2012. Or, nombre d'établissements sont liés par une convention collective qui prévoit une revalorisation de 1,5 % à 2 % ! Ce décalage est source de difficultés, et les déficits s'installent. Faut-il dénoncer les conventions collectives ?

Catherine Génisson. - L'optimisme n'est malheureusement guère de mise. Pourtant, il n'y a pas de fatalité : entre 1997 et 2002, grâce à une politique de l'emploi courageuse et productive, les comptes sociaux étaient équilibrés, voire excédentaires ! Les déficits ne datent pas de la crise : la réforme de la sécurité sociale de 2004 devait déjà permettre de revenir à l'équilibre avant 2008...

Ce budget est insincère, on le sait, puisque le Président de la République et le Premier ministre ont annoncé des mesures correctrices : ce n'est donc pas un jugement de valeur que de le dire. Les recettes sont insuffisantes. La rationalisation des dépenses de santé ne doit pas virer au rationnement ! Il faut aller plus loin dans la réduction des niches sociales ; le rapporteur général de l'Assemblée nationale a d'ailleurs lancé le débat sur ce sujet complexe.

Je veux aussi dénoncer l'injustice que représente la hausse de la taxation sur les complémentaires, qui va encore restreindre l'accès aux soins.

L'Ondam est respecté, oui, mais à quel prix ! Et jusqu'à quand ? L'hôpital public, dont je salue le personnel, est asphyxié. S'il faut exiger des performances qualitatives à l'hôpital, l'on doit aussi réformer l'amont et l'aval ! Je ne partage pas l'enthousiasme d'Alain Milon sur la loi HPST, qui n'a pas amélioré l'organisation du système de santé, loin s'en faut.

Pouvez-vous, monsieur le rapporteur général, nous donner des précisions sur le Fir, qui doit contribuer à corriger les inégalités territoriales ?

Le principe de solidarité qui fonde notre système est mis à mal, notamment par les dépassements d'honoraires. Que pense le rapporteur général de la position de l'Assemblée nationale sur le secteur optionnel ?

Le reste à charge serait l'un des plus faibles du monde, nous dit le ministre, mais c'est sans tenir compte du déséquilibre dans la distribution des soins, entre les ALD et les autres pathologies : pour nombre de Français, le reste à charge dépasse de beaucoup les 9,4 % ! Ce sujet mérite une réflexion approfondie.

Claude Jeannerot. - *Les ALD représentent les deux tiers des dépenses de l'assurance maladie. Seul un plan de santé publique comportant un important volet prévention apportera des solutions durables. Ne pourrait-on imaginer d'ores et déjà des mesures de prévention active ?*

Le médicament représente une dépense de 23 milliards en 2010, soit 13 % de l'Ondam. Le coût du générique est plus élevé en France que chez nos voisins. Là aussi, ne pourrait-on, dès ce budget, proposer des mesures d'économies en la matière, sans pour autant augmenter le reste à charge des assurés ?

René-Paul Savary. - *Nous faisons tous le même constat. L'affaire n'est ni de droite, ni de gauche...*

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *Oh que si ! Vous avez fait très fort !*

René-Paul Savary. - *Au fil des ans, entre les lois de décentralisation, les services nouveaux, les conventions collectives, le déficit s'est creusé sans que l'on adapte notre modèle social. Toujours plus de prélèvements, toujours plus de prestations à crédit, toujours moins de remboursements. On ne fait pas assez de propositions innovantes, on n'exploite pas assez les nouvelles technologies : télémédecine, téléassistance pour les personnes handicapées ou dépendantes, alternatives à l'hospitalisation, etc.*

Les frais de personnel dans le secteur médico-social représenteraient 95 % des charges ? Cela me paraît surévalué. Il faut aussi prendre en compte le fonctionnement et l'amortissement de l'investissement. Pouvez-vous préciser ce chiffre ?

Jacky Le Menn. - *Ne vous en déplaise, le rapporteur général propose une vision de gauche, en appelant à la mobilisation des recettes nécessaires ! Nous sommes d'accord sur l'objectif d'équilibre, mais pas sur les moyens...*

Alain Milon. - *Encore faudrait-il les préciser !*

Jacky Le Menn. - *Nous aurons l'occasion de le faire.*

La maîtrise des dépenses ? Vous fixez l'Ondam hospitalier à 2,7 % alors que la fédération hospitalière de France, qui n'est pourtant pas pilotée par d'affreux gauchistes, dit qu'on ne peut faire à moins de 3,04 %. Vous allez pénaliser le monde hospitalier, et partant les malades !

Lors du débat sur la loi HPST, le principe de fongibilité asymétrique avait fait consensus : des crédits pouvaient être transférés du sanitaire vers le médico-social, mais pas l'inverse. Or, les crédits du médico-social ont été gelés, à hauteur de 100 millions. L'esprit de la fongibilité asymétrique n'a pas été respecté. On a porté un sérieux coup de canif au financement des sous-enveloppes : ainsi, les crédits votés en faveur des personnes âgées viennent abonder ceux destinés aux personnes handicapées. Cela pose un problème d'équité, et d'honnêteté.

Il faut aller plus loin dans la médicalisation des Ehpad, pour mieux prendre en charge nos anciens. Je reviendrai sur le conventionnement entre l'Etat, les départements et les établissements : attention à ce que ces derniers ne se retrouvent pas dans l'illégalité.

L'article 37, dont le rapporteur demande la suppression, prévoit des expérimentations permettant de moduler le forfait global en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité. Ce n'est vraiment pas le moment, d'autant que les précédentes réformes tarifaires ne sont pas encore généralisées !

Idem sur la convergence tarifaire. Que va-t-on faire converger ? J'y reviendrai en séance, avec des exemples très précis. Le plan solidarité grand âge doit être notre phare.

Isabelle Debré. - *Reconnaissons-le : nous vivons dans un pays où toute personne peut être soignée.*

René Teulade. - *Pour l'instant !*

Isabelle Debré. - *Mais les comportements ont changé, le nombre de personnes éligibles à des prestations sociales s'accroît, les prestations augmentent et se multiplient : Christiane Demontès en demande une nouvelle pour les personnes unies par un Pacs, que je ne conteste d'ailleurs pas. Or l'objectif, c'est le désendettement, dans un contexte de grave crise...*

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *30 milliards d'euros d'exonérations de charges sociales, tout de même !*

Isabelle Debré. - Avec Jean-Pierre Godefroy, nous nous sommes toujours retrouvés sur la question de la pénibilité. A titre personnel, je suis favorable à une retraite par points qui en tiendrait compte. Je rappelle que la France est l'un des seuls pays au monde à reconnaître la pénibilité.

Madame Demontès, c'est nous qui avons instauré l'obligation pour les entreprises de plus de cinquante salariés de mettre en place un plan en faveur de l'emploi des seniors. A ce jour, 35 000 ont été signés. Le cumul emploi-retraite est une bonne chose, notamment pour ceux, il y en a, dont la retraite est faible.

Je le dis à Isabelle Pasquet, la modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire relève d'une intention louable, mais me semble difficile à mettre en œuvre. Comment faire pour cibler telle ou telle formation ?

Les comportements ont changé depuis la création de la sécurité sociale par le général de Gaulle. Essayons d'adapter le budget à la réalité d'aujourd'hui.

Gérard Roche. - En tant que président de conseil général, j'approuve le rapport de Ronan Kerdraon. Nous avons tous regretté l'abandon de la grande réforme de la dépendance, la bouée de sauvetage que nous attendions tant ! Je regrette qu'une partie du produit de la journée de solidarité - 1 milliard d'euros - soit dérivé vers l'Ondam médico-social. Mieux vaudrait que cette somme vienne aider les départements les plus pauvres à financer l'Apa. C'est une vraie préoccupation pour notre groupe.

La situation des Ehpad est grave. La conclusion de conventions tripartites a indéniablement apporté un plus aux établissements, même si les conseils généraux étaient dubitatifs. Le gel des signatures par la CNSA est un véritable handicap. Les collectivités pauvres ne peuvent pas aider les maisons de retraites à investir : ce sont donc les pensionnaires qui payent. Le prix de journée augmente parfois de 20 % à 30 % ! Beaucoup de familles ne peuvent plus suivre, pour peu que leurs ressources ne les rendent pas éligibles à l'aide sociale. C'est un cri d'alarme que je lance !

Aline Archimbaud. - Les sujets de préoccupation sont nombreux : les dépassements d'honoraires, l'inégale répartition des médecins, en milieu rural mais aussi urbain, le prix des médicaments, et notamment des génériques... Les ALD représentent les deux tiers des dépenses de l'assurance maladie. Ne faudrait-il pas investir davantage dans la prévention et l'information du public ? Enfin, la médecine du travail reste le parent pauvre du système de santé...

Catherine Deroche. - Vous voyez le verre à moitié vide ; nous, nous voyons les progrès qui ont été réalisés depuis quelques années. Le rapporteur général dit avoir des idées en matière de recettes mais aussi de maîtrise des dépenses : pour l'heure, je n'ai vu que des propositions de dépenses nouvelles. Comment allez-vous les compenser ? Dans quels domaines comptez-vous

maîtriser les dépenses ? Enfin, une simplification des comptes sociaux serait bienvenue : un peu de bon sens et de pragmatisme !

Laurence Cohen. - *On ne peut renvoyer dos à dos la gauche et la droite ! Tout le monde accède aux soins, dit Isabelle Debré. C'est faux ! Les chiffres l'attestent, et nous constatons tous, sur le terrain, que de plus en plus de personnes y renoncent en réalité et que les inégalités sociales se creusent. Le système se délabre à cause de vos choix politiques. La crise, dites-vous ? C'est avant tout le chômage, qui a des incidences sur les comptes sociaux. Que dire de la situation des hôpitaux publics ? Pour le Gouvernement, la santé est une marchandise. Ce n'est pas notre conception.*

Samia Ghali. - *On ne peut tout imputer à la crise, madame Debré. La situation actuelle résulte aussi de choix politiques. Les plus pauvres, premiers touchés par les suppressions d'emplois, en sont les premières victimes, notamment dans les quartiers difficiles.*

Pourquoi ne pas moduler l'allocation de rentrée scolaire en fonction des filières, en effet. Mais on se demande parfois s'il faut la verser directement aux familles car certaines la consacrent à des survêtements ou des baskets de marque plutôt qu'aux frais de scolarité...

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Monsieur Milon, madame Deroche, les différences entre nous ne se limitent pas à une question de perspective. Ce PLFSS contient de bonnes mesures ; d'autres étaient tellement absurdes qu'elles ont été rejetées à l'unanimité par l'Assemblée nationale ! Et je ne parle pas de l'article 34 nonies, sur le secteur optionnel...*

Ce PLFSS entérine la spirale du déficit, conséquence de votre refus dogmatique d'augmenter les recettes. Quand mon prédécesseur proposait d'augmenter la CRDS, pur bon sens, il se faisait battre en séance... Il manque chaque année 10 milliards d'euros de recettes. Le Gouvernement prône la règle d'or, mais prévoit encore un déficit de 8,5 milliards pour 2015, auquel il faut ajouter les 2,8 milliards du FSV ! Tout cela calculé sur des bases macro-économiques que l'on sait fausses... Le déficit a été accepté, même encouragé. Résultat, une dette sociale de 141 milliards fin 2011. Nous sommes la seule démocratie moderne à rembourser ses frais médicaux à crédit. Selon la Cour des comptes, les facteurs structurels expliquent 0,7 point d'un déficit qui représentait 1,2 point de PIB en 2010. Le déficit est essentiellement structurel et tient au refus de mettre en face des dépenses les recettes indispensables à l'équilibre.

Je suis d'accord avec Catherine Génisson. Le Fir est un premier pas vers la résorption des inégalités territoriales, mais nous sommes encore loin du but car, sur ce sujet complexe, il faut aussi des référentiels portant sur la prévalence des actes tout en maintenant la qualité des soins.

Je vous proposerai de supprimer l'article 34 nonies, particulièrement peu lisible. Le secteur optionnel ne répond en rien au problème central des dépassements d'honoraires et de l'accès aux soins. Je vous proposerai

également de réserver les rémunérations à la performance aux médecins exerçant en secteur 1. Je proposerai enfin de supprimer l'augmentation de 3,5 % à 7 % de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA), même si celle-ci ne figure pas dans le PLFSS.

Les mises en réserve des crédits ne concernent que les investissements et les hôpitaux en difficulté, puisqu'elles portent sur les aides à la contractualisation au sein des Migac, mises en place par l'hôpital et l'ARS afin de résorber les déficits. En gelant cette contractualisation, on reporte le déficit sur l'année suivante et on laisse la situation se détériorer !

Claude Jeannerot a raison, le problème des ALD appelle une réforme globale, qui devra comprendre un volet prévention, envisager l'évolution des modalités de prise en charge, inclure de l'éducation thérapeutique.

Le PLFSS comporte peu d'éléments sur le médicament. L'Assemblée nationale a néanmoins inséré un article bienvenu sur la prise en compte de l'amélioration du service médical rendu. Lors de la dernière étape, le comité économique des produits de santé (Ceps) décide après une négociation opaque avec les industriels. La Cour des Comptes a dénoncé ce dispositif, que nous gagnions à simplifier pour que l'apport thérapeutique du médicament détermine son prix et son taux de remboursement. Je ne sous-estime pas les enjeux économiques. D'ailleurs, lors de ma première rencontre avec les représentants de laboratoires en tant que rapporteur général, mes interlocuteurs m'ont fait observer que ni mon département, ni ma région ne comportaient d'entreprise pharmaceutique, ce qui m'éviterait d'être tenu comptable d'une perte d'emplois...

Il y a quelques jours, le ministre de la santé nous disait avec véhémence que les Français consommaient trop de médicaments, trop coûteux. Cela fait au moins un point de convergence entre nous. J'observe notamment que le prix de produits génériques est jusqu'à deux fois plus élevé en France que dans d'autres pays.

René-Paul Savary a parlé du progrès médical. Notre commission toute entière souhaite une loi de santé publique. Mme Bachelot-Narquin l'avait promise, mais rien n'est venu. Résultat : nous réagissons fortement à des mesures comme la taxe sur les boissons sucrées. Améliorer les comportements individuels est un enjeu stratégique de santé publique.

Madame Debré, nous approuvons l'objectif prioritaire de désendettement, mais le Gouvernement le proclame sans le mettre en pratique.

Je précise à Aline Archimbaud qu'aucune disposition du PLFSS ne porte spécifiquement sur la répartition des médecins, sujet pour lequel je ne vous proposerai aucun amendement, car ce débat sera évidemment évoqué au cours de la campagne présidentielle. Les mesures adoptées jusqu'à présent sont à la fois coûteuses et inefficaces. Le recours à la coercition contre les médecins n'est guère envisageable, mais la situation actuelle est inadmissible, avec plus de médecins que jamais mais aussi plus de déserts médicaux. Je

vous proposerai simplement une mesure de bon sens : seuls les praticiens du secteur 1 pourront percevoir le surplus de rémunération lié à la performance.

Madame Deroche, nous ne proposerons pas de PLFSS alternatif. Laissons les Français voter à l'élection présidentielle et décider qui présentera le prochain. L'Ondam augmente de 2,8 %, alors que son glissement tendancier est de 4 %, mais je ne propose pas de porter l'objectif à ce niveau, ni même à 3 %. Alors ne me reprochez pas de gêner la maîtrise des dépenses de santé ! Nous voulons seulement que tous les Français accèdent au dispositif de soins. Nous sommes confiants dans les gains non de productivité, mais de performance.

Comme d'autres, je regrette qu'aucune disposition du PLFSS ne concerne la perte d'autonomie, après le travail préparatoire conduit sous l'autorité de Mme Bachelot-Narquin.

Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *Un mot des conventions pluriannuelles : je vous proposerai un amendement qui évitera aux établissements médico-sociaux d'être en contradiction avec le code de l'action sociale.*

Il y avait matière à prendre des mesures contre la dépendance. Je regrette à ce propos l'incertitude complète sur les cinquante millions annoncés pour l'aide à domicile. D'où viendront-ils ? Comment seront-ils utilisés et comment satisfaire les besoins ?

Alors que la loi HPST avait institué une fongibilité asymétrique des crédits pour protéger le secteur médico-social, le gel de crédits compromet la création de places. L'effort de maîtrise des dépenses est légitime, mais il serait abusif de le faire plus lourdement porter sur le secteur médico-social. A ce propos, je précise à René-Paul Savary que le taux de 95 % s'applique aux dépenses financées par l'Ondam, sans doute aurais-je dû l'indiquer expressément dans mon propos.

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *La pénibilité figure certes dans la loi sur les retraites, après avoir fait, l'année dernière, l'objet d'échanges fort intéressants. J'ai donc été sidérée de lire que le décret d'application exigeait une exposition de dix-sept ans pour qu'elle soit recevable. Il n'avait jamais été question d'un tel critère !*

Certes, l'emploi des seniors augmente, mais leur taux de chômage s'est encore accru de 15 %. Sans remuer le couteau dans la plaie, je rappelle qu'au lendemain du vote de la loi sur les retraites, Renault avait annoncé un plan de départ anticipé des seniors ! Dans ce domaine, je proposerai une mesure tendant à réduire le déficit, en s'appuyant sur la Cour des comptes pour réfléchir au redéploiement du dispositif d'épargne retraite, qui profite aujourd'hui aux catégories les plus aisées.

Alain Vasselle a proposé à plusieurs reprises de réévaluer la CRDS. Nous en étions tous d'accord, mais aucun amendement parlementaire n'a pu modifier les lois de financement sur ce point.

Enfin, je rappelle que dans un rapport qui n'a pas été publié, Jean-Luc Tavernier, un inspecteur des finances auditionné par notre commission, a écrit que l'on consacrait 20 milliards d'euros à des exonérations de charges sur les entreprises.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - *Le système de retraite par points ne réglerait pas le problème de la pénibilité. Une invalidité permanente partielle (IPP) de 20 % est exigée aujourd'hui pour que ce facteur soit pris en compte ; lorsque ce taux est compris entre 10 % et 20 %, l'intéressé doit démontrer une exposition de dix-sept années à des travaux pénibles. On est ici non plus dans la pénibilité mais dans la reconnaissance d'une invalidité. Il y a la réparation et il devrait surtout y avoir la prévention. D'ailleurs, seuls 110 millions y sont consacrés dans le projet qui nous est soumis, ce qui limite les bénéficiaires à quelque 12 200 personnes. Cette évaluation est cohérente avec les obstacles mis à l'entrée dans le dispositif.*

Isabelle Pasquet, rapporteure pour la famille. - *La modulation de l'allocation de rentrée scolaire est facile à cibler puisque l'on sait dans quelle section sont inscrits les lycéens. Cette mesure, proposée à enveloppe constante, rejoint une demande des organisations syndicales. L'utilisation de l'allocation est une question complexe. Nous devons faire en sorte que l'instruction coûte le moins possible, sans nous ériger en juge des familles les plus modestes. Pourquoi ne pas envisager de créer des coopératives permettant d'acquérir des fournitures à moindre coût ?*

Examen des amendements

Article 7

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 1 tend à supprimer cet article, pour éviter l'augmentation de la participation des régimes d'assurance maladie au budget des ARS.*

Catherine Génisson. - *Nous soutiendrons cet amendement, car la participation de l'assurance maladie au fonctionnement des ARS ne doit pas exonérer l'Etat de ses responsabilités. Il reste que leur train de vie n'a rien de faste.*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *En effet.*

Isabelle Debré. - *Au nom du groupe UMP, je vous précise que, n'ayant pas eu le temps d'examiner les amendements, nous réserverons nos interventions pour l'hémicycle. Nous ne prendrons pas part aux votes aujourd'hui.*

L'amendement n° 1 est adopté.

Articles additionnels avant l'article 10 A

Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 2 maintient à 3,5 % la taxation des contrats d'assurance maladie solidaires et responsables. Symétriquement, il augmente le prélèvement social sur les revenus du capital, ainsi que le forfait social.

Muguette Dini. - Nous sommes contre.

Gilbert Barbier. - Nous aussi.

L'amendement n° 2 est adopté.

Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 3 tend à supprimer la très injuste franchise sur les médicaments, ce qui suppose bien sûr une évolution globale de la politique de remboursement des médicaments.

L'amendement n° 3 est adopté.

Article additionnel après l'article 10 ter

Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 4 soumet les parachutes dorés à cotisations.

L'amendement n° 4 est adopté.

Article additionnel avant l'article 11

Yves Daudigny, rapporteur général. - Mesure symbolique, l'amendement n° 5 abroge l'article 1^{er} de la loi Tepas, qui ampute les ressources sociales de 3,4 milliards d'euros.

L'amendement n° 5 est adopté.

Article additionnel après l'article 11

Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 6 tend à mieux cibler les allègements généraux de cotisations sociales en pénalisant les entreprises ayant un nombre élevé d'employés à temps partiel.

Catherine Génisson. - Cette excellente disposition combattra le temps partiel subi, dont les victimes sont principalement des femmes.

L'amendement n° 6 est adopté.

Article 17 bis

Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 7 complète la loi sur le médicament.

L'amendement n° 7 est adopté.

Article 19

Yves Daudigny, rapporteur général. - J'ai passé bien du temps à comprendre le texte de l'Assemblée ! Comment faire très compliqué quand on pourrait faire simple ? Pour financer l'Afssaps, plutôt que le système complexe proposé, cet amendement vise à créer un fonds dédié qui collectera

les contributions des laboratoires, sans les faire passer par la caisse d'assurance maladie.

Isabelle Debré. - *Qu'on ne se méprenne pas sur le sens de notre position. Nous avons besoin de temps pour étudier ces propositions. En séance, nous voterons contre certaines, mais pourrons nous abstenir sur d'autres, voire les voter.*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Vous pourrez donc voter cet amendement dans l'hémicycle !*

L'amendement n° 8 est adopté.

Article 28

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 9 tend à refuser d'approuver l'annexe B, car la révision des perspectives macro-économiques aura une incidence comprise entre 1 et 1,5 milliard d'euros.*

Gilbert Barbier. - *Proposez-vous un autre tableau ?*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Nous n'avons pas les moyens de le faire.*

Gilbert Barbier. - *Il est facile de supprimer un tableau, mais il faut tout de même disposer d'une projection quadriennale des dépenses. Vous cédez à une facilité coupable.*

Annie David, présidente. - *Croyez-vous que nous soyons en mesure de mettre à jour toutes les prévisions macro-économiques ?*

Catherine Génisson. - *La suppression de l'annexe est une simple question de sincérité, puisque nous savons que le Gouvernement va la modifier.*

Gilbert Barbier. - *Certes, mais les professionnels de santé ont besoin d'une projection sur leur avenir. Même si vous n'êtes pas d'accord avec le tableau, l'amendement est un peu léger.*

Catherine Génisson. - *Mais le tableau est faux !*

Gilbert Barbier. - *Corrigez-le !*

Catherine Génisson. - *Nous ne sommes pas le Gouvernement !*

Jacky Le Menn. - *Pas encore... C'est une affaire de bon sens. Le Gouvernement présentera un nouveau tableau puisque le Président de la République a annoncé, lors de son allocution télévisée, une moindre croissance économique. Je suis persuadé que Bercy est à la tâche. Soyons honnêtes et supprimons cette annexe. Pas de malice ! Epargnons-nous un travail long et difficile que nous n'avons pas le temps ni les moyens de faire ; laissons au Gouvernement le soin de présenter un tableau de substitution.*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Pour simplifier les choses, je vais retirer l'amendement, avant de vous inviter à repousser le tableau en séance publique, ce qui reviendra exactement au même, ceci dit.*

Gilbert Barbier. - *Comment bâtir vos amendements sans prévisions pour 2012 ? Je suis formellement opposé à la suppression pure et simple de l'annexe.*

Catherine Génisson. - *N'opérons pas un transfert de responsabilités : il revient au Gouvernement d'annoncer des perspectives de recettes et de fixer l'Ondam. Le ministre n'a pas dit à l'Assemblée nationale s'il le modifierait. Comment pourrions-nous agir à sa place ? Laissons de côté les arguties parlementaires.*

L'amendement n° 9 est retiré.

Articles additionnels avant l'article 33

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 10 fixe dans le marbre de la loi le régime des indemnités journalières maladie.*

L'amendement n° 10 est adopté.

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 11 tend à supprimer le processus de convergence tarifaire entre hospitalisation publique et privée.*

Gilbert Barbier. - *Voulez-vous supprimer aussi la convergence intra sectorielle ?*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Elle est déjà en cours. C'est la question des référentiels. Il ne faut pas confondre qualité des soins et fin des anomalies interrégionales avec une convergence entre secteurs public et privé qui soulève d'importantes questions de principe.*

L'amendement n° 11 est adopté.

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Avec l'amendement n° 12, nous demandons au Gouvernement de présenter un rapport sur les renoncements aux soins.*

L'amendement n° 12 est adopté.

Article 33 bis

L'amendement rédactionnel n° 13 est adopté.

Article additionnel avant l'article 34

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 14 tend à compléter la convention du 26 juillet 2011 en réservant la rémunération relative à la performance aux médecins du secteur 1. C'est une mesure de bon sens et un signe aux praticiens concernés.*

L'amendement n° 14 est adopté.

Article 34 bis

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 15 tend à supprimer cet article, qui crée un dépistage précoce des troubles de l'audition. Je n'y suis bien sûr pas opposé, mais pas au détour d'un texte d'une autre nature.*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - *Ce sujet fait débat. Il est déjà passé lors de la discussion de la loi Fourcade. Il faut avoir le temps de préparer l'examen de la proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale et laisser ce texte suivre son cours.*

Laurence Cohen. - *Je suis orthophoniste et je partage l'analyse de Jean-Pierre Godefroy. Ce dépistage mérite que l'on s'y attarde.*

Catherine Génisson. - *Personne ne sous-estime la nécessité d'un dépistage précoce pour avoir déjà assisté à la discussion de ce texte à l'Assemblée nationale. Je précise que le lobbying des sourds est très fort et que l'article ne dit rien de la conduite à tenir face à un trouble dépisté. En outre, le même dépistage serait justifié pour la vision, ce que l'on ne peut pratiquer en raison des sorties rapides de maternité. A ce propos, je souligne que l'ictère du nouveau-né donne lieu à un nombre croissant de complications, précisément parce que mère et enfant quittent désormais la maternité quarante-huit heures après la naissance. Je conviens que ce sujet ne relève pas du PLFSS mais c'est une vraie préoccupation.*

Jacky Le Menn. - *Il n'est pas sérieux d'introduire un cavalier sur ce sujet complexe et conflictuel, source d'un débat difficile.*

Muguette Dini. - *Je partage cet avis : le dépistage des troubles de l'audition est très important. Introduit dans la loi Fourcade, il a été censuré par le Conseil constitutionnel pour absence de lien avec le texte. Gardons-nous d'agir dans la précipitation.*

L'amendement n° 15 est adopté.

Article 34 quater

Yves Daudigny, rapporteur général. - *La garantie offerte par les médicaments génériques dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale n'atteint pas celle du princeps. C'est pourquoi l'amendement n° 16 propose de supprimer l'article 34 quater.*

L'amendement n° 16 est adopté.

Article 34 quinquies

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 17 tend à supprimer une disposition redondante.*

L'amendement n° 17 est adopté.

Article 34 sexies

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Que sont les « fédérations régionales représentatives des établissements de santé » ? L'amendement de suppression n° 18 évite qu'on alourdisse encore la procédure.*

L'amendement n° 18 est adopté.

Article 34 nonies

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 19 supprime le secteur optionnel introduit par l'Assemblée nationale.*

L'amendement n° 19 est adopté.

Article 35

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 20 tend à écarter les indicateurs de performance assortis de sanction.*

L'amendement n° 20 est adopté.

Article 35 bis

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement de suppression n° 21 rejoint l'argumentation d'Alain Milon au sujet des ristournes.*

L'amendement n° 21 est adopté.

Article 35 quater

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 22 supprime le distinguo introduit par l'Assemblée nationale entre dispositifs cliniques et médicaux, que je ne comprends pas bien.*

L'amendement n° 22 est adopté.

Article 35 quinquies

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 23 propose de regrouper en un seul trois rapports existants.*

Catherine Génisson. - *Ces rapports sont-ils disponibles ?*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Depuis quelques jours.*

Annie David, présidente. - *Ils sont rarement rendus, et pas toujours dans les délais requis.*

Laurence Cohen. - *Avez-vous pris sur la T2A une position tranchée comme sur la convergence ?*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Il ne s'agit par cet amendement que de fusionner trois rapports portant sur des sujets connexes.*

Laurence Cohen. - *Ma question n'était pas dépourvue de sens politique : nous contestons cette tarification, qui est précisément l'objet d'un de ces rapports.*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Le rapport unique alimentera le débat.*

Annie David, présidente. - *A chacun de s'en servir.*

L'amendement n° 23 est adopté.

Article 35 sexies

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Je ne comprends pas le sens de la prescription de la facturation ? Avec l'amendement n° 24, je propose de la supprimer.*

L'amendement n° 24 est adopté.

Article 36

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Je vous propose, avec l'amendement n° 25, que le Fir ne finance pas la permanence des soins. Préservons les crédits destinés à la qualité des soins et à la modernisation des établissements.*

Catherine Génisson. - *Si j'ai bien compris, le Fir se substituera aux fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) et de modernisation des établissements de santé publics ou privés (Fmespp). Si une expérimentation donne un résultat positif, l'action doit être pérennisée.*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *La création du Fir est neutre à cet égard.*

Catherine Génisson. - *Certes.*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *J'ajoute que la permanence des soins concerne l'hôpital et la médecine de ville.*

L'amendement n° 25 est adopté.

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 26 rétablit les droits du Parlement en lui permettant de voter chaque année la contribution de l'assurance maladie au Fir.*

Annie David, présidente. - *Le texte initial prévoyait qu'il soit fixé par arrêté des ministres.*

L'amendement n° 26 est adopté.

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 27 réaffirme le principe de fongibilité asymétrique.*

Georges Labazée. - *Je suggère d'expliciter en bon français, de compréhension plus facile !*

L'amendement n° 27 est adopté.

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Il est souhaitable d'évaluer le fonctionnement du Fir. L'amendement n° 28 demande deux rapports à cette fin.*

L'amendement n° 28 est adopté.

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 29 est de simplification : le Fir va reprendre les crédits de l'assurance maladie consacrés à la prévention.*

L'amendement n° 29 est adopté.

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Evitons la précipitation. C'est pourquoi l'amendement n° 30 reporte la création du Fir au 1^{er} janvier 2013.*

L'amendement n° 30 est adopté.

Article 36 bis

Yves Daudigny, rapporteur général. - *L'amendement n° 31 demande que l'expérimentation relative aux transports sanitaires urgents préhospitaliers fasse l'objet d'un rapport d'évaluation transmis au Parlement.*

L'amendement n° 31 est adopté.

Article 37

Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *Je vous propose, à l'amendement n° 32, d'écarter de nouvelles modulations du forfait soins des Ehpad. Cette tarification a déjà été modifiée ces dernières années, mais nous attendons encore les décrets d'application.*

L'amendement n° 32 est adopté.

Articles additionnels après l'article 37 ter

Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *L'amendement n° 33, qui répond aux questions de Gérard Roche et de Georges Labazée, comblera le vide juridique provoqué pour les Ehpad par le non-renouvellement de certaines conventions tripartites : celles-ci seront automatiquement prorogées d'un an.*

L'amendement n° 33 est adopté.

Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *L'amendement n° 34 propose d'étendre aux seuls Ehpad le principe introduit dans la loi Fourcade à propos des hôpitaux pour préciser que les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail.*

L'amendement n° 34 est adopté.

Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *La trésorerie des établissements publics médico-sociaux est substantielle, mais actuellement inactive. L'amendement n° 35 leur permettrait d'obtenir quelques produits de placement, nécessairement affectés à leur section d'investissement.*

L'amendement n° 35 est adopté.

Article 39

Yves Daudigny, rapporteur général. - *En juin, un rapport de l'Igas avait suggéré de rémunérer la gestion des ordonnances par les pharmaciens. Je vous propose, avec l'amendement n° 36, de supprimer la nouvelle forme de rémunération envisagée qui risque de se traduire par une charge supplémentaire imposée aux assurés.*

L'amendement n° 36 est adopté.

Article 40

Yves Daudigny, rapporteur général. - *En supprimant l'article « VIP étrangers hospitalisés », l'amendement n° 37 s'oppose à l'instauration d'une médecine à plusieurs vitesses.*

L'amendement n° 37 est adopté.

Article 45

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Il est inutile d'introduire le Fmespp dans le financement de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), qui doit percevoir une dotation versée par l'assurance maladie. L'amendement n° 38 est donc de simplification.*

L'amendement n° 38 est adopté.

Article 46

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Nous souhaitons conserver la contribution aux ARS au même niveau qu'en 2011. L'amendement n° 39 rétablit la dotation initiale du Fmespp.*

L'amendement n° 39 est adopté.

Article additionnel après l'article 49

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *Avant de prévoir d'étendre la pension de réversion aux personnes liées par un Pacs, l'amendement n° 40 dispose que le Gouvernement remettra au Parlement un rapport à ce sujet avant le 31 janvier 2012.*

Annie David, présidente. - *Cette mesure d'extension au partenaire de Pacs avait déjà été préconisée par un rapport de la Mecss dans sa précédente configuration.*

L'amendement n° 40 est adopté.

Article 51

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *Je n'aurais jamais cru vous présenter une disposition applicable aux ministres des cultes et aux membres des congrégations religieuses ! En l'espèce, l'article 51 permet aux intéressés de racheter leur période de formation sur le modèle des années d'études. L'amendement n° 41 tend à supprimer cette*

disposition hypocrite, puisque coûteuse et donc inaccessible pour le plus grand nombre d'entre eux.

L'amendement n° 41 est adopté.

Article 51 septies

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *Rajouté tard dans la nuit par l'Assemblée nationale, cet article restreint les conditions d'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) : les personnes de nationalité étrangère devraient désormais être résidentes depuis dix ans, au lieu de cinq. L'amendement n° 42 tend à supprimer une mauvaise mesure.*

L'amendement n° 42 est adopté.

Article 53

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - *A la réflexion, je vais retirer l'amendement de suppression n° 43, qui priverait l'assurance maladie de 790 millions d'euros recettes. En outre, il donnerait l'impression que l'on met fin à l'obligation faite aux entreprises de compenser auprès de la branche maladie la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles. Mon intention initiale était de dénoncer le faible montant de cette compensation mais le message pourrait être mal compris. Je préfère marquer notre désapprobation en séance et interroger le ministre sur ses intentions.*

Annie David, présidente. - *Je comprends votre intention. L'article 40 aurait-il été applicable si l'on prévoit d'augmenter ce transfert au bénéfice de la Cnam ?*

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - *Je le crains. Il faut raisonner par branche.*

L'amendement n° 43 est retiré.

Article additionnel après l'article 53

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - *Avec l'amendement n° 44, les victimes d'une faute inexcusable de l'employeur pourront lui demander réparation intégrale.*

Annie David, présidente. - *C'est une demande récurrente.*

L'amendement n° 44 est adopté.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - *Nous abordons le cas des marins, dont le Conseil constitutionnel a jugé qu'ils devaient pouvoir se retourner contre leur employeur pour faute inexcusable. Fondé par Colbert, l'établissement national des invalides de la marine (Enim) est la plus ancienne institution de solidarité en France. Le Gouvernement veut la supprimer au profit de la caisse de retraite des gens de mer qui irait à La Rochelle.*

Annie David, présidente. - Cela amènera un débat intéressant en séance.

L'amendement n° 45 est adopté.

Article 55

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche AT-MP. - Je vous propose avec l'amendement de suppression n° 46 d'être cohérents avec notre opposition à la loi sur les retraites et son volet pénibilité.

L'amendement n° 46 est adopté.

Article 58 bis

Isabelle Pasquet, rapporteure pour la famille. - Cet article repousse de trois mois la revalorisation des prestations familiales : en dépit des engagements du Gouvernement, elle n'interviendrait que le 1^{er} avril, pénalisant des familles modestes et gênant le rôle d'amortisseur social joué par ces prestations. D'où l'amendement n° 47 tendant à supprimer cette disposition.

L'objection tirée du gage à apporter à la suppression de la CSG sur certains volets de la Paje n'est pas recevable, puisque l'Assemblée nationale a déjà gagé cette mesure par une réduction de l'abattement sur les revenus professionnels soumis à CSG.

L'amendement n° 47 est adopté.

Article additionnel après l'article 58 ter

Isabelle Pasquet, rapporteure pour la famille. - L'amendement n° 48 tend à moduler l'allocation de rentrée scolaire servie aux lycéens selon qu'ils sont en filière générale ou technologique et professionnelle.

Jacky Le Menn. - Il me semble que les conseils régionaux interviennent déjà en ce sens.

Annie David, présidente. - Nous parlons ici des allocations familiales de rentrée scolaire versée sur l'ensemble du territoire sous conditions de ressources. Certains conseils régionaux accordent effectivement des aides spécifiques aux jeunes en apprentissage ou en formation professionnelle qui s'y ajoutent.

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - Toutes les régions pratiquent de la sorte. Je me demande donc s'il faut vraiment accroître le ciblage ou conserver à l'allocation de rentrée scolaire sa dimension forfaitaire.

Samia Ghali. - Des conseils régionaux achètent très souvent du matériel, notamment pour les apprentis. L'amendement n° 48, qui part d'une bonne intention, pourrait se retourner contre certains jeunes dans les collèges ou même dans les écoles primaires - il y a des écoles primaires où le papier

hygiénique est acheté par les familles. Il serait parfois de l'intérêt des enfants de vérifier l'utilisation de l'allocation.

Annie David, présidente. - Il ne s'agit pas seulement de matériel. D'autres frais pèsent sur les familles et par exemple les frais de transports. Parce que les établissements techniques sont moins nombreux que les lycées, les élèves de l'enseignement professionnel effectuent davantage de déplacements, qui constituent une dépense substantielle malgré l'aide régionale. Et l'on sait bien quels élèves vont en formation professionnelle ou en formation générale.

Georges Labazée. - Ce débat est intéressant mais compliqué parce que l'ARS sert également de référence pour l'aide à la restauration scolaire dans les lycées ou les collèges : faut-il n'aider que les boursiers ?

Catherine Génisson. - Nous retrouvons le débat sur la progressivité des allocations familiales. Sous des formes diverses, toutes les régions aident plus les lycéens des filières techniques ou professionnelles. L'amendement est légitime, mais il ne faudrait pas inciter les parents à n'orienter leurs enfants que vers des filières où les allocations sont susceptibles de mieux les accompagner. La mesure est-elle suffisamment mûre ?

Isabelle Pasquet, rapporteure pour la famille. - Je suis satisfaite d'avoir lancé le débat. Il appartient à l'Etat de prendre en charge la spécificité de la filière technologique. Risque-t-on de d'inciter à une orientation plutôt qu'à une autre de la sorte ? Non, car l'allocation de rentrée scolaire sera toujours modeste et le différentiel réduit. Ainsi, le reste à charge des familles restera substantiel malgré toutes les aides perçues. Les organisations syndicales d'enseignants nous ont alertés sur les difficultés éprouvées dans les milieux modestes. Je maintiens l'amendement.

Annie David, présidente. - Son adoption permettra de porter le débat en séance publique.

Yves Daudigny, rapporteur général. - Je propose que la commission l'adopte.

L'amendement n° 48 est adopté.

Article 62 bis

Yves Daudigny, rapporteur général. - Dans le contexte actuel, il ne paraît pas bienvenu que les caisses nationales du régime général financent les travaux d'évaluation et d'analyse de performance mentionnés par l'article 62 bis, d'où l'amendement n° 49.

L'amendement n° 49 est adopté.

Article additionnel avant l'article 63

Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 50 tend à éviter que la contribution de 35 euros exigée lors de l'ouverture d'une procédure en justice ne s'applique en matière sociale. Selon la loi du

24 octobre 1946, les procédures contentieuses en matière sociale sont gratuites et sans frais. Le Gouvernement l'a d'ailleurs récemment confirmé dans une circulaire, mais cela va mieux en l'écrivant.

L'amendement n° 50 est adopté.

Article 63 quater

Yves Daudigny, rapporteur général. - La plupart du temps, la fraude est imputable aux entreprises, mais le Gouvernement souhaite ajouter au répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) les prestations en espèces servies par les organismes de sécurité sociale. L'amendement n° 51 impose que la Cnil se prononce. Je précise que, contrairement à ce qui avait été envisagé, les rémunérations ne seront pas indiquées.

L'amendement n° 51 est adopté.

Article 63 quinquies

Yves Daudigny, rapporteur général. - L'amendement n° 52 rectifie une référence : nous avons bien lu le texte...

L'amendement n° 52 est adopté.

Annie David, présidente. - Nous en avons fini avec les amendements. Je vous informerai de la transmission du texte par l'Assemblée nationale afin que nous tenions rapidement après notre réunion de validation.

Article 7			
Augmentation de la contribution de l'assurance maladie aux agences régionales de santé pour 2011			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	1	Suppression de l'article	Adopté

Articles additionnels avant l'article 10 A			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	2	Taux réduit de taxation pour les contrats d'assurance maladie solidaires et responsables	Adopté
Rapporteur général	3	Suppression de la franchise sur les médicaments	Adopté

Article additionnel après l'article 10 ter			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	4	Assujettissement des « parachutes dorés » aux cotisations sociales	Adopté

Article additionnel avant l'article 11			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	5	Suppression des exonérations sociales et fiscales sur les heures supplémentaires	Adopté

Article additionnel après l'article 11			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	6	Ciblage des allègements généraux de cotisations sociales	Adopté

Article 17 bis Assiette de la contribution sur les dépenses promotionnelles des entreprises pharmaceutiques			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	7	Elargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses promotionnelles des entreprises pharmaceutiques	Adopté

Article 19 Financement de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	8	Affectation à un fonds dédié des taxes et redevances collectées par l'Afssaps	Adopté

Article 28 Approbation d'un rapport fixant un cadrage quadriennuel (annexe B)			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	9	Suppression de l'article	Retiré

Articles additionnels avant l'article 33			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	10	Maintien du droit existant pour les indemnités journalières maladie	Adopté
Rapporteur général	11	Suppression du processus de convergence tarifaire	Adopté
Rapporteur général	12	Rapport du Gouvernement au Parlement sur les renoncements aux soins	Adopté

Article 33 bis Fixation du prix des médicaments par le comité économique des produits de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	13	Rédactionnel	Adopté

Article additionnel avant l'article 34			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	14	Partie de la rémunération des médecins attribuée au titre d'objectifs de santé publique et de performance réservée aux médecins du secteur 1	Adopté

Article 34 bis Généralisation du dépistage précoce des troubles de l'audition			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	15	Suppression de l'article	Adopté

Article 34 quater Inscription au répertoire des spécialités génériques des spécialités dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	16	Suppression de l'article	Adopté

Article 34 quinquies Evaluation de la rémunération sur objectifs de santé publique			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	17	Suppression de l'article	Adopté

Article 34 sexies Consultation des fédérations régionales hospitalières en matière d'accord préalable pour les soins de suite et de réadaptation			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	18	Suppression de l'article	Adopté

Article 34 <i>nonies</i> Création d'un secteur optionnel par la convention ou élargissement de l'option de coordination par arrêté gouvernemental			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	19	Suppression de l'article	Adopté

Article 35 Imposition d'indicateurs de performance pour les établissements de santé et sanctions en cas de non-respect des objectifs			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	20	Suppression de l'article	Adopté

Article 35 <i>bis</i> Rétablissement des ristournes en matière de biologie médicale			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	21	Suppression de l'article	Adopté

Article 35 <i>quater</i> Maîtrise des dépenses de la liste en sus			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	22	Suppression de l'article	Adopté

Article 35 <i>quinquies</i> Regroupement en un rapport unique de plusieurs rapports relatifs aux établissements de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	23	Suppression de la partie du rapport relative à la convergence tarifaire	Adopté

Article 35 <i>sexies</i> Prescription de la facturation des établissements de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	24	Suppression de l'article	Adopté

Article 36 Création d'un fonds d'intervention régional			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	25	Suppression de la permanence des soins du champ de financement du fonds d'intervention régional	Adopté
Rapporteur général	26	Vote annuel par le Parlement de la contribution de l'assurance maladie au fonds d'intervention régional	Adopté
Rapporteur général	27	Renforcement du principe de la fongibilité asymétrique	Adopté
Rapporteur général	28	Instauration d'une double procédure d'évaluation du fonctionnement du fonds d'intervention régional et maintien de la transmission au Parlement du rapport d'activité du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins	Adopté
Rapporteur général	29	Suppression d'une disposition rendue obsolète par la création du fonds d'intervention régional	Adopté
Rapporteur général	30	Report de la création du fonds d'intervention régional au 1 ^{er} janvier 2013	Adopté

Article 36 bis Expérimentation pour les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	31	Transmission au Parlement d'un rapport d'évaluation sur l'expérimentation mise en œuvre	Adopté

Article 37 Expérimentation d'une modulation du forfait global relatif aux soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur médico-social	32	Suppression de l'article	Adopté

Articles additionnels après l'article 37 ter			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour le secteur médico-social	33	Prorogation des conventions pluriannuelles des Ehpad en attente de renouvellement	Adopté
Rapporteur pour le secteur médico-social	34	Clarification des conditions d'intervention des professionnels libéraux dans l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux	Adopté
Rapporteur pour le secteur médico-social	35	Assouplissement des possibilités de gestion de leur trésorerie des établissements publics sociaux et médico-sociaux	Adopté

Article 39			
Modes de rémunération des pharmacies d'officine			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	36	Suppression des nouveaux honoraires de dispensation à la charge des assurés	Adopté

Article 40			
Création d'une tarification spécifique des séjours hospitaliers applicable à certains étrangers non-assurés sociaux			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	37	Suppression de l'article	Adopté

Article 45			
Financement de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	38	Suppression de l'article	Adopté

Article 46			
Dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à plusieurs fonds et organismes pour 2012			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	39	Maintien de la contribution aux ARS pour 2012 au même niveau qu'en 2011 et rétablissement du montant initial prévu pour le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés	Adopté

Article additionnel après l'article 49			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour l'assurance vieillesse	40	Rapport du Gouvernement au Parlement sur l'extension du bénéfice de la pension de réversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité	Adopté

Article 51			
Rachat des périodes de formation à la vie religieuse au régime d'assurance vieillesse des cultes			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour l'assurance vieillesse	41	Suppression de l'article	Adopté

Article 51 septies Allongement de la durée de résidence en France requise pour l'attribution aux étrangers des allocations aux personnes âgées			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour l'assurance vieillesse	42	Suppression de l'article	Adopté

Article 53 Versement de la branche accidents du travail-maladies professionnelles à la branche maladie du régime général			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour les AT-MP	43	Suppression de l'article	Retiré

Articles additionnels après l'article 53			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour les AT-MP	44	Droit à réparation intégrale des préjudices subis par les victimes d'une faute inexcusable de l'employeur	Adopté
Rapporteur pour les AT-MP	45	Droit au complément d'indemnisation lié à une faute inexcusable de l'employeur pour les gens de mer	Adopté

Article 55 Contribution de la branche accidents du travail-maladies professionnelles au départ en retraite anticipée pour pénibilité			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour les AT-MP	46	Suppression de l'article	Adopté

Article 58 bis Report de la revalorisation des prestations familiales au 1^{er} avril de chaque année			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour la famille	47	Suppression de l'article	Adopté

Article additionnel après l'article 58 <i>ter</i>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur pour la famille	48	Modulation de l'allocation de rentrée scolaire selon la voie de formation	Adopté

Article 62 <i>bis</i> Création d'un fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale et suppression des conseils de surveillance institués auprès des caisses nationales			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	49	Suppression de l'article	Adopté

Article additionnel avant l'article 63			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	50	Suppression de l'assujettissement des contentieux de sécurité sociale à la contribution de 35 euros pour l'aide juridique	Adopté

Article 63 <i>quater</i> Élargissement du périmètre des données contenues dans le répertoire national commun de la protection sociale			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	51	Avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés	Adopté

Article 63 <i>quinquies</i> Déchéance du droit aux prestations sociales en cas de fraude au numéro de sécurité sociale			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur général	52	Rédactionnel	Adopté

*

Réunie le **mercredi 2 novembre 2011**, à l'issue de la séance de l'après-midi, sous la **présidence d'Annie David, présidente**, la commission a procédé à l'**examen définitif du rapport sur le projet de loi n° 73 (2011-2012) de financement de la sécurité sociale pour 2012** : **Yves Daudigny, rapporteur général en charge des équilibres financiers généraux et de l'assurance maladie, Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social, Isabelle Pasquet, rapporteure pour la famille et Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse.**

Yves Daudigny, rapporteur général. - Le texte définitif ayant été voté par l'Assemblée nationale et transmis au Sénat par le secrétariat général du Gouvernement, je vous propose de valider nos positions de la matinée.

La commission en décide ainsi.