

N° 91

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2009

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2010*, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE

Par M. Jean-Jacques JÉGOU,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Jean Arthuis, *président* ; M. Yann Gaillard, Mme Nicole Bricq, MM. Jean-Jacques Jégou, Thierry Foucaud, Aymeri de Montesquiou, Joël Bourdin, François Marc, Alain Lambert, *vice-présidents* ; MM. Philippe Adnot, Jean-Claude Frécon, Mme Fabienne Keller, MM. Michel Sergent, François Trucy, *secrétaires* ; M. Philippe Marini, *rapporteur général* ; M. Jean-Paul Alduy, Mme Michèle André, MM. Bernard Angels, Bertrand Auban, Denis Badré, Mme Marie-France Beaufile, MM. Claude Belot, Pierre Bernard-Reymond, Auguste Cazalet, Michel Charasse, Yvon Collin, Philippe Dallier, Serge Dassault, Jean-Pierre Demerliat, Éric Doligé, André Ferrand, Jean-Pierre Fourcade, Christian Gaudin, Adrien Gouteyron, Charles Guené, Claude Haut, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Yves Krattinger, Gérard Longuet, Roland du Luart, Jean-Pierre Masseret, Marc Massion, Gérard Miquel, Albéric de Montgolfier, François Rebsamen, Jean-Marc Todeschini, Bernard Vera.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 1976, 1994, 1995 et T.A. 358

Sénat : 82, 83 et 90 (2009-2010)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER : LES GRANDS « DÉSÉQUILIBRES » DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT	11
I. FAISANT FONCTION D'AMORTISSEUR SOCIAL ET ÉCONOMIQUE, LA SÉCURITÉ SOCIALE SUBIT DE PLEIN FOUET LA DÉGRADATION DE LA CONJONCTURE	11
A. UN NIVEAU DE DÉFICIT INÉDIT	11
1. <i>Plus qu'un triplement du déficit spontané des régimes de base et du FSV en seulement deux ans...</i>	11
2. <i>... qui s'explique par l'impact de la crise mais aussi la préexistence d'un déficit structurel</i>	21
B. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE DURABLEMENT ÉLOIGNÉ EN DÉPIT DES MESURES PROPOSÉES PAR LE PRÉSENT PLFSS	31
1. <i>Les mesures proposées par le présent projet de loi de financement ne permettront de réduire le déficit spontané des régimes de base et du FSV que de 2,8 milliards d'euros</i>	31
2. <i>Les projections pluriannuelles laissent au mieux entrevoir une stabilisation du déficit des régimes de base et du FSV autour de 33 milliards d'euros, à compter de 2010, au prix de l'accumulation d'une nouvelle dette</i>	35
II. LA SOUTENABILITÉ DU FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS GARANTIE	43
A. LA SITUATION PÉRILLEUSE DE L'ACOSS EN 2010 POSE LA QUESTION DE LA REPRISE INÉVITABLE DE LA DETTE SOCIALE	43
1. <i>Le choix de relever le plafond de l'ACOSS à un niveau historique</i>	43
2. <i>... alors que 27 milliards d'euros viennent d'être transférés à la CADES</i>	48
3. <i>... n'est pas soutenable au delà de 2010</i>	49
B. LE TRAITEMENT DE LA NOUVELLE DETTE SOCIALE : NOTRE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE DÈS 2010	51
1. <i>La dette sociale : un doublement entre 2009 et 2013</i>	51
2. <i>Un recours inévitable à la CADES</i>	53
3. <i>Un transfert de dette qui devrait être engagé dès 2010</i>	53
C. LES CHARGES À VENIR LIÉES AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	57
1. <i>Les besoins supplémentaires sont évalués entre trois et quatre points de richesse nationale</i>	57
2. <i>L'allongement de l'espérance de vie pose trois défis majeurs à notre système de protection sociale</i>	61
III. PRÉPARER « L'APRÈS-CRISE » EN ENGAGEANT UNE RÉFLEXION SUR LE MODE DE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE	66
A. RÉFLÉCHIR À UN NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT QUI ASSURE LA COMPÉTITIVITÉ DE NOTRE PAYS ET L'ÉQUITÉ	66
1. <i>Recentrer progressivement les allègements généraux de cotisations sociales</i>	66
2. <i>Accélérer l'universalisation de l'assiette des prélèvements sociaux</i>	71
3. <i>La question des restes à charge et de l'accès aux soins</i>	72

B. INTENSIFIER LES EFFORTS DE MAÎTRISE DES DÉPENSES EN MATIÈRE D'ASSURANCE MALADIE ET RÉUSSIR LE RENDEZ-VOUS SUR LES RETRAITES DE 2010	73
1. Les marges de progression en matière de maîtrise des dépenses d'assurance maladie	74
2. Les enjeux liés à la réforme des retraites	75
CHAPITRE II : LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES.....	77
I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES	77
A. LES MESURES D'AJUSTEMENT	77
1. La contribution exceptionnelle des organismes complémentaires (article 10)	77
2. L'ajustement des taxes affectant les entreprises du médicament (articles 11 et 12).....	81
3. La modification de la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs afin de financer la compensation sur les heures supplémentaires et améliorer la réversion de certaines pensions agricoles (article 13)	90
4. La majoration des minima de perception concernant le droit de consommation sur les tabacs (article 13 bis)	96
B. LA RÉDUCTION DES NICHES SOCIALES.....	97
1. Le renforcement des prélèvements sur les retraites supplémentaires dites « chapeau » (article 14).....	97
2. Le doublement du forfait social (article 15)	100
3. Les modalités d'assujettissement des plus-values de cession mobilières et droits sociaux aux prélèvements sociaux (article 16)	106
4. L'aménagement du régime des contrats d'assurance-vie au regard des contributions sociales en cas de décès (article 17)	110
5. La suppression du droit à l'image collectif du sportif professionnel (article 17 quater).....	115
C. LES AUTRES MESURES.....	118
1. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues en cas de travail dissimulé (article 17 bis)	118
2. Le régime social des parts à rendement subordonné (« carried interest ») (article 17 ter).....	118
3. Le champ de l'exonération de cotisation vieillesse pour les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (article 18).....	121
4. La non-compensation par le budget de l'Etat d'une mesure d'exonération de cotisations sociales (article 19)	123
II. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE	125
A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2010.....	125
1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (articles 1, 7 et 36).....	125
2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (articles 1, 8 et 37).....	126
B. LES MESURES RELATIVES À LA GRIPPE A /H1N1.....	132
1. Près de deux milliards d'euros de dépenses majoritairement supportées par l'assurance maladie	132
2. Une neutralisation contestable des dépenses liées à la grippe A/H1N1 (article 28-I).....	140
3. Le nécessaire bilan de la gestion de la pandémie de grippe	142

C. LES MESURES RELATIVES A LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE.....	143
1. L'exonération de « ticket modérateur » des examens de suivi effectués après la sortie du dispositif d'ALD (article 29)	143
2. Les mesures relatives aux médicaments génériques (articles 29 bis et 29 quinquies)	147
3. Les mesures relatives à la télémédecine (article 29 ter)	147
4. Les compétences des sages-femmes en matière de contraception (article 29 quater).....	148
5. Les mesures relatives aux contrats d'amélioration des pratiques individuelles (article 29 sexies et article 30 bis)	149
6. Les aménagements de la procédure de la mise sous accord préalable (article 30)	149
D. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	152
1. La régulation des prescriptions de transport et de médicaments dans les établissements de santé (article 31 et 31bis)	152
2. Le report de la convergence tarifaire (article 32 I-A et I)	155
3. La prise en charge des malades vivant en France dans des régions frontalières (article 32-II)	159
4. L'amélioration de l'information des patients (article 32 bis)	160
5. Les mesures relatives aux centres de santé (article 32 ter).....	160
E. LES MESURES RELATIVES AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.....	160
1. La prise en charge des frais de transport des adultes handicapés (article 33)	160
2. La possibilité pour un groupement de coopération social et médico-social de gérer une pharmacie à usage interne (article 33 bis)	164
3. La prise en charge des dépenses médico-sociales liées aux placements de personnes handicapées dans des établissements étrangers (article 33 ter)	164
4. Le financement de la majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé (article 33 quater).....	165
5. La validation de reclassement des salariés des établissements privés d'hospitalisation (article 33 quinquies)	165
F. LES DOTATIONS AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET À DIVERS ORGANISMES.....	166
1. La dotation aux agences régionales de santé (ARS) (article 34).....	166
2. Les crédits destinés au FIOCS, au FMESPP et à l'ONIAM (article 35)	171
3. Divers autres mesures (article 35 bis).....	178
III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE.....	179
A. LA BRANCHE VIEILLESSE JOUERA-T-ELLE SON AVENIR EN 2010 ?	179
1. Une situation financière critique de notre système de retraite.....	179
2. Les objectifs de dépense soulignent la dynamique des charges de la branche	180
B. LE RÔLE DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES DOIT ÊTRE CLARIFIÉ LORS DU « RDV RETRAITE » ANNONCÉ EN 2010	181
1. La mission du FRR devra être précisée dans le cadre du RDV des retraites 2010.....	181
2. L'impact de la crise	182
3. Le FRR, un investisseur de long terme qu'il convient d'abonder (articles 5 et 25).....	183
C. LES MESURES RELATIVES AUX RETRAITES	184
1. La majoration de la durée d'assurance (article 38)	184
2. Le cumul emploi- pension d'invalidité et non cumul pension d'invalidité – pension de retraite (article 39)	188
3. Le cumul emploi-retraite des médecins (article 39 bis)	191

IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES	193
A. LE MAINTIEN DE LA COMPENSATION A L'ASSURANCE MALADIE À HAUTEUR DE 710 MILLIONS D'EUROS POUR LA DEUXIÈME ANNÉE CONSÉCUTIVE	193
1. <i>L'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2010 (article 45)</i>	193
2. <i>La compensation versée à la branche maladie maintenue à son niveau de 2009 (article 44)</i>	194
B. LA CONTRIBUTION AUX « FONDS AMIANTE » : ENVIRON 1,2 MILLIARD D'EUROS EN 2010	194
1. <i>La situation préoccupante du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)</i>	196
2. <i>La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)</i>	199
C. LES AUTRES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP	199
1. <i>Les dispositifs d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail (article 42)</i>	199
2. <i>Des réflexions à approfondir en matière de maladies professionnelles (articles 43 bis et 44 bis)</i>	201
V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	202
A. LA BRANCHE FAMILLE CONNAÎT UNE SITUATION DÉFICITAIRE DEPUIS 2008.....	202
1. <i>Les dépenses augmentent malgré une baisse apparente</i>	202
2. <i>La croissance des recettes est ralentie en 2010</i>	203
3. <i>Le déficit s'élèvera, en 2010, à 4,4 milliards d'euros</i>	204
B. LES MESURES DU PLFSS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	205
VI. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DU RISQUE ET À L'ORGANISATION OU À LA GESTION INTERNE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE OU DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT	208
A. LE RENFORCEMENT DU POUVOIR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE EN MATIÈRE DE PILOTAGE DES CAISSES LOCALES (ARTICLE 48).....	208
B. LA CRÉATION D'UN FONDS DE PERFORMANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (ARTICLE 48 BIS)	209
VII. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	211
A. LA RÉFORME DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES (ARTICLE 50).....	211
1. <i>Un dispositif au bilan mitigé</i>	211
2. <i>Un dispositif élargi, allégé et plus dissuasif</i>	212
3. <i>L'Assemblée nationale a renforcé les pénalités pour la fraude caractérisée</i>	213
4. <i>Une réforme qui devrait générer un gain d'un million d'euros</i>	213
B. LA DÉTECTION DES LOGEMENTS FICTIFS OUVRANT DROIT À UNE AIDE AU LOGEMENT (ARTICLE 51).....	214

C. LA PROROGATION DE L'EXPÉRIMENTATION D'UNE NOUVELLE SANCTION ADMINISTRATIVE EN CAS DE FRAUDE AUX AIDES PERSONNELLES AU LOGEMENT : « LA SUPPRESSION POUR L'AVENIR » (ARTICLE 52).....	215
1. Une expérimentation au bilan « nuancé »	215
2. Rétablir le texte initial modifié par l'Assemblée nationale	216
D. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE DES ARRÊTS DE TRAVAIL (ARTICLE 53).....	216
1. La généralisation de la contre-visite	217
2. L'harmonisation des règles de contrôle des arrêts de travail entre le régime général et le régime social des indépendants	218
E. LES PÉNALITÉS ADAPTÉES AUX FORTES ACTIVITÉS DE SOINS DE SANTÉ (ARTICLE 54).....	219
1. Les sanctions T2A se sont révélées très efficaces	219
2. La méthode par échantillonnage sera étendue aux activités hors T2A.....	220
F. LES MESURES INTRODUITES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.....	221
1. L'application de sanctions au donneur d'ordre qui ne pouvait ignorer le recours au travail dissimulé par son sous-traitant (article 54 bis)	221
2. Des modifications rédactionnelles du code de la sécurité sociale (article 54 ter)	221
3. La possibilité de recouvrer des contributions et cotisations sociales auprès de tiers détenteurs (article 54 quater)	222
4. La récupération des indus de prestations versées en tiers payant (article 54 quinquies)	222
EXAMEN EN COMMISSION	223
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	231
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	237

Mesdames, Messieurs,

La crise économique et financière n'a pas fini d'interpeller nos modes de fonctionnement. Si ces derniers mois, les réflexions ont essentiellement concerné la redéfinition du rôle de l'Etat dans une économie mondialisée et financiarisée, l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 souligne **l'urgence de certaines décisions à prendre en matière de protection sociale.**

La crise a, en effet, deux mérites. D'une part, elle permet à notre système de sécurité sociale de regagner un tant soit peu l'estime de nos concitoyens en soulignant le rôle d'amortisseur social joué par les dispositifs de protection sociale au sens large. D'autre part, elle met en avant **les limites de notre système de financement fondé majoritairement sur les revenus d'activité** et donc très sensible aux évolutions de la conjoncture. La faiblesse des recettes, alors que la dynamique de croissance des dépenses reste soutenue, pose des questions de fond aux responsables politiques que nous sommes : n'oublions pas en effet que le déficit d'aujourd'hui résulte également de causes structurelles.

Entre 2009 et 2013, les déficits du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'aggraveront au minimum de 134,6 milliards d'euros remettant ainsi en cause la soutenabilité financière du système : cette nouvelle dette sociale, qui s'ajoute à celle restant à porter par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), n'est pas sans inquiéter votre rapporteur pour avis. Et ce d'autant plus que le montant des dépenses attendu à moyen terme est amené à croître sensiblement compte tenu du vieillissement de la population.

Cette situation appelle par conséquent, dès 2010, des réponses marquées par l'esprit de responsabilité et de lucidité : l'attentisme serait la pire des solutions.

Votre rapporteur pour avis vous propose ainsi **une augmentation en 2010 de 0,15 point de la CRDS afin de permettre à la CADES de reprendre 19,5 milliards d'euros de déficits** du régime général et du FSV. Reporter cette décision, pourtant inévitable, n'est ni responsable vis-à-vis des générations futures, ni financièrement opportune.

Mais la question de la dette requiert également de s'interroger sur l'avenir afin de limiter autant que faire se peut les nouveaux déficits.

A court-terme, dans un souci de rendement et d'équité, votre rapporteur pour avis propose le principe de l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales tout comme celui de l'assujettissement de retraites chapeau aux cotisations sociales. En matière de maîtrise des dépenses, il propose de fixer à 2014 l'achèvement de la convergence tarifaire entre les établissements de santé du secteur public et du secteur privé afin que la réforme du financement des hôpitaux se concrétise. Dans un souci de sincérité, et au regard de la nécessité de ne pas relâcher les efforts à accomplir en matière de maîtrise des dépenses, il souhaite enfin la réintégration des dépenses liées à la grippe A/H1N1 dans la procédure d'alerte déclenchée en cas de dépassement de l'ONDAM.

A moyen terme des décisions structurantes pour notre système de protection sociale devront être prises : la réussite du « rendez-vous » retraite en 2010 appartient à chacun d'entre nous. Il est grand temps selon votre rapporteur pour avis de **témoigner de notre capacité collective à décider des évolutions futures de notre système de protection sociale, dont il espère la pérennisation.**

Les dépenses de la sécurité sociale, un amortisseur de la crise ?

Le discours actuel souligne de manière récurrente le rôle d'amortisseur social et économique joué par la sécurité sociale en cette période de forte dégradation économique. Cette référence nécessite d'être explicitée car d'aucuns ont pu souligner la non inclusion des dépenses d'assurance-chômage dans le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale et mettre l'accent sur la faible sensibilité des dépenses du régime général à la conjoncture. En effet, l'évolution des dépenses de santé est avant tout le reflet de tendances structurelles et du niveau de prise en charge publique. De même, les dépenses de retraite sont marquées par une forte inertie du fait de la lenteur du renouvellement de la population de retraités et de la déconnexion entre le niveau des pensions et la conjoncture économique. Enfin, force est de constater que les mesures de relance et de soutien au pouvoir d'achat des ménages relèvent du budget de l'Etat. Dès lors peut-on parler d'amortisseur ?

Plusieurs arguments étayaient cette position. Certaines dépenses du régime général sont sensibles à la conjoncture : il en va ainsi notamment des allocations logement qui réagissent fortement à l'augmentation du chômage compte tenu de la dégressivité du barème des prestations avec le revenu des ménages. Un surcroît de l'ordre de 0,6 milliard d'euros est prévu en 2010. En outre, les prestations familiales étant sous condition de ressources, la population bénéficiaire croît avec l'augmentation du chômage ou la baisse des revenus. Enfin, il convient de noter que l'organisation de notre système de retraite par répartition permet de maintenir le revenu de 20 % de la population active, tout comme ceux des futurs retraités, qui malgré des périodes de chômage, voient leurs cotisations prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Dans ces conditions il paraît légitime de parler d'amortisseur en ce qui concerne la sécurité sociale. Toutefois, la crise de financement de la sécurité sociale en 2009-2010 est davantage liée au jeu des stabilisateurs économiques qui limitent les rentrées fiscales et à la dégradation du marché de l'emploi qui impacte les rendements des cotisations sociales.

CHAPITRE PREMIER :

LES GRANDS « DÉSÉQUILIBRES » DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT

I. FAISANT FONCTION D'AMORTISSEUR SOCIAL ET ÉCONOMIQUE, LA SÉCURITÉ SOCIALE SUBIT DE PLEIN FOUET LA DÉGRADATION DE LA CONJONCTURE

A. UN NIVEAU DE DÉFICIT INÉDIT

En 2008, les régimes de base de sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ont été relativement épargnés par la crise économique. Leur déficit global, soit 11,2 milliards d'euros, s'est ainsi maintenu au niveau de celui constaté en 2007 (*cf.* tableau de la page suivante). Comme l'indique la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport d'octobre 2009¹, la baisse de l'activité économique et de l'emploi, amorcée au deuxième trimestre de l'année 2008, ne s'est, en effet, accélérée qu'en fin d'année et a ainsi peu pesé sur la progression de la masse salariale en 2008 qui atteint encore, cette année là, 3,6 %.

En revanche, en 2009, la dégradation de la conjoncture économique a frappé de plein fouet – et frappera plus encore en 2010 – les comptes de la sécurité sociale. Les déficits atteindront alors, en seulement deux ans, des niveaux record.

Si la chute brutale des recettes explique la majeure partie de cette situation, les causes structurelles du déficit qui préexistaient à la crise ne doivent cependant pas être oubliées. C'est, en effet, avec un handicap structurel de près de 9,5 milliards d'euros que notre système de sécurité sociale est entré dans la crise.

1. Plus qu'un triplement du déficit spontané des régimes de base et du FSV en seulement deux ans...

Globalement, le déficit des régimes de base est concentré sur deux régimes : d'une part, le régime général qui représente à lui seul 96,5 % du déficit global cumulé 2009-2010 et, d'autre part, les régimes des exploitants agricoles. Les autres régimes de base seraient en revanche quasiment à l'équilibre sur cette période.

¹ Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009.

Aux déficits du régime général et du régime des non-salariés agricoles s'ajoute celui du FSV qui, comme le régime général, atteint un niveau historique.

a) Le régime général connaîtra en 2010 un déficit trois fois supérieur aux déficits les plus élevés enregistrés jusqu'à présent

(1) Un véritable changement d'échelle

Selon les derniers chiffres de la commission des comptes de la sécurité sociale¹, **le déficit du régime général devrait s'élever, en 2009, à 22,7 milliards d'euros**, ce qui portera le déficit de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et du FSV à 26,5 milliards d'euros, contre 11,2 milliards d'euros en 2008.

En tendance, c'est-à-dire avant les mesures proposées par le PLFSS pour 2010, le déficit du régime général devrait encore croître de 10,9 milliards d'euros **en 2010** pour atteindre **33,6 milliards d'euros**. Le déficit de l'ensemble des régimes de base et du FSV s'élèverait, par conséquent, à **38,8 milliards d'euros** en 2010, soit plus qu'**un triplement par rapport à 2008**.

**Solde tendanciel des régimes de base de sécurité sociale et du FSV
avant les mesures proposées par le PLFSS**

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (prévisions LFSS)	2009 (prévisions octobre)	2010 (prévisions octobre)
Régime général	-9,5	-10,2	-10,5	-22,7	-33,6
Autres régimes de base	-1,8	-1,9	-0,9	-0,8	-1,3
Ensemble des régimes de base	-11,3	-12,0	-11,4	-23,4	-34,9
FSV	0,2	0,8	-1,0	-3,0	-3,9
Ensemble des régimes de base et FSV	-11,1	-11,2	-12,4	-26,5	-38,8

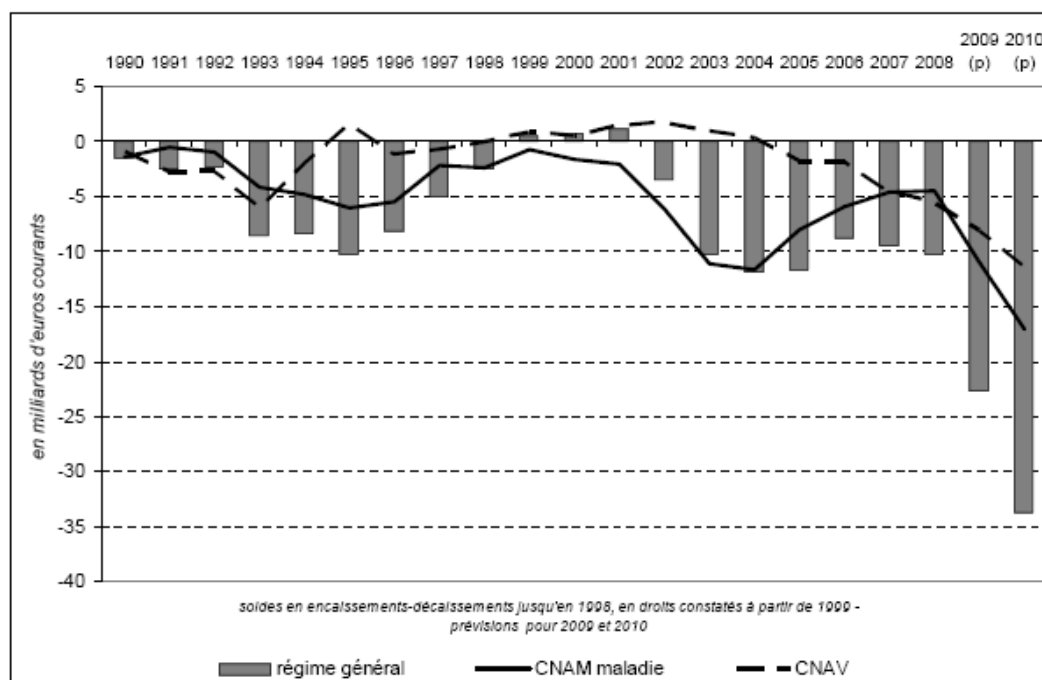
Note : LFSS : loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

La sécurité sociale enregistrera ainsi en 2009 et 2010 des déficits jamais atteints : même lors de périodes comprises entre 1993 et 1995 et entre 2003 et 2008, pourtant marquées par des déficits particulièrement importants, le solde du régime général s'était stabilisé autour de 10 milliards d'euros comme le montre le graphique suivant.

¹ Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009.

Solde du régime général, de la CNAMTS et de la CNAVTS (1990-2010)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

(2) « Toutes les branches dans le rouge »

Toutes les branches du régime général connaîtront en 2009 et en 2010 un solde négatif. **C'est l'assurance maladie qui verra la plus forte dégradation de son solde**, soit - 6,6 milliards d'euros en 2009 et - 6,1 milliards d'euros en 2010. La branche maladie redeviendra ainsi la branche la plus déficitaire du régime général, interrompant le redressement progressif entrepris depuis 2005. Entre 2005 et 2008, le déficit de l'assurance maladie avait en effet été ramené de 8 milliards d'euros à 4,4 milliards d'euros.

La dégradation du solde de la branche vieillesse sera également forte mais de moindre ampleur, soit - 2,5 milliards d'euros en 2009 et - 3,2 milliards d'euros en 2010.

Quant à la branche famille, elle devrait enregistrer un déficit de 3,1 milliards d'euros en 2009 et de 4,4 milliards d'euros en 2010, en dépit d'un quasi retour à l'équilibre en 2007 et 2008.

De même, la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP), qui était la seule en excédent en 2008, sera de nouveau déficitaire dès 2009.

**Evolution tendancielle du déficit du régime général 2005-2010
avant les mesures proposées en PLFSS**

(en milliards d'euros)

Branches concernées	2005	2006	2007	2008	2009 (prévisions)	2010 (prévisions)
Maladie	-8	-5,9	-4,6	-4,4	-11,0	-17,1
Accident du travail	-0,4	-0,1	-0,5	+0,2	-0,6	-0,8
Vieillesse	-1,9	-1,9	-4,6	-5,6	-8,1	-11,3
Famille	-1,3	-0,9	+0,2	-0,3	-3,0	-4,4
Total régime général	-11,6	-8,7	-9,5	-10,2	-22,7	-33,6

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapports de juin et octobre 2009

b) La suppression du FFIPSA n'a pas résolu la question du déficit structurel de la branche vieillesse des non-salariés agricoles

S'agissant des régimes de base autres que le régime général, c'est pour l'essentiel le régime des non-salariés agricoles qui explique les déficits constatés en 2009 et 2010 (cf. tableau suivant). Cette situation résulte du déficit structurel dont pâtit la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, la branche maladie de ce régime étant, depuis 2009, intégrée au régime général qui finance son déficit par une subvention d'équilibre.

Résultats des principaux régimes de base autres que le régime général

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (prévisions)	2010 (prévisions)
Régime des exploitants agricoles	- 2,4	- 2,7	- 0,9	- 1,4
CNRACL	0,5	0,3	0,2	0,2
CRPCEN	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,2
RSI – maladie *	- 0,1	0,0	0,0	0,0
RSI – retraite *	0,3	- 0,2	0,0	0,0

Note : CNRACL : caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales ; CRPCEN : caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires ; RSI : régime social des indépendants.

* A partir de 2009, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) affectée au RSI est calculée en droits constatés de façon à équilibrer exactement le solde des régimes.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

(1) Retour sur les mesures prises pour 2009 : la disparition du FFIPSA et ses conséquences

Le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) avait été créé par la loi de finances pour 2004 en remplacement du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) qui ne répondait plus aux prescriptions de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF). Le FFIPSA s'était ainsi substitué au BAPSA dans sa mission de garantir le financement des prestations maladie et vieillesse des exploitants agricoles.

En dépit de deux reprises de dette par l'Etat en 2005 et 2007, la situation financière du FFIPSA a continué à se dégrader en raison essentiellement du non-versement par l'Etat de la subvention qui lui incombait en vertu de l'article L. 731-4 du code rural.

Déficits cumulés du FFIPSA depuis 2005

(en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008
Recettes	14,3	15,0	14,3	14,4
Dépenses	15,7	16,3	16,5	17,0
Solde annuel	- 1,4	- 1,3	- 2,2	- 2,6
Déficit cumulé	- 1,4*	- 2,7	- 4,9*	- 7,5

* Après effet des reprises de dette par l'Etat en 2005 et 2007

Source : lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et 2009

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a procédé à la **suppression du FFIPSA** à compter du 1^{er} janvier 2009 et a transféré la gestion du régime des non-salariés agricoles à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). A cette date, les droits et obligations du FFIPSA ont ainsi été transférés à la CCMSA. Concomitamment, afin d'assurer la neutralité de la reprise des engagements du fonds par la CCMSA, la loi de finances pour 2009 a procédé à **l'apurement de la dette du FFIPSA** contactée, depuis 2005, en prévoyant sa reprise par l'Etat à hauteur de 7,5 milliards d'euros.

En ce qui concerne le besoin de financement structurel du régime social des exploitants agricoles, un traitement différencié a été réservé aux branches maladie et vieillesse de ce régime. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a ainsi prévu **l'adossement de la branche maladie du régime social des non-salariés agricoles à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**, conformément à la solution retenue pour les salariés agricoles depuis 1963. C'est donc désormais la CNAMTS qui assure l'équilibre de la branche maladie des exploitants agricoles par le versement d'une subvention d'équilibre.

Afin d'assurer la neutralité financière de cette opération pour le régime général, la loi de finances pour 2009 a décidé d'affecter **une ressource nouvelle** au financement de l'assurance maladie des non-salariés agricoles, soit l'intégralité du produit de la taxe sur les véhicules de société (TVS) évalué à environ 1,2 milliard d'euros pour 2009.

Si votre rapporteur pour avis, qui s'était montré inquiet depuis plusieurs années de la dégradation continue des comptes du FFIPSA, avait accueilli favorablement les mesures proposées dans le cadre des projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2009, il s'était néanmoins interrogé sur plusieurs points :

- **la méthode comptable utilisée** s'agissant de la reprise de dette opérée par l'Etat¹ ;

- **la non-garantie, dès 2010, de la neutralité financière de l'adossement de la branche maladie des non-salariés agricoles au régime général** : en effet, en raison d'un « effet de ciseaux » entre, d'une part, l'évolution du rendement attendu de la TVS et, d'autre part, l'évolution des dépenses de la branche maladie du régime social agricole, la subvention d'équilibre versée par la CNAMTS devait s'accroître substantiellement à compter de 2010 ;

- enfin, surtout, ces mesures n'apportaient **aucune solution au besoin de financement structurel de la branche vieillesse du régime social agricole**, à l'exception de l'économie attendue de l'allègement des frais financiers supportés par la branche en raison de la reprise de la dette cumulée du FFIPSA, alors évalué à 148 millions d'euros.

(2) Le financement des retraites des exploitants agricoles en question

Un an après, votre rapporteur pour avis note les éléments suivants qui attestent *a posteriori* certaines de ses observations :

- tout d'abord, selon les données de l'annexe 8 au présent projet de loi de financement, **le montant de la dette du FFIPSA effectivement reprise par l'Etat, soit 7,972 milliards d'euros, s'est révélée supérieure de 371 millions d'euros au déficit cumulé définitivement constaté**. Cet excédent a été laissé à la branche vieillesse du régime social des exploitants agricoles au cours de l'année 2009. Cependant, le projet de loi de finances rectificative pour 2009 devrait prévoir l'affectation de ce surplus à l'apurement des dettes de l'Etat vis-à-vis du régime des salariés agricoles. Ceci aura pour conséquence de ne plus faire apparaître ces 371 millions d'euros, comme une recette exceptionnelle, dans les comptes du régime des exploitants agricoles ;

- par ailleurs, compte tenu des contextes démographique et conjoncturel défavorables aux exploitants agricoles, **la CNAMTS devrait, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, verser dès 2009 une subvention d'équilibre** à la branche maladie des non-salariés agricoles, à hauteur de 55 millions d'euros. Cette subvention devrait s'élever à 391 millions d'euros en 2010 ;

- enfin, en raison de la suppression du FFIPSA, **la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles ne reçoit plus de subvention d'équilibre et son solde se dégrade très rapidement**. Ainsi, en 2009, la branche vieillesse du régime social des non-salariés enregistrera un déficit de **0,9 milliard d'euros en 2009** et de **1,4 milliard d'euros en 2010**. Ce déficit reflète désormais celui de l'ensemble du régime des exploitants agricoles.

¹ Pour plus de précisions, se reporter au rapport n° 84 (2008-2009) de votre rapporteur pour avis.

Cette situation de la branche vieillesse des exploitants agricoles a été admise par M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, qui avait déclaré lors de la présentation du PLFSS pour 2009 devant la commission des comptes de la sécurité sociale : « *Pour la branche vieillesse, la situation des finances publiques ne permet pas de résoudre dès 2009 l'intégralité des difficultés de financement. Des recettes nouvelles ponctuelles pourront être affectées mais cela ne suffira pas : le Gouvernement s'engage, dans le cadre du point d'étape sur les retraites en 2010, à étudier la question du financement du régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles* »¹.

Il convient de noter qu'au titre des mesures « ponctuelles », l'article 13 du présent PLFSS propose de **majorer la fraction de droits de tabac accordée à la CCMSA au titre du régime complémentaire obligatoire (RCO)** afin de respecter l'engagement du Premier ministre de permettre à davantage de veuves d'exploitants agricoles de bénéficier, au titre de la réversion, de la retraite complémentaire de leur conjoint à compter du 1^{er} janvier 2010.

Toutefois, le présent projet de loi de financement ne propose aucune solution pérenne pour le financement de la branche retraite des non-salariés agricoles, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, renvoyant à nouveau la question aux négociations qui auront lieu au cours de l'année 2010 sur le schéma général de financement des retraites². **Votre rapporteur pour avis veillera à ce qu'une réponse soit effectivement apportée dans ce cadre. Il est en effet indispensable de veiller à ce que les dettes passées ne se reconstituent pas.**

c) La situation du FSV, « le jeu de dupes » ?

Créé par la loi du 22 juillet 1993, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), établissement public à caractère administratif, est chargé du financement des avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale. Trois articles du PLFSS pour 2010 concernent le FSV : **l'article 24** concernant l'approbation du tableau d'équilibre du FSV pour 2010, **l'article 40** relatif au transfert au FSV du financement des validations gratuites de trimestres au titre de périodes d'arrêts maladie, maternité, AT-MP et invalidité, **l'article 49** ayant trait à la prévision des charges du FSV.

¹ Intervention de M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, devant la commission des comptes de la sécurité sociale – 29 septembre 2008.

² Intervention de M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, devant la commission des comptes de la sécurité sociale – 1^{er} octobre 2009.

(1) Le FSV devrait accumuler plus de 18 milliards de déficit entre 2009 et 2013

Le projet loi de financement pour 2010 prévoit un déficit important et durable du Fonds solidarité vieillesse (FSV). Ainsi, après un solde annuel excédentaire de 0,15 milliard d'euros en 2007 et 0,8 milliard d'euros en 2008, le FSV connaîtrait une **situation déficitaire structurelle à partir de 2009** comme le montre le tableau ci-dessous. **Entre 2009 et 2013, le FSV accumulerait 18,3 milliards d'euros de déficit.**

Solde du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes	14,4	15,4	12,9	12,9	14,2	14,7	15,3
Dépenses	14,3	14,5	16	17,4	18,2	18,4	18,5
Solde annuel	0,2	0,8	-3	-4,5	-4	-3,7	-3,1
Solde cumulé	-4,8	-3,9	- 3	- 6,1	-10,6	-14,6	-18,3

**La dette cumulée en 2008 a été reprise par la CADES entre la fin de l'année 2008 et le début de l'année 2009*

Source : PLFSS pour 2010, annexe B, rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale

(2) Cette situation résulte d'une modification, amplifiée par la crise, de la structure des recettes et des charges du fonds

Le résultat annuel du FSV est sujet à d'importantes fluctuations, compte tenu de la nature des ressources dont il bénéficie et des charges qui lui incombent. La situation déficitaire du FSV s'explique néanmoins pour l'essentiel par la diminution en 2009 de la fraction de la CSG qui lui est attribuée.

(a) De moindres recettes...

Le FSV enregistrerait une diminution de 16,2 % de ses recettes entre 2008 et 2009 et une stagnation de celles-ci en 2010. Rappelons que les produits du fonds sont constitués pour l'essentiel d'une fraction du produit de la CSG, d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), d'une fraction du prélèvement social, ainsi que d'une contribution de la CNAF vers le FSV au titre des majorations de pension pour enfant à charge.

L'impact de la diminution de la CSG décidée par la loi de financement pour 2009 est amplifié par la crise qui réduit également, *via* un mécanisme de répartition particulier, la part de C3S pouvant être attribuée au FSV en 2009 et 2010. Ainsi :

- la loi de financement pour 2009 a transféré 0,2 point de CSG affecté au FSV vers la CADES, afin de financer entre 2008 et 2009 la reprise de dette à hauteur de 27 milliards d'euros des déficits cumulés de la CNAM, de la CNAV et du FSV. Ce faisant, **elle a déséquilibré durablement le solde du FSV.** La Cour des comptes, dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, a fait une analyse critique du transfert de CSG opéré fin 2008 du FSV vers la CADES : « *Par cette opération, on a*

en fait réduit les recettes servant au financement des dépenses actuelles de sécurité sociale (le financement des retraites via le FSV) pour en affecter une partie au financement de déficits passés (l'amortissement de la dette de la CADES). Cet arbitrage illustre les inconvénients d'un déficit persistant du régime général : le financement différé de dépenses anciennes soustrait des ressources nécessaires au financement des dépenses actuelles. Des dispositions importantes de la loi de financement de la sécurité sociale se trouvent ainsi inadaptées à la conjoncture de 2009. » ;

- cette perte structurelle de recettes se double d'une **diminution de la fraction du prélèvement social affecté au FSV** : cette modification de la clé de répartition du prélèvement social est toutefois destinée à **compenser, selon l'annexe 8 du PLFSS pour 2010, l'augmentation de recettes résultant de la hausse de la contribution de la CNAF** au titre du financement des majorations de pension pour enfant.

Votre rapporteur pour avis souligne que **l'argument de la compensation de l'augmentation des recettes en provenance de la CNAF est doublement utilisé** : d'une part, pour justifier la diminution du prélèvement social à partir de 2009, d'autre part pour neutraliser l'accroissement de charges lié au transfert du financement de nouvelles validations gratuites de trimestres de retraite (*cf. infra*) ;

- enfin, **l'impact de la crise économique sur le régime des indépendants ne permet pas de maintenir en 2010 une affectation de C3S au FSV**, attribution qui a été au demeurant ramenée cette année à 800 millions d'euros contre 1.100 millions d'euros initialement prévus par la loi de financement pour 2009.

(b) Des charges sensibles à la conjoncture et accrues par le présent PLFSS

Entre 2008 et 2010, les charges du FSV augmenteraient de plus de 16 % pour atteindre 17,4 milliards d'euros. Deux facteurs expliquent cette augmentation :

- d'une part, **la sensibilité des charges actuelles du FSV à la dégradation de la conjoncture économique**, le fonds étant chargé du **financement des cotisations d'assurance vieillesse des chômeurs** qui représentent **51,8 % de ses charges en 2009**. Avec près de 440.000 chômeurs¹ en plus en moyenne annuelle en 2009, la dépense à ce titre augmenterait de 18 % cette année et de 8 % en 2010 sur la base d'un surcroît de chômeurs à hauteur de 230.000 personnes l'année prochaine. **Au total, en deux ans, cette dépense mobiliserait 2 milliards d'euros supplémentaires ;**

- d'autre part, l'article 40 du présent PLFSS propose **d'étendre, à partir de 2010, la prise en charge par le FSV des avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif** relevant de la solidarité nationale, en lui confiant le financement de validation des périodes d'arrêt maladie,

¹ Au sens du FSV.

maternité ou d'invalidité. Ces validations sont actuellement financées par les régimes eux-mêmes. Cette mesure participe à la clarification du financement des avantages de retraite par la distinction de ce qui relève ou non du champ contributif, c'est-à-dire ce qui doit être financé par les cotisations des assurés du régime. **Cette nouvelle mission, qui n'est pas assortie de ressources supplémentaires pour le FSV, devrait représenter une charge supplémentaire de 630 millions d'euros en 2010 et 1,26 milliard d'euros en 2011.** Si votre rapporteur pour avis est favorable à toute mesure de clarification entre les dépenses contributives et non contributives, il souligne que **ce transfert ne peut être actuellement couvert par les ressources du fonds qui servent, au demeurant, régulièrement de variable d'ajustement.**

(3) La question du déficit du FSV

(a) La charge financière du déficit pèse sur la trésorerie du régime général

La gestion du déficit du FSV est une question essentielle car ce dernier ne dispose pas juridiquement de la faculté d'emprunter. Depuis 2002, le fonds recourt donc à un expédient qui consiste à honorer intégralement la prise en charge de toutes les prestations, sauf les versements d'acomptes de cotisations chômage qui constituent la variable d'ajustement du système en étant réduits chaque année à due concurrence de la trésorerie disponible.

Ce mécanisme fait donc peser toute la charge financière du déficit cumulé sur les deux régimes destinataires de ces versements de cotisations chômage, à savoir la CNAVTS et la mutualité sociale agricole, ainsi que, par voie de conséquence, sur l'ACOSS et la CCMSA, sans la moindre compensation financière.

Ainsi, les charges financières supportées par la CNAV au titre des retards de versement du FSV se sont élevées à plus de 272 millions d'euros en 2008 entraînant une « surmobilisation » quotidienne par l'ACOSS de 5,9 milliards d'euros. Il s'est écoulé en moyenne 122 jours en 2008 entre les dépenses avancées par la branche vieillesse et les remboursements du FSV¹.

Votre rapporteur pour avis souligne que cette situation n'est pas satisfaisante et pourrait se révéler fort coûteuse à l'avenir compte tenu de la remontée probable des taux à court terme.

(b) Les clarifications demandées par la Cour des comptes

Aux termes des dispositions de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, les recettes et les dépenses du FSV doivent cependant être équilibrées dans les conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. La situation déficitaire du FSV a suscité deux réactions de la Cour des comptes :

¹ Annexe 1 au PLFSS pour 2010, Programme de qualité et d'efficience « Financement ».

- la première position de la Cour **consistait à faire du FSV un démembrement de l'Etat et donc de sa dette**, au motif principal que le fonds ne disposait d'aucune autonomie vis-à-vis de l'Etat. Cependant, **à l'occasion de l'établissement de son bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2006, l'Etat a estimé qu'il ne contrôlait pas le FSV** au sens des dispositions de la norme applicable à ses immobilisations financières. **Cette position a été acceptée par la Cour**, dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006, sur le fondement des justifications avancées par le ministère du budget, à savoir que **l'établissement public a, de facto, le caractère d'un démembrement institutionnel des régimes de sécurité sociale dont il assure une partie du financement** ;

- la seconde et actuelle position de la Cour des comptes est de **demander le rattachement du FSV aux comptes de la CNAVTS, qui représente plus de 85 % des charges du fonds**, afin de donner une image plus sincère des comptes de la branche retraite du régime général. Elle juge ainsi nécessaire *« une modification de l'arrêté du 27 novembre 2006 destinée à prévoir une combinaison partagée du FSV avec les branches retraites des régimes de sécurité sociale au financement desquels il contribue, au prorata de la part des charges du FSV qui se rapportent à chacun d'entre eux »*. Cette position développée dans son rapport de certification des comptes 2007 de la sécurité sociale a été renouvelée par la Cour en 2008. Si cette inclusion du FSV dans le périmètre comptable de la sécurité sociale peut nuire à la lisibilité du dispositif créé en 1993, qui consistait à séparer ce qui relève du contributif de ce qui relève de la solidarité, elle ne change pas la philosophie du FSV : **les dépenses de solidarité en matière de retraite restent financées à partir de ressources fiscales.**

Votre rapporteur pour avis souhaiterait avoir des précisions sur cet aspect à l'occasion du débat en séance publique.

2. ... qui s'explique par l'impact de la crise mais aussi la préexistence d'un déficit structurel

Les déficits historiques des régimes de base et du FSV constatés sur la période 2009-2010 sont, en majeure partie, la conséquence du ralentissement brutal des recettes de la sécurité sociale. La contraction de celles-ci est en effet telle qu'elle masque la relative « maîtrise » des dépenses constatée sur la même période.

Cependant, votre rapporteur pour avis insiste sur un point : **l'intégralité de ces déficits ne peut être attribuée à la crise. Celle-ci ne doit surtout pas être un prétexte pour perdre de vue la part structurelle de ces derniers qui préexistait à la dégradation de la conjoncture économique.**

a) *La sécurité sociale doit faire face à une forte contraction de ses recettes ...*

La dégradation du déficit du régime général est en effet principalement due à la diminution de ses recettes en 2009 et à leur stagnation en 2010. Devant la commission des comptes de la sécurité sociale, le 1^{er} octobre dernier, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat a ainsi indiqué que **les déficits historiques du régime général étaient la conséquence directe de la crise économique** qui a affecté les deux principales assiettes sur lesquelles repose le financement de la sécurité sociale, les revenus du travail et les revenus du capital. Il a ainsi précisé qu'**en 2009, le déficit lié à la crise représentera près de 65 % du déficit du régime général¹ et deux tiers de ce déficit en 2010 hors impact des mesures du projet loi de financement pour 2010.**

Solde effectif et solde structurel du régime général

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010
Solde effectif	-9,5	- 10,2	-22,7	-33,6
Solde structurel	-9,5	-8,4	-8,1	-11,4
Ecart	-9,5	-1,7	14,6	22,2
Déficit conjoncturel	0	16,6 %	65 %	66 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2009

(1) Le « choc » de la crise : 41 milliards de recettes potentielles en moins en 2009 et 2010 pour le régime général

Les recettes du régime général étant assises à hauteur de 70 % sur les revenus d'activité, elles se révèlent particulièrement sensibles à tout ralentissement économique. La crise actuelle qui s'est traduite par une baisse de l'emploi salarié et un ralentissement de l'inflation, devrait entraîner une diminution de la masse salariale en 2009 et 2010.

Alors que celle-ci a crû en moyenne de 4,1 % les dix dernières années, elle devrait **reculer de 2 % en 2009**, soit une révision à la baisse de 4,75 points par rapport aux hypothèses retenues en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. **Elle devrait encore diminuer de 0,4 % en 2010.**

¹ *Intervention de M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, devant la commission des comptes de la sécurité sociale – 1^{er} octobre 2009.*

Evolution de la masse salariale 2007-2010

(en %)

	2007	2008	2009 (prévisions initiales PLFSS)	2009 (prévisions LFSS)	2009 (prévisions septembre)	2010 (prévisions septembre)
Evolution du PIB en volume	+2,3	+0,4	+1,0	+0,50	-2,25	+0,75
Evolution de la masse salariale du secteur privé*	+4,8	+3,6	+3,5	+2,75	-2,00	-0,40

Note : LFSS : loi de financement de la sécurité sociale.

* Secteur privé dans le champ des URSSAF.

Source : projet de loi et loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ; commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d’octobre 2009

Par rapport à une hypothèse d’évolution tendancielle de + 4,1 % par an, la masse salariale perdrait ainsi 11 points de progression sur la période 2008-2010 : en 2010, la récession priverait ainsi le régime général de 22,7 milliards de recettes sur les revenus d’activité, après 13,4 milliards d’euros en 2009.

S’agissant des recettes issues des revenus du capital, qui constituent également un poste essentiel des recettes, le manque à gagner en 2009 et 2010 s’élèverait à 4,9 milliards d’euros. Ceci s’explique par des moindres versements de dividendes suite à la chute des revenus des sociétés, des baisses de plus-values mobilières compte tenu de la crise financière, et par le ralentissement des revenus fonciers, reflet du retournement du marché immobilier.

Au total, la crise priverait le régime général en 2009 et 2010 de 41 milliards d’euros de recettes.

(2) Des recettes qui, à périmètre constant, augmenteraient légèrement en 2010

Entre 2008 et 2009, les recettes du régime général régressent de 0,6 %, cette diminution s’expliquant notamment par la baisse des produits issus des cotisations et des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale.

Si, en 2010, les produits du régime général devraient diminuer de 1,1 %, il convient de noter que cette situation résulte avant tout d’un effet de périmètre qui réduit le montant des contributions publiques. Deux éléments expliquent cette quasi disparition :

- d’une part, la branche famille ne supportera plus en 2010 les dépenses liées à l’allocation de parent isolé (API) pour lesquelles elle percevait une contribution. Le revenu de solidarité active (RSA), dont les dépenses ne sont pas retracées dans le compte de la CNAF, se substitue à cette allocation ;

- d'autre part, suite aux observations de la Cour des comptes dans le cadre de la certification des comptes du régime général, **l'article 26 du PLFSS procède à une clarification comptable qui a pour conséquence de ne plus faire apparaître dans les comptes des caisses nationales** les montants liés à l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), l'allocation de parent isolé servie dans les départements d'outre-mer et la majoration pour parent isolé de l'allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé. En effet, ces prestations apparaissaient dans le compte de résultat des caisses alors qu'elles doivent être inscrites en compte de tiers car elles sont assumées par l'Etat ou la CNSA. **Au total, les 6,6 milliards d'euros concernés** (l'AAH, servie par la CNAF représente un montant de 6 milliards) n'apparaîtront plus au titre de contributions publiques dans les comptes 2010.

En l'absence de cette substitution, les recettes du régime général augmenteraient de 1,2 % en 2010, compte tenu des évolutions attendues concernant les produits des cotisations (+ 0,4 %) et des impôts (+ 1,3 %), qui prennent en compte l'impact des mesures proposées par le présent PLFSS. L'écart entre l'évolution prévue de la masse salariale du secteur privé (- 0,4 %) et celle des cotisations (+ 4 %) résulterait d'une décroissance des allègements généraux plus rapide que celle de la masse salariale.

Evolution des recettes du régime général

(en milliards d'euros)

	2007	2008	%	2009	%	2010	%
Cotisations	163,4	167	2,2	165,4	-1	166	0,4
Cotisations fictives	0	0	0,0	0		0	0
Cotisations prises en charge par l'Etat	3,9	4	2,6	3,4	-15	3,4	0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	1,7	750,0	1,5	-11,8	1,7	13,3
Contributions publiques	7,1	7,2	1,4	7,1	-1,4	0,4	-94,4
ITAF	87,9	94,8	7,8	93,9	-0,9	95,1	1,3
<i>dont CSG</i>	<i>61,4</i>	<i>64,4</i>	<i>4,9</i>	<i>62,2</i>	<i>-3,4</i>	<i>62,4</i>	<i>0,3</i>
Transferts entre organismes	23,9	14,1	-41,0	16	13,5	17,7	10,6
Produits financiers	0,1	0,1	0,0	0	0	0	0,0
Autres produits	3,5	3,3	-5,7	3	-9,1	3,1	3,3
Total des produits	290	293,1	1,1	291,2	-0,6	288,1	-1,1

Source : d'après l'annexe 4 du présent projet de loi de financement

(3) Des situations contrastées entre les différentes branches du régime général

Selon les données du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale présenté en 2009, les pertes de recettes affectent différemment les branches du régime général :

- s'agissant de la **branche famille**, l'importante **perte de produits** s'explique surtout par un effet de périmètre décrit ci-dessus mais aussi par la dégradation importante des revenus des travailleurs indépendants ;

- la **branche vieillesse** dont les recettes sont assises sur la masse salariale plafonnée bénéficie encore en 2010 de la progression du plafond de la sécurité sociale. **Elle enregistre, à ce titre, une croissance de ses recettes en 2009 et en 2010, ce qui contraste avec la diminution des recettes des autres branches ;**

- la **branche maladie** connaît une situation particulière en 2009 et 2010 compte tenu des règles de répartition de la CSG maladie entre le régime général et les autres régimes obligatoires d'assurance maladie : les régimes d'assurance maladie hors CNAM bénéficient en effet d'une clé de répartition plus favorable en 2009 et 2010 puisque les montants qui sont leur sont affectés sont établis en fonction des montants attribués l'année précédente majorés d'une revalorisation.

Montant des recettes par branche (2008-2010)

(en milliards d'euros)

	2008		2009				2010			
	Régime général	Régime de base	Régime général	2008/2009	Régime de base	2008/2009	Régime général	2009/2010	Régime de base	2009/2010
Maladie	140,7	164	139,3	-1,0	162,3	-1,0	141,2	1,4	164,7	1,5
Vieillesse	89,5	175,3	90,7	1,3	178,4	1,8	92,1	1,5	182,9	2,5
Famille	57,2	57,7	56,1	-1,9	56,6	-1,9	49,6	-11,6	50,1	-11,5
AT-MP	10,8	12,3	10,5	-2,8	12,1	-1,6	10,6	1,0	12,1	0,0
Totaux	293,1	404,2	291,2	-0,6	403,8	-0,1	288,1	-1,1	404,1	0,1

Source : d'après l'annexe 4 du présent projet de loi de financement

b) ...que la relative « maîtrise » des dépenses ne compense pas

S'agissant des dépenses, il convient de noter qu'en raison d'un trop grand « effet de ciseaux » entre l'évolution des recettes et celle des charges, leur relative « maîtrise » en 2009 et 2010 ne permet pas de compenser le coup d'arrêt porté aux produits du régime général sur la même période.

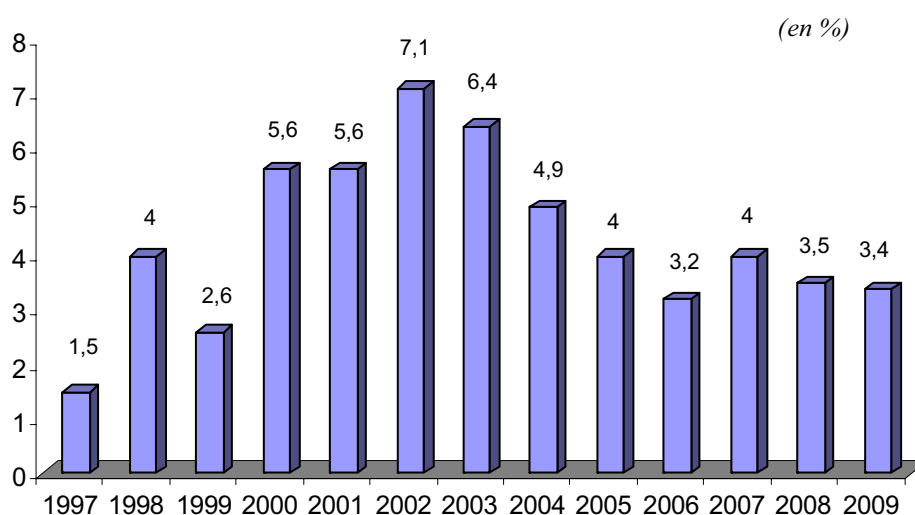
(1) Une progression des dépenses de 4 % en 2009 et 2010

Comparativement aux années précédentes, les dépenses de sécurité sociale devraient en effet être relativement maîtrisées en 2009 et le rester en 2010. La croissance des prestations du régime général devrait ainsi s'élever à 4 % en 2009 selon le rapport d'octobre 2009 de la commission

des comptes de la sécurité sociale, alors qu'elle avait atteint 4,4 % en 2006 et 4,6 % en 2007.

S'agissant plus particulièrement de la **branche maladie**, le taux de progression des dépenses serait de 3,9 %. Au sein de celles-ci, la commission des comptes de la sécurité sociale prévoit **un taux de progression des dépenses dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 3,4 % en 2009, contre une progression proche, voire supérieure, de 5 % par an entre 2000 et 2004** (cf. graphique suivant). En 2009, l'ONDAM voté en loi de financement de la sécurité sociale serait ainsi dépassé de 300 millions d'euros, contre un dépassement de 950 millions d'euros constaté en 2008 et de 2,9 milliards d'euros en 2007.

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM sur la période 1997-2009



Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

La croissance des **prestations de retraite** serait, quant à elle, de 4,9 % en 2009, soit **un rythme soutenu mais moindre par rapport à la tendance observée depuis 2005**, à savoir une croissance de l'ordre de 6 %. Ceci s'explique principalement par la diminution du nombre de départs en retraite anticipée, environ 24.700 en 2009 contre 122.000 en 2008 selon la commission des comptes de la sécurité sociale¹.

En 2010, et en l'absence de mesures nouvelles, les prestations du régime général devraient, comme en 2009, augmenter d'environ 4 %. Cette croissance résulterait cependant d'évolutions contrastées entre branches. Alors que les prestations familiales connaîtraient un net ralentissement – soit une croissance de 1,8 % contre 3,5 % en 2008 et 3,9 % en 2009 –, les dépenses de la branche maladie devraient croître de 4,6 %, contre 3,4 % en 2008 et 3,9 % en 2009.

¹ Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009.

Croissance des prestations du régime général par branche

(en %)

Branches concernées	2006	2007	2008	2009 (prévisions)	2010 (prévisions)
Maladie	+3,7	+4,0	+3,4	+3,9	+4,6
Retraite	+5,9	+6,1	+5,6	+4,9	+4,5
Famille	+4,5	+3,0	+3,5	+2,6 / +3,9	+0,8 / +1,8*
Régime général	+4,4	+4,6	+4,1	+4,0	+4,0

* Le second chiffre correspond à la croissance des prestations familiales après neutralisation de l'effet à la baisse, sur le montant des prestations versées par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), de la substitution du revenu de solidarité active (RSA) à l'allocation parent isolé (API) en 2009.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

(2) Des résultats à nuancer néanmoins

Cette relative maîtrise des dépenses doit néanmoins être relativisée. D'une part, **leur taux d'évolution demeure largement supérieur à celle de la richesse nationale** et, d'autre part, comme votre rapporteur pour avis le développera plus loin dans le présent rapport, **ces résultats doivent être nuancés, notamment en ce qui concerne la branche maladie.**

Si le taux de progression de l'ONDAM pour 2009 est « *proche de celui voté en loi de financement* », comme l'a souligné à de nombreuses reprises le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, notamment devant votre commission des finances et la commission des affaires sociales¹, il n'en demeure pas moins **un dépassement de l'ONDAM pour 2009 de près de 300 millions d'euros.**

Par ailleurs, il convient de noter que :

- **cet objectif a été dépassé alors même qu'il se voulait, au moment de son adoption, plus « réaliste » que ceux fixés les années précédentes.** Lors de la présentation du PLFSS pour 2009 devant la commission des comptes de la sécurité sociale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, indiquait en effet : « *le taux global de 3,3 % est égal au taux d'évolution qui sera finalement constaté en 2008. C'est donc un taux réaliste* ». De fait, le taux de progression de l'ONDAM pour 2009 était l'un des taux les plus élevés votés depuis 2005 ;

- ensuite, **ce résultat s'explique, pour 225 millions d'euros², par des gels de dotations**, dont les taux de consommation passés laissaient entrevoir, au moment de leur adoption, qu'elles risquaient d'être surévaluées

¹ Audition commune avec la commission des affaires sociales de MM. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, Xavier Darcos, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, et de Mmes Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, et Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée des aînés, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 – 15 octobre 2009.

² Intervention de M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, devant la commission des comptes de la sécurité sociale – 1^{er} octobre 2009.

pour 2009 (dotation au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et dotations médico-sociales).

(3) Une nette dégradation du taux de couverture des dépenses par les recettes

En tout état de cause, la relative « maîtrise » des dépenses en 2009, et prévisionnelle pour 2010, ne permettra pas de compenser la forte dégradation des recettes constatée sur la même période. La baisse brutale des recettes crée en effet un « effet de ciseaux » considérable par rapport à la progression des dépenses pourtant ralentie.

Ainsi, comme l'indique le tableau ci-dessous, **entre 2009 et 2010, si les charges du régime général augmenteront de près de 8 %, ses produits n'enregistreront quasiment aucune progression.**

Taux de variation des produits et des charges du régime général

(en %)

	2006	2007	2008	2009 (prévision)	2010 (prévision)
Produits	5,8	4,3	4,1	- 0,5	0,7
Charges	4,5	4,4	4,2	3,6	4,1
Ecart	1,3	- 0,1	- 0,1	- 4,1	- 3,4

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

Il en résulte une dégradation du taux de couverture des dépenses par les recettes du régime général. Alors que les produits du régime général couvraient 96,6 % des ses charges en 2008, le ratio recettes/dépenses passera à 92,8 % en 2009 et passera sous la barre des 90 % en 2010, ce qui signifie qu'à compter de 2010, plus de 10 % des dépenses du régime général devront être financées par l'emprunt.

Taux de couverture des dépenses par les recettes

(en %)

Ratio produits/charges	CNAM	CNAM-AT/MP	CNAF	CNAV	Régime général
2008	96,9	102,2	94	99,4	96,6
2009	92,7	94,6	94,9	91,8	92,8
2010	89,2	93,3	92,7	89,0	89,7

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

Cette évolution dissymétrique entre les recettes et les charges du régime général explique la dégradation rapide de son solde. **Un point d'écart entre les charges et les produits creuse en effet le déficit du régime général d'environ 3 milliards d'euros¹.**

c) La crise ne doit pas être un prétexte pour oublier les causes structurelles du déficit qui préexistait

Surtout, pour votre rapporteur pour avis, la crise ne doit pas faire perdre de vue les causes structurelles du déficit du régime général qui

¹ Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009.

préexistaient à la dégradation du contexte économique observée depuis 2008. **C'est en effet avec un handicap structurel de près de 9,5 milliards d'euros que notre système de protection sociale a dû affronter la crise économique.** A n'en pas douter, la situation aurait été différente si les comptes de la sécurité sociale avaient été à l'équilibre.

(1) Un handicap de départ de 9,5 milliards d'euros

L'ampleur de la crise invite en effet à distinguer, entre :

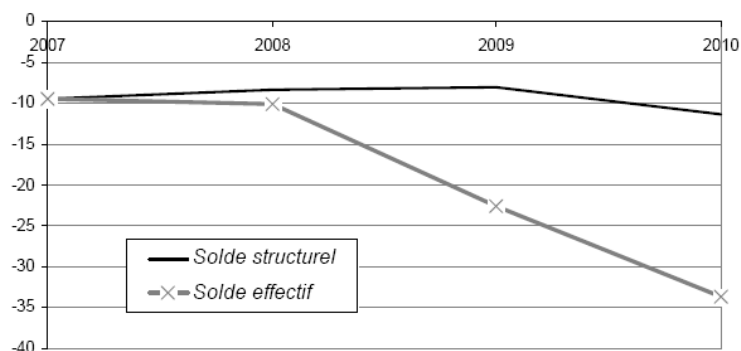
- d'une part, **la part conjoncturelle** du déficit du régime général qui résulte directement de la dégradation de la situation économique et de la contraction de la masse salariale ;

- d'autre part, **la part structurelle** de celui-ci, c'est-à-dire la part qui subsiste en période de croissance économique et qui résulte des tendances de fond d'évolution des dépenses et des recettes du régime général.

Raisonnement en distinguant ces deux types de déficits permet ainsi d'estimer le niveau de déficit qui aurait été atteint si la croissance avait conservé son rythme tendanciel.

En retenant une croissance tendancielle de 2,25 %, la commission des comptes de la sécurité sociale évalue ainsi **le déficit structurel du régime général, avant la crise, à 9,5 milliards d'euros**, celui-ci résultant de la stabilisation autour de 10 milliards d'euros du déficit du régime général après le ralentissement économique de 2002 et 2003, et ce en dépit de certaines années de conjoncture favorables. En 2009, le déficit structurel passerait à 8,1 milliards d'euros pour atteindre **11,4 milliards d'euros en 2010** hors mesures nouvelles proposées en PLFSS pour 2010.

Graphique 1 - Soldes structurels et effectifs du régime général avant mesures PLFSS 2010 (en Md€)



Source : calculs DSS-6A.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

(2) Un handicap de sortie de crise de 30 milliards d'euros

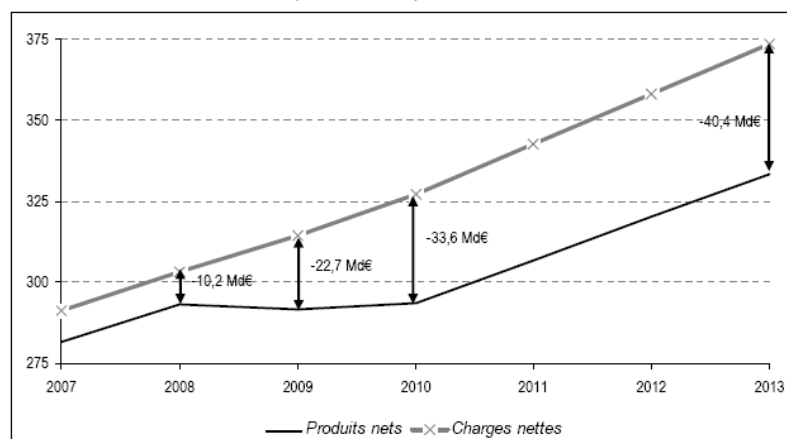
Cependant, comme le rappelle la commission des comptes de la sécurité sociale, si cette approche « déficit structurel »/« déficit conjoncturel » est utile en temps de crise pour isoler l'effet de la dégradation conjoncturelle, elle perd son sens les années suivantes. La question n'est alors plus de savoir quelle aurait été le solde du régime général si la crise n'avait pas eu lieu, mais la question est d'évaluer l'ampleur de la conjoncture favorable qui sera nécessaire pour permettre un redressement des comptes sociaux.

Or, le régime général abordera la reprise économique avec un handicap, cette fois, de près de 30 milliards d'euros et la reprise économique ne sera pas suffisante pour résorber ces déficits.

La commission des comptes de la sécurité sociale, qui a proposé plusieurs scénarios de sortie de crise, conclut en effet : « *selon le scénario de sortie de crise, le redressement sera plus ou moins aisé, la croissance de la masse salariale et du PIB déterminant pour une large part le rythme d'évolution de ses recettes. Toutefois, une progression des recettes identique à celle des dépenses ne suffit pas à stabiliser le solde. En effet, en partant d'un déficit de 30 milliards d'euros et en supposant une croissance des charges et des produits de 5 % par an, proche du rythme d'évolution tendancielle des charges, le déficit s'aggrave de 5 % par an également, soit de 1,5 milliard d'euros par an.*

« *Seule une hypothèse très élevée de progression de la masse salariale (6,3 % par an) et une progression de l'ONDAM à 3 % par an à partir de 2010 permettraient, sans autre mesure de redressement, de ramener à 20 milliards d'euros le solde du régime général à l'horizon 2013. Pour parvenir à ce niveau de solde, une ou plusieurs opérations de reprises de dettes seraient en outre nécessaires sur la période.* »

Graphique 2 – Produits et charges nettes du régime général (en Md€)
sous l'hypothèse d'une croissance tendancielle des charges et d'une croissance de la masse salariale privée de 5% par an en 2011-2013



Source : calculs DSS-6A.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

B. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE DURABLEMENT ÉLOIGNÉ EN DÉPIT DES MESURES PROPOSÉES PAR LE PRÉSENT PLFSS

Face à la « dérive » des comptes sociaux, le Gouvernement a fait le **choix politique de laisser les dispositifs de protection sociale jouer leur rôle de soutien aux ménages en temps de crise**. C'est ce qu'a rappelé le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, devant la commission des comptes de la sécurité sociale, le 1^{er} octobre dernier : « *Notre priorité a été de laisser le système de protection sociale jouer son rôle d'amortisseur si précieux en temps de crise. C'est au prix d'un déficit plus important, mais c'est un choix que nous assumons pleinement* »¹.

De fait, les mesures proposées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2010 ne devraient permettre que de stabiliser le déficit de l'ensemble des régimes de base et du FSV autour de 36 milliards d'euros. Il s'en suit une perspective de retour à l'équilibre durablement éloignée.

1. Les mesures proposées par le présent projet de loi de financement ne permettront de réduire le déficit spontané des régimes de base et du FSV que de 2,8 milliards d'euros

a) Le PLFSS pour 2010 revoit à la hausse le déficit prévisionnel du régime général de 2009

En premier lieu, il convient de noter que le déficit du régime général 2009 présenté dans le cadre du PLFSS pour 2010 devrait être accru de près de 800 millions d'euros par rapport aux chiffreages prévisionnels de la commission des comptes de la sécurité sociale, en raison de deux principales mesures rectificatives pour 2009 :

- d'une part, l'augmentation de la dotation versée par l'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) pour le financement des mesures de lutte contre la pandémie grippale, à hauteur de 370,8 millions d'euros (article 6) ;

- d'autre part, une opération de réaffectation de recettes destinée à compenser intégralement les exonérations sur les heures supplémentaires, qui devrait être proposée dans le cadre du prochain projet de loi de finances rectificative pour 2009.

¹ Intervention de M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, devant la commission des comptes de la sécurité sociale – 1^{er} octobre 2009.

Impact des mesures rectificatives pour 2009 proposées par le PLFSS pour 2010 sur le solde des comptes du régime général et du FSV

(en milliards d'euros)

	2009 (prévisions <u>avant</u> les mesures du PLFSS)	2009 (prévisions <u>après</u> les mesures du PLFSS)
Maladie	- 11,0	-11,5
Accident du travail – maladie professionnelle	-0,6	-0,6
Vieillesse	-8,1	-8,2
Famille	-3,0	-3,1
Régime général	-22,7	-23,5
FSV	-3,0	-3,0

Source : dossier de presse du Gouvernement – présentation du PLFSS pour 2010

b) « Le jeu de bonneteau entre le régime général et le FSV »

Pour 2010, les mesures proposées par le Gouvernement dans le cadre du présent projet de loi de financement devraient permettre de **réduire le déficit tendanciel du régime général de 3 milliards d'euros en 2010**, ramenant ce dernier à - 30,6 milliards d'euros.

En revanche, dans le même temps, **le déficit du FSV devrait être aggravé de 600 millions d'euros** en raison du transfert du financement des validations gratuites des trimestres accordés au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité ou invalidité de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) au FSV. Tandis que le solde de la branche vieillesse s'améliorera de 600 millions d'euros, le déficit du FSV s'accroîtra ainsi à due concurrence.

Quant aux **régimes de base, autres que le régime général**, les mesures proposées par le PLFSS pour 2010 devrait permettre de **réduire leur déficit spontané de 400 millions d'euros**.

Au total, le PLFSS pour 2010 permettra de réduire de 2,8 milliards d'euros le déficit global des régimes de base et du FSV.

Impact des mesures proposées par le PLFSS pour 2010 sur le solde des comptes du régime général et du FSV

(en milliards d'euros)

	2009 (prévisions <u>avant</u> les mesures du PLFSS)	2009 (prévisions <u>après</u> les mesures du PLFSS)	2010 (prévisions <u>avant</u> les mesures du PLFSS)	2010 (prévisions <u>après</u> les mesures du PLFSS)
Maladie	- 11,0	-11,5	-17,1	-14,6
Accident du travail – maladie professionnelle	-0,6	-0,6	-0,8	-0,8
Vieillesse	-8,1	-8,2	-11,3	-10,7
Famille	-3,0	-3,1	-4,4	-4,4
Régime général	-22,7	-23,5	-33,6	-30,6
FSV	-3,0	-3,0	-3,9	-4,5
Autres régimes de base	- 0,8	- 1,2	- 1,3	- 0,9
Total	- 26,5	-27,7	- 38,8	- 36,0

Source : commission des finances, d'après les données de l'annexe B au PLFSS pour 2010 et du dossier de presse du Gouvernement – présentation du PLFSS pour 2010

c) La réduction des « niches sociales » et un effort d'économies sur l'assurance maladie

Comme l'a rappelé le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat devant la commission des comptes de la sécurité sociale, **le Gouvernement a fait le choix, pour 2010, de ne pas augmenter les prélèvements obligatoires pour compenser les pertes de recettes subies.**

Les mesures de redressement prévues par le PLFSS pour 2010 s'articulent ainsi autour de trois axes :

- **en matière de recettes**, elles visent principalement **la réduction des « niches sociales »** et l'élargissement du financement de la sécurité sociale pour que ce dernier pèse moins sur les revenus du travail, soit un montant global de **888 millions d'euros d'économies**. Sont ainsi proposés la suppression de l'exonération, en cas de succession, des intérêts des contrats d'assurance-vie multi-support, l'augmentation de 2 % à 4 % du « forfait social » auquel sont assujettis les éléments de rémunération versés aux salariés non soumis aux cotisations sociales mais assujettis à la CSG, et le doublement des taux de la contribution sur les « retraites chapeau ». Le PLFSS pour 2010 prévoit également une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance complémentaire aux dépenses liées à la pandémie grippale. En revanche, l'imposition au premier euro des plus-values mobilières, qui s'appliquera à compter de 2010, n'aura un impact financier qu'à partir de 2011 ;

- **en matière de dépenses**, les mesures proposées reposent sur le renforcement de **l'efficacité du système de soins et des choix de financement de certains produits**. Le taux de progression de l'ONDAM sera

ainsi fixé en 2010 à 3 %, contre 3,3 % en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ce qui suppose la réalisation de **2,2 milliards d'euros d'économies** ;

- enfin, s'agissant **des mesures de transfert**, le PLFSS pour 2010 propose de transférer, de la CNAVTS au FSV, le financement des avantages non contributifs de vieillesse, soit une charge supplémentaire pour le FSV évaluée à **600 millions d'euros**.

En sens inverse, le PLFSS pour 2010 prévoit **des mesures qui augmenteront les charges du régime général d'environ 260 millions d'euros**. Il s'agit de la non-compensation de l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales du « bonus », prévu par la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer, destiné à répondre aux difficultés socio-économiques spécifiques rencontrées par ces territoires, ainsi que de la modification de la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs.

Impact financier des mesures proposées par le PLFSS pour 2010

(en millions d'euros)

		Régime général	Tous régimes	FSV	Tous régimes + FSV
Mesures relatives aux dépenses	Fixation de l'ONDAM à 3 %	+ 1.844	+ 2.211		
	Autres mesures sur les dépenses d'assurance maladie hors ONDAM	- 8	- 13		
	Mesures nouvelles pour le risque famille	+ 27	+ 27		
	Mesures nouvelles pour le risque AT-MP	- 5	- 5		
	Mesures nouvelles pour le risque vieillesse	+ 4	+ 4		
Total		+ 1.862	+ 2.224		+ 2.224
Mesures relatives aux recettes	Augmentation à 4 % du « forfait social »	+ 380	+ 380		
	Suppression de l'exonération en cas de succession des intérêts des contrats d'assurance-vie multi-supports	+ 172	+ 172		
	Augmentation de la taxe sur la promotion des dispositifs médicaux	+ 3	+ 3		
	Doublement de la contribution sur les « retraites chapeau »	-	-	+ 30	
	Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires	+ 255	+ 300		
	Non compensation du « bonus » outre-mer	- 95	- 95		
	Modification de la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs et du financement du régime des exploitants agricoles	- 165	- 167		
Total		+ 550	+ 596	+ 30	+ 626
Mesures de transfert	Transfert de la CNAV vers le FSV du financement des validations gratuites de trimestres accordés au titre des arrêts maladie, maternité ou invalidité	+ 618	+ 630	- 630	0
Total		+ 3.030	+ 3.450	- 600	+ 2.850

Source : commission des finances, d'après l'annexe 9 au présent projet de loi de financement

2. Les projections pluriannuelles laissent au mieux entrevoir une stabilisation du déficit des régimes de base et du FSV autour de 33 milliards d'euros, à compter de 2010, au prix de l'accumulation d'une nouvelle dette

La crise économique et le souhait du Gouvernement de laisser la sécurité sociale jouer son rôle d'amortisseur social ont pour conséquence principale de **durablement éloigner l'horizon de retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale**, envisagé, il y a moins d'un an – lors de la présentation du PLFSS pour 2009¹ – à l'horizon 2012.

¹ Le PLFSS pour 2009 a été élaboré au moment où la crise économique atteignait notre pays. Les hypothèses économiques sur lesquelles le texte initial avait été élaboré ont ainsi été revues au cours de l'examen par le Parlement du PLFSS pour 2009. Si le texte initial prévoyait un retour à l'équilibre en 2012 des comptes du régime général, la loi de financement pour 2009 envisageait finalement un déficit de plus de 3 milliards d'euros à l'horizon 2012.

Comme le montrent les projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi de financement, les mesures proposées par le Gouvernement ne permettent en effet, **au mieux, que de stabiliser le déficit de l'ensemble des régimes de base et du FSV autour de 33 milliards d'euros à compter de 2010.**

Or, **il ne s'agira très certainement que d'un minimum** : d'une part, les hypothèses macroéconomiques sur lesquelles se fondent ces projections sont irréalistes, d'autre part, certaines dépenses, notamment liées au risque pandémique, n'ont pas été prises en compte.

a) Le retour à l'équilibre est pour la première fois totalement perdu de vue

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit que *« 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 »*.

Depuis 2006, tous les projets de loi de financement présentent ainsi des projections pluriannuelles. Ces dernières laissent, à chaque fois, entrevoir une réduction des déficits, voire un retour à l'équilibre, des régimes obligatoires de base. **Si l'horizon de ces améliorations est repoussé d'année en année, elles demeurent néanmoins envisagées au moins à moyen terme. Or, pour la première fois, le présent projet de loi de financement perd durablement de vue tout retour à l'équilibre** et ne laisse envisager qu'une stabilisation du déficit des régimes de base et du FSV autour de 33 milliards d'euros (*cf.* graphique suivant)

Le cas de la branche maladie du régime général est, de ce point de vue, le plus remarquable. Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 évoquait un retour à l'équilibre financier de la branche en 2007 grâce à la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie¹, celui-ci a ensuite été ensuite systématiquement repoussé d'année en année :

- 2009, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;
- 2010, dans l'hypothèse macroéconomique haute proposée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et 2012 dans le scénario économique bas ;
- 2012, dans l'hypothèse macroéconomique haute proposée par loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ;
- 2012, dans les projections initiales proposées par le PLFSS pour 2009.

¹ Article annexe de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, après la révision des hypothèses macroéconomiques apportée par le Gouvernement au cours de l'examen du texte par le Parlement, a finalement fait apparaître un déficit prévisionnel de la branche de 2 milliards d'euros en 2012. Le présent projet de loi de financement laisse entrevoir un déficit de celle-ci de 11,6 milliards d'euros à l'horizon 2013.

Projections pluriannuelles de l'évolution du déficit des régimes de base et du FSV

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>LFSS pour 2006</i>										
Maladie	-11,6	-8,3	-6,1	-3,5	-1,7	0,6				
AT-MP	-0,2	-0,5	-0,2	-0,1	0,1	0,1				
Famille	-0,4	-1,1	-1,2	-1,2	-0,8	-0,3				
Vieillesse	0,3	-2,0	-1,4	-1,7	-1,8	-2,2				
Régime général	-11,9	-11,9	-8,9	-6,5	-4,2	-1,8				
Régimes de base	-11,5	-12,9	-10,1	-7,9	-5,8	-3,5				
FSV	-0,6	-2,0	-1,5	-1,4	-1,1	-0,5				
<i>LFSS pour 2007 – Hypothèse haute</i>										
Maladie		-8,0	-6,1	-3,9	-1,5	1,4	3,9			
AT-MP		-0,4	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9			
Famille		-1,3	-1,3	-0,8	0,3	1,6	2,9			
Vieillesse		-1,9	-2,4	-3,5	-4,1	-3,8	-3,3			
Régime général		-11,6	-9,7	-8,0	-5,0	-0,3	4,5			
Régimes de base		-11,4	-8,8	-7,5	-5,0	-0,4	4,2			
FSV		-2,0	-1,2	-0,6	-0,4	0,0	0,0			
<i>LFSS pour 2008 – Hypothèse haute</i>										
Maladie			-5,9	-6,2	-4,2	-4,0	-2,8	-1,4	0,0	
AT-MP			-0,1	-0,4	0,3	0,5	0,7	0,9	1,2	
Famille			-0,9	-0,5	0,3	1,7	3,2	4,6	6,0	
Vieillesse			-1,9	-4,6	-5,2	-6,0	-6,8	-7,9	-8,8	
Régime général			-8,7	-11,7	-8,8	-7,9	-5,8	-3,8	-1,6	
Régimes de base			-7,8	-11,4	-7,7	-7,9	-6,1	-4,3	-2,2	
FSV			-1,3	-0,3	0,6	0,9	1,4	1,9	2,4	
<i>PLFSS pour 2009 avant modifications des hypothèses macroéconomiques apportées par le Gouvernement</i>										
Maladie				-4,6	-4	-3,4	-2,2	-1,1	0,2	
AT-MP				-0,5	0,4	0	0,4	0,7	1,1	
Famille				0,2	0,4	-0,2	0,2	0,6	1,7	
Vieillesse				-4,6	-5,7	-5	-3,6	-1,7	-2,3	
Régime général				-9,5	-8,9	-8,5	-5,3	-1,4	0,8	
Régimes de base				-9,1	-8,7	-9,5	-7,3	-3,9	-1,6	
FSV				0,2	0,9	-0,8	-0,8	-0,4	0,0	
<i>LFSS pour 2009</i>										
Maladie				-4,6	-4,2	-4,6	-4,2	-3,2	-2,0	
AT-MP				-0,5	0,3	-0,1	0,2	0,5	0,9	
Famille				0,2	0,3	-0,5	-0,3	0,1	1,1	
Vieillesse				-4,6	-5,77	-5,3	-4,2	-2,5	-3,1	
Régime général				-9,5	-9,3	-10,5	-8,6	-5,0	-3,1	
Régimes de base				-9,1	-9,0	-11,4	-10,4	-7,4	-5,4	
FSV				0,2	0,8	-1,0	-1,0	-0,6	-0,2	
<i>PLFSS pour 2010</i>										
Maladie				-4,6	-4,4	-11,5	-14,6	-13,7	-12,5	-11,6
AT-MP				-0,5	0,2	-0,6	-0,8	-0,5	-0,2	0,0
Famille				0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,7	-3,1
Vieillesse				-4,6	-5,6	-8,2	-10,7	-11,6	-13,0	-14,5
Régime général				-9,5	-10,2	-23,5	-30,6	-30,1	-29,4	-29,2
Régimes de base				-9,1	-9,7	-24,7	-31,5	-31,4	-30,6	-30,3
FSV				0,2	0,8	-3,0	-4,5	-4,0	-3,7	-3,1

Source : commission des finances, d'après les lois et projets de loi de financement de la sécurité sociale

b) Les projections proposées ne constitueront qu'un minimum

(1) Des hypothèses optimistes ou irréalistes ?

Ces projections de l'évolution du déficit des régimes de base et du FSV ne seront très certainement qu'un minimum, tant **les hypothèses macroéconomiques sur lesquelles elles reposent paraissent optimistes, voire irréalistes.**

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
PIB en volume	- 2,25 %	0,80 %	2,50 %	2,50 %	2,50 %
Masse salariale privée	- 2,00 %	- 0,40 %	5,00 %	5,00 %	5,00 %
Inflation	0,40 %	1,20 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
ONDAM en valeur	3,40 %	3,00 %	3,00 %	3,00 %	3,00 %

Source : annexe B au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

Ces projections pluriannuelles sont en effet bâties sur les hypothèses suivantes à compter de 2011 : une croissance du PIB en volume de 2,5 % par an, un taux d'évolution de l'ONDAM de 3 %, bien en dessous des tendances enregistrées depuis 2000, une croissance de la masse salariale de 5 % par an à partir de 2011.

Deux hypothèses interpellent particulièrement votre rapporteur pour avis, qui remarque au demeurant que s'agissant de la croissance du PIB en volume, certaines prévisions économiques n'envisagent une croissance de celui-ci que de l'ordre de 1,5 % à 2 %¹.

(a) La question de la croissance de la masse salariale

S'agissant de la croissance de la masse salariale, il convient de noter que le taux de progression proposé à partir de 2011, soit + 5 %, **n'a été atteint ou dépassé que deux fois au cours de ces dix dernières années, à savoir en 2000 et en 2001.**

L'hypothèse selon laquelle la masse salariale augmenterait, à partir de 2011, à un rythme plus rapide que son taux de croissance moyen entre 1998 et 2008 paraît en effet à votre rapporteur quelque peu optimiste. Un retour sur les années qui ont suivi la récession de 1993 peut nous donner une idée de la prudence qu'il convient d'avoir. En 1993, le PIB régresse en volume de 0,9 %, la masse salariale² enregistrant, pour la première fois depuis 1960, une diminution de 0,52 % par rapport à l'année précédente, diminution qui se poursuit en 1994 (- 0,14 %) alors que le PIB augmente à nouveau en volume (+ 2,2 %). **Entre 1995 et 1998, la croissance annuelle moyenne de la masse salariale est de 1,74 %, soit un taux qui n'est pas supérieur à son taux de croissance moyen entre 1978 et 1992.**

¹ Cf. rapport d'information de notre collègue Philippe MARINI, rapporteur général, n° 45 (2009-2010), « *Quels prélèvements obligatoires pour la sortie de crise ?* ».

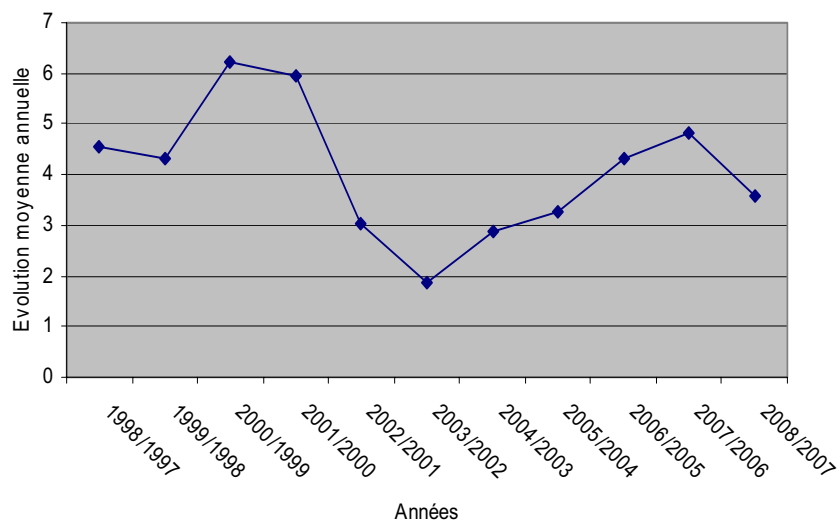
² Au sens de l'INSEE.

Par ailleurs, deux éléments peuvent nuancer l'hypothèse de croissance retenue par le PLFSS pour 2010 :

- d'une part, **il n'est pas certain que la crise soit suivie d'un très fort rebond économique** qui permettrait de rattraper le niveau de PIB tendanciel et entraînerait un important ressaut de la masse salariale ;

- d'autre part, comme le souligne à juste titre le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2009, **il est possible que les entreprises tardent à ajuster leur niveau d'emploi et leurs rémunérations quand la croissance repartira**, ce qui *de facto* sous-entend une évolution de la masse salariale moins « brutale » que celle retenue dans le présent PLFSS.

Evolution de la masse salariale 1997-2008



Source : Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Votre rapporteur pour avis tient à souligner que la croissance de la masse salariale impacte sensiblement les recettes du régime général qui sont, pour 54 % d'entre elles constituées des cotisations et de la CSG sur les revenus d'activité du secteur privé. Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale présenté en octobre 2009, **la variation d'un point de la masse salariale impacte le régime général à hauteur de 1,95 milliard d'euros.**

Ainsi, **si entre 2011 et 2013, la croissance de la masse salariale du secteur privé s'élevait en moyenne à 4 %, ce qui correspond à son évolution moyenne entre 1998 et 2008, le déficit du régime général pourrait s'aggraver de 13,3 milliards d'euros sur cette période par rapport aux projections actuelles en l'absence de mesures nouvelles.**

Ceci représente une augmentation des déficits cumulés du régime général de 15 % sur ces trois années par rapport aux prévisions du projet de loi de financement.

Croissance de la masse salariale et solde du régime général 2011-2013

(en milliards d'euros)

	Solde 2011	Solde 2012	Solde 2013	Solde cumulé	Ecart par rapport au PLFSS 2010
Masse salariale : + 5 % (PLFSS 2010)	-30,1	-29,4	-29,2	88,7	
(A) Masse salariale : + 4 %	-32,05	-34	-35,95	102	+ 15 %
(B) Masse salariale : + 3 %	-34	-37,9	-41,8	113,7	+ 28,2 %

Hypothèse : un point de variation de masse salariale impact le solde du régime général à hauteur de 1,95 milliard d'euros toute chose égale par ailleurs

Source : commission des finances, d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale présenté en octobre 2009

(b) La question de l'évolution de l'ONDAM

Le taux d'évolution de l'ONDAM de 3 % retenu dans le cadre des hypothèses relatives aux projections pluriannuelles suscite l'interrogation de votre rapporteur pour avis qui constate que ce taux se situe bien en dessous des tendances enregistrées depuis 2000. En effet, l'évolution tendancielle de l'ONDAM a été de + 4,5 % par an entre 1998 et 2008, et de + 3,6 % entre 2005 et 2009 compte tenu de la réforme de l'assurance-maladie intervenue en 2004.

Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, la variation d'un point des dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM impacte le solde du régime général à hauteur de 1,3 milliard d'euros. **Une évolution moyenne de l'ONDAM de 3,6 % entre 2011 et 2013**, au lieu de 3 %, pourrait ainsi aggraver le déficit du régime général à hauteur de **4,7 milliards d'euros**.

Au total, si l'on combine les hypothèses de croissance tendancielle de la masse salariale (+ 4 %) et de l'ONDAM (+ 3,6 %), **le solde cumulé des déficits du régime général entre 2011 et 2013 pourrait être supérieur de 18 milliards d'euros aux prévisions du PLFSS pour 2010¹, soit un différentiel de 20,3 %.**

(2) Des dépenses non prises en compte

Par ailleurs, votre rapporteur pour avis note qu'outre des évaluations d'économies qui paraissent surévaluées – ce point sera développé dans la suite du présent rapport –, **certaines dépenses n'ont pas été prises en compte** dans

¹ Les déficits cumulés du régime général atteindraient 96,9 milliards d'euros sur la période 2011-2013 contre 88,7 milliards d'euros prévus par le PLFSS pour 2010.

les projections pluriannuelles proposées par le présent projet de loi de financement. Ainsi en est-il de **certaines dépenses liées à la pandémie de grippe A/H1N1**. En effet, outre le coût lié à l'acquisition de vaccins, masques et autres produits de santé compris dans la révision de la dotation versée à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) (article 6), la pandémie de grippe A/H1N1 entraînera d'autres dépenses qui pourraient atteindre près d'**un milliard d'euros** :

* des dépenses supplémentaires liées aux consultations de généralistes, à la prescription de médicaments et aux indemnités journalières, soit un coût compris entre 752 millions et 376 millions d'euros, selon les estimations de la CNAMTS ;

* des dépenses liées à l'indemnisation des personnels de santé réquisitionnés, évaluées à 290 millions d'euros par le ministère de la santé et des sports, hors frais de déplacement ;

* des dépenses d'information et de convocation des vaccinés, à hauteur de 52,8 millions d'euros, selon les données du ministère de la santé et des sports. Celles-ci pourraient néanmoins être prises en charge par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

(3) Le nécessaire effort de vérité sur l'état de nos finances publiques

Le caractère extrêmement volontariste de ces hypothèses et la non prise en compte de toutes les dépenses à venir risque de **fausser le débat parlementaire en ne permettant pas de prendre l'exacte mesure de l'impact de la crise sur l'évolution à court et moyen terme de la situation des comptes sociaux**.

A cet égard, votre rapporteur pour avis souhaite rappeler les propos du Premier président de la Cour des comptes devant les commissions des finances et des affaires sociales de l'Assemblée nationale qui soulignait qu'*« il ne saurait y avoir de démarche crédible de rétablissement des comptes sans un effort accru de vérité sur l'état de nos finances. Dans un récent rapport, l'OCDE rappelait notamment que le Canada avait fait le choix, dans les années 1990, de construire ses budgets selon les prévisions de croissance volontairement pessimistes, afin de garantir que les objectifs seraient atteints, voire dépassés. Selon l'OCDE, cette démarche aurait contribué au succès de l'assainissement des finances publiques réalisés dans ce pays. Force est de constater que nous adoptons trop souvent la démarche inverse en France, ce qui nuit à la crédibilité de nos programmes pluriannuels »*¹.

Présenter une programmation pluriannuelle plus sincère présenterait en outre l'avantage d'**entamer plus tôt les réflexions sur les mesures nécessaires à mettre en œuvre, ceci d'autant plus que compte tenu du changement d'échelle des déficits actuels et à venir, les mesures habituellement mises en œuvre s'avéreront nécessairement insuffisantes**.

¹ Audition du mardi 23 juin 2009.

II. LA SOUTENABILITÉ DU FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS GARANTIE

A. LA SITUATION PÉRILLEUSE DE L'ACOSS EN 2010 POSE LA QUESTION DE LA REPRISE INÉVITABLE DE LA DETTE SOCIALE

1. Le choix de relever le plafond de l'ACOSS à un niveau historique...

La **crise** actuelle, marquée par la volonté politique de laisser les dispositifs de protection sociale et les stabilisateurs économiques jouer leur rôle d'amortisseur conjoncturel aura pour conséquence de **porter la dette sociale à des niveaux historiques**.

Les déficits nés de la crise en 2009 et 2010 seront, selon le projet de loi de financement pour 2010, financés par des avances de trésorerie de l'ACOSS et donc l'emprunt à court terme. Au regard des projections du Gouvernement, le déficit cumulé **du régime général en 2010 atteindrait 56,3 milliards d'euros** (hors mesures proposées par le PLFSS pour 2010). **Le schéma de portage de cette dette n'est pas sans inquiéter votre rapporteur pour avis.**

a) Le relèvement de plafond effectué en juillet 2009 suffira à couvrir les besoins de l'année en cours

Afin de faire face aux difficultés de 2009, **le plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS a été relevé de 18,9¹ à 29 milliards d'euros** par le décret n° 2009-939 du 29 juillet 2009 dont la ratification est proposée à l'article 3 du PLFSS pour 2010. Ce plafond intègre une marge de précaution de 2,8 milliards d'euros.

Selon les dernières prévisions de l'ACOSS, le point bas de trésorerie s'établirait le **31 décembre 2009 à - 26,3 milliards d'euros**. Les besoins de financement resteraient ainsi en-deçà du nouveau plafond des ressources non permanentes porté par le décret précité.

Les principales hypothèses associées à ce profil sont une baisse de la masse salariale de - 2,1 % en moyenne annuelle et des tirages de la branche maladie en augmentation de 4,1 %. Cette prévision repose également sur l'hypothèse que des levées de réserve budgétaire seraient effectuées en décembre compte tenu de l'accroissement de la dette de l'Etat en 2009 pour 650 millions d'euros. Elle prend également en compte la diminution des versements du FSV à la CNAVTS en raison d'une moindre recette de C3S en fin d'année.

Les risques macroéconomiques entraînent une variabilité du profil sur les trois prochains mois de l'ordre de plus ou moins un milliard

¹ Article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

d'euros sur les encaissements du secteur privé, compte tenu des incertitudes que font peser la situation des marchés financiers et la conjoncture sur la croissance. Les aléas sur la masse salariale elle-même peuvent se doubler, en période de difficulté économique, d'un aléa sur les taux de restes à recouvrer. En tout état de cause, selon ces éléments prévisionnels et dans l'hypothèse où tous les aléas joueraient dans le même sens, **il resterait une marge de manœuvre de l'ordre de 1,7 milliard d'euros.**

Toutefois, cette prévision ne tient pas compte des effets sur le profil d'une **pandémie de grippe A** : cette dernière impacterait aussi bien les dépenses des branches maladie et AT-MP que les remontées de cotisations aux URSSAF dans des proportions difficiles à évaluer à ce stade.

b) Un plafond 2010 fixé à hauteur de 65 milliards d'euros

Compte tenu des prévisions pour 2010, et notamment des projections concernant les recettes issues des cotisations, **l'article 27** du PLFSS pour 2010 propose de fixer **le plafond pour l'année 2010 à 65 milliards d'euros**, sachant que les besoins maximum devraient atteindre, selon les prévisions actuelles, 61,6 milliards d'euros.

Ce niveau d'avances serait **historique et correspondrait au double du plafond actuel déjà revalorisé de 10 milliards d'euros cet été.** Cette situation est d'autant plus exceptionnelle que les plafonds record des années précédentes (notamment en 2004 et 2008) avaient été atteints avant une reprise de déficits par la CADES.

**Le plafond des avances de trésorerie au régime général
depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale**

(en milliards d'euros)

	1997		1998		1999		2000	2001	2002	2003	
	LFSS	décret d'urgence	LFSS	décret d'urgence	LFSS	décret d'urgence	LFSS	LFSS	LFSS	LFSS	décret d'urgence
Régime général	10,06	12,2	3,05	4,73	3,66	4,42	4,42	4,42	4,42	12,5	15
	2004	2005	2006	2007	2008	2009		2010			
	LFSS	LFSS	LFSS	LFSS	LFSS	Du 1er janvier au 31 mars	LFSS	Plafond après décret d'urgence	PLFSS		
Régime général	33	13	18,5	28	36	35	18,9	28,9	65		

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

(1) La diversification des sources de financement de l'agence

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat a indiqué, devant la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre dernier, que les besoins de financement de l'ACOSS pourraient être assurés à hauteur de :

- **31 milliards d'euros** sous forme d'avances auprès de la caisse des dépôts et consignations (CDC) ;

- **10 milliards d'euros de billets de trésorerie** émis par l'ACOSS ;

- **5 milliards d'euros de billets de trésorerie** souscrits par l'Agence France Trésor (AFT) ;

- **un milliard d'euros** en provenance de la mutualisation des ressources d'organismes tiers comme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

- la somme restante résulterait **d'émissions complémentaires sur les marchés** (notamment émission d'euro commercial paper) gérées par l'AFT qui agirait comme prestataire de services de l'ACOSS.

(2) Les partenaires de l'ACOSS : la CDC et l'AFT

(a) La renégociation de la convention avec la CDC

(i) L'avenant du 16 juillet 2009

Les relations financières entre l'ACOSS et la CDC sont formalisées dans une convention dont la dernière a été signée le 21 septembre 2006 pour la période 2006-2010.

Suite aux pertes financières enregistrées par la CDC en 2008 sur le programme de prêts à l'ACOSS, **un avenant à la convention a été signé le 16 juillet 2009** afin de **redéfinir l'équilibre financier** entre les deux parties et de prendre en compte l'impact de la crise. **Applicable depuis le 21 septembre 2009**, cet avenant revoit les conditions tarifaires en cas de circonstances « exceptionnelles » de marché et fixe les principes de gestion des risques entre les deux organismes.

Conditions de financement des déficits de l'ACOSS

	1 ^{ère} convention (16 oct. 2001 – 30 sept. 2006)	2 ^{ème} convention (depuis 1 ^{er} oct. 2006)
Avances mobilisables à 24 h entre 0 et 3 Md€ entre 3 Md€ et plafond	Eonia + 0,165 % Eonia + 0,215 %	Eonia + 0,15 % Eonia + 0,15 %
Avances prédéterminées de 7 à 13 jours de 14 à 29 jours au-delà de 30 jours	- Eonia + 0,10 % Eonia + 0,05 %	Eonia + 0,115 % Eonia + 0,10 % Eonia + 0,05 %

Source : ACOSS

La période « exceptionnelle » commence le premier jour du mois suivant celui pour lequel **l'écart moyen constaté entre le taux au jour le jour (Eonia) et le taux Euribor 3 mois est supérieur à 10 points de base**. Le tarif applicable pendant cette période à l'ensemble des avances est **le taux Eonia auquel est ajoutée une marge** qui varie en fonction de l'écart entre ce taux et le taux Euribor 3 mois.

Modalités de financement des périodes exceptionnelles

Ecart*	10 à 20 pb	21 à 30 pb	31 à 40 pb	41 à 50 pb	51 à 60 pb	61 à 70 pb	71 à 80 pb
Tranche de 0 à 10 Md€	12 pb	16 pb	20 pb	24 pb	25 pb	30 pb	37 pb
Tranche de 10 à 20 Md€	22 pb	29 pb	33 pb	35 pb	38 pb	43 pb	50 pb
Tranche de 20 à 25 Md€	32 pb	35 pb	39 pb	42 pb	44 pb	49 pb	56 pb

*Ecart moyen constaté entre l'EURIBOR 3 mois et l'EONIA

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, rapport d'octobre 2009

(ii) *Le contrat de prêt en vue de la gestion d'un « socle » de besoins de trésorerie*

Selon les informations communiquées à votre rapporteur, afin de sécuriser davantage le financement de l'ACOSS, une convention de prêt devrait être signée entre la CDC et l'agence afin de **couvrir tout au long de l'année 2010 le montant minimal d'avances nécessaire à l'ACOSS**. Ce socle, qui correspond aux besoins structurel de l'agence, a été évalué à **20 milliards** : en d'autres termes, **le point haut de la trésorerie de l'ACOSS ne serait jamais inférieur à un découvert de 20 milliards d'euros** au cours de l'année.

(b) L'AFT, un nouveau prestataire de service

A partir de 2010, un nouveau partenariat entre l'AFT et l'ACOSS entrera en vigueur dans le cadre du recours par l'ACOSS à des émissions complémentaires sur les marchés à court terme. Les conditions de ce partenariat ne sont pas encore à ce jour fixées.

Votre rapporteur pour avis souligne que les missions remplies par l'AFT pour le compte de l'ACOSS auraient pu être assumées par la CADES,

qui dispose déjà à ce jour d'un programme permettant d'émettre des billets de trésorerie sur les marchés européens non français.

(3) La création d'un comité de pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale (article 26 bis)

A l'initiative de notre collègue députée Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des finances, et avec l'avis favorable du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un article additionnel portant **création d'un comité de pilotage de la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale.**

Selon l'exposé des motifs de l'amendement, ce comité a pour objectif d'établir **une cartographie précise des excédents de trésorerie existants et susceptibles d'être placés auprès de l'ACOSS aux termes de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.** Ce comité, dont la composition comprend notamment, outre le ministre chargé de la sécurité sociale (ou son représentant), des membres du Parlement devrait permettre de *« donner l'impulsion politique aujourd'hui indispensable à l'amélioration de la mutualisation de la trésorerie des organismes de base de sécurité sociale. »*

L'optimisation des « poches de trésorerie dormante », dans le cadre d'une mutualisation de la trésorerie des différents régimes, a été mise en avant par la Cour des comptes dans le cadre de son rapport sur *« sur la gestion des découverts de trésorerie et le financement de la dette sociale »* remis aux commissions des finances et des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

La Cour des comptes présente ainsi les avantages de cette mutualisation de la trésorerie des organismes :

« La présence de « poches de trésorerie dormante » s'explique par l'autonomie dont bénéficient les régimes spéciaux dans leur gestion financière. Elle n'en est pas moins synonyme de coûts d'opportunité pour l'ensemble du système, comme le montre l'exemple de la CNRACL : les réserves de la caisse de retraite des collectivités locales ont un rendement légèrement inférieur à EONIA, alors que le régime général est contraint de payer une marge par rapport à taux au jour le jour pour couvrir son besoin de financement.

« La mutualisation de la trésorerie des différents régimes permettrait de financer à un moindre coût une partie du découvert de trésorerie du régime général (...).

« Compte tenu de la technicité que requiert ce métier, et de la nécessité de disposer d'une signature connue pour accéder à des financements compétitifs, la possibilité de confier à une seule entité tout ou partie de la gestion de trésorerie des différents régimes, et ce dans le respect de leurs spécificités, pourrait être étudiée. »

A ce jour la possibilité ouverte par la loi de financement pour 2009 a été peu utilisée : seul un décret du 21 juillet 2009 prévoit que les disponibilités

excédant les besoins de trésorerie de la CNSA peuvent être déposées auprès de l'ACOSS et porter intérêts.

Si votre rapporteur pour avis comprend la motivation qui a présidée à la création de ce comité, il s'interroge sur la pertinence d'une structure, qui dotée d'une forte connotation politique, ne pourrait pas à ce jour prendre de décisions utiles en l'absence d'un état des lieux précis des excédents de trésorerie existants et de la faisabilité technique d'une telle mutualisation sur l'ensemble des régimes, organismes ou fonds pouvant être concernés. Il vous propose ainsi de supprimer cette instance.

2. ... alors que 27 milliards d'euros viennent d'être transférés à la CADES

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009¹ a permis le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dans la limite de 27 milliards d'euros, des déficits cumulés des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). En pratique, **26,9 milliards d'euros ont été repris par la CADES**, en trois étapes :

- 14,1 milliards d'euros au titre de la branche maladie ;
- 8,8 milliards d'euros au titre de la branche vieillesse ;
- 4 milliards d'euros au titre du FSV.

La quasi-totalité des déficits cumulés susmentionnés auront alors été repris – seuls 19 millions d'euros, relevant de la branche vieillesse, n'auront pu être transférés à la CADES.

Cette opération, rendue nécessaire par l'impossibilité, pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), de poursuivre le refinancement à court terme de tels montants, **s'est faite sans accroissement des prélèvements obligatoires, une fraction de 0,2 point de CSG affectée au FSV ayant été réattribuée à la CADES².**

Il convient, en effet, de rappeler que l'ordonnance relative au remboursement de la dette sociale³, modifiée par l'article 20 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS)⁴, dispose que tout nouveau transfert de dette à la CADES est accompagné d'une

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

² Ceci a immédiatement remplacé le FSV, dont les déficits cumulés viennent d'être transférés à la CADES, en situation déficitaire. Sur les mouvements complexes de transferts financiers intervenus dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, se reporter au rapport pour avis n° 84 (2008-2009).

³ Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996.

⁴ Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005.

augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale¹.

Compte tenu de cette reprise de déficits, **le programme d'emprunts de la CADES devrait s'élever à 33,1 milliards d'euros en 2009**. La CADES se place ainsi parmi les premiers émetteurs souverains et quasi-souverains européens.

3. ... n'est pas soutenable au delà de 2010

(1) Un relèvement de plafond *a priori* suffisant pour 2010

Compte tenu du niveau inédit du plafond d'avances proposé, il convient de s'interroger sur la probabilité d'un éventuel dépassement de ce plafond de 65 milliards d'euros.

Selon les informations recueillies auprès de l'agence, **les aléas pouvant entraîner un dépassement du plafond ne portent pas tant sur les encaissements, pour lesquels les derniers indicateurs conjoncturels semblent indiquer une amélioration, que sur l'incidence d'une pandémie**. L'article 28 du PLFSS indique en effet que les effets d'une pandémie éventuelle seraient exclus de l'analyse du comité d'alerte. Ceci pourrait donc signifier un dépassement de l'ONDAM supérieur à 0,75 % en 2010, ce qui pèserait sur la trésorerie de l'ACOSS. Cet aléa pourrait en outre être renforcé par les difficultés de recouvrement et la baisse des encaissements dus aux arrêts maladie.

Toutefois, si ce dépassement devait survenir, il devrait rester limité, et pouvoir être couvert par les dispositifs spécifiques de financement prévus pour 2010, dont la combinaison devrait permettre de sécuriser environ 70 milliards de financement. Par ailleurs, le plafond de trésorerie proposé intègre d'ores et déjà une marge de manœuvre à hauteur de 2,8 milliards d'euros.

(2) Une solution qui ne peut toutefois être reconduite en 2011

L'année 2009 n'est pas, en tant que telle, particulièrement problématique pour l'ACOSS : celle-ci a dû gérer par le passé le refinancement à court terme de sommes plus importantes ; la reprise par la CADES lui a permis de connaître en 2009 quelques jours de trésorerie positifs ; enfin, la conjoncture permet de bénéficier de taux courts exceptionnellement bas, qui devraient permettre à l'agence de limiter ses charges de trésorerie à 120 millions d'euros environ, contre 648 millions d'euros en 2007 et 832 millions d'euros en 2008.

¹ Selon le scénario central de la CADES, l'extinction de la dette sociale est prévue en 2021.

(a) Une solution qui ne pourra pas être rééditée

En revanche, **l'année 2010 apparaît particulièrement périlleuse et exceptionnelle**, pour plusieurs raisons :

- **plus aucun bénéfice ne peut être espéré d'une baisse des taux d'intérêt à court terme**, ceux-ci ayant atteint un plancher. Au contraire, on pourrait craindre leur remontée, qui se traduirait par un accroissement des frais financiers ;

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

- cette augmentation d'activité nécessite au sein de l'agence un investissement humain important qui pose la question de **l'accroissement du risque opérationnel**. Votre rapporteur pour avis s'interroge sur la possibilité pour l'agence d'assumer l'année 2010 à moyens humains constants. La gestion d'un plafond d'avances de trésorerie de 65 milliards d'euros représente sans aucun doute des charges supplémentaires, et ce d'autant plus que les sources de financement se multiplient ;

- **la multiplication de sources de financement ne signifie pas pour autant la possibilité de couvrir n'importe quel niveau de besoins de trésorerie**. Selon les informations communiquées, le niveau maximal d'avances pouvant être consenties par l'agence dans des conditions sécurisées est de **70 milliards d'euros**. Or le plafond 2010 serait fixé à hauteur de 65 milliards d'euros : **l'ACOSS ne pourra pas assumer une fois de plus en 2011 la couverture des nouveaux déficits de l'année écoulée**.

(b) La confusion des genres

En outre, le portage de la dette par l'ACOSS constitue **une dérogation au partage implicite des responsabilités entre la CADES et l'ACOSS**. Comme l'a souligné, à juste titre, la Cour des comptes dans son rapport annuel sur la sécurité sociale¹, **il n'appartient pas à l'ACOSS de supporter des déficits de trésorerie qui résultent non pas de découverts infra-annuels mais de déficits cumulés pour des montants croissants**.

(3) L'apurement partiel de la dette de l'Etat, un élément de sécurisation du schéma de financement

La dette de l'Etat à l'égard des régimes obligatoires de base pèse sur la trésorerie de l'ACOSS. En effet, l'Etat se révèle « mauvais payeur » au titre des contributions qu'il doit verser dans le cadre :

- d'une part, des prestations sociales dont la gestion est assurée par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat comme, par exemple, l'allocation adulte handicapé (AAH) ou l'aide médicale d'Etat (AME) ;

¹ Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale de septembre 2009.

- d'autre part, de certaines exonérations de cotisations ciblées ainsi que de certains allègements généraux qui ne sont pas compensés par des recettes fiscales.

En 2008, les retards de paiement de l'Etat ont entraîné une « surmobilisation » quotidienne par l'ACOSS de 2,5 milliards d'euros en moyenne pour équilibrer sa trésorerie. Cette « surmobilisation » de fonds auprès de la CDC a induit plus de **127 millions d'intérêts débiteurs supplémentaires**. Entre la date de l'exonération de cotisations accordée aux entreprises ou de paiement des prestations par le régime général et la date de compensation ou de remboursement par l'Etat, il s'est en moyenne écoulé 23 jours.

Selon l'état trimestriel des dettes de l'Etat envers les régimes obligatoires au **30 juin 2009, ces dettes s'élèveraient à 3,5 milliards d'euros**, dont 2,8 milliards d'euros au titre des exonérations de cotisations sociales, 279 millions au titre de l'AME et 216 millions d'euros au titre de l'aide personnelle au logement (APL). **Cette somme pourrait atteindre 5,2 milliards d'euros à la fin de l'année** en l'absence de mesure correctrice dans le prochain projet de loi de finances rectificative pour 2009.

L'annonce de M. Eric Woerth de ramener la dette de l'Etat à l'égard des organismes de sécurité sociale en dessous de son niveau de fin 2008 permettra, en diminuant les besoins de trésorerie de l'ACOSS, de sécuriser son financement en 2010.

B. LE TRAITEMENT DE LA NOUVELLE DETTE SOCIALE : NOTRE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE DÈS 2010

1. La dette sociale : un doublement entre 2009 et 2013

a) Un changement d'échelle durable du niveau de la dette

En tout état de cause, même dans le scénario optimiste proposé par le Gouvernement, les projections pluriannuelles annexées au présent projet de loi de financement laissent entrevoir **une accumulation de nouveaux déficits à l'horizon de 2013** de près de 142,8 milliards d'euros pour le régime général, et 18,3 milliards d'euros pour le FSV, soit **un déficit cumulé total de 161,1 milliards d'euros**.

A ces chiffres il convient d'**ajouter la dette portée par la CADES et restant à amortir pour apprécier le montant de la dette sociale**.

Evolution de la « dette sociale » à l'horizon 2013

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013
Solde cumulé du régime général	-23,5	-54,1	-84,2	-113,6	-142,8
Solde cumulé du FSV	-3,0	-7,5	-11,5	-15,2	-18,3
Total	-26,5	-61,6	-95,7	-128,8	-161,1
Dette CADES (1)	-92	-87	-82	-77	-72
TOTAL	118,5	148,6	177,7	206	233,1

(1) Dette restant à amortir - Hypothèse d'amortissement : 5 milliards d'euros par an

Source : commission des finances, à partir des données de l'annexe B au projet de loi de financement pour 2010.

Au total, la dette sociale doublerait entre 2009 et 2013 en s'accroissant de 161,1 milliards d'euros. A titre de comparaison, cette somme représente environ deux fois le budget que la Nation consacre annuellement à l'enseignement et à la recherche¹.

b) Le coût du portage de la dette

Indépendamment de tout amortissement, **il est désormais nécessaire de consacrer plus de 4 milliards d'euros de prélèvements sociaux et fiscaux au paiement des intérêts de la dette du régime général et du régime agricole.**

En 2008, la somme des charges nettes d'intérêts et de l'amortissement de la dette sociale a dépassé 7 milliards d'euros. Ce montant a connu une forte progression au cours des derniers exercices : il a cru de 30,4 % en 2007, et de 7,5 % en 2008.

Les intérêts comptaient pour près de 60 % des sommes consacrées par la collectivité au portage et à l'amortissement de la dette sociale. En 2009, la diminution des coûts autorisée par la baisse des taux d'intérêt sera en partie compensée par un effet volume, lié au creusement prévisible des déficits du régime général et du FSV.

Evolution des amortissements et des charges d'intérêt sur la période 2006-2008

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Intérêts (charge nette)			
ACOSS*	271	648	834
FFIPSA	86	186	283
CADES	2 661	3 101	3 093
Total	3 018	3 935	4 230
Amortissement de la dette CADES	2 815	2 578	2 885
Amortissements + intérêts	5 833	6 513	7 095

Source : Cour des comptes

* y compris la partie de trésorerie gérée pour des tiers

¹ Les crédits de paiement demandés en 2010 pour la mission « Enseignement scolaire » s'élèvent à 60,8 milliards d'euros, ceux de la mission « Recherche et enseignement supérieur » à 24,8 milliards d'euros.

2. Un recours inévitable à la CADES

La question du traitement du déficit social accumulé en 2009 et 2010, évalué à plus de 55 milliards d'euros **se pose dès cette année**.

En effet, comme cela a été décrit ci-dessus, le retour à l'équilibre est durablement éloigné. L'ACOSS ne pouvant supporter un plafond d'avances plus élevé que celui prévu en 2010, une reprise de dette apparaît inéluctable.

Lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale en octobre dernier, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat a évoqué **trois scénarii possibles de traitement de la dette sociale. Toutefois, aucun n'est pleinement satisfaisant.**

Une reprise de la dette sociale par la CADES nécessite d'affecter des ressources supplémentaires à cette dernière ce qui signifie, dans le cadre juridique actuel, une augmentation des prélèvements obligatoires, option actuellement refusée par le Gouvernement.

Une reprise de la dette sociale par l'Etat est juridiquement possible mais elle revient sur le **principe vertueux du cantonnement** de la dette sociale.

Une reprise de « la dette de crise » dans un organisme spécifique de type « Caisse d'amortissement de la dette publique » contourne également le principe de cantonnement de la dette sociale et impliquerait de déterminer précisément ce qu'est la dette de crise.

Votre rapporteur estime qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause le système actuel de cantonnement de la dette sociale au sein de la CADES, **qui rembourse effectivement chaque année une partie de cette dette** : depuis sa création, **la CADES a amorti 42,6 milliards d'euros, soit 31,6 % de la dette transférée** qui s'élève depuis le premier trimestre 2009¹ à 134,6 milliards d'euros. Au demeurant, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, a lui-même reconnu que *« le plus cohérent serait que nous transférions la dette à la Cades »*².

3. Un transfert de dette qui devrait être engagé dès 2010

Devant la commission des comptes de la sécurité sociale, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat a confirmé la volonté du Gouvernement de ne procéder à aucune

¹ La dernière reprise de dette par la CADES a concerné 27 milliards d'euros entre 2008 et 2009.

² Interview au journal « Le Figaro » le 27 octobre 2009.

augmentation des prélèvements, ce qui *de facto* écarte toute hypothèse de reprise de dette supplémentaire par la CADES en 2010¹.

Si votre rapporteur pour avis reconnaît l'importance de maintenir une pression fiscale raisonnable afin d'optimiser la sortie de crise, il estime que le traitement de la nouvelle dette sociale doit être engagé dès 2010. Cette position témoigne de deux fortes **préoccupations** :

- d'une part, il s'agit **d'une démarche responsable vis-à-vis des générations futures**, sur lesquelles le législateur de 2005, rappelons le, n'a pas souhaité reporter la charge de la dette sociale. En repoussant la décision de transférer la dette à la CADES, le législateur revient sur cet engagement car il sera difficile de ne pas augmenter la durée de vie de la CADES compte tenu de l'augmentation des tarifs de reprise au fur et à mesure que l'on se rapproche de la date théorique d'extinction de la dette sociale ;

- d'autre part, **le transfert dès 2010 d'une partie de la dette sociale à la CADES réduirait, à terme, le coût d'ensemble de retraitement de la dette sociale, retraitement qui est inévitable.** En effet, une reprise de dette par la CADES dès 2010 permet de bénéficier d'un tarif plus faible de reprise (*cf. infra*), tout comme il permet d'amortir une partie de la dette transférée, ce qui n'est pas le cas lorsque celle-ci est supportée par l'ACOSS.

Dans ces conditions, et compte tenu de l'identification par l'ACOSS d'un besoin moyen structurel de trésorerie en 2010 d'environ 20 milliards d'euros, **votre rapporteur pour vous propose une reprise de dette par la CADES de 19,5 milliards d'euros, qui nécessitera une augmentation de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) de 0,15 point**, soit un taux global de 0,65 %. Cette augmentation, qui devrait procurer un surplus d'environ 1,8 milliard d'euros, impacterait à la hausse le taux de prélèvement obligatoire de 0,1 point, ce qui ne peut être qualifié d'excessif.

a) La question de l'augmentation des ressources de la CADES

Si l'on privilégie un transfert à la CADES, au nom du principe symbolique et vertueux de cantonnement de la dette sociale qui vient d'être rappelé, il convient de souligner que, compte tenu des règles organiques en vigueur, **plus on retarde l'échéance, plus le « coût » de ce transfert - c'est-à-dire le montant des recettes que l'on devra affecter à la Caisse - sera important**, en raison de l'impossibilité d'allonger la durée d'amortissement de la dette.

¹ « Pour faciliter le retour de la croissance, le Gouvernement écarte toute hausse massive des prélèvements. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons exclu durant cette crise une reprise de dette du régime général par la CADES. Un transfert de dette aurait en effet nécessité une hausse de la CRDS qui aurait pesé sur le pouvoir d'achat et la croissance. En 2010, l'ACOSS continuera donc à porter le déficit de la sécurité sociale. **Quand la situation économique sera complètement rétablie, nous nous poserons sereinement la question du traitement de la dette et des déficits.** »

Les ressources supplémentaires affectées à la Caisse peuvent avoir deux origines :

- **soit un redéploiement de ressources fiscales existantes**, comme cela a été fait en 2008-2009, lors de la dernière reprise de dette et l'affectation de 0,2 point de CSG à la CADES. Si cette option présente l'avantage de ne procéder à aucune augmentation de prélèvement obligatoire, elle n'est pas satisfaisante car elle conduit à « **déshabiller Paul** » – **en l'espèce le FSV en 2009 - pour « habiller Pierre** ». En outre, elle **nuît à la lisibilité du financement de cette dette** en mettant un terme à l'exclusivité de la CRDS. Envisage-t-on de créer un nouveau panier fiscal pour financer les futures reprises de dette ?

- **soit une augmentation de la CRDS**, recette historique de la CADES et dont la totalité du produit lui est affectée. Selon les informations communiquées lors de la réunion du comité de surveillance de la CADES le 10 juin 2009, le « **tarif** » des futures reprises de dette par la caisse seraient les suivants :

- pour reprendre 10 milliards de dette le 4 janvier 2010, il faudrait augmenter le taux de CRDS de 0,077 point ;

- pour reprendre 10 milliards de dette le 3 janvier 2011, il faudrait augmenter le taux de CRDS de 0,085 point ;

- pour reprendre 10 milliards de dette le 2 janvier 2012, il faudrait augmenter le taux de CRDS de 0,095 point.

Ainsi, par exemple, **la reprise de 19,5 milliards d'euros de dette par la CADES impliquerait d'augmenter la CRDS de 0,150 point en 2010 mais de 0,166 en 2011 et de 0,185 en 2012.**

La reprise de 50 milliards d'euros de dette par la CADES impliquerait d'augmenter la CRDS de 0,385 en 2010, de 0,425 point en 2011 et 0,475 en 2012, ce qui représenterait pratiquement un doublement de son taux, actuellement fixé à 0,5 %. Autant dire que les transferts de dette deviendront impossibles d'ici quatre ou cinq ans.

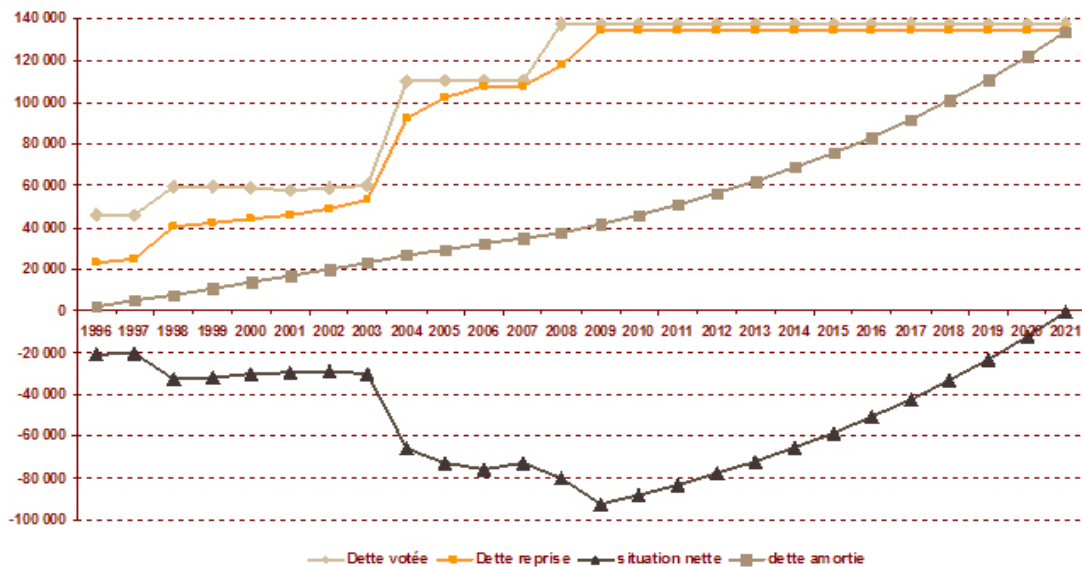
b) La question de la durée de vie de la CADES

(1) La dette confiée à la CADES devrait être amortie en 2021

La date d'extinction des missions de la CADES n'est plus mentionnée dans l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. La durée d'amortissement de la dette sociale est ainsi appréciée au vu des éléments présentés par la caisse dans ses estimations publiques. D'après l'annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, **la CADES a une chance sur deux d'avoir intégralement amorti en 2021 la dette dont le refinancement lui a été confié.** La probabilité que cette dette soit déjà remboursée en 2020 est de 5 % ; le risque

qu'elle ne le soit pas dans un délai supérieur à 14 ans, soit en 2023, est également de 5 %.

L'amortissement de la dette sociale



Source : CADES

Rappelons que 2009 devait marquer une date importante dans l'histoire de la dette sociale, à savoir celle de la disparition de la CADES et l'extinction de la dette. Aujourd'hui, non seulement la CADES existe toujours, mais le montant de la dette qu'elle doit encore rembourser est plus élevé que celui de la dette initiale reprise en 1996. En outre, sa dette ne représente qu'une partie de la dette sociale compte tenu de la situation actuelle et à venir de l'ACOSS.

Dans ces conditions, **votre rapporteur pour avis souligne que les perspectives d'extinction de la dette sociale s'amenuisent considérablement, alors même que le système de gestion de cette dette avait été précisément conçu pour éviter cette pérennisation et le report de la dette sur les générations futures.**

(2) La question de notre responsabilité envers les générations futures

Peut-on allonger la durée de vie de la CADES afin de concilier traitement de la nouvelle dette sociale et stabilisation de la pression fiscale ?

Compte tenu du contexte économique global et de la nécessité de ne pas freiner le retour de la croissance, il convient certes de **privilégier la solution la plus pragmatique, la plus efficace mais également la plus responsable.**

Cette situation amène à **s'interroger sur notre capacité collective à respecter l'esprit** de l'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), **qui manifestait le refus de reporter sur les générations futures la charge de la dette sociale.**

Deux solutions se présentent en conséquence :

- **réaliser dans les années à venir des économies importantes**, ce qui semble **irréaliste** dans le cadre du système actuel au regard de l'augmentation sensible attendue des dépenses compte tenu du vieillissement de la population ;

- et/ou **accepter un redéploiement des prélèvements obligatoires au profit de la sécurité sociale afin d'éviter que des déficits supplémentaires ne se forment.**

Comme en témoignent les chiffres présentés dans ce rapport, **il est impossible, dans le contexte économique actuel, de parvenir à un équilibre des comptes sociaux à brève échéance.** Dans ces conditions, s'il l'on entend maîtriser l'évolution des prélèvements obligatoires, votre rapporteur pour avis estime que :

- à **court terme**, il convient d'engager dès 2010 le retraitement de la dette afin de réduire le coût global de cette opération et faire preuve de responsabilité ;

- à **moyen terme**, il sera nécessaire d'augmenter à nouveau les recettes de la CADES et de procéder à un arbitrage entre allonger à nouveau la durée d'amortissement de sa dette, afin d'éviter un effet « boule de neige » des prélèvements qui lui sont affectés¹, ou maintenir cette durée en refusant tout report sur les générations futures.

C. LES CHARGES À VENIR LIÉES AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

La situation qui vient d'être décrite paraît d'autant plus préoccupante à votre rapporteur pour avis que c'est dans ce contexte particulièrement dégradé que notre système de protection sociale devra affronter un défi majeur, qui touchera l'ensemble des pays développés dans les décennies à venir, l'explosion des dépenses liées au vieillissement de la population.

1. Les besoins supplémentaires sont évalués entre trois et quatre points de richesse nationale

a) La déformation de la structure de la population aura un impact fort sur les finances des administrations de sécurité sociale, mais aussi celles de l'Etat et des collectivités territoriales

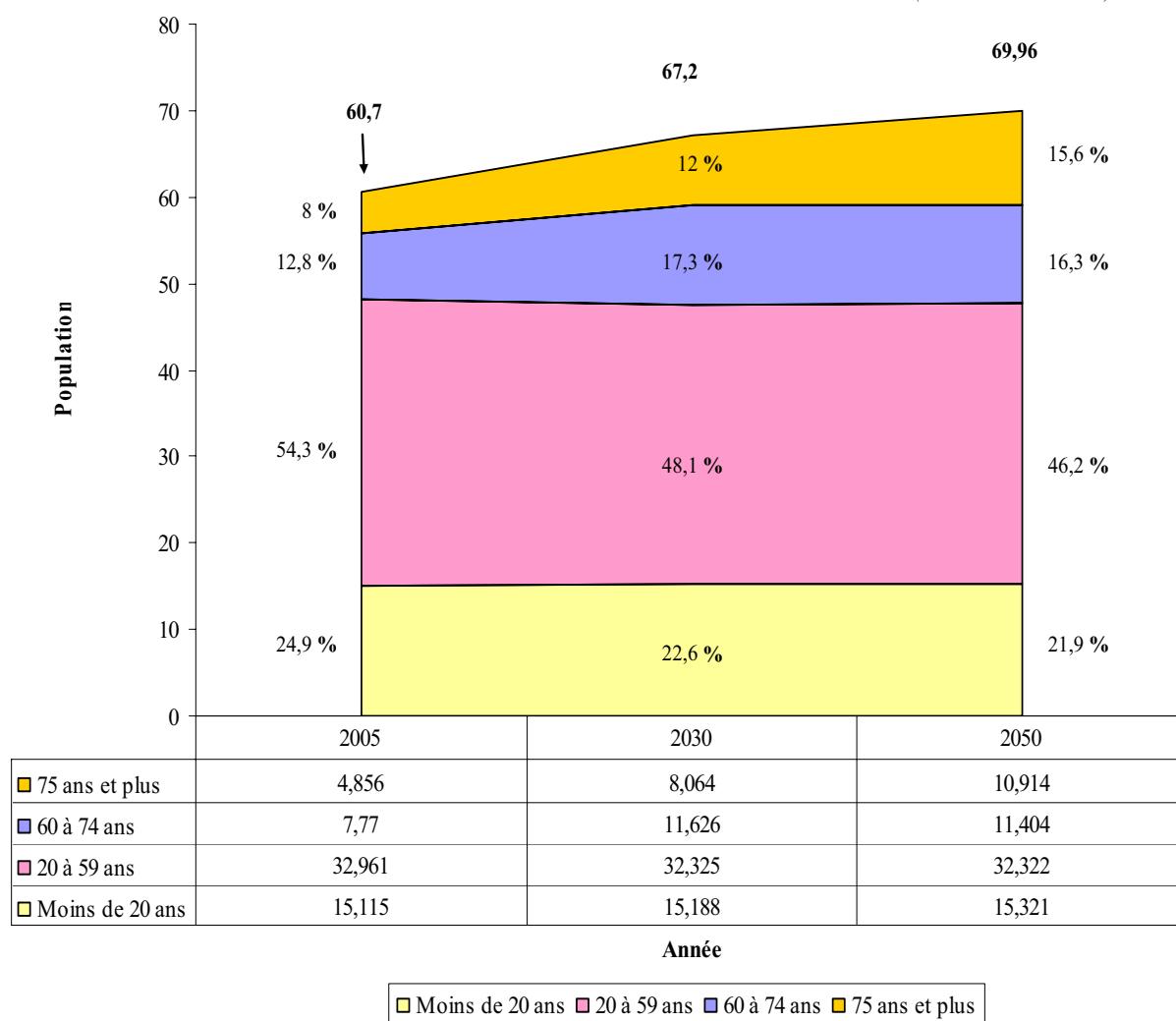
Selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), **un français sur trois aura plus de soixante**

¹ Une telle option nécessite cependant une modification législative de nature organique : le Conseil constitutionnel a en effet confirmé, dans sa décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005 (considérant 40), la portée organique des dispositions de l'article 20 de la LOLFSS.

ans en 2050 contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes et des personnes actives diminuera considérablement puisqu'en 2050, 69 habitants seront âgés de soixante ans ou plus pour 100 habitants âgés de vingt à cinquante-neuf ans, soit deux fois plus qu'en 2005. Ce seront, par ailleurs, les classes d'âge les plus élevées qui connaîtront les taux de progression les plus importants, comme le montre le graphique suivant.

Evolution de la structure de la population française entre 2005 et 2050

(en millions d'habitants)



Source : mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque – rapport d'information n° 447 (2007-2008) – d'après les données de l'INSEE (INSEE première n° 1092 – juillet 2006)

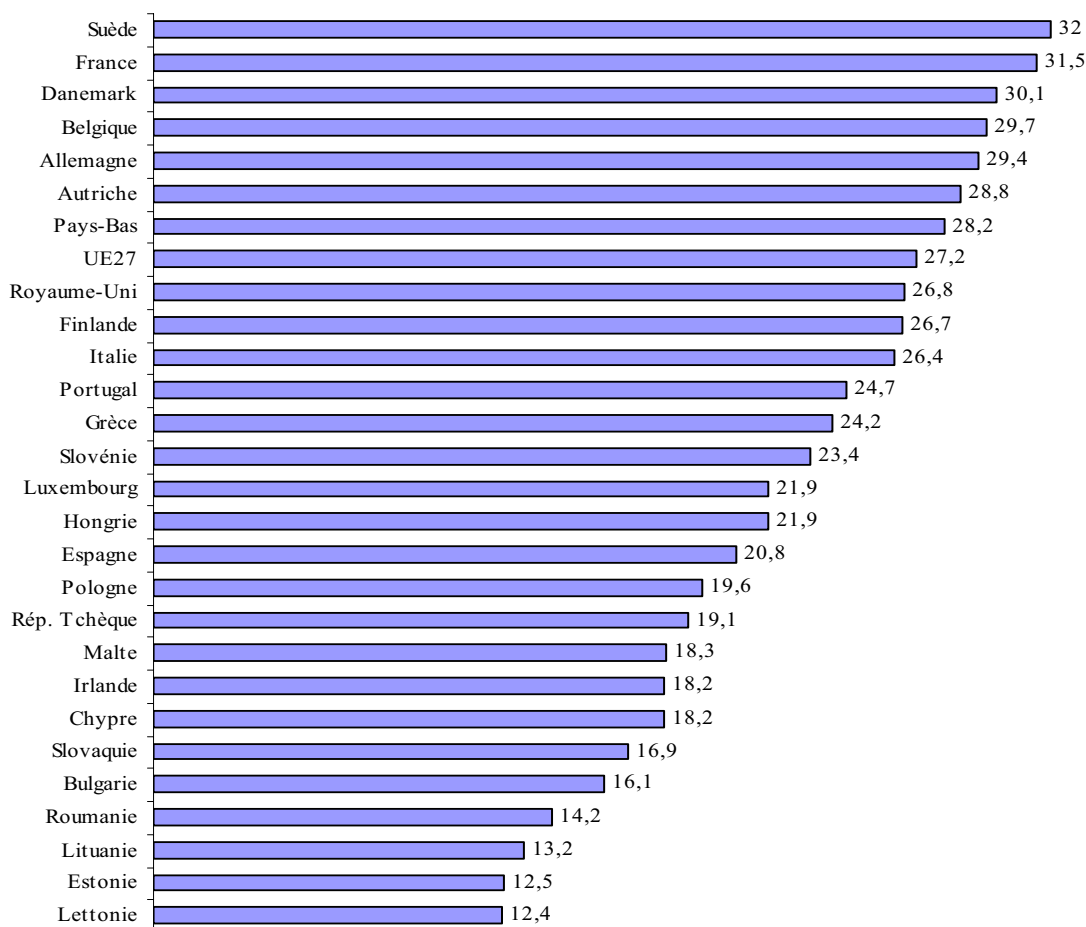
Or la déformation durable de la pyramide des âges aura des conséquences lourdes sur les finances publiques de notre pays qui consacrait déjà, en 2005, **31,5 % de son PIB aux dépenses de protection sociale**, plaçant ainsi la France au deuxième rang des pays de l'Union européenne,

derrière la Suède, selon les dernières comparaisons internationales disponibles (cf. graphique suivant).

Au sein des dépenses de protection sociale, celles dites de « vieillesse-survie »¹ représentaient, en 2007, près de 45 %, soit 13 % du PIB².

**Comparaison du niveau des dépenses de protection sociale
dans l'Union européenne en 2005**

(en % du PIB)



Source : DREES, « Les comptes de la protection sociale en 2007 », Etudes et résultats n° 667 – octobre 2008

¹ Ces prestations recouvrent les pensions de base, les pensions complémentaires, les dépenses liées à l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), le minimum vieillesse et les pensions de réversion.

² DREES, « Les prestations de protection sociale en 2007 », Etudes et résultats n° 665 – octobre 2008.

Si les **administrations de sécurité sociale** devraient être les plus affectées par le vieillissement de la population, **l'Etat** – en raison du versement des retraites des fonctionnaires – et **les collectivités territoriales** – qui financent près de 20 % des dépenses liées à la prise en charge de la dépendance – seront également **durablement touchés**.

b) Les évaluations réalisées ne pourraient être qu'un minimum

Comme l'a déjà souligné la mission commune d'information sur la prise en charge des personnes âgées et la création du cinquième risque¹, présidée par notre collègue, Philippe Marini, **le coût potentiel des dépenses liées au vieillissement de la population a fait l'objet de plusieurs études**. Celles-ci sont, soit globales – comme les évaluations de la commission européenne² ou de l'OCDE en 2006 –, soit centrées sur des thèmes spécifiques – les retraites s'agissant de l'analyse du conseil d'orientation des retraites (COR)³ ou les dépenses de santé pour le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)⁴. Le premier rapport du conseil d'orientation des finances publiques⁵, dont notre collègue député Gilles Carrez est rapporteur, propose une synthèse intéressante de ces travaux.

Le conseil d'orientation des finances publiques constate, tout d'abord, que **l'ensemble des projections menées par les instituts européens conclut, s'agissant de la France, à des dépenses supplémentaires liées au vieillissement de la population comprises entre trois et quatre points de richesse nationale**.

Il estime cependant, dans un second temps, qu'il pourrait ne s'agir que d'un minimum. « ***Dans le pire des scénarios, c'est même un surcoût supplémentaire de plus de sept points [de PIB] qui pourrait être constaté. De telles projections sont évidemment entourées d'une part d'incertitude importante, liées à la démographie, l'environnement macroéconomique et aux comportements. Mais au final, elles font consensus sur un point : le vieillissement de la population va engendrer des dépenses supplémentaires importantes, et il ne faut pas compter sur la diminution du chômage, ou la baisse des dépenses d'éducation, pour en absorber le coût. Par conséquent, ces projections montrent la nécessité d'agir au plus vite pour assurer la soutenabilité de nos finances publiques.*** »⁶

¹ Rapport d'information n° 447 (2007-2008).

² Report by the Economic Policy Committee and the European Commission on the impact of ageing populations on public spending – février 2006.

³ Troisième rapport du conseil d'orientation des retraites, « Retraites : perspectives 2020 et 2050 » – mars 2006.

⁴ Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie – juillet 2007.

⁵ Premier rapport du conseil d'orientation des finances publiques – février 2007.

⁶ Rapport précité du conseil d'orientation des finances publiques – février 2007.

2. L'allongement de l'espérance de vie pose trois défis majeurs à notre système de protection sociale

Si la France se situe dans la moyenne européenne – les travaux de la commission européenne précités évaluent en effet les dépenses supplémentaires liées au vieillissement de la population à 3,2 points de PIB pour la France contre 3,8 points de PIB pour la zone euro et 3,4 points de PIB pour l'Union européenne à 25 (*cf.* tableau suivant) – **les défis que notre système de protection sociale devra affronter sont de trois ordres** : le financement des retraites, l'augmentation dépenses d'assurance maladie et la montée en charge des dépenses liées à la dépendance.

Accroissement des dépenses publiques entre 2004 et 2050

(en %)

	Retraites	Santé	Dépendance	Chômage	Education	Total
France	+2,0	+1,8	+0,2	-0,3	-0,5	+ 3,2
Allemagne	+1,7	+1,2	+1,0	-0,4	-0,9	+2,7
Royaume-Uni	+2,0	+1,9	+0,8	0,0	-0,6	+4,0
Italie	+0,4	+1,3	+0,7	-0,1	-0,6	+1,7
Espagne	+7,1	+2,2	+0,2	-0,4	-0,6	+8,5
Pologne	-5,9	+1,4	+0,1	-0,4	-1,9	-6,7
Zone euro	+2,6	+1,5	+0,6	-0,3	-0,6	+3,8
Union européenne à 25	+2,2	+1,6	+0,7	-0,3	-0,6	+3,4

Note : Les travaux de la commission européenne s'appuient sur un scénario macroéconomique estimant qu'à l'horizon 2050, la croissance potentielle de l'Union européenne s'établira à un rythme annuel moyen de 1,4 %.

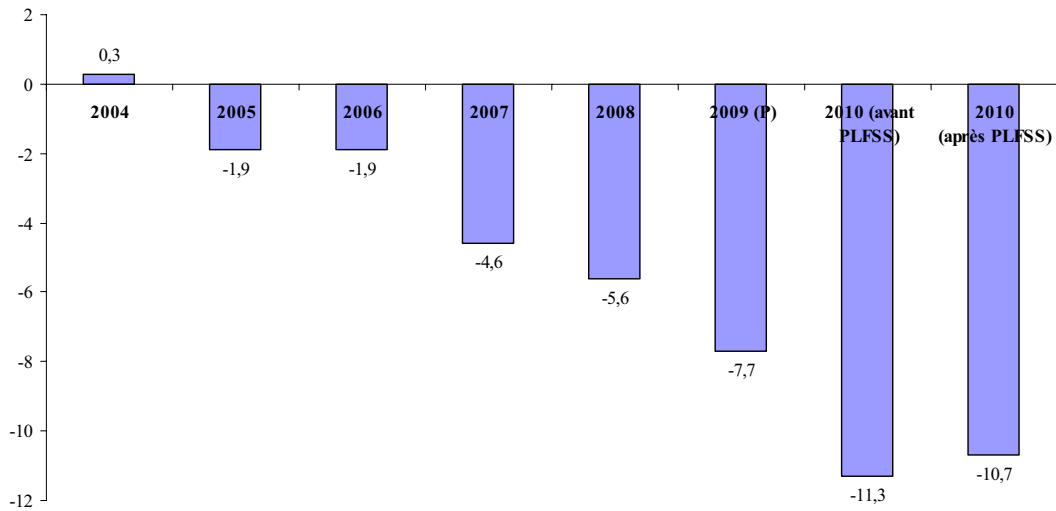
Source : *Report by the Economic Policy Committee and the European Commission on the impact of ageing populations on public spending – février 2006 –*, cité par le premier rapport du conseil d'orientation des finances publiques – février 2007

a) Le financement des retraites

Depuis 2004, le solde de la branche vieillesse du régime général s'est dégradé de façon continue, comme le montre le graphique qui suit, et devrait atteindre en 2010 – après les mesures prévues par le PLFSS pour 2010 – 10,7 milliards d'euros.

Evolution du solde de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)

(en milliards d'euros)



Source : d'après le dossier de presse du Gouvernement de présentation du PLFSS pour 2010 et les données de la commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

Auditionnée par votre rapporteur pour avis, Mme Danièle Karniewicz, présidente de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), a indiqué que, selon les dernières projections disponibles, hors mesures nouvelles (tant en recettes qu'en dépenses), **le déficit de la branche vieillesse pourrait atteindre 15 milliards d'euros en 2012, soit un déficit cumulé à cette date d'environ 50 milliards d'euros**, ce qui constitue une situation insoutenable.

Il convient de rappeler, à cet égard, que, lors de la réforme des retraites menée en 2003, **un redéploiement des prélèvements obligatoires au sein de la sphère sociale avait été imaginé**, une hausse des cotisations vieillesse devant être compensée par une baisse des cotisations chômage. Or **la crise économique actuelle rend ce scénario irréalisable**. Ne souhaitant pas accroître les prélèvements obligatoires, le Gouvernement a, en effet, décidé de reporter la hausse des cotisations vieillesse envisagée en 2009, soit une perte de recettes pour la CNAVTS de 1,8 milliard d'euros.

b) L'augmentation des dépenses de santé

Le deuxième défi lié au vieillissement de la population a trait à **l'accroissement des dépenses de santé**. Les personnes âgées ont en effet massivement recours aux produits et soins de santé, même si ce point doit être relativisé puisque, grâce au progrès médical, la prolongation de l'espérance de vie s'accompagne également d'un meilleur état de santé de la population.

La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ne dispose pas de données chiffrées par classes d'âge sur les dépenses de soins. Cependant, comme l'indiquait le directeur général de la

CNAMTS, lors de son audition devant la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque¹, **les dépenses de soins des personnes âgées peuvent être rapprochées des dépenses d'affections de longue durée (ALD)**, les personnes de plus de soixante-quinze ans relevant pour la plupart de ce régime (*cf.* encadré suivant).

Le régime des affections de longue durée (ALD)

Sont considérées comme affections de longue durée, **les maladies chroniques « comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse »** au sens de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. Ces affections, au nombre de trente, sont répertoriées au sein d'une liste établie par décret après avis de la Haute autorité de santé (HAS) (liste des « ALD 30 ») : tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladies cardiovasculaires, notamment.

La reconnaissance d'une ALD **ouvre droit à l'exonération du ticket modérateur**. En revanche, restent à la charge des assurés le forfait de 1 euro et le forfait journalier hospitalier. Les patients relevant du régime des ALD doivent, en outre, respecter les règles de parcours de soins.

L'obtention du régime d'ALD est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical.

Peuvent également bénéficier d'une prise en charge à 100 % les assurés atteints d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste des « ALD 30 » ou de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant, nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (ALD dites « ALD 31 » et « ALD 32 »).

Source : commission des finances d'après les données de la CNAMTS

Le directeur de la CNAMTS précisait ainsi qu'au sein **des dépenses de soins dédiées à la couverture des affections de longue durée** – qui atteignaient 56 milliards d'euros au total en 2007 –, celles liées à la prise en charge **des personnes de plus de soixante-quinze ans s'élevaient à 17 milliards d'euros et à 5 milliards d'euros pour les personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans**. La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer représentait, à elle seule, une dépense de 2,4 milliards d'euros pour l'assurance maladie du régime général.

Or les dépenses liées aux ALD constituent le principal facteur de progression des dépenses de santé. Ainsi, alors qu'**en 1992 la proportion des pathologies lourdes prises en charge au titre des ALD représentait 50 % des dépenses d'assurance maladie, elle est aujourd'hui supérieure à 60 % et devrait atteindre 70 % en 2015²**, et ce sous l'effet conjugué du développement des maladies chroniques, de l'amélioration de leur dépistage et du vieillissement de la population. Votre rapporteur pour avis rappelle en

¹ Audition du mercredi 6 février 2008.

² Audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur de la CNAMTS, devant la commission des affaires sociales du Sénat, le 1^{er} juillet 2009.

outre qu'en 2007, les patients bénéficiant du régime d'ALD ne représentaient que 14 % de l'ensemble des assurés du régime général¹.

La question du régime de prise en charge de ces pathologies, principale source de progression des dépenses à venir de l'assurance maladie, constitue ainsi un chantier de réforme qui ne pourra plus être éludé. Cette question, liée à celle du partage des interventions du régime obligatoire et des assureurs complémentaires, doit plus que jamais, compte tenu de la situation de nos finances publiques, faire l'objet d'une réflexion rapide et d'un réel débat public.

c) La prise en charge de la dépendance

Un dernier chantier de réforme nécessitera des choix forts, il concerne la **couverture du risque dépendance**, question qui a fait l'objet d'une analyse précise par la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque².

Le défi qui se pose aujourd'hui s'agissant de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est le suivant : **comment continuer à garantir à nos concitoyens une base solide de prestations financées par la solidarité nationale dans un contexte de croissance mécanique des dépenses liées au vieillissement et de relative rareté de la ressource publique ?**

L'effort public en faveur des personnes âgées dépendantes est en effet d'ores et déjà considérable – environ 20 milliards d'euros par an – et il n'est pas envisagé de le réduire. Cependant son taux de progression très rapide – entre + 5 % et + 10 % par an – oblige à concevoir des mécanismes qui permettent de continuer à garantir cette base solide de prestations financées par la solidarité nationale, tout en veillant à la maîtrise des dépenses et à la non-augmentation des prélèvements obligatoires.

Ceci emporte deux conséquences aux yeux de la mission : d'une part, parvenir à une prise en compte plus satisfaisante de la capacité contributive de chacun et, d'autre part, renvoyer vers des mécanismes de prises en charge assurantielles ceux qui le peuvent.

C'est pourquoi la mission propose de solliciter les patrimoines les plus élevés par **le libre choix offert à l'entrée en dépendance entre une allocation personnalisée d'autonomie (APA) à 50 % ou une mise en gage du patrimoine** du bénéficiaire dans des conditions encadrées (*cf.* encadré). Par ailleurs, elle propose de réfléchir à la mise en place d'**un financement mixte** du cinquième risque, c'est-à-dire faisant intervenir à la fois un financement socialisé et des produits d'assurance individuelle. Dans ce cadre, la clé de répartition entre couverture publique et couverture privée du risque aurait vocation à différer selon la capacité de financement du bénéficiaire et son degré de dépendance évalué médicalement.

¹ CNAMTS, *Points de repère n° 20 – novembre 2008.*

² *Rapport d'information n° 447 (2007-2008) précité.*

Le schéma proposé pour la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Le schéma proposé par la mission repose sur les principes suivants : **dès lors que le patrimoine de la personne excède un certain montant, le demandeur d'APA aurait le choix, au moment de son entrée en dépendance, entre opter pour une allocation à taux plein ou une allocation diminuée de moitié.**

Dans le premier cas, le département pourrait effectuer une prise de gage anticipée sur le patrimoine du bénéficiaire pour la fraction de l'actif excédant un certain montant. La prise de gage serait elle-même partielle et ne concernerait qu'une faible part de la succession à venir. Si le bénéficiaire acceptait d'emblée une Apa diminuée de moitié, aucune mesure conservatoire ne serait prise.

Ce mécanisme serait encadré :

- **la situation des personnes disposant d'un patrimoine inférieur à un certain seuil serait inchangée** : elles continueraient de bénéficier d'une APA à taux plein sans avoir à mettre leur patrimoine à contribution ;

- des dispositions devront être élaborées pour **empêcher que le bénéficiaire n'organise son insolvabilité** ;

- en cas de situation de dépendance conjointe des époux ou des membres pacsés du couple, la mission estime que **le patrimoine ne devrait être gagé qu'une seule fois, dans la limite du plafond du gage** ;

- cette mesure ne serait pas rétroactive et ne s'appliquerait qu'aux nouveaux bénéficiaires.

Ce mécanisme présente plusieurs avantages : **il ne s'apparente pas à la récupération sur succession** dès lors qu'il résulte d'un choix clair et *ex ante* du bénéficiaire ; **il ne remet pas en cause le caractère universel de l'APA** ; il constitue **une incitation, sur le long terme, à la souscription de produits d'épargne ou de prévoyance** en matière de dépendance, ce qui est particulièrement important dans une logique économique sur longue période.

Source : mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque – rapport d'information n° 447 (2007-2008)

L'ensemble de ces questions devront faire l'objet d'un débat approfondi à l'occasion de l'examen du projet de loi sur la prise en charge de la dépendance qui pourrait être déposé prochainement au Parlement.

III. PRÉPARER « L'APRÈS-CRISE » EN ENGAGEANT UNE RÉFLEXION SUR LE MODE DE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

La reprise partielle de dette en 2010 que votre rapporteur pour avis vous propose n'est cependant qu'une partie de la réponse posée par la question de la dette :

- d'une part, il conviendra de poursuivre son retraitement dans le cadre des prochains PLFSS (*cf. supra*) ;

- d'autre part, il sera impératif de prendre les décisions permettant d'enrayer la dynamique structurelle de la dette. Le préalable nécessaire à toute réflexion en la matière consiste à affirmer le modèle de sécurité sociale que nous souhaitons : le système de 1945 doit sans aucun doute évoluer, mais dans quelle mesure ?

A. RÉFLÉCHIR À UN NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT QUI ASSURE LA COMPÉTITIVITÉ DE NOTRE PAYS ET L'ÉQUITÉ

1. Recentrer progressivement les allègements généraux de cotisations sociales

S'agissant des recettes, la sécurisation de ces dernières représente un enjeu majeur qui doit être concilié avec les impératifs de compétitivité économique de notre pays, mais aussi d'équité. Celle-ci conditionne, en effet, en partie l'acceptabilité du système.

La crise a mis en évidence les limites d'un système majoritairement assis sur les revenus d'activité qui, par définition, sont extrêmement sensibles à la conjoncture. La place des revenus d'activité dans le financement de la sécurité sociale soulève aujourd'hui deux débats:

- d'une part, la problématique des allègements généraux de charges dont l'impact économique est difficile à cerner ;

- d'autre part, la question de l'universalisation de l'assiette des prélèvements sociaux, qui permettraient de rendre plus équitables ces derniers et de mobiliser davantage de revenus non fondés sur le travail.

a) Le poids des allègements généraux de cotisations sociales sur le financement de la sécurité sociale

Les principales mesures d'exonérations en faveur de l'emploi devraient s'élever à **29,8 milliards d'euros en 2010 contre 30,8 milliards d'euros en 2009** et 31 milliards d'euros en 2008, soit une diminution de 4 % entre 2008 et 2010.

Cette évolution **traduit la dégradation du contexte économique** et notamment : la baisse de l'emploi dans les secteurs employant une proportion

élevée de travailleurs à bas salaires ainsi que la réduction du nombre d'heures supplémentaires effectuées.

Ces mesures prises dans le cadre de la politique de l'emploi recouvrent essentiellement deux dispositifs :

- d'une part, **les mesures à vocation générale** qui comprennent, à hauteur de **21,4 milliards d'euros en 2009**, les allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires et à hauteur de 2,8 milliards d'euros les dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la loi sur le travail, l'emploi et le pouvoir d'achat (TEPA). Entre 2006 et 2010, le montant des mesures à vocation générale a augmenté de 28,8 %, les allègements généraux connaissant une progression de 14,1 % sur la même période.

- d'autre part, **les mesures ciblées**, pour un montant de **6,1 milliards d'euros** en 2009, qui **peuvent être compensées par le budget de l'Etat (56 % d'entre elles) ou ne pas l'être (44 %)**. La proportion de mesures d'exonérations non compensées augmenterait sensiblement entre 2008 et 2010 (+ 7,5 %) compte tenu de l'augmentation des dispositifs non compensés en faveur de l'emploi à domicile. Le montant de mesures ciblées compensées à partir du budget de l'Etat représenterait en 2009, **selon l'article 20 du PLFSS**, 3,5 milliards d'euros. Le détail de ces exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou de contributions de sécurité sociale est présenté dans le tableau suivant :

Montant des principales mesures d'exonération ciblées entre 2006 et 2010

(en millions d'euros courants, champ régime général)

	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%	2010 (p)	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés									
Mesures compensées	1 418	1 560	10,0	1 489	-4,5	1 272	-14,6	1 108	-12,9
Apprentissage	764	827	8,3	884	6,9	942	6,6	856	-9,2
Contrats de professionnalisation et contrat de qualification	429	513	19,7	401	-21,9	137	--	62	--
Contrats initiative emploi	60	46	-23,3	30	-34,8	20	-31,2	15	-25,9
Paniers repas des salariés des hôtels cafés restaurants	144	157	9,2	161	2,4	158	-2,1	160	1,6
Autres allègements	22	18	-20,6	14	-23,3	14	5,6	14	-2,7
Mesures non compensées	971	1 112	14,5	916	-17,6	918	0,2	949	3,4
CES et CEC	175	55	--	8	--	1	--	0	--
Contrats d'accompagnement dans l'emploi	527	628	19,3	413	-34,3	389	-5,7	162	--
Contrats d'avenir	152	310	++	291	-6,3	267	-8,4	153	-42,7
Contrat unique d'insertion	0	0	--	0	--	0	--	354	++
Contrat de reclassement et de transition professionnelle	36	36	--	39	7,6	97	++	119	23,0
Associations intermédiaires	76	79	3,3	79	0,1	77	-1,9	77	-0,5
Exonération des cotisations des stagiaires	0	0	--	82	++	82	--	80	-2,9
Autres allègements	7	4	-36,3	5	19,0	4	-10,1	4	-19,7
Ensemble	2 390	2 673	11,8	2 405	-10,0	2 190	-9,0	2 056	-6,1
Allègements en faveur de certaines zones géographiques									
Mesures compensées	1 358	1 817	33,8	1 720	-5,3	1 481	-13,9	1 440	-2,8
Loi de programme pour l'outre-mer	889	1 026	15,4	986	-3,9	984	-0,2	1 030	4,7
Salariés en Zones Franches Urbaines	286	333	16,5	323	-3,1	247	-23,4	195	-21,1
Créations d'emploi en ZRR	153	430	++	384	-10,8	223	-42,0	190	-14,7
Créations d'emploi en ZRU	8	8	1,3	6	-26,0	4	-25,7	3	-25,9
Autres allègements	22	20	-11,3	22	9,6	23	5,6	21	-7,3
Mesures non compensées	1	1	--	1	--	1	--	1	--
Salariés en Zones Franches Urbaines	1	1	--	1	--	1	--	1	--
Ensemble	1 359	1 818	33,8	1 721	-5,3	1 482	-13,9	1 440	-2,8
Allègement en faveur de l'emploi à domicile									
Mesures compensées	197	401	++	448	11,6	506	12,9	538	6,3
Abattement de 15 points pour les EPM	153	229	50,1	255	11,4	277	8,4	301	8,6
Extension du champ des activités exonérées	44	172	++	193	11,9	229	18,9	237	3,4
Mesures non compensées	1 419	1 519	7,0	1 500	-1,3	1 563	4,2	1 648	5,5
Emplois familiaux	882	908	3,0	836	-7,8	846	1,2	874	3,3
Aide à domicile	519	571	10,2	587	2,8	632	7,7	685	8,3
CESU: exonération abondement entreprise	19	40	++	76	++	84	10,4	89	5,8
Ensemble	1 616	1 920	18,9	1 948	1,4	2 069	6,2	2 185	5,7
Autres exonérations									
Mesures compensées	203	219	7,9	256	17,0	293	14,2	317	8,2
Detenus et rapatriés	69	71	2,2	71	--	77	8,5	80	4,0
Jeunes entreprises innovantes	96	107	11,0	116	8,3	129	11,3	120	-7,0
Droits à l'image des sportifs	35	26	-27,5	33	28,4	37	11,4	31	-15,2
Micro-entreprises	0	0	--	6	++	21	++	51	++
Indemnités versées dans le cadre d'un accord de GPEC	0	2	--	2	--	2	--	2	--
Autres allègements	2	14	++	29	++	27	-8,3	33	22,3
Mesures non compensées	15	47	++	85	++	89	4,2	93	4,7
Exonérations pour les arbitres et les juges sportifs	0	30	++	33	11,3	34	2,0	34	2,0
Exonération de cotisations pour l'attribution gratuite d'actions	0	0	--	36	++	40	9,6	42	5,0
ACCRE	15	18	20,5	16	-8,9	16	-3,5	17	9,9
Ensemble	218	266	22,4	342	28,2	381	11,7	410	7,4
Total des exonérations ciblées	5 582	6 677	19,6	6 416	-3,9	6 122	-4,6	6 092	-0,5
dont mesures compensées	3 176	3 997	25,9	3 914	-2,1	3 552	-9,2	3 401	-4,2
dont mesures non compensées	2 406	2 680	11,4	2 502	-6,6	2 570	2,7	2 690	4,7

Sources: ACOSS, données en droits constatés issues de la base RACINE (pour les mesures compensées) et ORME (pour les mesures non compensées), y compris produits à recevoir (PAR). Prévisions Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique.

b) L'efficacité de la politique de l'emploi remise en question

Le Conseil des prélèvements obligatoires (CPO) a été saisi, en application de l'article L. 351-3 du code des juridictions financières, d'une demande d'étude formulée par le Président de la commission des finances du Sénat, par lettre en date du 7 juillet 2008, sur « Les prélèvements obligatoires des entreprises dans une économie globalisée ». Le rapport présenté devant votre commission en octobre 2009 inclut des développements sur les effets de la politique d'allègements généraux.

Le rapport souligne en premier lieu **l'évolution des allègements généraux** qui, **d'abord offensifs**, auraient permis en 1997 la création cumulée de 300.000 emplois selon les estimations moyennes. Cette politique est **devenue ensuite « défensive »** afin de compenser la hausse du coût du travail au niveau du SMIC. Elle a prioritairement concerné les secteurs abrités, comprenant des emplois peu qualifiés, conduisant à mettre en place une progressivité des cotisations sociales croissante avec le revenu des salaires

Le rapport précise ainsi qu'il importe de **choisir entre une politique fiscale orientée vers la compétitivité des entreprises et une politique de soutien à l'emploi**, d'une part, parce que la situation des finances publiques ne permet plus de poursuivre les deux objectifs simultanément et, d'autre part, parce que les mesures à mettre en œuvre peuvent parfois s'avérer contradictoires. Ainsi, **les allègements de cotisations sociales sur les bas salaires sont un instrument efficace de politique de l'emploi, là où une politique de compétitivité commanderait d'alléger le coût du travail qualifié.**

Dans ces conditions, il pourrait être tentant de fortement réduire, voire de supprimer, ces exonérations, qui élargiraient à nouveau l'assiette de la sécurité sociale. **Cette piste soulève cependant de réelles contradictions.**

La fonction des exonérations de charges sur les bas salaires n'est pas d'améliorer la compétitivité de l'économie française, **mais de créer des emplois, en réduisant le coût du travail peu qualifié.** Si l'objectif est bien de créer des emplois, il est normal que ces exonérations concernent essentiellement des secteurs protégés de la concurrence internationale.

Si le taux de chômage est pourtant élevé en France, c'est parce que, parallèlement aux réductions de cotisations sociales, dans un premier temps les Gouvernements successifs ont mené une politique de « coups de pouce » au SMIC, et qu'ensuite le renforcement des exonérations de cotisations sociales, dans le cadre du passage aux 35 heures, a eu pour objet de limiter l'impact sur l'emploi de l'augmentation du SMIC horaire résultant de la réduction de la durée du travail.

Il est vrai qu'une politique massive de réduction du coût du travail peu qualifié est *a priori* contraire à une politique de compétitivité de l'économie française. Cependant, **cet enjeu ne doit pas être confondu avec celui de la politique de l'emploi. Contrairement à ce qui est souvent**

affirmé, le chômage en France ne résulte pas essentiellement de la concurrence des pays à bas salaire. L'économie française est très majoritairement une économie de services. L'intérêt d'avoir une économie compétitive est que cela permet une croissance plus élevée, ce qui ne crée pas nécessairement davantage d'emplois parce qu'elle résulte d'une croissance de la productivité apparente du travail plus élevée, et que la spécialisation dans des secteurs technologiques nuit à l'emploi peu qualifié.

Par ailleurs, si la réduction du coût du travail est à ce jour le principal instrument de la politique de l'emploi qui a prouvé son efficacité dans les pays développés, **il n'est pas évident que le fait d'alourdir le coût du travail peu qualifié soit le meilleur moyen d'améliorer la compétitivité de l'économie française.** D'autres outils, fiscaux – comme le crédit impôt-recherche – ou non fiscaux – comme la réforme de l'université – peuvent sembler mieux adaptés, sans avoir le lourd coût social d'une augmentation massive du chômage.

Dans ces conditions, **les économies à attendre d'une réduction des exonérations de cotisations sociales patronales sont nécessairement limitées.**

Tout d'abord, on voit mal comment un Gouvernement pourrait décider, au nom de la réduction des déficits publics, d'une politique qui aurait pour effet d'entraîner une forte augmentation du taux de chômage. Selon le consensus des conjoncturistes¹, le taux de chômage sera en France de 9,4 % fin 2009 et 10,3 % en 2010. Par ailleurs, comme il faut habituellement une croissance de l'ordre de 2 % pour que le taux de chômage soit stable, il est vraisemblable qu'à moyen terme le taux de chômage demeure élevé. Le contexte est donc particulièrement peu propice.

On ne pourrait donc en pratique envisager que des **ajustements à la marge**, qui ne permettraient d'économiser qu'une faible partie des 25 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales patronales.

Par ailleurs, pour prendre un cas d'école, **la suppression totale des 25 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales patronales n'améliorerait pas la situation des finances publiques de 25 milliards d'euros, mais de seulement la moitié de cette somme environ.** En effet, il faudrait indemniser les nouveaux chômeurs. Pour fixer un ordre de grandeur, une règle de proportionnalité suggère que si, en 2008, l'UNEDIC a dû dépenser 30 milliards d'euros avec un taux de chômage de 7,5 %, l'augmentation de 3 points du taux de chômage résultant de la suppression des exonérations de cotisations sociales patronales entraînerait un accroissement de ces indemnisations d'environ 12 milliards d'euros.

Il serait donc préférable de se borner à réduire chaque année le coût global des exonérations de 2 milliards d'euros, pendant 3 ans, en ajustant à due concurrence leur champ d'application.

¹ *Consensus Forecasts, septembre 2009.*

c) Annualiser le calcul des allègements généraux de cotisations sociales

En attendant une étude plus large sur l'appréciation de l'impact des allègements généraux, **votre rapporteur pour avis a noté avec un grand intérêt la proposition du Conseil des prélèvements obligatoires concernant l'annualisation du calcul des allègements généraux.** En effet, actuellement, les allègements généraux sont calculés chaque mois sur la base de la rémunération mensuelle : cette organisation permet une optimisation importante du dispositif puisque l'employeur peut renoncer à augmenter le salaire moyen de base afin de bénéficier du taux maximal d'allègements et en contrepartie verser un 12^e ou 13^e mois. **Selon le Conseil, un meilleur lissage du calcul et par conséquent un meilleur contrôle du dispositif permettrait des gains de l'ordre de 2 à 3 milliards d'euros. Votre rapporteur pour avis vous propose un amendement en ce sens.**

2. Accélérer l'universalisation de l'assiette des prélèvements sociaux

Votre rapporteur pour avis estime primordiale la réduction des niches sociales : en effet, cette politique permet à la fois de **concilier un objectif d'équité** du prélèvement social, un **objectif de rendement** et un **objectif de diversification** des sources de financement de la sécurité sociale en mettant à contribution des revenus non nécessairement fondés sur le travail.

L'universalisation de l'assiette des prélèvements sociaux passe par une application homogène des règles suivantes énoncées dans l'annexe 5 du PLFSS :

- un assujettissement des sommes versées aux actifs en lien avec une activité professionnelle aux cotisations à la CSG ainsi qu'à la CRDS ;
- un assujettissement des revenus de remplacement ayant cessé toute activité professionnelle uniquement à la CSG et CRDS ;
- un assujettissement des revenus du capital à la CSG, CRDS et aux prélèvements complémentaires qui y sont associés ;
- un assujettissement des ventes de produit dont la consommation excessive est néfaste pour la santé publique ;
- un assujettissement des allocations familiales et logement à la CRDS uniquement, pas de prélèvement sur les minimas sociaux.

Si votre rapporteur pour avis se félicite des quelques mesures présentes régulièrement dans les projets de loi de financement, il lui semble que la crédibilité de cet exercice serait renforcée si un réexamen global était réalisé. Non seulement, cela permettrait de s'assurer de la cohérence des décisions prises, mais cela permettrait également d'éviter la

stigmatisation de certaines catégories de contribuables. Cela garantirait également un rendement financier plus important car globalisé.

3. La question des restes à charge et de l'accès aux soins

Réfléchir à un nouveau mode de financement de la sécurité sociale doit également nous conduire à nous interroger sur **la question des restes à charge des assurés**. Le débat sur des modifications structurelles de notre système de prise en charge a déjà été abordé, notamment au moment de la présentation du « bouclier sanitaire », mais n'a pas été poursuivi. Or, l'impact que les restes à charge, notamment hospitaliers, peuvent entraîner sur l'accès aux soins doit nous amener à reposer le débat.

a) Une diminution des taux de prise en charge

La France se caractérise encore aujourd'hui par **un taux de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale élevé**. Ainsi, dans son rapport sur les charges et les produits de l'assurance maladie pour 2010, ce taux s'élève en 2007 à 66,5 % des dépenses de soins ambulatoires et de produits de santé, et à 92,4 % des dépenses de soins hospitaliers.

Dans son rapport de septembre 2009, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) indiquait néanmoins que le taux de prise en charge par les administrations publiques – régime de base, Etat, fonds CMU, collectivités territoriales – avaient connu sur la période 2004-2008 **un recul** de l'ordre d'un point et demi, passant de 78,5 % à 76,9 %.

Cette diminution tient à plusieurs éléments, en premier lieu, **l'accroissement de la participation financière des assurés**. Depuis 2004, diverses mesures ont en effet été prises tendant à augmenter la participation des assurés : l'augmentation du ticket modérateur, l'augmentation du forfait journalier hospitalier et la mise en place de participations forfaitaires (le forfait à un euro pour chaque consultation, la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes techniques en établissement de santé et les franchises sur les boîtes de médicaments (0,50 euros), les actes infirmiers (0,50 euros) et les transports sanitaires (2 euros)).

A cela s'ajoute également **la croissance des dépenses n'entrant pas dans le champ de la dépense remboursable** : les déclassements de médicaments, les dépassements d'honoraires ou la croissance des dépenses non présentées au remboursement.

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

b) Des difficultés qui commencent à se poser en termes d'accès au soin

Des mesures ont, certes, été prises tendant à cantonner ces risques liés à la croissance des restes à charge. L'instauration de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou encore le plafonnement des franchises participent de ce mouvement.

Néanmoins, dans son rapport de septembre 2009, le HCAAM indiquait que « *les restes à charge, notamment hospitaliers, peuvent peser lourdement sur le budget de certains ménages, voire entraver l'accès aux soins lorsque que l'effort financier à fournir est trop important par rapport au revenu* ». Cela s'expliquerait par les défauts du système de prise en charge des dépenses hospitalières : l'application d'un ticket modérateur de 20 % pour les séjours inférieurs à 30 jours et la limitation de la prise en charge du forfait hospitalier par les organismes complémentaires.

c) Vers un mode de prise en charge plus solidaire

C'est pourquoi, pour votre rapporteur pour avis, il est nécessaire de réfléchir à un mode de prise en charge plus solidaire.

Le débat a été amorcé au moment de la présentation des conclusions de la mission présidée par MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard sur le bouclier sanitaire. Le principe du **bouclier sanitaire** consiste en effet à plafonner le reste à charge des dépenses remboursables des assurés en fonction des revenus et à garantir le remboursement intégral par l'assurance maladie au-delà de ce seuil.

Votre rapporteur pour avis avait également abordé cette question lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 instaurant les franchises, en proposant de moduler leur plafond en fonction des revenus des assurés.

Une telle solution **ne reviendrait pas sur le « pacte de 1945 »** sur lequel notre régime de protection sociale est fondé. Au contraire, le principe d'une participation de chacun en fonction de ses moyens était un élément majeur des réflexions des fondateurs de notre système de santé.

B. INTENSIFIER LES EFFORTS DE MAÎTRISE DES DÉPENSES EN MATIÈRE D'ASSURANCE MALADIE ET RÉUSSIR LE RENDEZ-VOUS SUR LES RETRAITES DE 2010

S'agissant des dépenses, il convient également de ne pas relâcher les efforts de maîtrise entrepris ces dernières années. Les marges d'efficience sont encore importantes dans le secteur des soins de ville et à l'hôpital. Des décisions importantes doivent également être prises rapidement, s'agissant du mode de financement des retraites.

1. Les marges de progression en matière de maîtrise des dépenses d'assurance maladie

Entre 2004 et 2008, l'assurance maladie a vu son déficit passer de 11,6 milliards d'euros à 4,4 milliards en 2008. Or **la crise a complètement remis en cause les efforts passés et le redressement amorcé.**

Comme l'indiquait M. Frédéric Van Rookeghem, directeur de la caisse nationale d'assurance maladie, à votre rapporteur pour avis, les gisements d'économies sont encore nombreux. **Le défi essentiel est aujourd'hui de ramener le taux de croissance spontanée des dépenses de santé en dessous du taux de progression de la richesse nationale.**

a) Le secteur des soins de ville

Selon le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie, des économies sont encore à rechercher dans plusieurs domaines :

- **les services de soins de suite et de réadaptation** qui représentent environ 100 000 lits et places très inégalement répartis et donnant à lieu à des variations de coûts de plus de 50 % ;

- **le développement de la prise en charge à domicile, notamment en matière de dialyse rénale.** Des économies de près de 100 millions d'euros sont attendues dans ce secteur ;

- **les dépenses de médicaments** : la France est toujours parmi les plus gros consommateurs de médicaments en dépit d'actions structurées et complémentaires menées pour en maîtriser l'évolution (maîtrise médicalisée, baisse de prix, développement des génériques) ;

- **les disparités constatées dans de très nombreux domaines qui ne peuvent pas toujours s'expliquer** (soins de masso-kinésithérapie, transports sanitaires, arrêts de maladie). Le développement de référentiels médicaux devrait permettre une meilleure égalité de traitement tout en garantissant un meilleur ajustement de la prise en charge des soins.

b) Le secteur hospitalier

S'agissant de l'hôpital, force est de constater que des réformes importantes ont été entreprises qu'il s'agisse de la tarification à l'activité (T2A), du « plan hôpital 2007 » ou, plus récemment de la loi « hôpital, patients, santé et territoire ».

Cependant, leur mise en œuvre se heurte à de nombreuses difficultés. **La Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2009, dresse ainsi un bilan assez sévère des dernières réformes hospitalières.**

Aussi indique-t-elle, s'agissant de **la T2A** : « *A ce stade, deux constats peuvent être faits : la T2A est devenue un dispositif opaque pour les gestionnaires et la définition et le suivi des recettes des établissements sont insuffisants. Cela conduit à s'interroger sur les modalités d'évolution de la*

T2A pour que celle-ci apporte une contribution accrue à une meilleure gestion hospitalière. »

Quant au **plan « Hôpital 2007 »**, la Cour déplore que le lancement rapide du plan et la poursuite d'objectifs multiples aient conduit à retenir un trop grand nombre de projets, dont la viabilité économique n'était pas toujours assurée. Elle relève en outre des défaillances du pilotage national qui n'ont pas permis de maîtriser les dépenses engagées dans ce cadre. Enfin, le bilan de ce plan s'avère difficile à établir en raison notamment de l'absence d'indicateurs et du manque de fiabilité des outils de suivi mis en place.

Certes, la loi « HPST » et notamment la mise en place des agences régionales de santé (ARS) devraient améliorer la gestion des établissements de santé. Cependant, les économies à attendre de ces mesures restent largement indéterminées.

En tout état de cause, **votre rapporteur pour avis déplore une des mesures du présent projet de loi de financement relatives à l'hôpital qui tend à reporter à 2018 l'achèvement du processus de convergence tarifaire entre les secteurs public et privé.** Une telle mesure risque de donner un coup d'arrêt à une autre réforme centrale du secteur hospitalier.

2. Les enjeux liés à la réforme des retraites

Du côté de la branche vieillesse, le « rendez-vous » sur les retraites prévu en 2010 devra aussi être l'occasion de réexaminer le cadrage financier de long terme des régimes de retraite ainsi que les possibilités de maîtrise des dépenses.

Devant la commission des comptes de la sécurité sociale, M. Xavier Darcos, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, n'a exclu aucune option, indiquant : *« nous aurons en 2010 un grand rendez-vous sur les retraites pour débattre d'un grand nombre de thèmes : la durée de cotisation, l'âge de la retraite ou la pénibilité. Nous bénéficierons également de l'éclairage du COR [Conseil d'orientation sur les retraites] sur la question plus structurelle du mode de calcul des droits, qui doit, elle aussi, être abordée sans tabou afin que toutes les options soient clairement posées sur la table »*¹.

Votre rapporteur pour avis partage cette ambition et appelle de ses vœux la remise à plat du système afin que des solutions et des consensus puissent être définis en particulier sur les modalités de garantie de la pérennité financière du système, ainsi que sur son architecture, qui reste quelque peu incompréhensible aux yeux de bon nombre de nos concitoyens.

¹ Intervention de M. Xavier Darcos, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, devant la commission des comptes de la sécurité sociale – 1^{er} octobre 2009.

CHAPITRE II :

LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES ET AUX DÉPENSES DES DIFFÉRENTES BRANCHES

I. LES MESURES RELATIVES AUX RECETTES

A. LES MESURES D'AJUSTEMENT

Le présent projet de loi de financement propose, comme chaque année s'agissant de la fiscalité du médicament, et comme le précédent PLFSS en ce qui concerne les organismes complémentaires, des mesures d'ajustement et des contributions exceptionnelles.

Si votre rapporteur pour avis a bien noté le souhait du Gouvernement de trouver de nouvelles recettes tout en veillant à en faire peser l'effort sur l'ensemble des acteurs du système de protection sociale, il tient néanmoins à souligner que **ces mesures – qui peuvent paraître anodines – n'en soulèvent pas moins des questions de fond** : d'une part, celle du partage des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance complémentaire et, d'autre part, celle de la finalité attendue de l'utilisation de l'outil fiscal dans le secteur du médicament.

1. La contribution exceptionnelle des organismes complémentaires (article 10)

a) Cette contribution répond aux mêmes modalités techniques que la contribution des organismes complémentaires au fond « CMU »

L'**article 10** du présent projet de loi de financement propose d'instaurer une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires *« dans le cadre de leur participation nationale contre la pandémie grippale »*.

Cette nouvelle contribution reprend, tant en ce qui concerne les redevables, l'assiette et les modalités de recouvrement, les **mêmes règles que celles applicables à la contribution versée par les organismes complémentaires au « fonds CMU »** – en application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Seront ainsi assujetties à cette nouvelle contribution : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance, au titre de leur activité réalisée en France (premier alinéa de l'article 10).

Cette contribution donnera lieu à des versements trimestriels et sera assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises (ou, à défaut d'émission, recouvrées) au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, afférentes à la protection complémentaire

en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances (deuxième alinéa de l'article 10).

Elle sera « *recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution* » des organismes complémentaires au « fonds CMU ». Elle devra donc, selon les données recueillies par votre rapporteur pour avis auprès de l'ACOSS, être versée trimestriellement, au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil au titre des cotisations et primes émises, ou à défaut d'émission, recouvrées au cours du trimestre civil précédent, à l'URSSAF du chef lieu de région ou à la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) dans le ressort de laquelle se trouve le siège social du redevable.

Son taux est fixé à **0,94 %**. Son produit sera versé à la CNAMTS qui en répartira le montant entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie suivant la clé de répartition habituelle prévue à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale (3^e alinéa de l'article 10).

Le rendement attendu de cette mesure est évalué, par l'annexe relative aux évaluations préalables des articles du présent projet de loi de financement, à **300 millions d'euros**, soit 255 millions d'euros pour le seul régime général.

b) Le dispositif proposé ne correspond pas techniquement aux objectifs affichés

Votre rapporteur pour avis tient, tout d'abord, à lever certaines ambiguïtés que pourraient laisser subsister l'exposé des motifs de l'article 10 ou l'étude d'impact relative à cet article.

(1) Un « geste » qui n'allait pas de soi

En premier lieu, ces documents indiquent que « *compte tenu du caractère exceptionnel de la situation de pandémie grippale, les membres de l'Union nationale des organismes complémentaires (UNOCAM) ont décidé d'apporter leur concours à l'effort de solidarité nationale* ».

Outre qu'il semble, aux termes des auditions menées par votre rapporteur pour avis, que ce « geste » des organismes complémentaires ait été en réalité fortement sollicité, votre rapporteur pour avis tient surtout à souligner que cette participation n'allait pas forcément de soi. En effet, comme il l'a rappelé à de nombreuses reprises, notamment à l'occasion de sa récente mission de contrôle sur l'EPRUS¹, **l'acquisition de vaccins relève pleinement des missions régaliennes de l'Etat et devrait en toute rigueur être prise en charge par celui-ci**, lui seul ayant d'ailleurs pris la décision de procéder à ces achats.

¹ Rapport d'information n° 388 (2008-2009).

(2) Une « cote mal taillée » ?

En second lieu, les documents précités précisent que cette contribution vise à **compenser la non-prise en charge, par les organismes complémentaires, du ticket modérateur habituellement pratiqué en cas de vaccination**. En effet, le caractère collectif de la campagne de vaccination ne permet pas de suivre la procédure ordinaire de facturation et de remboursement des prestations de soins, ce qui impliquerait une charge de gestion trop lourde pour les centres de vaccination.

De fait, le produit de la contribution (300 millions d'euros) correspond approximativement au ticket modérateur (35 %), habituellement supporté par les organismes complémentaires, rapporté au coût total de l'acquisition des 94 millions de vaccins (807 millions d'euros).

Pour votre rapporteur pour avis, cette justification mérite néanmoins d'être affinée :

- tout d'abord, le dispositif, tel qu'il est conçu, **s'applique uniformément et forfaitairement à l'ensemble des organismes complémentaires**, quelle que soit la part de leurs assurés qui seront effectivement vaccinés et la part de leurs assurés qui bénéficient ordinairement d'une exonération de ticket modérateur en cas de vaccination (personnes âgées de plus de 65 ans, patients de tout âge atteints de certaines pathologies) ;

- ensuite, le calcul de cette contribution repose sur deux postulats : **l'utilisation de l'ensemble des 94 millions de doses de vaccins et le principe selon lequel toutes les personnes vaccinées ont souscrit à une complémentaire santé**. Or, d'une part, seuls 92 % des assurés sont aujourd'hui couverts par une complémentaire santé et, d'autre part, l'ensemble du stock de vaccins pourrait ne pas être utilisé – la ministre de la santé et des sports a confirmé devant l'Assemblée nationale que 10 millions de doses de vaccins seront mis à la disposition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les pays en voie de développement et que plusieurs millions de doses seront également inutilisables en raison du conditionnement multidoses du vaccin ;

- enfin, la contribution des organismes complémentaires n'a été **paramétrée qu'en fonction du ticket modérateur habituellement supporté par les organismes complémentaires au titre des vaccins**. Or ceux-ci supportent également, dans le cadre d'une vaccination ordinaire, le ticket modérateur pratiqué sur l'acte de vaccination.

Il est enfin à noter que, contrairement à ce que pourrait laisser penser l'exposé des motifs de l'article 10, **la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires n'est pas, aux termes de cet article, affectée à l'achat des vaccins** qui ne sont pas financés directement par l'assurance maladie, mais par l'intermédiaire de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) qui reçoit une dotation de l'Etat et de l'assurance maladie.

Devant l'Assemblée nationale, a été évoquée la possibilité d'affecter cette contribution à l'EPRUS. Votre rapporteur pour avis s'interroge sur une telle initiative qui aurait pour conséquence de réduire la dotation de l'assurance maladie mais, également mécaniquement celle versée par l'Etat. Or, pour votre rapporteur pour avis, **ces dépenses relèvent du domaine régalién de l'Etat qui doit en supporter la prise en charge.**

c) Cette contribution repose la question du partage des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance complémentaire

Surtout, votre rapporteur pour avis tient à souligner que cette participation, certes exceptionnelle, intervient un an après la majoration à hauteur d'un milliard d'euros de la contribution des complémentaires santé au « fond CMU ». **Cette mesure n'est donc pas neutre et soulève des interrogations quant aux conséquences de ce nouveau transfert sur les cotisations demandées aux adhérents et, plus largement, sur l'évolution même de notre système de protection sociale.**

(1) Une nouvelle répercussion sur les adhérents

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a en effet porté de 2,5 % à 5,9 % le taux de la contribution versée par les organismes complémentaires au « fond CMU ».

Dans une lettre du 28 juillet 2008, cosignée par le Gouvernement, les mutuelles s'étaient engagées à faire « *les meilleurs efforts dans le contexte européen actuel, pour ne pas répercuter [la majoration de la] contribution [au fond CMU] dans les cotisations de leurs adhérents* ». Outre que cet engagement ne concernait que les mutuelles, et non les sociétés d'assurance ni les institutions de prévoyance, un report de la charge sur les adhérents, y compris des mutuelles, a néanmoins été constaté en 2009, de l'ordre de 3,5 % à 4 %.

Selon le directeur général de la Mutualité Française auditionné par votre rapporteur pour avis, **une nouvelle hausse des tarifs, comprise entre 3,9 % et 7 %, sera très vraisemblablement de nouveau constatée en 2010**, en raison de l'introduction de cette contribution exceptionnelle, mais également de l'évolution tendancielle des dépenses de santé et des transferts de prises en charge de l'assurance maladie vers les complémentaires (l'augmentation du forfait journalier hospitalier, notamment).

(2) Une évolution de la structure de notre système de protection sociale ?

Plus généralement, cette nouvelle contribution forfaitaire des organismes complémentaires pose la question, déjà abordée précédemment par votre rapporteur pour avis, de l'évolution progressive de la structure même de notre système de protection sociale, et plus particulièrement celle du partage des rôles entre l'assurance maladie de base et l'assurance complémentaire. Si le paradigme général demeure inchangé, cette nouvelle contribution s'ajoute aux différentes inflexions constatées ces dernières années.

Comme le soulignait le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport de 2008 : **une intervention financière accrue des organismes complémentaires « ne peut se concevoir en dehors de garanties liées à la nature de la dépense et au souci de donner aux opérateurs les moyens nécessaires à leur gestion »**. Cette problématique de la gestion du risque touche notamment à la possibilité, pour ces organismes, d'avoir accès à des certaines données, d'être en situation de « co-piloter » le risque – ce qui est renforcé par la place accrue accordée à l'UNOCAM depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 – et d'être libre de contracter avec les offreurs de soins.

Par cette contribution, présentée comme exceptionnelle, c'est une **nouvelle fois la question de l'architecture de notre système de protection sociale qui est posée. Il est, dès lors, essentiel d'adopter en la matière une vision de moyen-long terme.**

2. L'ajustement des taxes affectant les entreprises du médicament (articles 11 et 12)

a) Le « taux K » est abaissé à 1 %

(1) Un retour aux variations erratiques du « taux K » pour un gain attendu de 50 millions d'euros

Le **I** de l'**article 11** du présent projet de loi de financement fixe, à titre exceptionnel pour 2010, le « taux K » de la clause de sauvegarde à 1 %, par **dérogation à l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui prévoyait, à l'initiative de votre rapporteur pour avis, une stabilisation de ce taux à 1,4 % sur trois ans – 2009, 2010 et 2011.**

On rappellera que la clause de sauvegarde, instituée par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, consiste dans le versement, à l'assurance maladie, d'une contribution des laboratoires pharmaceutiques lorsque leur chiffre d'affaires global hors taxes réalisé en France au titre des spécialités remboursables – et de la « liste en sus » depuis cette année – a crû plus vite qu'un taux de progression défini en loi de financement de la sécurité sociale.

Ce taux – qui déclenche le mécanisme de la clause de sauvegarde – est appelé « taux K ». Selon les termes de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, il correspond au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année en cours et des années précédentes.

Les entreprises peuvent être exonérées du paiement de cette contribution si elles choisissent de contracter une convention avec le comité économique des produits de santé (CEPS). Elles s'acquittent alors en contrepartie de remises conventionnelles.

Le taux de contribution (50 %, 60 %, 70 %) varie en fonction du dépassement du « taux K » et s'applique successivement à une tranche déterminée de supplément de chiffre d'affaires constaté par rapport à celui qui aurait résulté si le « taux K » avait été respecté.

Exemple de calcul de la clause de sauvegarde

« On considère un marché dont le chiffre d'affaires hors taxes en année n atteint 18 milliards d'euros. Son taux de croissance t entre n et $n+1$ s'établit à 3,5 % pour un « taux K » de 1 %. Le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) s'élève donc à 18,63 milliards d'euros en $n+1$ contre 18,18 milliards d'euros si le « taux K » avait été respecté. Le dépassement atteint ainsi 450 millions d'euros. Cette somme va faire l'objet de la taxation selon le barème suivant, conformément à l'article L. 138-10 alinéa 1 du code de la sécurité sociale :

* 1^{ère} tranche : pour t compris entre k et $k+0,5$, taux de contribution = 50 % ;

* 2^e tranche : pour t compris entre $k+0,5$ et $k+1$, taux de contribution = 60 % ;

* 3^e tranche : pour t supérieur à $k+1$, taux de contribution = 70 %.

Le calcul de la taxe est le suivant :

* 1^{ère} tranche : $CAHT_n \times (k+0,5 - k) \times 50 \% = 18.000 \times (1,5-1) \times 50 \% = 45$ millions d'euros ;

* 2^e tranche : $CAHT_n \times (k+1 - k+0,5) \times 60 \% = 18.000 \times (2-1,5) \times 60 \% = 54$ millions d'euros ;

* 3^e tranche : $CAHT_n \times (t - k+1) \times 70 \% = 18.000 \times (3,5-2) \times 70 \% = 189$ millions d'euros.

NB : $18.000 \times (1,5-1) + 18.000 \times (2-1,5) + 18.000 \times (3,5-2) = 18.000 \times (t - k) = 450$ millions d'euros.

Le montant de la clause de sauvegarde atteint donc, dans cet exemple, 288 millions d'euros. »

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2007

Le montant global ainsi calculé est ensuite **réparti entre les entreprises redevables** selon trois critères :

- le niveau brut du chiffre d'affaires, pour 30 % ;
- la progression du chiffre d'affaires, pour 40 % ;
- les frais de publicité, pour 30 %.

En outre, en application de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes.

Dans son rapport sur la taxation de l'industrie du médicament¹, votre rapporteur pour avis avait relevé **la variation erratique du « taux K »** au cours des années passées. Ainsi, au titre de l'année 2000, l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a fixé un seuil de déclenchement de la contribution à 2 %, déconnecté de tout lien avec

¹ Rapport d'information n°427 (2007-2008).

l'ONDAM. L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a, quant à lui, substitué au taux de progression de l'ONDAM, pour le seuil de déclenchement de la contribution, un taux de progression fixé à 3 %. De même, l'article 23 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a arrêté un « taux K » spécifique de 3 % pour 2002. Celui-ci a ensuite été fixé à 4 %¹ en 2003 et à 3 %² en 2004. Quant aux années 2005, 2006 et 2007, les seuils de déclenchement de la clause de sauvegarde ont été définis par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie³. La valeur choisie – 1 % – s'est avérée très en deçà du taux de croissance des dépenses de santé sur cette période.

A l'initiative de votre rapporteur pour avis, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a stabilisé le dispositif en maintenant le « taux K » à 1,4 %, soit le niveau retenu pour 2008, et en fixant ce taux dans une perspective pluriannuelle, 2009, 2010 et 2011.

Le I de l'article 11 du présent projet de loi de financement **revient donc sur ce dispositif** en fixant, à titre exceptionnel pour 2010, le « taux K » qui déclenche la procédure de clause de sauvegarde à 1 %, par dérogation à la loi de financement de sécurité sociale pour 2009. Le rendement attendu de l'abaissement du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde est évalué à **50 millions d'euros** pour 2010.

Il convient de rappeler que la clause de sauvegarde constitue en réalité une « **contribution théorique** », dans la mesure la totalité des entreprises ont choisi l'alternative qui leur est proposée de conclure des conventions avec le CEPS plutôt que de se voir appliquer la clause de sauvegarde. Il en résulte un rendement nul de la clause de sauvegarde en 2008. Le montant des remises conventionnelles s'est, quant à lui, élevé à 260 millions d'euros la même année.

(2) Le transfert aux URSSAF du recouvrement des remises sur les dispositifs médicaux

Le 1^o du II de l'article 11 du présent projet de loi de financement propose en outre **de transférer le recouvrement des remises dues par les fabricants de dispositifs médicaux**, dans le cadre de leur relation conventionnelle avec le CEPS, **à certaines unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).**

Il s'agit des URSSAF déjà désignées par le directeur de l'ACOSS pour l'encaissement des contributions pharmaceutiques visées à l'article L. 138-20 du code de la sécurité sociale, soit les URSSAF de Paris-région parisienne et de Lyon.

Le 2^o du II de l'article 11 prévoit que ces remises recouvrées par les URSSAF seront ensuite reversées à la CNAMTS qui répartira leur montant

¹ Article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

² Article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

³ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

entre les différents régimes de base d'assurance maladie en vertu de l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale. Il s'agit ici de donner une base légale à un mécanisme déjà mis en œuvre aujourd'hui par l'ACOSS sans fondement juridique.

Ces dispositions, qui n'appellent pas de remarques particulières, s'inscrivent dans **le mouvement de transfert aux URSSAF du recouvrement de ce type de contributions**. En effet, votre rapporteur pour avis rappelle que l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait déjà proposé le transfert du recouvrement de quatre types de remises ou pénalités aux URSSAF de Paris-région parisienne et de Lyon :

- la remise demandée par le CEPS aux laboratoires exploitant un ou plusieurs médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation ;

- la pénalité encourue en cas de non-respect de l'obligation de demander une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou l'inscription au remboursement pour des spécialités pharmaceutiques indiquées pour certaines maladies rares ou affections de longue durée (ALD) ;

- la pénalité financière encourue en cas de non-respect par les laboratoires pharmaceutiques de l'obligation de fournir certaines informations à la commission de la transparence, concernant notamment le service médical rendu du médicament, ou lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée à leur encontre ;

- les remises prévues dans le cadre des conventions conclues avec le CEPS, conformément aux dispositions de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

(3) La nécessité de donner une perspective pluriannuelle à la fiscalité du médicament

Si votre rapporteur pour avis comprend la nécessité, compte tenu de la dégradation des comptes sociaux, de rechercher des ressources nouvelles et de veiller à faire peser ces efforts sur tous les acteurs de notre système de protection sociale, **il regrette néanmoins qu'une fois de plus, et en dépit de ses initiatives passées, la fiscalité du médicament soit encore utilisée comme variable d'ajustement du présent projet de loi de financement**.

Dans son rapport précité sur la taxation du médicament, votre rapporteur pour avis avait en effet souligné combien **il était nécessaire d'assurer une plus grande stabilité des règles fiscales applicables à l'industrie du médicament et donc d'éviter de recourir à des dispositifs de taxation « exceptionnels »**. Votre rapporteur pour avis avait notamment montré que les fluctuations incessantes de la législation fiscale étaient contreproductives en termes d'image et déstabilisantes pour l'industrie, sans pour autant être efficaces sur le long terme du point de vue du redressement des comptes publics. Les dispositions proposées par l'article 11 vont à l'encontre de ce constat.

Reprenant la même analyse, notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, a déposé un amendement de suppression de cette mesure. Contre l'avis du Gouvernement, cet amendement a été adopté. Néanmoins, à l'occasion d'une seconde délibération, un amendement du Gouvernement tendant à rétablir la baisse du « taux K » à 1 % pour 2010 a été adopté.

Le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, ainsi que la ministre de la santé et des sports ont justifié cette mesure par :

- d'une part, la nécessité de faire peser les efforts de maîtrise des dépenses sur l'ensemble des acteurs du système de protection sociale ;

- d'autre part, la nécessité de lier l'évolution du « taux K » à celle de l'ONDAM. L'ONDAM 2010 étant fixé à 3 %, contre 3,3 % en 2009, le Gouvernement souhaite abaisser le « taux K » à 1 % contre 1,4 % en 2009.

Cependant, votre rapporteur pour avis souhaite formuler les remarques suivantes :

- premièrement – et comme cela a été démontré précédemment –, **l'évolution du « taux K » a été, depuis sa mise en place, erratique et sans lien avec l'ONDAM ;**

- deuxièmement, **l'outil fiscal n'est pas le seul instrument de maîtrise des dépenses utilisé dans le secteur du médicament.** La fixation des prix par le CEPS, ainsi que l'action croissante de l'assurance maladie en matière de maîtrise des dépenses et de développement des génériques, ont également un impact significatif sur les industriels.

Par ailleurs, s'il est légitime que l'industrie du médicament contribue à l'effort global de régulation des dépenses de santé, dès lors qu'elle bénéficie d'un marché très largement solvabilisé, **une utilisation de la fiscalité à des fins conjoncturelles soulève des difficultés pour l'attractivité de notre pays.** Cette instabilité envoie un signal négatif aux entreprises et brouille l'image que notre pays s'efforce de donner, par ailleurs, par le biais de bons outils, le crédit d'impôt recherche ou les pôles de compétitivité.

Il est nécessaire aujourd'hui de mettre en perspective les questions auxquelles la France doit faire face en ce domaine, à savoir maîtriser les dépenses d'assurance maladie, tout en maintenant et développant l'attractivité de notre pays pour un secteur à forte valeur ajoutée, confronté à d'importantes mutations liées à la globalisation. **Une démarche structurée de maîtrise des dépenses doit s'accompagner d'une politique fiscale stable sur le moyen terme.**

A cet égard, le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) qui vient de se réunir le 26 octobre dernier apparaît comme le lieu idéal de pilotage d'ensemble de la régulation du secteur du médicament, notamment s'il était élargi à l'assurance maladie. Votre rapporteur pour avis regrette, à cet

égard, le manque de régularité dans la tenue de ce Conseil, la récente réunion du CSIS ayant été initialement annoncée en automne dernier.

C'est pourquoi, votre rapporteur pour avis proposera un amendement tendant à revenir à un « taux K » à 1,4 %, comme le prévoit la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

b) Des dispositifs visant à lutter contre les exportations parallèles de médicaments ont été utilement introduits

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un **amendement à l'article 11** du présent projet de loi de financement, avec avis favorable du Gouvernement, **destiné à lutter contre les exportations parallèles de médicaments.**

Comme l'a précisé notre collègue député Yves Bur, les distributeurs de médicaments tirent en effet parfois profit d'un prix fabricant hors taxes français inférieur à ceux pratiqués dans certains pays étrangers, ce qui les conduit à exporter ces médicaments. En réponse à cette pratique, les laboratoires tendent aujourd'hui à limiter leurs ventes de médicaments concernés par ces exportations en imposant aux distributeurs des quotas. Il en résulte parfois des difficultés d'approvisionnement des offices.

C'est pourquoi, il est proposé d'encadrer les exportations parallèles de médicaments :

- en obligeant, d'une part, les distributeurs qui les pratiquent à en faire la déclaration ;

- en laissant, d'autre part, les industries pharmaceutiques la liberté de fixer le prix à l'exportation.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette initiative qui constitue la **9^e proposition du Conseil stratégique des industries de santé** qui s'est tenu le 26 octobre 2009.

c) L'assiette et le taux de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux sont revues

L'**article 12** du présent projet de loi de financement propose, quant à lui, **plusieurs aménagements relatifs à l'assiette, au taux et à l'affectation de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux.**

(1) Une contribution qui a déjà connu plusieurs aménagements

La contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux a été introduite par l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Elle a ensuite connu plusieurs aménagements en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2005 et 2006 qui ont revu respectivement son taux et son assiette.

La taxe sur la promotion des dispositifs médicaux est due par les entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de **dispositifs médicaux inscrits aux titres I^{er}** (Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements) **et III** (Dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine) de la liste des prestations et produits remboursables (LPP).

Elle est assise sur **les frais de prospection et d'information à destination des professionnels de santé**, à savoir la rémunération des visiteurs médicaux, le remboursement des frais de transport, des frais de repas et des frais d'hébergement de ces visiteurs, ainsi que sur les frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires, à l'exception de la presse médicale spécialisée.

Elle fait l'objet d'un abattement forfaitaire de 50 000 euros et son taux est fixé à **10 %**. Les entreprises dont le chiffre d'affaire hors taxe est inférieur à 7,5 millions d'euros en sont exonérées (article L. 245-5-3 du code de la sécurité sociale).

Son produit est aujourd'hui intégralement affecté à la CNAMTS. Son rendement s'élevait à 14 millions d'euros en 2008.

(2) Une augmentation de 11,5 millions d'euros du rendement de la taxe

L'**article 12** propose trois aménagements de cette taxe :

- il **élargit son assiette aux** dispositifs médicaux inscrits au titre II de la liste des prestations et produits remboursables (LPP), à savoir les **orthèses et prothèses externes** (3^o du I de l'article 12) ;

- il **augmente son taux de 10 à 15 %** (4^o du I de l'article 12) ;

- il prévoit **l'affectation d'une fraction de 35 % de son produit à la HAS** (1^o et 2^o du I de l'article 12). La HAS reçoit déjà aujourd'hui le produit de plusieurs taxes, notamment la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et les taxes versées par les laboratoires lors de leur demande d'inscription ou de renouvellement des médicaments et dispositifs médicaux sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

Ces aménagements seront pris en compte pour la détermination de la contribution due en 2010 (II de l'article 12).

Les ressources de la Haute autorité de santé (HAS)

Aux termes de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale, les ressources de la HAS sont constituées notamment par :

- 1° Des subventions de l'Etat ;
- 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- 3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;
- 4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments ;
- 5° Le montant des taxes versées par les laboratoires lors de leur demande d'inscription ou de renouvellement des médicaments et dispositifs médicaux sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables;
- 6° Des produits divers, des dons et legs.

Selon les données de l'annexe relative aux évaluations préalables des articles du présent projet de loi de financement, ces mesures devraient permettre un **rendement supplémentaire de la taxe de 11,5 millions d'euros**, ce qui portera son produit total en 2010 à 25,5 millions d'euros.

Il résulterait ainsi de ces mesures, d'une part, un gain pour l'assurance maladie de 2,6 millions d'euros par rapport à 2009 et, d'autre part, une recette nouvelle pour la HAS à hauteur de 8,9 millions d'euros.

(3) Une « mesure de poche » aux effets incertains

Eu égard à son faible rendement, l'aménagement de la taxe sur la promotion des dispositifs médicaux proposé par l'article 12 semble ne constituer, pour votre rapporteur pour avis, qu'une simple « **mesure de bouclage** » du présent projet de loi de financement.

Cette mesure paraît en effet avoir été « **calibrée** » pour pallier les **difficultés budgétaires rencontrées par la HAS** qui voit notamment diminuer le rendement de la fraction de la taxe sur la promotion des médicaments qui lui est affectée. Ainsi, entre 2007 et 2008, le rendement de cette taxe a été réduit de 5,2 millions d'euros et s'est ensuite stabilisé au niveau de 2008. La mesure proposée par cet article tend à apporter une recette nouvelle à la HAS à hauteur de 8,9 millions d'euros.

Recettes et dépenses de la Haute autorité de santé (HAS) (2007-2010)

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009 (prévisions)	2010 (prévisions)
Subvention pour charge de service public	0,95	2,53	9,50	6,88
Dotation de l'assurance maladie	2,00	5,06	19,00	13,76
Contribution des établissements au titre de la procédure de certification	9,53	8,90	9,98	9,98
Fraction de 10 % de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments	20,17	14,91	14,90	14,90
Redevance des industriels	3,59	3,00	3,00	3,00
Divers (produits financiers et ressources affectées)	2,04	2,20	1,69	1,69
Total des recettes de la HAS	38,31	36,61	58,07	50,21
Total des dépenses	60,42	67,48	63,83	-

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement

Par ailleurs, affecter une fraction du produit de la taxe sur les dispositifs médicaux à la HAS, alors que la Haute autorité rend des recommandations sur les dispositifs médicaux, soulève la **question de l'indépendance** de l'agence. Votre rapporteur pour avis relève à cet égard **le poids déjà important des ressources fiscales dans les recettes globales de la HAS (35,6 %)**.

Cette question a déjà été soulignée par notre collègue Nicole Bricq, alors rapporteure spéciale de la mission « Sécurité sanitaire », dans sa mission de contrôle sur les agences sanitaires, ainsi que par votre rapporteur pour avis, en sa qualité de rapporteur spécial de la mission « Santé », s'agissant de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)¹.

Enfin, votre rapporteur pour avis souhaite attirer l'attention sur deux points :

- d'une part, les mesures proposées pourraient avoir pour conséquence **une augmentation du prix des orthèses et prothèses externes** si les fabricants concernés ne revoient pas leurs pratiques commerciales et décidaient de reporter l'impact de la taxe dans leurs tarifs ;

- d'autre part, cette mesure pourrait **déstabiliser les industriels du secteur des prothèses et orthèses confrontés à une concurrence internationale importante**.

Reprenant certains arguments de votre rapporteur pour avis, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, deux amendements tendant :

- d'une part, **à supprimer l'extension de l'assiette de la taxe aux orthèses et prothèses** ;

¹ Rapport général 99 (2008-2009) – annexe 26.

- d'autre part, à relever le **plafond d'exonération de la taxe** afin de compenser la hausse du taux de la contribution. Il est ainsi proposé d'exonérer les entreprises présentant un chiffre d'affaires de moins de 11 millions d'euros, contre 7,5 millions d'euros aujourd'hui.

En dépit des améliorations ainsi apportées au dispositif qui rejoignent l'analyse de votre rapporteur pour avis, trois questions restent soulevées. En effet :

- ces aménagements ne résolvent pas la question de l'indépendance de la HAS ;

- les mesures adoptées par l'Assemblée nationale ont pour conséquence de ramener à 5,4 millions d'euros le rendement supplémentaire de la taxe et de diminuer les ressources de l'assurance maladie. L'augmentation du rendement de la taxe ne compense plus l'affectation d'une part du produit de cette taxe à la HAS ;

Affectation du produit de la taxe sur la promotion des dispositifs médicaux

	Rendement total	Produit affecté à la CNAMTS	Produit affecté à la HAS
Avant PLFSS	14	14	0
PLFSS initial	25,5 (+11,5)	16,6 (+2,6)	8,9
PLFSS après passage à l'Assemblée nationale	19,4 (+5,4)	12,6 (-1,4)	6,8 (-2,1)

Source : commission des finances, d'après les données de la direction de la sécurité sociale

- enfin, rejoignant les observations formulées précédemment s'agissant de l'industrie du médicament, **ces réaménagements de taxes, pour un rendement minime, nuisent à la lisibilité de la politique fiscale en ce domaine. Une augmentation de la dotation versée par l'Etat ou l'assurance maladie à la HAS serait sans doute préférable.**

3. La modification de la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs afin de financer la compensation sur les heures supplémentaires et améliorer la réversion de certaines pensions agricoles (article 13)

Le présent article propose de modifier la clé de répartition du droit de consommation sur les tabacs afin de réaffecter l'excédent de recettes qui serait *a priori* constaté au niveau de la compensation des allègements généraux. Cet écart positif s'explique par la faible sensibilité à la conjoncture des impôts du panier alors que même que le niveau des allègements diminue avec la dégradation du marché du travail.

a) *L'excédent du panier fiscal lié aux allègements généraux contribuerait au financement de la compensation sur les heures supplémentaires...*

(1) L'excédent de la compensation des allègements généraux...

Si la crise actuelle entraîne un recul de la masse salariale, elle conduit également à une baisse des allègements généraux, ces derniers étant concentrés sur les bas salaires c'est-à-dire les catégories d'emplois les plus durement touchées par la dégradation sur le marché du travail. La diminution de ces allègements est estimée à 2 % par rapport à 2009, ce qui entraînerait un **excédent du panier fiscal lié à ces allègements de l'ordre de 167 millions d'euros**. En effet, la diminution du montant de compensation **n'est pas accompagnée d'une baisse des recettes du panier dont la composition se révèle peu sensible à la dégradation économique** puisque il s'agit essentiellement de taxes comportementales, telles que le droit de consommation sur les tabacs¹.

(2) ...devrait prioritairement bénéficier à la couverture de la compensation sur les heures supplémentaires

Compte du caractère excédentaire de la compensation des allègements généraux, le présent article propose de modifier la clé de répartition du droit de consommation sur les tabacs afin de pouvoir financer la compensation des heures supplémentaires et l'extension de la réversion des pensions agricoles.

Le tableau ci-dessous présente la répartition du droit de consommation sur les tabacs décidée par l'article 128 de la loi de finances pour 2009 et celle proposée par l'article 13 du projet de loi de financement pour 2010.

Répartition du droit de consommation sur les tabacs

(en %)

	Répartition LFI pour 2009	Répartition PLFSS pour 2010
Caisse centrale de la mutualité agricole Maladie	18,68	18,68
Caisse centrale de la mutualité agricole Vieillesse RCO	1,52	1,89
CNAMTS	38,81	38,81
FNAL	1,48	1,48
Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	0,31	0,31
Financement des allègements généraux	37,95	36,28
Fonds de solidarité	1,25	1,25
<i>Compensation des allègements liés aux heures supplémentaires</i>		1,30

Sources : loi de finances initiale pour 2009 et présent projet de loi de financement

¹ Celui-ci est appelé au demeurant à augmenter, cf. article 13 bis.

Le **I** de l'article 13 propose de réécrire l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 qui fixe la répartition du droit de consommation sur les tabacs.

Il propose ainsi de **diminuer de 1,67 point la fraction consacrée à la compensation des allègements généraux**, qui passe de 37,95 % à 36,28 % du droit. En contrepartie, il **augmente de ;**

- **0,37 point (soit 37 millions d'euros) la fraction attribuée à la CMSA** au titre du RCO ;

- **et affecte 1,30 point (soit 130 millions d'euros) à la compensation des allègements et exonérations liées aux heures supplémentaires.**

En effet, le panier fiscal constitué pour les heures supplémentaires est, contrairement au panier fiscal pour les allègements généraux, impacté par la crise : celle-ci entraîne une **diminution sensible des recettes issues de la contribution sociale sur les bénéfiques qui diminuerait de 10,3 % entre 2009 et 2010 ; or elle représente 34,6 % du rendement du panier. Il est donc essentiel de rééquilibrer le financement de la compensation sur les heures supplémentaires.**

Le **II** de l'article constitue une mesure de **coordination** afin de **préciser que le panier de compensation des exonérations sur les heures supplémentaires inclut une fraction du droit de consommation sur les tabacs.** Ainsi l'article 53 de la loi de finances pour 2007 préciserait qu'outre le produit de la TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées et une fraction de la contribution sociale sur les bénéfiques, contribuerait au financement de la compensation sur les heures supplémentaires 1,30 % du droit de consommation sur les tabacs.

b) ... et au financement de l'amélioration de la réversion de certaines retraites complémentaires obligatoires du régime des exploitants agricoles

Le **III** du présent article comporte deux dispositions modificatrices du code rural qui tendent à :

- préciser que le financement du régime complémentaire obligatoire est financé par une affectation supplémentaire du droit de consommation sur les tabacs (1° du III) ;

- permettre aux veuves d'exploitant agricole de bénéficier, au titre de la réversion, de la retraite complémentaire obligatoire de leur conjoint lorsque celui-ci a liquidé sa retraite de base avant le 1^{er} janvier 2003, c'est-à-dire avant la création du RCO (2° du III).

(1) Une mesure qui s'inscrit dans le cadre du plan pluriannuel de revalorisation des retraites agricoles initié en 1994

Les retraites agricoles se décomposent en une retraite de base, elle-même décomposée en une retraite forfaitaire et une retraite proportionnelle, et une retraite complémentaire obligatoire introduite par la loi n° 2002-308 du 4 mars 2002 tendant à la création d'un régime de retraite complémentaire obligatoire (RCO) pour les non-salariés agricoles.

A partir de 1994, plusieurs dispositifs ont été mis en place pour revaloriser les retraites des non-salariés agricoles. Elles ont notamment permis de porter la pension des retraités agricoles ayant effectué une carrière complète au niveau du minimum vieillesse.

Plusieurs mesures ont été prises comme le montre le tableau ci-après. Toutefois certaines situations de grande fragilité financière restent encore à traiter.

La mesure proposée par le présent article tend à répondre à ce constat, conformément à **l'objectif fixé par le Président de la République**, le 23 février 2008, à l'occasion de l'inauguration du 45^e salon international de l'agriculture, **de réduire les « poches de pauvreté » où se trouvent certains retraités agricoles.**

Bilan des mesures de revalorisation des retraites agricoles depuis 1994

(en millions d'euros)

<i>Dispositif</i>		<i>Nombre de bénéficiaires</i>	<i>Effet de la mesure de revalorisation</i>	<i>Coût</i>
1994-2002	Mesures portant sur les retraites de base des exploitants, de leurs conjoints et des aides familiaux.	875.000 (en 2002)	Pour une carrière complète les pensions de base ont été revalorisées de 43 % pour les chefs d'exploitation, 80 % pour les personnes veuves, 93 % pour les conjoints et aides familiaux.	1.700
2003	Création de la retraite complémentaire obligatoire (RCO).	450.000	Cette mesure apporte en moyenne 1.000 euros par an aux bénéficiaires.	145*
2006	Prise en compte, pour l'accès au droit à revalorisation, des périodes d'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).	20.000	Ce dispositif a permis d'augmenter de 1.300 euros par an en moyenne les retraites des personnes concernées.	20
2007-2008	Abaissment à 22,5 ans de la durée minimale d'activité nécessaire pour bénéficier des revalorisations (2007). Abaissment à 4 % par an de la minoration de pension de retraite par année manquante par rapport à la durée minimale d'assurance vieillesse requise.	300.000		162 (en 2007) 205 (à partir de 2008)
2009	Nouveau système de majoration des pensions : détermination d'un montant minimum de pension agricole, suppression des coefficients de minorations des revalorisations	196.000	Amélioration du niveau de vie des veuves : en 2007, 91 % des veuves d'agriculteurs sans droits propres perçoivent une pension inférieure à 400 euros par mois.	116 millions d'euros

* Le nouveau régime est à la fois financé par les cotisations et par une participation financière de l'Etat, en raison du déséquilibre de la démographie agricole.

Source : d'après les données du ministère de l'agriculture et de la pêche

(2) L'amélioration de la réversion de certaines retraites complémentaires obligatoires des exploitants agricoles

Le 2° du III du présent article propose de compléter l'article L. 732-62 du code rural afin **d'étendre la réversion de la retraite complémentaire au conjoint survivant du chef d'exploitation décédé après le 1^{er} janvier 2003 mais dont la retraite de base avait été liquidée avant.**

Cette disposition met fin à une niche non comblée par les précédentes modifications législatives.

Le régime complémentaire obligatoire pour les non salariés agricoles (RCO) mis en place à compter du 1^{er} avril 2003 bénéficie **au seul chef d'exploitation ou d'entreprise agricole :**

- déjà retraité le 1^{er} avril 2003 et qui perçoit une retraite complémentaire constituée de droits gratuits sous réserve du respect d'une durée d'assurance en qualité de non salarié agricole et de chef d'exploitation ;

- dont la retraite est liquidée après le 1^{er} janvier 2003 et qui perçoit une pension de retraite complémentaire constituée de droits gratuits et/ou de droits acquis par cotisations.

Les possibilités de réversion de cette retraite complémentaire ont été encadrées par deux lois :

- d'une part, la loi n° 2002-308 du 4 mars 2002 tendant à la création d'un régime de retraite complémentaire obligatoire pour les non salariés agricoles, a limité la possibilité de réversion en faveur du conjoint survivant **que si le chef d'exploitation décédé avait procédé à la liquidation de sa RCO avant son décès** : la pension de réversion s'élève à 54 % de la pension de retraite complémentaire, **le calcul s'effectuant sur l'ensemble des droits gratuits et cotisés.**

- d'autre part, la loi n° 2003-775 du 31 août 2003 portant réforme de retraite a **étendu la réversion** en faveur du conjoint survivant du chef d'exploitation **décédé avant la liquidation de sa retraite complémentaire** : la pension de réversion est d'un montant égal à 54 % des droits cotisés dont aurait bénéficié l'assuré décédé. **Elle ne porte donc pas sur les droits gratuits.**

	Chef d'exploitation agricole à la retraite avant le 1 ^{er} avril 2003		Chef d'exploitation agricole à la retraite après le 1 ^{er} avril 2003	
Attribution d'une RCO	Uniquement sur la base de droits gratuits		Sur la base des droits gratuits et / ou de droits cotisés	
Liquidation de la retraite	oui de facto avant le 1 ^{er} janvier 2003		oui, après le 01.01.2003	non
Décès	antérieur au 1 ^{er} janvier 2003	postérieur au 1 ^{er} janvier 2003	postérieur à la liquidation	antérieur à la liquidation
Pension de réversion complémentaire	pas de pension de réversion complémentaire car absence de RCO	article 13 du PLFSS	oui depuis 2002 Calcul sur l'ensemble des droits	oui depuis 2003 mais uniquement sur la base des droits cotisés

(3) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement les mesures destinées à **revaloriser les pensions des retraités agricoles n'ayant pu bénéficier des mesures de revalorisation mises en place depuis 1994** et permettant ainsi de rapprocher la situation de ces derniers de celle des retraités du régime général.

Toutefois, il tient à souligner que **les mesures passées sont venues dégrader le déficit de la branche retraite du régime social agricole pour**

laquelle aucune solution pérenne de financement n'a été à ce jour proposé.

Dans cette perspective, la mesure proposée par l'article 13 du PLFSS fait figure d'exception puisque sa mise en œuvre est financée à due concurrence par une affectation d'une fraction supplémentaire du droit de consommation sur les tabacs.

4. La majoration des minima de perception concernant le droit de consommation sur les tabacs (article 13 bis)

a) Les caractéristiques du droit de consommation sur les tabacs

- Le droit de consommation est une accise frappant les tabacs manufacturés.
- Le taux du droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de vente au détail. Il ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé pour 1.000 unités.
- Afin de déterminer le montant de la part spécifique et le taux de la part proportionnelle, on prend comme référence les cigarettes de la classe de prix la plus demandée, soit à l'heure actuelle la Marlboro, vendue à 5,30 euros.
- Le montant du droit de consommation qui est applicable aux cigarettes vendues à 5,30 euros est déterminé globalement en appliquant le seul taux normal du droit, actuellement de 64 %, à leur prix de vente au détail.
- Pour les cigarettes qui ne sont pas vendues à 5,30 euros le paquet de 20 cigarettes, le droit de consommation se compose d'une part spécifique égale à 7,5 % de la charge fiscale totale afférente aux cigarettes de la classe de prix la plus demandée, soit actuellement 15,98 euros pour 20 cigarettes, et d'une part proportionnelle égale à 57,97 %. Le taux réel de taxation d'un paquet vendu à 4,80 euros est ainsi de 65,47 %.
- Par ailleurs, **le montant total du droit de consommation (part proportionnelle + part spécifique) ne peut être inférieur à un minimum de perception actuellement fixé à 155 euros pour 1.000 unités.**
- Le droit de consommation applicable aux autres produits (cigares, tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, autres tabacs à fumer, tabacs à priser, tabacs à mâcher) est uniquement proportionnel au prix de vente au détail. Des minima de perception fixés par 1.000 unités ou 1.000 grammes sont également applicables aux cigares, aux tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes et aux autres tabacs à fumer.

b) Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

(1) Une majoration des minima de perception...

A l'initiative de nos collègues députés MM. François Sauvadet, André Santini, Jean-Christophe Lagarde et Francis Vercamer, l'Assemblée nationale a adopté une modification de l'article 575 A du code général des impôts tendant à **majorer les minima de perception** :

- **de 10 euros s'agissant des cigarettes.** Le minimum de perception pour 1.000 unités s'élèverait en 2010 à 165 euros, contre 155 euros auparavant, soit une augmentation de **6,5 %** (1° de l'article) ;

- **de 13 euros s'agissant des tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes.** Le montant minimum du droit de consommation pour

1.000 grammes passerait ainsi de 85 à 97 euros, soit une augmentation de **14,1 %** (2° de l'article).

Ces deux minima de perception ont été pour la dernière fois modifiés en 2008, suite à l'article 11 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement pour 2008. Ils sont alors passés respectivement de 128 à 155 euros et de 75 à 85 euros. Les minima de perception concernant les autres tabacs à fumer et les cigares resteraient inchangés.

(2) ...qui s'inscrit dans le cadre de l'augmentation des prix du tabac de 6 % le 9 novembre prochain

Le prix du tabac devrait augmenter de 6 % le 9 novembre prochain, l'arrêt d'homologation n'a toutefois pas encore été signé. Entre 2003 et 2007, de nombreuses hausses sont ainsi intervenues, faisant de la France l'un des pays où la cigarette coûte le plus cher. Les dernières augmentations de prix ont été en août 2007 pour les cigarettes (+ 6 %) et en juillet 2009, pour les cigares et cigarillos (+ 4 %).

Selon l'article 572 du code général des impôts « *Le prix de détail de chaque produit exprimé aux 1.000 unités ou aux 1.000 grammes, est unique pour l'ensemble du territoire et librement déterminé par les fabricants et les fournisseurs agréés.* » Toutefois, il n'est applicable qu'après avoir homologué par le ministre du budget qui publie un arrêté à cette fin. Cette procédure de validation par les services de l'Etat permet de s'assurer que les produits du tabac ne sont pas vendus pas en dessous d'un seuil défini notamment pour des motifs de santé publique.

c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis **approuve les modifications proposées qui accompagnent l'augmentation à venir des prix du tabac**. Cette hausse s'inscrit par ailleurs dans le cadre de la lutte contre le cancer, et si selon l'avis d'aucuns elle n'est pas suffisamment dissuasive, votre rapporteur pour avis estime qu'elle pourra contribuer à modifier certains comportements.

B. LA RÉDUCTION DES NICHES SOCIALES

1. Le renforcement des prélèvements sur les retraites supplémentaires dites « chapeau » (article 14)

a) Un régime au statut particulier

Le régime de retraite supplémentaire dit « chapeau » défini à l'article L. 137-11 de la sécurité sociale revêt les caractéristiques suivantes. Il s'agit :

- d'un régime de retraite **supplémentaire** ;
- à **prestations définies** ; l'employeur, seul contributeur, au régime s'engage sur un montant donné de prestation ;

- conditionnant le droit à prestations à **l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise** : il existe donc un aléa quant au versement des rentes. Si le salarié n'achève pas sa carrière dans l'entreprise, il ne perçoit pas cette retraite supplémentaire ;

- **dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié** : l'employeur peut soit constituer des provisions si le régime est géré en interne, ou verser des primes à un organisme tiers qui gère le régime pour son compte, en fonction du montant des primes versées et des primes à verser dans le futur si toutes les personnes achevaient leur carrière dans l'entreprise.

En raison de cet aléa sur le versement des primes et de la non individualisation du financement de l'employeur, **les contributions de ces derniers sont exonérées, sans limite, de cotisations sociales, de CSG et de CRDS**. Il convient de noter que les autres régimes supplémentaires de retraite, qui relève notamment de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ne bénéficient pas d'un tel traitement de faveur : les contributions des employeurs sont exonérées de cotisations dans le respect d'un certain plafond et elles sont soumises au forfait social.

Toutefois, la loi du 21 août 2003 sur les retraites a mis en place **une contribution spécifique** que l'employeur peut acquitter au choix de deux manières. La contribution peut soit être assise :

- **sur les rentes** versées aux bénéficiaires pour la partie excédent un tiers du plafond de la sécurité sociale **au taux de 8 %** ;

- **soit sur les primes** versées à un organisme assureur, une institution de prévoyance ou une mutuelle **au taux de 6 %** ;

- soit sur la partie de la dotation aux provisions gérées en interne à l'entreprise, **au taux de 12%**.

b) L'augmentation de la contributivité de ces régimes au financement de la sécurité sociale

(1) Le doublement des taux de la contribution patronale prévue à l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale

Le **I** de l'article propose de modifier l'article L. 137-11 afin **d'augmenter les contributions des employeurs** sur les régimes de retraite conditionnant la constitution de droits à prestation à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise.

Dans cette perspective, il procède à un **doublement des trois taux de la contribution**. Le taux de celle-ci serait de

- **16 % sur les rentes servies** au lieu de 8 % ;

- **12 % sur les primes versées** à un organisme assureur au lieu de 6 % ;

- **24 % sur les dotations aux provisions constituées** en cas de gestion en interne du régime.

Le **II** de l'article précise que le doublement du taux sur les rentes est applicable à compter du 1^{er} janvier 2010, l'augmentation des taux sur les primes versées ou les provisions constituées entrant en vigueur à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2009.

(2) Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a complété le dispositif initialement présenté sur deux points :

- d'une part, elle a adopté un amendement du Gouvernement tendant à **supprimer la possibilité pour les entreprises de gérer en interne les régimes de retraite à prestations définies** de l'article L. 137-11 de la sécurité sociale.

Cette **suppression**, également proposé par notre collègue Yves Bur dans le cadre d'un amendement présentant une réforme plus complète du système des retraites chapeau, est **bienvenue** car elle permet de garantir une certaine transparence et l'application uniforme de standards européens ou internationaux concernant le provisionnement de ces dépenses pour les entreprises.

- d'autre part, elle a adopté un amendement de notre collègue Yves Bur, rapporteur demandant la **remise d'un rapport au Parlement** avant le 15 septembre 2010 sur la situation des régimes relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale.

c) La position de votre rapporteur pour avis

En 2008, selon les chiffres indiqués dans la fiche d'impact associé à l'article, 841 entreprises ont acquitté ces contributions pour un montant de **26 millions d'euros** dont :

- 23,9 millions d'euros au titre de la contribution prélevée sur les versements au taux de 6 % ; ce mode d'imposition concerne 65 % des entreprises;

- 2,1 millions d'euros au titre de la contribution de 8 % prélevée sur les rentes servies.

Le **rendement** de cette mesure est estimé à **25 millions d'euros**.

Si les montants sont loin d'être à la hauteur des enjeux financiers qui concernent la sécurité sociale, **votre rapporteur pour avis tient à souligner deux points :**

- d'une part, **sur le plan des principes**, il est primordial de mettre en œuvre toutes les mesures qui peuvent **garantir une meilleure équité du prélèvement social entre groupes de cotisants** : de cette équité découle

l'acceptation et la légitimité de notre système de prélèvement et de financement de la protection sociale ;

- d'autre part, **compte tenu de la situation des comptes sociaux, il convient d'exploiter toutes les capacités contributives** qui ne sont pas aujourd'hui pleinement sollicitées compte tenu d'un nombre important de d'exemptions d'assiette des cotisations sociales.

Dans cette perspective, votre rapporteur pour avis estime que la réforme des régimes de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale peut être approfondie **en soumettant aux cotisations patronales les rentes versées lorsqu'elles dépassent huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale**. Cette disposition permettrait de contribuer à renforcer l'équité entre les dispositions sociales et fiscales applicables aux régimes supplémentaires de retraite. En effet, rien ne justifie un traitement aussi favorable de ces retraites qui, dans leur principe peuvent être particulièrement critiquées lorsqu'elles bénéficient aux dirigeants et mandataires sociaux puisqu'elles ne sont pas soumises à des critères de performance.

2. Le doublement du forfait social (article 15)

L'**article 15** du présent projet de loi de financement tend à porter de 2 à 4 % la contribution à la charge des employeurs, dite « **forfait social** », assise sur les éléments de rémunération qui sont à la fois exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG).

a) L'instauration du forfait social s'inscrit dans le mouvement de réduction des « niches sociales » amorcé en 2008

(1) Les « exemptions d'assiette » de cotisations sociales

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale pose le **principe d'un assujettissement aux cotisations sociales de l'ensemble des salaires et avantages versés au salarié** en contrepartie de son activité professionnelle. Sont ainsi 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* ».

Le même article prévoit cependant **un certain nombre d'exceptions** pouvant être regroupées en quatre catégories :

- **les dispositifs d'épargne salariale** : l'actionnariat salarié (stock-options et actions gratuites) et la participation financière (plan d'épargne d'entreprise, plan d'épargne retraite, participation, intéressement) ;

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

- **les dispositifs de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire** : depuis la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, seules les contributions des employeurs à des régimes présentant un caractère collectif et obligatoire sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans certaines conditions ;

- **les indemnités versées dans certains en cas de rupture du contrat de travail**, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu.

(2) Une perte d'assiette évaluée à 44,8 milliards d'euros pour 2010

Selon les données du ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, les « exemptions d'assiette » de cotisations sociales s'élèveraient en 2010 à 44,8 milliards d'euros. **Les pertes de cotisations sociales afférentes représenteraient ainsi 9,1 milliards d'euros.**

Montant des exemptions d'assiette en 2010

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Montants des exemptions d'assiette	Pertes de recettes
Participation financière et actionnariat salariés	17,6	3,2
Aides directes consenties aux salariés	5,9	1,8
Prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire	17,4	3,1
Rupture du contrat de travail	3,8	0,9
Divers	0,1	0,027
TOTAL	44,8	9,1

Source : annexe 5 au présent projet de loi de financement

Dans son rapport de juin 2008, la commission des comptes de la sécurité sociale soulignait, par ailleurs, **le fort dynamisme de ces dispositifs**. Elle relevait, en particulier, que le taux moyen d'évolution annuelle des sommes versées au titre de la participation financière s'était élevé, entre 2000 et 2005, à 8,3 %, soit un taux nettement supérieur à celui de l'évolution annuelle moyenne de la masse salariale sur la même période (+ 3,2 %).

(3) Des mesures récentes visant à réduire les « exemptions d'assiette »

Il convient, tout d'abord, de souligner que bien qu'exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, **ces rémunérations ou gains particuliers sont, pour la majorité d'entre eux, assujettis à la CSG et à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).**

Par ailleurs, avant l'instauration du « forfait social » par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, **des prélèvements spécifiques assis sur certaines « exemptions d'assiette » avaient déjà été créés :**

- l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ainsi institué, à la charge des employeurs et au profit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), une contribution de 50 % sur les avantages de préretraites ou de cessation anticipée d'activité versés à d'anciens salariés (article L. 137-10 du code de la sécurité sociale) ;

- l'article 13 de cette même loi a créé deux contributions, l'une à la charge des employeurs, l'autre à celle des salariés, sur les stock-options et les actions gratuites, applicables aux options consenties à compter du 16 octobre 2007 (article L. 137-13 du code de la sécurité sociale).

C'est donc dans ce mouvement de réduction des « niches sociales » que s'est inscrit la création du « forfait social », proposée par l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(4) Le « forfait social », une « flat tax »

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

Le dispositif retenu permet ainsi de soumettre automatiquement toute nouvelle exemption d'assiette de cotisations de sécurité sociale au « forfait social ». **Pour en être exonérée, celle-ci doit être explicitement définie.** L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale en énumère aujourd'hui limitativement quatre types :

- **les stock-options et actions gratuites** (article L. 137-13 du code de la sécurité sociale), déjà soumises à une contribution spécifique de 10 % ;

- **les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance** (2° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 2° de l'article L. 741-10 du code rural), assujetties à une contribution de 8 % (article L. 137-1 du code de la sécurité sociale) ;

- **la fraction des indemnités versées en cas de rupture d'un contrat de travail ou de cessation forcée d'activité, exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et soumise à la CSG** (12° alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 3° alinéa de l'article L. 740-10 du code rural)¹ ;

¹ Au 1^{er} janvier 2009, il s'agissait des indemnités de licenciement, des indemnités versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi, des indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un accord de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), des indemnités versées dans le cadre d'une rupture conventionnelle, des indemnités de mise à la retraite, des indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires

- **les contributions des employeurs aux chèques vacances dans les entreprises de moins de 50 salariés** (article L. 411-9 du code du tourisme) : contrairement aux autres aides directes consenties aux salariées (titres restaurant, chèques emplois service universel) qui ne sont pas assujetties à la CSG et sont donc exclues du champ de la mesure proposée, les chèques vacances sont, eux, soumis à la CSG et exonérées de cotisations de sécurité sociale et devraient dès lors entrer dans le champ du forfait social.

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

- les sommes versées au titre de **l'intéressement** (articles L. 3311-1 à L. 3315-5 du code du travail), du supplément d'intéressement (articles L. 3314-10 et L. 3324-9 du code du travail), de l'intéressement de projet (articles L. 3312-6 du code du travail) et de la prime exceptionnelle d'intéressement créée par la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail ;

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

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

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

- les sommes versées aux sportifs professionnels, pour leur part correspondant à la **commercialisation de l'image collective** de l'équipe à laquelle le sportif appartient (article L. 222-2 du code du sport) ;

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

Le taux de la contribution est aujourd'hui fixé à **2 %**. Son produit, évalué à **360 millions d'euros pour 2009** – contre une estimation initiale de 400 millions d'euros –, est intégralement affecté à la CNAMTS.

Produit du « forfait social » en 2009

(en millions d'euros)

Participation	140
Intéressement	125
PEE	30
Retraites supplémentaires	62
PERCO	4
Droit à l'image collective	2
Total	363

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

b) *L'augmentation du taux du « forfait social » ne devrait pas constituer un frein au développement de l'épargne salariale*

(1) Le doublement du taux mais une assiette inchangée

Le **I** de l'**article 15** du présent projet de loi de financement propose de porter de 2 % à 4 % le taux de la contribution, sans en modifier l'assiette. Cette mesure devrait permettre un gain supplémentaire de **380 millions d'euros** ce qui porterait le rendement total du forfait social à 760 millions d'euros.

Assiette du « forfait social »

(en milliards d'euros)

	2009	2010
Participation	6,9	7,4
Intéressement	6,2	6,6
PEE	1,5	1,5
Retraite supplémentaire	3,1	3,2
PERCO	0,2	0,2
Droit à l'image des sportifs	0,1	0,1
Total	18,0	19,0

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

Le **II** de l'**article 15** du présent projet de loi de financement précise que ce nouveau taux s'applique aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2010.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, **deux amendements tendant à inclure dans l'assiette du « forfait social »** :

- d'une part, **les jetons de présence** et les sommes perçues au titre de l'exercice de leur mandat par les administrateurs et membres des conseils de surveillance des sociétés anonymes ;

- d'autre part, **les sommes versées, au titre de l'intéressement, aux chefs d'entreprises**, présidents, directeurs généraux, gérants, membres du

directoire et conjoints collaborateurs d'une entreprise de moins de 150 salariés.

(2) Un aménagement qui ne devrait pas remettre en cause le développement de l'épargne salariale

Votre rapporteur pour avis est favorable à la présente mesure qui s'inscrit dans le cadre de nombreux travaux menés sur la question des « **niches sociales** », notamment par la Cour des comptes¹ et par notre collègue député, Yves Bur, rapporteur de la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales².

S'agissant plus particulièrement des abondements réalisés par les employeurs aux plans d'épargne entreprise, notamment le PERCO, ainsi qu'aux régimes de retraites supplémentaires – dispositifs auquel votre rapporteur pour avis est attaché –, leur assujettissement au « forfait social » ne semble pas de nature à en freiner le développement. **Le taux de la contribution, même doublé, est encore faible par rapport aux taux appliqués aux rémunérations salariales ordinaires.** Ainsi l'annexe relative aux fiches d'évaluation préalable des articles du présent projet de loi de financement indique-t-elle par exemple que pour une rémunération comprise entre 1,6 SMIC (2.139 euros bruts) et le plafond de la sécurité sociale (2.859 euros bruts), 30,4 points de cotisations sociales sont en moyenne supportés par l'employeur.

Par ailleurs, selon les données transmises à votre rapporteur pour avis, la part de l'épargne salariale dans la rémunération totale des salariés a augmenté depuis 1999, passant de 6,1 % à 8,1 % en 2010. Ainsi, compte tenu du fait que l'épargne salariale supporte moins de prélèvements sociaux que les salaires, la part des prélèvements sociaux rapportée à la totalité des rémunérations versées (salaire et épargne salariale) a diminué mécaniquement, passant de 28,4 % en 1999 à 28,1 % en 2009. **Le relèvement du forfait social de deux points en 2010** ne devrait pas être de nature à remettre en cause cette tendance : **il devrait porter la part des prélèvements sociaux dans la totalité des rémunérations versées aux salariés à 28,2 %.**

Enfin, votre rapporteur pour avis rappelle que, dans la mesure où il s'agit de **revenus différés** pour le salarié, leur imposition, en l'occurrence au forfait social, **évite un effet de substitution aux salaires.**

¹ Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007.

² Rapport d'information n° 1001 (XIII^{ème} législature).

3. Les modalités d'assujettissement des plus-values de cession mobilières et droits sociaux aux prélèvements sociaux (article 16)

a) Régime actuel d'imposition des plus-values sur valeurs mobilières et droits sociaux

Les plus-values réalisées par les particuliers à l'occasion de la cession de valeurs mobilières ou de droits sociaux sont en principe soumises au même régime, quelle que soit la nature des titres cédés.

(1) Le seuil d'imposition

Aux termes des articles 150-0A à 150-OE du code général des impôts, ces plus-values **sont soumises à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux lorsque le montant annuel des cessions excède un seuil fixé à 25.730 euros pour les cessions réalisées en 2009** et que l'opération ne bénéficie d'aucune exonération.

Lorsque le montant annuel est supérieur au seuil d'imposition, qui est révisé chaque année, **la totalité des plus-values réalisée est taxée** et pas seulement la part supérieure au seuil.

Le taux global d'imposition est de 30,1 %, soit 18 % au titre de l'impôt sur le revenu, et 12,1 % au titre des prélèvements sociaux.

Indépendamment de l'exonération qui peut résulter du fait que le contribuable n'a pas dépassé le seuil d'imposition, certaines plus-values mobilières échappent à l'imposition compte tenu des exonérations prévues par la loi.

(2) Les modalités d'imposition

Les moins-values subies au cours d'une année **sont imputables exclusivement sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année ou des dix années suivantes**. Aucune imputation sur le revenu global n'est possible. Les plus-values et moins values de même nature susceptibles de se compenser comprennent l'ensemble des plus-values réalisées à l'occasion de la cession de droits sociaux et de valeurs mobilières.

Si la compensation des gains été pertes réalisés au cours de l'année dégage une perte, cette dernière est imputable sur les gains réalisées au cours des années suivantes **à la condition que cette perte résulte d'opérations imposables, c'est à dire qui ne bénéficient d'exonération et dont le montant de cessions est supérieur au seuil d'imposition.**

b) La neutralisation proposée du seuil de cession pour l'imposition des plus-values de cession de valeurs mobilières aux prélèvements sociaux

Afin de renforcer la **logique d'universalité de l'assiette des prélèvements sociaux**, le présent article propose de **supprimer le seuil annuel d'imposition s'agissant de l'assujettissement des plus-values aux prélèvements sociaux**. La **dissociation** du régime fiscal et du régime social nécessite de procéder à de nombreuses modifications législatives.

(1) La suppression du seuil d'imposition en matière sociale

(a) Le principe

Le **I** du présent article modifie l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution sociale sur les revenus du patrimoine **en précisant que sont également soumis à la contribution sociale généralisée :**

1) les gains nets exonérés en application du 1 du I de l'article 150-0A du CGI, c'est-à-dire les sommes inférieures au seuil d'imposition annuel fixé dans ce paragraphe ;

2) les gains nets exonérés en application des dispositions relatives aux abattements pour durée de détention qui permettent une exonération totale lorsque les titres sont détenus au delà de 8 ans ;

3) les gains nets exonérés en application des dispositions concernant la cession des titres de jeunes entreprises innovantes ;

4) les plus-values à long terme exonérées en application de l'article 151 *septies* A du CGI relatif aux exonérations des plus-values réalisées à l'occasion de la cession à titre onéreux d'une entreprise individuelle ou de l'intégralité des droits ou parts d'une société soumise au régime d'imposition des sociétés de personnes dans laquelle l'associé exerce son activité professionnelle.

(b) Une mesure de conséquence : l'aménagement du régime d'imputation des moins-values en matière sociale

Compte tenu de la suppression proposée du seuil d'imposition, le dernier alinéa du 1° du I du présent article précise dans un nouvel alinéa de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale les modalités d'imputation des moins-values dans le cadre de l'assujettissement aux prélèvements sociaux. **La perte résultant de la compensation des plus-values et moins values réalisées au cours d'une année pourra être reportée, quelque soit le montant annuel des cessions de l'année considérée, sur les gains des années futures. Logiquement, l'article tire les conséquences de la suppression du seuil d'imposition s'agissant des prélèvements sociaux.**

(c) Une mesure de conséquence : l'inclusion dans le bouclier fiscal de l'élargissement de l'assiette de la CSG

Le 4° du IV du présent article modifie l'article 1649-0 A du CGI relatif à la définition des revenus pris en compte dans l'établissement du droit à restitution des impositions en fonction du revenu (« bouclier fiscal »). Il précise ainsi que les gains retirés des cessions de valeurs mobilières, droits sociaux et titres assimilés qui n'excèdent pas le seuil d'imposition en matière fiscale doivent être pris en compte pour leur part soumise à la CSG en application de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

Le second alinéa du V de l'article précise que l'inclusion dans le bouclier fiscal de l'élargissement de l'assiette de la CSG concernant les plus-values sur les valeurs mobilières et les droits sociaux s'appliquerait aux cessions réalisées à compter du 1^{er} janvier 2010.

(2) La simplification de la codification de la CRDS

Actuellement, toute modification de la CRDS suppose de modifier au moins deux textes, à savoir l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et le code général des impôts dont les articles 1600-0 G à 1600-0 M précisent le régime de la CRDS en dupliquant les dispositions de l'ordonnance de 1996.

Le IV du présent article propose de **mettre fin à la technique du code suiveur, qui pose régulièrement des problèmes de coordination**. Pour ce faire, il ne conserve que quatre articles sur les sept actuellement en vigueur (3° du IV de l'article), et réécrit la rédaction de ces quatre articles en prévoyant un renvoi de principe aux articles 15, 16, 17 et 19 de l'ordonnance précitée :

- les trois premiers articles, à savoir les articles 1600-0 G, 1600-0H et 1600-0 I indiquent que la CRDS assise respectivement sur les revenus du patrimoine, les produits de placement et les ventes de métaux précieux, bijoux, objet d'art, de collection et d'antiquité, est établie, contrôlée et recouvrée conformément aux articles 15,16 et 17 de l'ordonnance de 1996,

- l'article 1600-0 J précise que les taux de la contribution mentionnée aux trois articles précédents est fixé par l'article 19 ;

- les articles 1600-0 K à 1600-0 M sont abrogés.

Le renvoi direct à l'ordonnance permettra notamment en cas d'augmentation de la CRDS de ne modifier qu'un seul texte.

c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis est favorable au présent article dans la mesure où il vise à **sécuriser l'assiette des prélèvements sociaux au titre des plus-values réalisées lors de la cession de valeurs mobilières et droits sociaux**.

En effet, l'augmentation régulière et sensible du seuil d'imposition a conduit à une **contraction progressive de l'assiette des prélèvements sociaux sans que cet effet dépréciateur sur les recettes de la sécurité sociale soit pris en compte**. Ainsi le seuil d'imposition, qui était de 7.650 euros en 2002 a été porté à 15.000 euros en 2003, à 20.000 euros en 2007 et à 25.000 en 2008, date à laquelle une formule d'augmentation mécanique a été décidée par le législateur¹. Parallèlement, il convient de noter que la perte de recettes fiscales résultant de la hausse du seuil d'imposition a elle été compensée en partie par l'augmentation, en 2008, du taux du prélèvement forfaitaire obligatoire.

Afin de **préserver les recettes de la sécurité sociale** et dans une **logique d'universalité de l'assiette des prélèvements sociaux** que votre rapporteur pour avis défend, le présent article **supprime le seuil d'imposition en matière sociale** : à compter de cessions réalisées en 2010, ces plus-values seront soumises aux prélèvements sociaux **dès le premier euro** et ce quel que soit le montant annuel des cessions.

Selon la fiche d'impact associée à l'article, **cette mesure permettrait d'augmenter les recettes de la sécurité sociale à hauteur de 113 millions d'euros à compter de 2011, dont 63 % bénéficierait au régime général**. Le nombre d'épargnant susceptibles d'être impactés par la mesure est estimé à 2,3 millions de personnes sachant que deux catégories de personnes ne seront pas soumises à cet élargissement de l'assiette : d'une part, les personnes dont les revenus globaux du patrimoine sont inférieurs à 500 euros et donc sont en dessous du seuil de recouvrement, d'autre part, les contribuables qui bénéficient du « bouclier fiscal ».

Si votre rapporteur pour avis soutient cette initiative, il remarque néanmoins que **cette mesure renforce la déconnexion des assiettes fiscale et sociale, ce qui ne contribue pas à la lisibilité des prélèvements obligatoires. Ainsi :**

- à partir des cessions réalisées à compter du 1^{er} janvier 2010, les prélèvements sociaux seront plus importants que les prélèvements fiscaux dans la mesure où ils porteront sur une assiette plus large compte tenu de la suppression du seuil d'imposition en matière sociale ;

- à partir de 2014, cet écart s'intensifiera en raison de la possibilité de bénéficier d'une exonération totale en matière fiscale compte tenu des premiers effets des dispositions relatives aux abattements en fonction de la durée de détention des titres.

¹ Ce seuil est désormais indexé sur la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente.

4. L'aménagement du régime des contrats d'assurance-vie au regard des contributions sociales en cas de décès (article 17)

Le présent article tend à supprimer l'exonération des prélèvements sociaux dont bénéficient les contrats d'assurance vie comprenant des unités de compte en cas de décès de l'assuré.

a) Le droit existant : des modalités d'application des contributions sociales sur les produits des contrats d'assurance-vie différenciées selon le support ou le dénouement.

- (1) Les dispositions actuellement en vigueur : une différence de traitement entre contrats monosupports et contrats multi-supports face aux prélèvements sociaux

Il existe deux types de contrats d'assurance-vie s'agissant du support d'investissement dont ils font l'objet.

Le contrat d'assurance-vie monosupport ou « assurance-vie en euros » est garanti par l'assureur du contrat. L'épargne accumulée est disponible à tout moment, sans risque de perte de capital et avec un rendement minimum garanti.

Dans le cadre d'un contrat multi-supports, les sommes versées sur un contrat assurance vie peuvent être investies dans des actifs financiers de tous types. Le contrat comporte plusieurs supports en euros et/ou en unités de compte (UC) (principalement des OPCVM, Sicav ou fonds commun de placement), entre lesquels sont réparties les cotisations versées. Le souscripteur peut à tout moment modifier la répartition de son épargne entre les supports en procédant à un arbitrage. Le capital n'est pas garanti, l'évolution de l'épargne dépendant du choix des supports et de la performance des actifs qui le composent

Répartition des contrats d'assurance-vie

Selon l'encours (1.155 milliards d'euros à fin 2008) :

- 44,78 % de contrats monosupport euros, soit 515 milliards d'euros
- 55,22 % de contrats multi-supports euros et UC, soit 640 milliards d'euros :
 - dont 190 milliards d'euros en UC
 - et 450 milliards d'euros sur le compartiment euro

Selon le flux (85 milliards d'euros de cotisations perçues en 2008)

- 17 % de contrats euros mono-support
- 83 % de contrats multi-supports euros et UC dont
 - 64 % de versement sur le compartiment euro, soit 54 milliards d'euros et
 - 19 % de versements sur des supports UC, soit 16 milliards d'euros.

Source : FFSA – Données Clés 2008

Outre l'imposition sous forme d'impôt sur le revenu ou de prélèvement libératoire, les produits de ces contrats d'assurance-vie font également l'objet du prélèvement de cinq contributions sociales à hauteur de 12,1 %¹ :

- la contribution sociale généralisée (CSG) de 8,2 % ;
- la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) de 0,5% ;
- le prélèvement social de 2 % ;
- deux contributions additionnelles : une première de 0,3 % et une seconde de 1,1 % destinée à financer le revenu de solidarité active (RSA).

Cependant, les modalités de prélèvement diffèrent, selon qu'il s'agit d'un contrat monosupport ou multi-supports.

Les contrats monosupport (en euros) donnent lieu aux prélèvements sociaux sur une base annuelle, au 31 décembre. En effet, le montant des intérêts est calculé annuellement et crédité au compte de l'assuré. Aux termes de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, le fait générateur du prélèvement est l'inscription en compte pour les contrats en euros.

En revanche, **dans le cadre d'un contrat multi-supports comprenant des unités de compte, le prélèvement ne peut être opéré qu'au dénouement du contrat.**

Article L. 136-7 du code de la sécurité sociale [...] II. - *Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au premier alinéa du I, pour la part acquise à compter du 1er janvier 1997 et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date en ce qui concerne les placements visés du 3° au 9° ; [...]*

3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0A du code général des impôts quelle que soit leur date de souscription, lors de leur inscription au contrat ou lors du dénouement pour les bons et contrats en unités de compte visés au deuxième alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, à l'exception des produits attachés aux contrats visés à l'article 199 septies du code général des impôts ; [...]

L'application des produits au dénouement du contrat d'assurance-vie comprenant des unités de compte est fondée sur deux raisons techniques.

D'une part, la provision mathématique, ou l'ensemble des primes nettes de frais encaissées par l'assureur majorées des intérêts, avant le dénouement du contrat, n'appartient pas au souscripteur mais à l'assureur. L'assuré ne détient qu'un droit de créance éventuel, en raison de l'aléa du

¹ Depuis le 1^{er} janvier 2009, contre 11 % précédemment.

contrat, sur la valeur de rachat, et non de retrait, telle que définie dans la garantie en cas de vie.

D'autre part, la provision mathématique est constituée du nombre de parts d'unités de comptes et non de la valeur de l'unité de comptes. La plus-value qui pourrait servir de base à un prélèvement social annuel n'est que latente. Prélever les cotisations sociales annuellement conduirait d'une part, à les imputer sur une plus-value fictive et d'autre part à les rembourser l'année suivante en cas de moins-value fictive, si la valeur de l'UC a diminué. C'est pourquoi, les prélèvements sociaux sont appliqués lors de chaque sortie (rachat partiel ou total) sur le montant total des produits.

- (2) Une exonération des prélèvements sociaux des contrats multisupports comprenant des unités de compte en cas de décès des assurés.

Cette différence de traitement entre contrats mono-support et multi-supports se double d'une autre distinction entre contrats multi-supports en cas de décès du souscripteur.

La plupart des contrats d'assurance sur la vie dispose d'une « contre-assurance décès » prévoyant le versement d'un capital décès ou une rente au bénéficiaire désigné.

Si lors du dénouement du contrat multi-supports par rachat total ou partiel, l'acquittement des prélèvements sociaux se fait selon les modalités prévues à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, il n'en va pas de même en cas de décès de l'assuré.

Cet événement donne lieu au versement de capitaux décès, pouvant être différents de la valeur de rachat du contrat. Ils échappent aujourd'hui aux contributions sociales. Cette exonération ne résulte pas explicitement du texte de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, mais de l'interprétation de la nature des prestations versées au bénéficiaire. Ces dernières ne constituent pas des produits de la capitalisation des sommes versées au titre de la garantie en cas de vie, mais une prestation prévue par la garantie en cas de décès.

b) Le dispositif proposé

Le présent article vise, en premier lieu, à assurer l'égalité de traitement entre les souscripteurs de contrats d'assurance-vie multisupports au regard des prélèvements sociaux. Les produits capitalisés des contrats multi-supports comprenant des unités de compte sont soumis aux contributions sociales en cas de rachat total ou partiel alors qu'ils en sont exonérés en cas de décès du souscripteur.

En second lieu, cet article aura un effet positif sur les recettes de la sécurité sociale. **Il doit générer 270 millions de recettes.** 20 % des contrats d'assurance-vie se dénouent par décès.

Le 1° du I du présent article modifie donc le 3° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, afin de soumettre à la CSG les produits

des contrats d'assurance-vie en cas de décès de l'assuré, à l'exception des produits attachés aux contrats mentionnés à l'article 199 *septies* du CGI¹ car concernant des bénéficiaires au statut particulier (enfants, infirmes, ...)

Le 2° du I procède à une modification de coordination. L'article 81 C du CGI est devenu l'article 155 B.

Le II modifie l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 s'agissant de la CRDS. **Le 1° A (nouveau)** rectifie une erreur en précisant que les termes « ci-après » font en fait référence à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

Le 1° du II prévoit que sont soumis à la CRDS les produits de placement mentionnés au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale pour la partie acquise à compter du 1^{er} février 1996, et le cas échéant, constatée à compter de la même date en ce qui concerne les placements visés aux 3° et 9° du même II.

Le 2° du II supprime le III de l'article 16 par coordination.

L'Assemblée nationale a adopté en première lecture le présent article modifié par un amendement de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, visant à rectifier une erreur.

c) La position de votre rapporteur pour avis

- (1) Un dispositif nécessaire mais dont la rédaction est ambiguë quant à l'assiette des prélèvements

Votre rapporteur pour avis se déclare favorable à la suppression de l'inégalité de traitement entre les souscripteurs de contrats en euros et ceux en unités de compte, face aux prélèvements sociaux.

L'inégalité réside, en cas de décès, dans l'application des prélèvements sociaux annuellement sur le montant des intérêts des contrats en euros, contrairement aux contrats multi-supports, qui ne font l'objet d'aucun

¹ Article 199 *septies* du CGI : « [...] 1° Les primes afférentes à des contrats d'assurance en cas de décès, lorsque ces contrats garantissent le versement d'un capital ou d'une rente viagère à un enfant ou à tout autre parent en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré de l'assuré, ou à une personne réputée à charge de celui-ci en application de l'article 196 A bis, et lorsque ces bénéficiaires sont atteints d'une infirmité qui les empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'ils sont âgés de moins de dix-huit ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal ;

2° Les primes afférentes aux contrats d'assurance d'une durée effective au moins égale à six ans dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine lorsque les contrats sont destinés à garantir le versement d'un capital en cas de vie ou d'une rente viagère avec jouissance effectivement différée d'au moins six ans, quelle que soit la date de la souscription, à l'assuré atteint, lors de leur conclusion, d'une infirmité qui l'empêche de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle ; [...] ».

prélèvement puisque le contrat n'a pas été dénoué par rachat, mode de dénouement en cas de vie.

Or, le décès de l'assuré est un motif de dénouement du contrat.

De surcroît, votre rapporteur pour avis se félicite que cette mesure puisse procurer 273 millions d'euros en 2010. 20 % des contrats d'assurance-vie se dénouent, en effet, par le décès de l'assuré.

Cependant, votre rapporteur pour avis émet des réserves à la rédaction de l'article qui, pour ne pas appliquer les prélèvements sociaux au capital décès a recours à une fiction juridique, celle de stopper le temps une seconde avant le décès de l'assuré afin de constater les produits générés pendant la vie du contrat.

Il rappelle que, au moment du décès, la prestation due, au titre du contrat, subit une double transformation, quant à sa nature et à son destinataire. Tout d'abord, qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente, elle ne constitue pas la rémunération de l'épargne valorisée du souscripteur. Ensuite, elle n'est pas due au souscripteur, mais au bénéficiaire, tiers au contrat.

Il convient donc par cette fiction de se placer une seconde avant le décès car dès la survenance de ce dernier, la garantie en cas de vie au bénéfice de l'assuré fondée sur la valorisation de l'épargne laisse place à la garantie en cas de décès au profit du bénéficiaire sur la base de prestations décès, dont le montant peut être différent de la valeur de rachat.

(2) Une rédaction perfectible

C'est pourquoi votre rapporteur pour avis vous propose de clairement distinguer l'assujettissement aux contributions sociales, du calcul et de l'exigibilité de ces contributions.

Il s'agit, dans un premier temps, de faire naître la créance de l'Etat pendant la vie du contrat, afin de ne pas avoir à appliquer les prélèvements sociaux sur la prestation versée en cas de décès ou sur les produits du contrat par le biais d'une fiction « temporelle ».

Quelle que soit la nature du contrat d'assurance-vie, les contributions seraient dues sur une base annuelle.

En revanche, le présent amendement tend à répondre aux arguments techniques et juridiques évoqués ci-dessus.

C'est pourquoi, il est procédé, dans un second temps, au calcul des prélèvements sociaux appliqués sur les produits calculés, non seulement, en cas de sortie totale ou partielle du contrat mais également au moment du décès.

Cet amendement ne modifie aucunement les modalités de prélèvement sur les produits des contrats monosupport et multi-supports en cas de rachat. Il vise à surmonter l'obstacle juridique de la transformation de

l'épargne en prestation-décès ainsi que celle technique, qui empêche d'appliquer les contributions sociales sur une plus-value latente.

5. La suppression du droit à l'image collectif du sportif professionnel (article 17 quater)

a) Les dispositions actuellement en vigueur

Le droit à l'image collective (DIC) a été créé par l'article 1^{er} de la loi n° 2004-1366 du 15 décembre 2004 portant diverses dispositions relatives au sport professionnel, issue d'une proposition de loi de nos anciens collègues députés Edouard Landrain et Jean-Marie Geveaux. Il est codifié à l'article L. 222-2 du code du sport.

Proposition majeure d'un rapport¹ d'une mission sur le sport professionnel en France que M. Jean-François Lamour, alors ministre de la jeunesse et des sports, avait confiée à M. Jean-Pierre Denis, alors inspecteur des finances, **le DIC permet aux sportifs, dans certaines conditions, de bénéficier d'une exonération de charges sociales sur une fraction de 30 % de leur rémunération versée par leur club.** Cette part de la rémunération n'est pas considérée comme un salaire et est censée correspondre à l'apport du joueur à la construction de l'image de son club, dont celui-ci peut tirer bénéfice.

Aux termes du II de l'article L. 222-2 du code du sport, il revient à des conventions collectives conclues, pour chaque discipline sportive, entre les organisations représentatives des sportifs professionnels et les organisations représentatives des sociétés employant des sportifs professionnels, de déterminer :

- la part de rémunération relevant du DIC, « *laquelle ne peut excéder 30 % de la rémunération brute totale versée par la société au sportif professionnel* ». En pratique, cette part a toujours été fixée à 30 % ;

- les modalités de fixation de cette part de rémunération ;

- **le seuil au-delà duquel le DIC s'applique, qui ne peut être inférieur au double du plafond de la sécurité sociale².**

Même s'il est prévu qu'en l'absence de convention collective, un décret puisse fixer l'ensemble de ces modalités, le DIC a été un élément de structuration de plusieurs disciplines et a facilité la conclusions de conventions collectives, notamment pour ce qui concerne le rugby et le basket-ball.

¹ Rapport IGF 2003-M-066-01 sur certains aspects du sport professionnel en France par M. Jean-Pierre Denis, novembre 2003.

² A ce jour, le rugby et le basket-ball ont fixé ce plancher au double du plafond de la sécurité sociale, et le football au triple de ce même plafond.

b) La réforme de la loi de finances pour 2009, théoriquement applicable au 1^{er} juillet 2010

Le DIC a été réformé par l'article 185 de la loi de finances initiale pour 2009 (loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008).

Cette réforme a consisté à **établir une différenciation par discipline pour la détermination du plancher au-delà duquel le DIC s'applique aux rémunérations des sportifs professionnels**. Ce plancher resterait défini par la convention collective des disciplines concernées. Cependant, **le minimum pourra être modulé par décret selon les disciplines** (au vu du niveau moyen de rémunération pratiqué dans la discipline) dans une fourchette allant de deux fois le montant du plafond de la sécurité sociale à huit fois ce montant¹.

Il est précisé que « *les stipulations des conventions collectives en vigueur prévoyant un seuil inférieur au montant fixé par le décret [précité] cessent de produire leurs effets à compter du 1^{er} juillet 2010* », ce qui revient à faire entrer ces dispositions en vigueur à cette même date.

En outre, à l'initiative de notre collègue Michel Sergent, rapporteur spécial de la mission « Sport, jeunesse et vie associative », **ce dispositif a été borné dans le temps, avec une extinction prévue au 1^{er} juillet 2012**.

c) Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article, introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de nos collègues députés Yves Bur, rapporteur, Marc Le Fur et Marisol Touraine, vise, après un sous-amendement du Gouvernement, à **avancer au 1^{er} janvier 2010 la date d'extinction du DIC**.

A cette fin, il propose de modifier le IV de l'article L. 222-2 du code du sport de sorte que le DIC ne s'applique plus qu'aux rémunérations versées jusqu'au 31 décembre 2009, au lieu du 30 juin 2012 actuellement.

d) La position de votre rapporteur pour avis

(1) un dispositif coûteux pour le programme « sport », dont l'efficacité doit être relativisée...

Notre collègue Michel Sergent, rapporteur spécial de la mission « Sport jeunesse et vie associative » a conduit, début 2008, un contrôle budgétaire sur le DIC², puisqu'il revient au programme « Sport » de rembourser à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) les cotisations non perçues.

Les conclusions du rapport d'information, reprises dans son commentaire de l'article 78 du projet de loi de finances pour 2009³ (devenu l'article 185 de la loi) qui en est issu méritent d'être rappelées.

¹ Pour 2009, le plafond de la sécurité sociale s'élève à 2.859 euros bruts par mois.

² Rapport d'information n° 255 (2007-2008).

³ Rapport général n° 99 (2008-2009), Tome III, annexe 30.

Tout d'abord, **cette dépense n'est pas maîtrisable par l'Etat payeur, car elle dépend exclusivement de l'évolution de la masse salariale des sportifs bénéficiaires.** Or, cette assiette peut s'élargir de deux façons : soit par l'entrée de nouvelles disciplines dans le champ du DIC¹, soit par l'augmentation de la rémunération des sportifs, que permet la hausse des droits de retransmission télévisée, par exemple du football et du rugby.

Ensuite, cette dépense est coûteuse : 26 millions d'euros inscrits à ce titre sur les 227,2 millions d'euros de crédits de paiement du programme « Sport » dans le projet de loi de finances pour 2010). Le niveau de ce remboursement et son dynamisme, au moins les premières années, à contraint le gestionnaire du programme à faire des choix parmi les autres actions à financer, c'est-à-dire, notamment, les subventions aux fédérations, la pratique du sport pour tous ou la lutte contre le dopage.

De plus, notre collègue Michel Sergent a montré que **l'efficacité du droit à l'image collective doit être relativisée.** Son rapport d'information précité montre ainsi que l'avantage tiré par les clubs sportifs de cette mesure est de l'ordre de 3 % de leur budget. Cela n'est pas à la hauteur des écarts de richesse entre clubs français et clubs étrangers, notamment en football², et le DIC n'a pas la puissance nécessaire pour arrêter le transfert des meilleurs joueurs du championnat de France vers l'étranger.

(2) ... mais qui fait partie de l'équilibre économique et social des clubs

L'analyse de notre collègue était donc sévère. Toutefois, ni dans son rapport d'information, ni dans le riche débat sur le DIC tenu lors de l'examen au Sénat de l'article 185 de la loi de finances pour 2009 précité³ il n'a défendu la suppression immédiate du dispositif. Il en a fourni deux raisons :

- la première est que **le dispositif ne concerne pas que le football**, certes très emblématique, mais également d'autres disciplines (rugby, basket-ball, handball) dont les clubs présentent une structure financière moins solide ;

- la seconde est que, **bon ou mauvais, le DIC fait partie intégrante de l'équilibre économique et social des sociétés sportives.** Economique, car les clubs ont construit leur budget et conclu leurs contrats (au moins jusqu'en 2012) sur la base de l'existence du DIC. Et social car, comme le vise explicitement l'article L. 222-2 du code du sport précité, plusieurs conventions collectives s'appuient sur le DIC. Lors du débat budgétaire de l'année dernière, le décalage au 1^{er} juillet 2010 de l'entrée en vigueur de la réforme a ainsi été expliqué par le Gouvernement du fait de la nécessité d'adapter en conséquence lesdites conventions collectives.

¹ Ainsi, le handball est entré dans le champ du dispositif à partir de cette saison 2008-2009.

² A titre d'exemple, selon l'étude Deloitte Money League 2008 sur la richesse des clubs de football européens, le budget du plus grand club français, l'Olympique lyonnais, s'est élevé à 140,6 millions d'euros en 2006-2007, contre 351 millions d'euros pour le Real Madrid.

³ Voir le compte-rendu des débats du Sénat, séance du 6 décembre 2008.

C'est pourquoi votre rapporteur pour avis, bien que partisan de la suppression à terme du DIC, **s'étonne du délai extrêmement court figurant dans le présent article**. De surcroît, s'agissant des clubs sportifs, **le 1^{er} janvier ne correspond à rien, les exercices étant calés sur les saisons et s'étalant donc du 1^{er} juillet au 30 juin**. Il estime que la suppression d'une aide prévue jusqu'en 2012, « sans préavis » et en plein milieu d'exercice n'est pas une démarche raisonnable pour quelque employeur que ce soit, fussent-ils des clubs sportifs.

Il propose donc d'amender le présent article et **de supprimer progressivement et « en douceur » le DIC, en faisant passer successivement la fraction de rémunération bénéficiant de l'exonération de 30 % actuellement à 20 % au 1er juillet 2010, puis 10 % au 1er juillet 2011 et enfin 0 % au 1er juillet 2012**. Le cap serait enfin fixé de la manière la plus claire tout en laissant le temps aux disciplines concernées de mettre sur pied un plan d'amélioration de leur compétitivité à moyen terme.

C. LES AUTRES MESURES

1. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues en cas de travail dissimulé (article 17 bis)

Le présent article corrige au sein de l'article L. 242-1-1 de la sécurité sociale les **références à la nouvelle partie législative du code du travail** entrée en vigueur au 1^{er} mai 2008 suivant l'article 2 de la loi n° 2008-67 du 21 janvier 2008 dans son article 2. En effet, **ont été abrogées, à compter du 1^{er} mars 2008, les dispositions de la partie législative du code du travail dans sa rédaction issue de la loi n° 73-4 du 2 janvier 1973**.

Ainsi, le présent article substitue à la mention de l'article L. 324-10 du code du travail, les références aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code relatifs à la définition du travail dissimulé par dissimulation d'activité ou par dissimulation d'emploi salarié.

2. Le régime social des parts à rendement subordonné (« carried interest ») (article 17 ter)

L'usage dans la profession du capital-risque est que les membres d'équipe de gestion de fonds soient associés aux risques et perçoivent un intéressement en fonction des résultats **Les parts de « carried interest » ou parts à rendement subordonné pourraient s'apparenter à des bonus de rémunération des équipes de gestion des fonds communs de placement à risque (FCPR) et des sociétés de capital risque**. En effet, dans le système des « carried interest », les salariés retirent, à mise égale, des plus values supérieures à celles réalisées par les investisseurs extérieurs.

L'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus liés aux « carried interest » fait l'objet de cet article **introduit par l'Assemblée nationale**, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur général des recettes et de l'équilibre pour la commission des affaires sociales

a) Le régime fiscal de ces bonus a été encadré par la loi de finances pour 2009

(1) Un régime fiscal attractif...

L'instruction fiscale du 28 mars 2002 a assimilé les revenus liés aux « carried interest » à des plus-values à long terme soumises au taux forfaitaire d'impôt de 16 %, auquel s'ajoutent les prélèvements correspondant à la CSG et au supplément exceptionnel de cotisation sociale à hauteur de 11 %. Ce régime correspond à une pratique des affaires qui prévaut à Londres et dans nombre d'autres places financières.

Ce régime attractif se justifie par trois éléments : tout d'abord, il s'agit de faire en sorte que leurs intérêts soient conformes à ceux des investisseurs institutionnels ; ensuite de rémunérer la prise de risque de l'équipe de gestion ; enfin, de répondre à un standard international afin de ne pas encourager les délocalisations d'équipe par manque d'attractivité.

(2) ... dont le bénéfice est dorénavant encadré par la loi

(a) Les conditions d'application du régime fiscal des plus-values

L'article 15 de la loi de finances pour 2009, voté à l'initiative de votre commission des finances et codifié à **l'article 163 quinquies C du code général des impôts** encadre le régime fiscal des parts ou actions de « *carried interest* »¹ que perçoivent les gestionnaires de fonds de capital-investissement. **Il subordonne ainsi le bénéfice de la taxation au régime des plus-values au respect de trois conditions** principales :

- une souscription des parts ou actions à la valeur réelle ;

- **l'absence de distribution des gains associés à ces parts ou actions pendant cinq ans** après la date de constitution du fonds commun de placement à risque (FCPR) ou de l'émission des actions de carried par la société de capital-risque (SCR) ;

- **et un apport par les gestionnaires d'au moins 1 % du montant total des souscriptions reçues par le fonds**, ou à titre dérogatoire un taux inférieur fixé par le décret n° 2009-1248 du 16 octobre 2009 fixant le taux minimal d'investissement dans certaines structures de capital-risque applicable à titre dérogatoire.

¹ Rappelons qu'il s'agit d'une catégorie de titres attribués discrétionnairement aux membres de l'équipe de gestion d'un fond afin de leur réserver un pourcentage (généralement 20 % de la performance supérieure à 8 % dans le domaine du private equity) des plus-values et produits réalisés par le fonds.

(b) La soumission à l'impôt sur le revenu suivant les règles applicables aux traitements et salaires en cas de non respect

Lorsque les conditions ci-dessus décrites ne sont pas réunies, les « carried interest » sont considérés comme des salaires et soumis au régime de droit commun : l'employeur doit acquitter les cotisations sociales et les bénéficiaires voient leur rémunération soumise à l'impôt progressif sur le revenu.

Ce principe est précisé à l'article 80 quindecies du code général des impôts: « *Les distributions et les gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque ou des droits représentatifs d'un placement financier dans une entité mentionnée au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A, donnant lieu à des droits différents sur l'actif net ou les produits du fonds, de la société ou de l'entité et attribués en fonction de la qualité de la personne, sont imposables à l'impôt sur le revenu suivant les règles applicables aux traitements et salaires lorsque les conditions prévues au même 8 ou aux deuxième à neuvième alinéas du 1 du II de l'article 163 quinquies C ne sont pas respectées.* »

(3) L'article 17 bis du PLFSS

L'article 17 bis du PLFSS pour 2010, adopté à l'initiative de notre collègue député Yves Bur au nom de la commission des affaires sociales, a pour objectif de **transposer à la sphère sociale les règles qui prévalent dans la sphère fiscale depuis 2009 : ainsi les plus-values acquises au titre des « carried interest » seront assujettis aux prélèvements sociaux dans les mêmes conditions que les produits de placement pour autant qu'ils bénéficient du régime fiscal des produits de placement ou du patrimoine.**

Si elles ne sont pas traitées fiscalement comme des produits de placement, en raison du non-respect des conditions fixées par le législateur en 2009 et précisées dans l'article 163 quinquies C du code général des impôts (*cf. supra*), les plus-values issues de la cession des « carried interest » basculent dans la catégorie « traitements et salaires » justifiant ainsi l'assujettissement à l'impôt sur le revenu¹, et donc l'assujettissement aux cotisations et contributions sociales sur les salaires.

Sur un plan technique, le I de l'article 17 bis du PLFSS propose **d'insérer un article L. 242-1-4** dans le code de la sécurité sociale afin de préciser deux choses :

- d'une part, rentrent dans l'assiette des cotisations et contributions sociales décrite à l'article L. 242-1-4 du code général des impôts « *les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 quinquies du code général des impôts qui sont imposables à l'impôt sur le revenu suivant les règles applicables aux traitements et salaires.* » Il convient de noter que cette

¹ Art. 80 quindecies du CGI.

rédaction ne fait aucune référence à l'article 163 *quinquies* du CGI qui précise les conditions qui ouvrent droit au bénéfice du régime fiscal des plus-values.

- d'autre part, il est précisé que toutes les sociétés concernées par les « carried interest » transmettent avant le 31 janvier à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de sécurité sociale le montant des gains nets et des distributions qui sont imposables à l'impôt sur le revenu.

Le **III** de cet article précise les conditions d'entrée en vigueur de l'article en indiquant que les dispositions s'appliquent aux fonds communs de placement à risques (FCPR) créés à partir du 1^{er} janvier 2010 et pour les sociétés de capital risque aux actions et droits émis à compter de la même date.

Le **II** procède à une rectification d'erreur matérielle.

b) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis se félicite de ce que la rédaction proposée respecte l'équilibre adopté lors de la loi de finances pour 2009, et qu'aucune déconnexion entre l'assiette fiscale et l'assiette sociale ne soit proposée. Toutefois, afin de garantir pleinement le respect de l'article 15 de la loi de finances, il propose de préciser dans le premier alinéa de l'article L. 242-1-4 que les distributions et gains nets issus des « carried interest » ne sont soumis à l'impôt sur le revenu que lorsqu'ils ne respectent pas les conditions de l'article 163 *quinquies* C du code général des impôts.

S'agissant de « l'entrée en vigueur des dispositions », il s'étonne toutefois de la date puisque l'article ne fait que préciser ce qui a été voté l'année dernière par le législateur. **Or le nouveau régime fiscal, dont découle le régime social, des « carried interest » est entré en vigueur le 30 juin 2009.** Votre rapporteur pour avis demandera des précisions en séance sur ce point afin de savoir quel régime est appliqué entre le 30 juin 2009 et le 1er janvier 2010.

3. Le champ de l'exonération de cotisation vieillesse pour les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (article 18)

Le présent article propose de modifier le dernier alinéa du **III** de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale relatif aux **exonérations totales de cotisation d'assurance vieillesse sur les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'un agent titulaire d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.**

Cette disposition introduite par l'article 5 de la loi de financement pour 1999 **impacte les recettes de la CNRACL**, seule destinataire des cotisations afférentes au risque vieillesse. Depuis la mise en œuvre du dispositif en 1999, **le montant des cotisations vieillesse exonérées s'élève à plus de**

190 millions d'euros, le coût annuel de cette exonération ayant été multiplié par trois entre 1999 et 2008.

Le présent article fait suite à la décision de la Cour de Cassation du 11 octobre 2007 qui a étendu le bénéfice de cette exonération à tous les agents titulaires des CCAS qui, quel que soit leur cadre d'emploi, ont pour activité principale l'aide à domicile. Cette décision donne une interprétation extensive de l'exonération, qui semble aller au-delà de la volonté initiale du législateur, lequel ne visait que les agents dont l'aide à domicile est statutairement leur fonction.

Les débats au Sénat à l'occasion du projet de loi de financement pour 1999 soulignent cet aspect, Mme Martine Aubry, alors ministre de l'emploi et de la solidarité expliquant que : « (...) **cette exonération de charges sociales ne concernera que les agents titulaires à temps complet de la fonction publique territoriale qui exercent comme aides-ménagères auprès des personnes âgées ou handicapées.** Leur nombre n'est donc sans doute pas considérable, puisque l'essentiel de ces professionnels exercent à temps partiel, mais il nous a semblé qu'il aurait été préférable de se donner le temps d'apprécier exactement les conséquences de la disposition concernée pour la CNRACL et d'étudier les modalités possibles de son application aux agents titulaires qui n'exercent cette activité que pendant une partie de leur temps. »¹

Les mots employés par la ministre reprennent quasiment la formulation du décret n°92-849 du 28 août 1992, portant statut particulier du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux. L'article 2 qui décrit les fonctions des agents sociaux territoriaux est en effet ainsi rédigé :

*« Les agents sociaux territoriaux peuvent occuper un emploi soit d'aide ménagère ou d'auxiliaire de vie, soit de travailleur familial. En **qualité d'aide ménagère ou d'auxiliaire de vie, ils sont chargés d'assurer des tâches et activités de la vie quotidienne auprès de familles, de personnes âgées ou de personnes handicapées, leur permettant ainsi de se maintenir dans leur milieu de vie habituel.** »*

Les propos de la ministre, qui sont servi de base au vote du Parlement, semblent incontestablement réserver cette exonération aux agents sociaux territoriaux.

Le présent article propose donc de préciser au sein de l'article L. 242-10 que l'exonération totale de cotisation vieillesse pour les CCAS et CIAS ne concernent que les personnes relevant du cadre d'emplois des agents sociaux.

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette modification qui non seulement permettra un retour aux intentions du législateur, mais aussi de limiter la jurisprudence de la Cour de Cassation qui pourrait, si elle était étendue à l'ensemble des agents titulaires des centres d'action sociale, entraîner une baisse sensible des recettes de la CNACRL, dont, il convient de

¹ Extrait des débats, séance du 2 novembre 1998.

le rappeler, que le conseil d'administration n'avait pu à l'époque se prononcer sur la mise en place de cette exonération non compensée par l'Etat.

4. La non-compensation par le budget de l'Etat d'une mesure d'exonération de cotisations sociales (article 19)

Le présent article propose d'écarter l'application du principe de compensation, énoncé à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, pour un dispositif ayant pour conséquence de diminuer les recettes de la sécurité sociale. En effet, en vertu du IV de l'article L O. 111-3 du code de la sécurité sociale, « *seules les lois de financement de la sécurité sociale peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base* ».

Pour la quatrième année consécutive, la loi de financement de la sécurité sociale, seule habilitée à autoriser des non-compensations, est ainsi amenée à écarter le principe énoncé à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

La mesure dont le présent article propose la non-compensation a été introduite par l'article 3 de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer. Les employeurs relevant d'un département ou région d'outre-mer ou d'une des collectivités d'outre-mer concernées (Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin ou Saint-Barthélemy), dans lequel a été conclu un accord régional ou territorial interprofessionnel selon les modalités prévues à l'article L. 2232-2 du code du travail, peuvent, sous certaines réserves, verser à leurs salariés un bonus exceptionnel d'un montant maximal de 1.500 euros par salarié et par an.

Ce bonus exceptionnel, sous réserve de certaines conditions, est exclu de l'assiette de toutes les cotisations ou contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi, y compris de cotisations d'accidents du travail, puisqu'il s'agit d'une exemption d'assiette et d'une exonération, mais à l'exception de la CSG, de la CRDS et du forfait social. La durée maximale de l'exclusion d'assiette est de trois années calendaires à compter de la date d'effet à laquelle l'accord régional ou territorial interprofessionnel permet le versement d'un bonus ou, à défaut, de la date de conclusion de l'accord. Le montant du bonus exceptionnel ne peut excéder 1 500 euros par salarié et par année civile : il s'agit d'un montant brut, c'est-à-dire avant précompte de la CSG et de la CRDS au titre des revenus d'activité.

Le bonus exceptionnel est donc uniquement assujetti, à la CSG au titre des revenus d'activité, après application de la réduction forfaitaire de 3 % au titre des frais professionnels, à la CRDS mais aussi au forfait social. En effet, l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale assujettit au forfait social toute forme de revenus exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et assujettis à la CSG. Or le « bonus exceptionnel » présente

précisément cette double particularité d'assujettissement à CSG et d'exclusion d'assiette de cotisations.

L'exposé des motifs du présent article justifie la non-compensation **par le caractère exceptionnel** de la mesure, destinée à répondre aux difficultés socio-économiques spécifiques rencontrées par les territoires ultramarins au début de l'année. Selon l'annexe 5 au présent projet de loi, le coût de cette mesure pour la sécurité sociale s'élèverait à 63 millions d'euros en 2009 et à 95 millions d'euros en 2010.

Si votre rapporteur pour avis reconnaît le caractère exceptionnel du contexte qui a conduit au vote d'une telle mesure, **il souhaiterait, qu'au regard de la situation qu'il vient de décrire s'agissant des déficits de la sécurité sociale, un moratoire soit mis en place quant à l'adoption de mesures d'exonération d'assiette de cotisations sociales non compensées qui représentent une perte nette pour les régimes de sécurité sociale.**

II. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

A. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2010

1. Les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (articles 1, 7 et 36)

Contrairement aux autres branches qui font l'objet d'un seul objectif de dépenses, la branche maladie se caractérise par un double encadrement : d'une part, par le biais de l'objectif de branche et, d'autre part, par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le champ couvert par l'objectif de branche est plus large que celui de l'ONDAM puisqu'il intègre notamment les frais de gestion des caisses d'assurance maladie ainsi que certaines prestations en nature comme les indemnités journalières maternité. L'annexe 7 au présent projet de loi de financement détaille le passage d'un périmètre à l'autre.

Pour 2010, la direction de la sécurité sociale a changé sa méthode de construction des agrégats de l'objectif de branche, afin notamment de tenir compte des observations répétées de la Cour des comptes sur le rôle peu opératoire de cet objectif. Afin de faciliter les comparaisons avec les objectifs fixés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, l'annexe 4 présente les tableaux d'équilibre du PLFSS pour 2010 selon la méthode de consolidation retenue en 2009.

Evolution de l'objectif de dépenses de la branche maladie (2008-2010)

(en milliards d'euros)

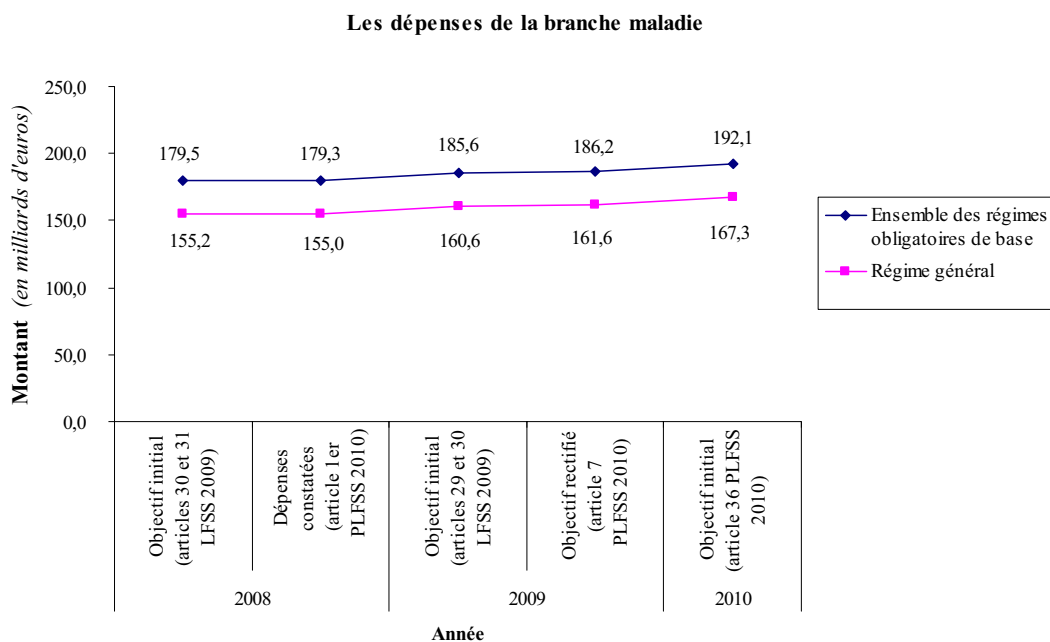
	2008			2009			2010	
	Objectif initial (LFSS 2008)	Objectif constaté (PLFSS 2010)		Objectif initial (LFSS 2009)	Objectif rectifié (PLFSS 2010)		Objectif initial (PLFSS 2010)	
Méthode de comptabilisation	LFSS 2009	LFSS 2009	PLFSS 2010	LFSS 2009	LFSS 2009	PLFSS 2010	LFSS 2009	PLFSS 2010
Régime général	155,2	155,0	145,2	160,6	161,6	150,8	167,3	155,8
Tous régimes	179,5	179,3	168,1	185,6	186,2	173,9	192,1	178,8

Sources : loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, présent projet de loi de financement de la sécurité sociale et annexe 4 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

L'article 36 du présent projet de loi de financement fixe ainsi :

- l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2010 à **178,8 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base**, soit une augmentation de 3,5 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2009 et de 7,1 % par rapport aux dépenses constatées en 2008 ;

- l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2010 à **155,8 milliards d'euros pour le régime général**, soit un accroissement de 3,1 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2009 et de 7,9 % par rapport aux dépenses constatées en 2008.



Note : données obtenues avec la méthode de consolidation en vigueur au moment de la LFSS pour 2009

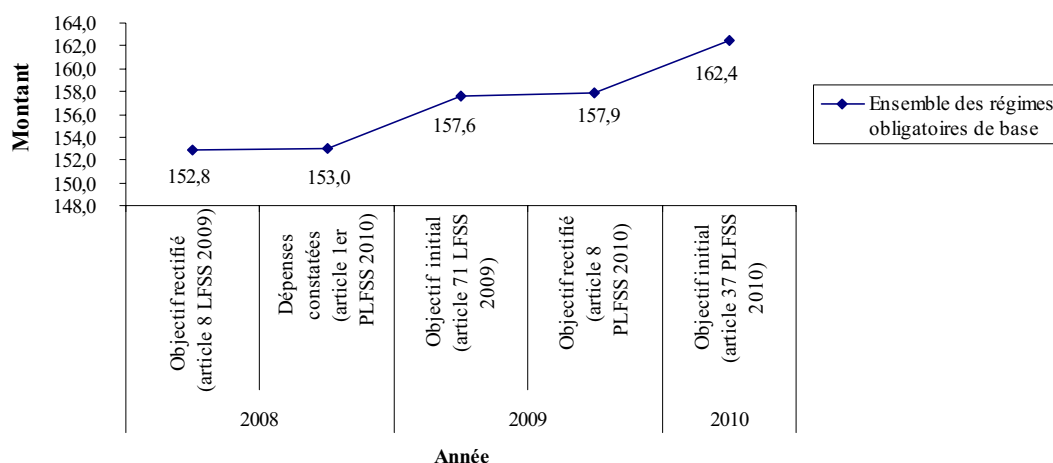
Source : commission des finances

2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (articles 1, 8 et 37)

Le graphique suivant retrace la progression de l'ONDAM entre 2008 et 2009. Deux éléments sont à souligner : d'une part, les moindres dépassements constatés en 2008 et 2009 doivent être relativisés, d'autre part, le contexte économique actuel ne doit pas être un prétexte pour relâcher l'effort de maîtrise des dépenses.

**L'objectif national de dépenses d'assurance maladie
de l'ensemble des régimes obligatoires de base**

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances

a) De moindres dépassements en 2008 et 2009 à nuancer

• Ainsi que le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport d'octobre 2009¹, **les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM se sont élevées, en 2008, à 152,9 milliards d'euros**, soit un taux de progression de 3,5 % par rapport à 2007 et un dépassement de 950 millions d'euros de l'objectif voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Ce dépassement concerne les soins de ville, à hauteur de 850 millions d'euros, et les établissements de santé, pour 150 millions d'euros. Selon les données de la Cour des comptes², le dépassement du sous-objectif soins de ville est lié à un « manque de base » d'environ 300 millions d'euros lors de l'élaboration de l'ONDAM pour 2009, ainsi qu'à la réalisation partielle des économies attendues, notamment en matière de maîtrise médicalisée.

Quant à l'ONDAM hospitalier, il n'a pas été respecté en dépit d'une surévaluation de sa base d'environ 200 millions d'euros et d'un gel de 100 millions d'euros d'une partie de la dotation destinée au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

• S'agissant de **l'ONDAM fixé pour 2009, soit 157,6 milliards d'euros**, il serait quant à lui dépassé, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, de 300 millions d'euros. Le taux d'évolution des dépenses de santé dans le champ de l'ONDAM serait ainsi en 2009 de 3,4 %.

¹ Commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009.

² Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale – septembre 2009.

Ce moindre écart à la prévision initiale que les années passées s'explique en partie par les mesures correctrices prises par le Gouvernement en cours d'année et présentées devant la commission des comptes de la sécurité sociale de juin dernier. Il s'agit, pour l'essentiel, d'un gel de crédits à hauteur de 225 millions d'euros : 150 millions d'euros sur les dotations médico-sociales, 50 millions d'euros sur les crédits destinés au fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (FICQS) et 25 millions d'euros sur les crédits destinés aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

• **Les dépassements constatés ou prévisionnels pour 2008 et 2009 apparaissent ainsi de moindre ampleur que ceux constatés les années passées**, notamment par rapport 2007 où le dépassement de l'ONDAM avait atteint 2,9 milliards d'euros en dépit du déclenchement de la procédure d'alerte. Les mesures de redressement prises, dans ce cadre, étaient en effet intervenues trop tardivement.

ONDAM voté – ONDAM réalisé

(en milliards d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ONDAM initial	112,8	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0	157,6
Dépenses réalisées	116,7	124,1	130,2	135,1	142,1	147,6	153,0	157,9
Dépassement de l'objectif	3,9	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	1,0	0,3
Dépassement de l'objectif en %	3,4	0,5	0,4	0,1	1,0	1,9	0,6	0,2

Source : annexe 1 au présent projet de loi de financement

Cependant ces meilleurs résultats doivent, selon votre rapporteur pour avis, être relativisés :

- premièrement, **ces objectifs ont été dépassés alors même qu'ils se voulaient, au moment de leur adoption, plus réalistes que ceux fixés les années précédentes**, le taux de progression de l'ONDAM pour 2009 était ainsi l'un des plus élevés depuis la réforme de l'assurance maladie intervenue en 2004 ;

- deuxièmement, **ces résultats s'expliquent pour une grande partie par des gels de dotations**, dont les taux habituels de consommation laissaient entrevoir, dès leur adoption, qu'elles risquaient d'être surévaluées (dotation au FMESPP, dotation au FIQCS, dotations médico-sociales) ;

- troisièmement, **des effets de base non négligeables** ont également fortement joué. Aussi l'ONDAM hospitalier 2008 a-t-il été dépassé de 150 millions d'euros, en dépit d'une surévaluation de la base retenue pour la construction de l'ONDAM 2008 de 200 millions d'euros et d'un gel de crédits

destinés au FMESPP de 100 millions d'euros. Ces deux éléments n'auraient dû rendre que plus aisé le respect du sous-objectif relatif aux établissements de santé.

Enfin, s'agissant de la rectification de **la prévision de l'ONDAM pour 2009, votre rapporteur pour avis note que n'ont pas été prises en compte les dépenses supplémentaires que la grippe A/H1N1 pourrait induire pour la branche maladie**. Trois postes de dépenses sont susceptibles d'être affectés : les consultations de généralistes, les prescriptions de médicaments et les indemnités journalières pour arrêt de travail. Un dépassement plus important de l'ONDAM 2009 pourrait ainsi être constaté entre le mois d'octobre et le mois de décembre de cette année.

b) Un ONDAM 2010 volontariste qui ne doit pas entraîner de relâchement des efforts de maîtrise des dépenses

Pour 2010, l'**article 37** du présent projet de loi de financement fixe le montant de l'ONDAM à **162,4 millions d'euros**, soit un taux de progression de **3 % par rapport à 2009**.

Ce taux, inférieur de 0,3 point à celui prévu par la loi n° 2009-135 du 9 février 2009 de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012, est également le taux retenu dans la projection pluriannuelle 2010-2013 présenté à l'annexe B du présent projet de loi de financement. **Il demeure l'un des taux de progression les plus élevés fixés en loi de financement.**

Taux de progression de l'ONDAM voté et réalisé

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ONDAM voté	4,0	3,2	2,5	2,6	2,8	3,3
ONDAM réalisé	5,2	3,2	3,1	4,2	3,3	3,4

Source : lois de financement de la sécurité sociale correspondantes

Il requiert pour être respecté **un plan d'économies de 2,2 milliards d'euros**, détaillé comme suit. Sans ces mesures, les dépenses du champ de l'ONDAM progresseraient de 4,4 % en 2010 en raison de la progression tendancielle des dépenses, des provisions pour revalorisations des tarifs et de l'introduction de nouvelles prises en charge.

Impact des mesures nouvelles 2010

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Total des mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2010	1 844	2 211
Economies sur biologistes et radiologues	200	240
Maîtrise médicalisée hors produits de santé (IJ, actes, paramédicaux, plan transports, ALD)	325	390
Maîtrise médicalisée produits de santé	167	200
Baisses de prix ciblées de médicaments et de dispositifs médicaux	250	300
Baisses de prix génériques	83	100
Economies sur médicaments à 35 % (SMR faible et SMRI à 15 %)	121	145
Lutte contre la fraude	125	150
Economies sur les dépenses d'IJ hors maîtrise médicalisée et lutte contre les fraudes	92	110
Convergence tarifaire établissements de santé	125	150
Augmentation du forfait journalier hospitalier	130	156
Générication de médicaments en sus de la tendance	167	200
Baisse de la contribution des établissements au Centre national de gestion	25	30
Gestion des tarifs de la liste en sus	33	40

Source : annexe 9 au présent projet de loi de financement

Comme en 2008 et 2009, **le taux de progression de l'ONDAM est équilibré entre les dépenses de soins de ville et les dépenses hospitalières.** Le taux de progression de l'ONDAM médico-social est, quant à lui, encore très dynamique (+ 5,8 %), conformément au souhait du Gouvernement de maintenir les efforts de solidarité en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ventilation de l'ONDAM 2010

(en milliards d'euros)

	Construction		Evolution
	Base 2010	Sous-objectifs	
Dépenses de soins de ville	73,2	75,2	2,8 %
<i>Total ONDAM Etablissement de santé</i>	69,3	71,2	2,8 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	51,1	52,4	2,7 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	18,8	3,0 %
<i>Total ONDAM Etablissements et services médico-sociaux</i>	14,1	14,9	5,8 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3	7,0	10,9 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,8	7,9	1,7 %
Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	1,0	5,0 %
ONDAM total	157,6	162,4	3,0 %

Source : annexe 7 au présent projet de loi de financement

Votre rapporteur pour avis a bien noté que la **fixation d'un ONDAM volontariste à 3 % pour 2010** permettait, en tant de crise, d'assurer un soutien à la fois aux ménages et à la croissance. En effet, les dépenses du champ de l'ONDAM, qui représentent environ 8,5 % du PIB, participent pour partie au financement du secteur de la santé (professionnels de santé, industrie pharmaceutique, notamment).

Néanmoins, votre rapporteur pour avis s'interroge sur cet objectif élevé de progression des dépenses qui **pourrait entraîner un certain relâchement des efforts de maîtrise des dépenses**. Votre rapporteur pour avis attire en particulier l'attention sur deux éléments :

- d'une part, les dépenses liées à la grippe A/H1N1 n'ont pas été prises en compte dans l'ONDAM pour 2010, ce qui a pour conséquence d'en diminuer le taux de progression affiché. Or, en intégrant la fourchette haute des dépenses liées à la grippe, évaluées par l'assurance maladie à 752 millions d'euros, le taux de progression de l'ONDAM pour 2010 s'élèverait en réalité à 3,5 % ;

- d'autre part, le repli de l'inflation en 2010 atténuera mécaniquement la progression des dépenses du régime général et rendra donc d'autant plus aisé le respect de l'ONDAM pour 2010. Une augmentation mécanique des dépenses de l'ONDAM pourrait ainsi être constatée avec le retour de l'inflation.

Enfin, votre rapporteur pour avis souligne que **le respect de l'ONDAM 2010 supposera la mise en œuvre effective des mesures**

d'économies sous-jacentes au calcul de celui-ci, notamment de celles liées à la maîtrise médicalisée. Or, comme le notait le comité d'alerte dans son avis du 29 mai 2009 : « *les mesures de maîtrise médicalisée ont généralement un taux de réalisation voisin de 60 %* ». Si cette tendance se reproduisait en 2010, 236 millions d'euros d'économies pourraient ne pas être réalisées.

B. LES MESURES RELATIVES À LA GRIPPE A/H1N1

1. Près de deux milliards d'euros de dépenses majoritairement supportées par l'assurance maladie

a) Une évaluation globale comprise entre 1,8 et 2,2 milliards d'euros

Votre rapporteur pour avis, qui a été amené à aborder la question de la gestion de la pandémie grippale au cours de sa récente mission de contrôle sur l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)¹, a tout d'abord souhaité **dresser un premier bilan des dépenses liées à la grippe A/H1N1**.

Ces dépenses sont en effet éparses et ne font pas aujourd'hui l'objet d'une récapitulation exhaustive. Votre rapporteur pour avis a tenté d'en réaliser le recensement à partir de données collectées auprès du ministère de la santé et des sports, de la CNAMTS et du ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales. Il laisse apparaître un **coût total lié à la pandémie compris entre 1,8 et 2,2 milliards d'euros**.

Six types de dépenses, prises en charge par l'Etat, l'assurance maladie et plusieurs opérateurs, sont à distinguer :

- **les dépenses relatives à l'acquisition, à l'acheminement et au stockage des vaccins, masques ou autres produits de santé**. Ces dépenses, évaluées à 1,06 milliard d'euros, par le ministère de la santé et des sports, seront financées par l'EPRUS, chargé, en vertu de l'article L.3135-1 du code de la sécurité sociale, de la gestion du stock de produits de santé constitué en cas de pandémie ou d'attaque terroriste. Cet établissement est financé à parité par une subvention de l'Etat et une dotation de l'assurance maladie pour ce qui relève de l'achat de produits de santé ;

¹ Rapport d'information n° 388 (2008-2009) précité.

L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

L'EPRUS est un établissement public de l'Etat à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Il a pour mission :

- **la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire**, sachant que la coordination et la doctrine de recours à la réserve sanitaire relèvent de la compétence de la direction générale de la santé (DGS) ;

- **l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, la distribution et l'exportation de produits et services nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires** graves ou pour répondre à des besoins de santé publique non couverts par ailleurs du fait notamment d'une rupture de commercialisation. L'EPRUS agit, dans ce cas, à la demande du ministre chargé de la santé et les produits resteront la propriété de l'Etat ;

- la mise en place, en son sein, d'un **établissement pharmaceutique chargé de la fabrication et de l'exploitation de produits de santé** nécessaires.

L'article L. 3135-4 du code de la santé publique prévoit que les **recettes** de l'EPRUS sont constituées par :

- des taxes prévues à son bénéfice ;
- des redevances pour services rendus ;
- le produit des ventes des produits et services ;
- les versements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ;
- une **contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale**, répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;
- des **subventions, notamment de l'Etat** ;
- des produits divers, dons et legs ;
- des emprunts.

Il est précisé que **le montant de la contribution à la charge de l'assurance maladie ne peut excéder 50 % des dépenses effectivement constatées de l'établissement pour ce qui concerne les dépenses liées à l'acquisition de produits**. Cette disposition résulte d'un amendement adopté par le Sénat, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, lors de l'examen de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces de grande ampleur.

- **les dépenses liées aux consultations de généralistes, à la prescription de médicaments et aux indemnités journalières**, supportées par l'assurance maladie, soit un coût compris entre 376 millions et 752 millions d'euros, selon les estimations de la CNAMTS ;

Evaluation des dépenses liées aux consultations de généralistes, à la prescription de médicaments et aux indemnités journalières

(en millions d'euros)

	2009	2010	Total 2009-2010
Hypothèse haute de grippe A/H1N1 – Pas de grippe A/H1N1 en 2010	752	0	752
Hypothèse haute de grippe A/H1N1 étalée en 2009 et 2010	376	376	752
Hypothèse basse de grippe A/H1N1 – Pas de grippe A/H1 N1 en 2010	376	0	376
Hypothèse basse de grippe A/H1N1 étalée en 2009 et 2010	188	188	376

Source : CNAMTS

- **les dépenses d'indemnisation des personnels de santé réquisitionnés** évaluées à 290 millions d'euros, hors frais de déplacement, par le ministère de la santé et des sports ;

- **les frais d'information et de convocation des vaccinés** à hauteur de 52,8 millions d'euros. Ces dépenses devraient être prises en charge par l'assurance maladie à partir d'un redéploiement de crédits au sein du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) ;

- **les dépenses de communication** évaluées à 6,8 millions d'euros, financées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui reçoit une subvention pour charge de service public et une dotation de l'assurance maladie ;

- **les frais liés à l'organisation territoriale de la campagne de vaccination** (mobilisation des personnels administratifs qui participent au fonctionnement des centres et location de locaux lorsque ceux-ci sont mis à disposition par les collectivités territoriales). Le coût de la campagne est évalué à 100 millions d'euros par le ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales.

Bilan des dépenses liées à la pandémie de grippe A/H1N1

(en millions d'euros)

« Financeur »		Type de dépenses	Coût
EPRUS	Financement à parité Etat (mission « Santé »)/assurance maladie	<i>Achat de vaccins</i>	807,0
		<i>Campagne de vaccination</i>	35,8
		<i>Acquisition de respirateurs</i>	5,8
		<i>Achat d'antiviraux</i>	20,0
		<i>Achat de masques</i>	150,6
		<i>Dépenses logistiques (traitement des déchets, acheminement des produits)</i>	41,6
		Total	1.060
Assurance maladie		Dépenses liées aux consultations de généralistes, à la prescription de médicaments et aux indemnités journalières	Fourchette comprise entre 376 et 752
Assurance maladie	Fonds national d'assurance maladie de la CNAMTS	Indemnisation des personnels de santé réquisitionnés	290
FNPEIS	Financé par une dotation de l'assurance maladie	Frais d'information et de convocation des vaccinés	52,8
INPES	Financé par une subvention de l'Etat (mission « Santé ») et une dotation de l'assurance maladie	Campagne de communication	6,8
Etat	Crédits de la mission « Sécurité civile »	Frais liés à l'organisation territoriale de la campagne de vaccination	100,0
Total			Fourchette comprise entre 1.885,6 et 2.261,6

Source : commission des finances, d'après les données transmises par le ministère de la santé et des sports, la CNAMTS et l'EPRUS

Cette estimation **ne prend cependant pas en compte le coût supporté par les collectivités territoriales** qui ont notamment été incitées à constituer des stocks de produits de santé par une circulaire du 20 janvier 2006 relative à l'action des maires dans la gestion d'une crise sanitaire majeure¹.

b) Un schéma de financement complexe (articles 6, 10 et 35)

Le financement de ces dépenses a nécessité plusieurs mesures : deux décrets d'avance, trois dispositions proposées par le présent projet de loi de financement, ainsi que deux autres mesures qui devraient intervenir, selon les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, en loi de finances rectificative pour 2009.

¹ Circulaire NOR/INT/E/05/00011/C du 20 janvier 2006.

(1) Deux décrets d'avance

Un **premier décret d'avance en date du 13 juillet 2009** a été transmis pour avis à votre commission des finances. Ce décret d'avance proposait l'ouverture de **46,17 millions d'euros supplémentaires** sur la mission « Santé » destinés à financer l'acquisition de 92,4 millions de masques pour les agents des différents ministères – hors secteur de la santé – identifiés comme prioritaires pour assurer la continuité de l'Etat. Les nouveaux besoins du ministère de la santé, évalués à 307,5 millions de masques pour un montant de 153,75 millions d'euros, devaient être financés, quant à eux, par le budget de l'EPRUS.

Votre commission des finances avait émis de nettes réserves quant à l'imprévisibilité de ces acquisitions qui semblaient moins résulter de l'urgence que de la mauvaise gestion des stocks de produits de santé constitués en cas de pandémie. Il s'agissait, en effet, de renouveler, pour partie, des stocks périmés dont la date de péremption était connue au moment du vote de la loi de finances initiale pour 2009. Par ailleurs, ces masques, dont la date de validité était dépassée, ne devaient pas être détruits, mais conservés, dans la mesure où leur efficacité avait été démontrée. Votre commission des finances a ainsi relevé la contradiction qui existait entre, d'une part, la volonté de renouveler des stocks périmés, et, d'autre part, celle de conserver – tout en refusant de les utiliser au moins dans un premier temps – des produits utilisables en dépit de leur arrivée à péremption. De deux choses l'une : soit ces masques étaient réellement efficaces et pouvaient être distribués, soit ils ne l'étaient pas et devaient, en conséquence, être détruits.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis auprès du ministère de la santé et des sports, **seuls 38,5 millions d'euros sur les 46,17 millions d'euros ouverts par ce décret d'avance, auraient finalement été nécessaires.** Ce montant pourrait être rétrocédé aux différents ministères contributeurs.

Un **second décret d'avance** a été transmis à votre commission des finances le 21 octobre dernier. Il proposait l'ouverture de 25 millions d'euros supplémentaires sur la mission « Sécurité civile ». Ces crédits sont destinés à **financer une première tranche des frais induits par l'organisation territoriale de la campagne de vaccination** (frais d'installation matérielle des locaux, coût de la mobilisation du personnel volontaire et administratif qui assure l'accueil et l'enregistrement des dossiers).

(2) Une rectification de la dotation de l'EPRUS en loi de finances rectificative pour 2009 et en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Un abondement de la dotation versée à l'EPRUS pour 2009 est également nécessaire. En effet, suite à la décision d'acquiescer 94 millions de doses de vaccins après la découverte des premiers cas de grippe A/H1N1 à la fin du mois d'avril 2009, **la programmation initiale des dépenses de l'EPRUS a été profondément bouleversée**, les besoins de l'agence passant ainsi de 290 millions d'euros à 1,2 milliard d'euros.

Deux mesures rectificatives « miroirs » sont, pour ce faire, nécessaires en loi de financement pour la sécurité sociale (article 6) et en loi de finances rectificative pour 2009. En effet, les ressources de l'EPRUS comprennent, d'une part, une subvention pour charge de service public versée par l'Etat et inscrite dans la mission « Santé » et, d'autre part, une contribution à la charge des régimes obligatoires de base d'assurance maladie fixée en loi de financement de la sécurité sociale et plafonnée à 50 % des dépenses effectivement constatées de l'établissement sur trois ans.

Selon les informations recueillies auprès du ministère de la santé et des sports, **la subvention pour charge de service public** de l'EPRUS pour 2009 devrait être abondée, en loi de finances rectificative, de **372,5 millions d'euros en autorisations d'engagement (AE)** et de **455 millions d'euros en crédits de paiement (CP)**, ce qui porterait ainsi la subvention versée par l'Etat à 416,3 millions d'euros en AE et 527,8 millions d'euros en CP.

L'**article 6** du présent projet de loi de financement prévoit, quant à lui, le versement d'une **dotations supplémentaire de 370,8 millions d'euros** à l'EPRUS, portant ainsi celle-ci à 414,8 millions d'euros. Le besoin total devant être supporté par l'assurance maladie (585 millions d'euros) est en effet en partie couvert par le report d'années précédentes – à hauteur d'environ 170 millions d'euros.

Ressources de l'EPRUS pour 2009

(en euros)

	AE			CP		
	Etat	AM	Total	Etat	AM	Total
Reports antérieurs à 2009	169.394.141	167.353.013	336.747.154	62.552.807	170.974.683	233.527.490
Dotations LFI et LFSS pour 2009	43.837.000	44.000.000	87.837.000	72.837.000	44.000.000	116.837.000
Sous total	213.231.141	211.353.013	424.584.154	135.389.807	214.974.683	350.364.490
Décret d'avance	46.177.861	-	46.177.861	46.177.861	-	46.177.861
Sous-total	259.409.002	211.353.013	470.762.015	181.567.668	214.974.683	396.542.351
PLFSS 2009	-	370.800.000	370.800.000	-	370.800.000	370.800.000
PLFR 2009	372.500.000	-	372.500.000	455.000.000	-	455.000.000
Total	631.909.002	582.153.013	1.214.062.015	636.567.668	585.774.683	1.222.342.351

Note : AM : assurance maladie, LFI : loi de finances initiale, PLFR : projet de loi de finances rectificative.

Source : commission des finances, d'après les données du ministère de la santé et des sports

Il est à noter que suite à une lettre cosignée par les ministres du budget et de la santé du 7 juillet dernier, **l'ACOSS a consenti une avance de trésorerie à l'EPRUS à hauteur de 879 millions d'euros**, afin de permettre à l'établissement d'engager les acquisitions de vaccins et autres produits de santé. L'avance de trésorerie accordée par l'ACOSS a ainsi portée à la fois sur la partie des dépenses devant être supportées par l'assurance maladie et, à titre exceptionnel, sur celles ayant vocation à être financées par l'Etat. Selon les

propos recueillis auprès de l'ACOSS, l'urgence de la situation a justifié cette disposition dérogatoire. Cette mesure n'a pas entraîné de conséquences lourdes pour l'ACOSS. En effet, le paiement des laboratoires pharmaceutiques étant réalisé au fur et à mesure de la livraison de vaccins, très peu de crédits ont aujourd'hui été effectivement versés et les frais financiers supportés par l'ACOSS, à ce titre, sont minimes.

Pour 2010, l'article 35 du présent projet de loi de financement fixe le montant de la contribution des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie au financement de l'EPRUS à **44 millions d'euros**, soit le même montant que celui prévu initialement pour 2009. Le projet annuel de performances (PAP) de la mission « Santé » prévoit, quant à lui, une subvention pour charge de service public à hauteur de 43,5 millions d'euros. La dotation totale versée à l'EPRUS s'élèvera ainsi à 87,5 millions d'euros.

Dans la programmation de dépenses de l'établissement, 30 millions d'euros devraient être consacrés à l'épidémie de grippe A/H1N1. Selon les données recueillies par votre rapporteur pour avis, **cette programmation est évidemment susceptible d'être révisée en fonction de l'évolution de l'épidémie.**

(3) La création d'une contribution exceptionnelle des complémentaires santé

L'**article 10** du présent projet de loi de financement propose, par ailleurs, comme cela a déjà été développé précédemment dans le présent rapport, la création d'une **contribution exceptionnelle des organismes complémentaires**, calquée sur la contribution versée par ces organismes au « fond CMU ».

Cette participation est destinée à compenser la non-prise en charge par les organismes complémentaires du ticket modérateur pratiqué en cas de vaccination ordinaire, même si cette justification mérite d'être nuancée, comme votre rapporteur pour avis l'a montré précédemment.

Le produit attendu de cette taxe s'élèverait à **300 millions d'euros**. Il sera versé à la CNAMTS, chargée de sa répartition entre les différents régimes obligatoires de base.

(4) Une rectification de la dotation de l'INPES

Enfin, s'agissant du surcoût – évalué à 6,8 millions d'euros – supporté par l'INPES au titre de la campagne de communication, 4,3 millions d'euros seront financés par redéploiement au sein du budget de l'agence et les 2,5 millions d'euros restants nécessiteront **un abondement, à due concurrence, de la subvention pour charge de service public de l'INPES en loi de finances rectificative.**

c) Des dépenses majoritairement supportées par l'assurance maladie (article 28 II)

Parmi les différents financeurs des dépenses liées à la grippe A/H1N1, **l'assurance maladie est celui qui en supporte la grande majorité.** Ceci est, d'ailleurs, accentué par une disposition adoptée par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, tendant à mettre à la charge de l'assurance maladie l'indemnisation des praticiens chargés de procéder à la vaccination contre la grippe A/H1N1.

(1) Un financement des personnels réquisitionnés par le fonds national d'assurance maladie de la CNAMTS

Le **II** de l'**article 28** du présent projet de loi de financement tend en effet à faire financer par l'assurance maladie les frais liés à l'indemnisation des professionnels libéraux, des retraités et des étudiants requis dans le cadre de la campagne de vaccination, ainsi que les frais supportés par l'EPRUS au titre de la réserve sanitaire en 2009 et en 2010.

Ces dépenses seront financées par le fonds national d'assurance maladie de la CNAMTS, mentionné à l'article R.251-1 du code de la sécurité sociale. Ces dispositions dérogent ainsi :

- à l'article L. 3131-8 du code de la santé publique qui prévoit une indemnisation des personnes requises dans des conditions prévues par le code de la défense, soit une indemnisation par l'Etat ;

- à l'article L. 3135-4 du code de la santé publique qui prévoit que seules les dépenses supportées par l'EPRUS au titre de l'acquisition de produits de santé sont financées à parité entre l'Etat et l'assurance maladie. Les dépenses au titre de la gestion de la réserve sanitaire sont, quant à elles, prises en charge intégralement par l'Etat.

Votre rapporteur pour avis désapprouve cette mesure : les dépenses liées à l'indemnisation des personnels de santé relèvent pleinement des missions régaliennes de l'Etat et doivent donc, à ce titre, être portées à sa charge. Par ailleurs, il est regrettable que des dispositions créées spécifiquement pour des situations exceptionnelles ne soient pas appliquées, en l'espèce, au risque pandémique.

C'est pourquoi, il vous propose un amendement tendant à supprimer l'article 28.

Selon les données du ministère de la santé et des sports, ces dépenses, très difficiles à évaluer, pourraient s'élever à 290 millions d'euros, hors frais de transport.

(2) Une participation de l'assurance maladie à hauteur de 70 %

Au total, en tenant compte des dispositions précédentes, **l'assurance maladie supporterait ainsi des dépenses comprises entre 1,2 et 1,6 milliard**

d'euros au titre de la pandémie, soit environ 70 % des dépenses totales, réparties comme suit :

- 530 millions d'euros au titre de l'achat des vaccins et autres produits de santé ;

- entre 376 et 752 millions d'euros au titre des dépenses liées aux consultations, prescriptions de médicaments et indemnités journalières ;

- 290 millions d'euros au titre de l'indemnisation des professionnels de santé ;

- 52,8 millions d'euros au titre des frais d'information et de convocation des vaccinés.

2. Une neutralisation contestable des dépenses liées à la grippe A/H1N1 (article 28-I)

a) Des dépenses non comptabilisées dans l'ONDAM

Comme votre rapporteur pour avis l'a déjà indiqué, **toutes les dépenses liées à la grippe A/H1N1 supportées par l'assurance maladie n'ont pas été prises en compte dans le solde des régimes obligatoires de base proposé par le présent projet de loi de financement pour 2009 et 2010.**

En effet, si les dépenses liées à l'achat des vaccins et autres produits de santé ont été comptabilisées par le biais de la rectification de la dotation versée à l'EPRUS, il n'en va pas de même :

- d'une part, des dépenses supplémentaires liées aux consultations de généralistes, à la prescription de médicaments et aux indemnités journalières ;

- d'autre part, des dépenses d'indemnisation des personnels de santé réquisitionnés.

Or ces dépenses relèvent du champ de l'ONDAM : par nature, pour les premières, par défaut pour les secondes, celles-ci ne pouvant pas être distinguées des autres dépenses de prestation, selon les données recueillies par votre rapporteur pour avis.

b) Une exclusion de la procédure d'alerte

Par conséquent, le **I de l'article 28** du présent projet de loi de financement propose qu'à titre exceptionnel, **les dépenses supplémentaires liées à la grippe A/H1N1 ne soient pas prises en compte pour l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM 2010 par le comité d'alerte.**

En effet, ces dépenses n'étant pas comptabilisées dans l'ONDAM, un dépassement de celui-ci sera nécessairement constaté. Les dépenses supplémentaires liées à la grippe A/H1N1 sont certaines. Seul leur chiffrage est délicat en raison des nombreux facteurs dont il dépend : taux d'attaque de

la population, calendrier de déclenchement de la pandémie, efficacité de la campagne de vaccination.

Compte tenu du montant proposé pour l'ONDAM en 2010, le comité d'alerte se réunira en cas de dépassement prévisible de 1,2 milliard d'euros.

• Le **comité d'alerte** sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a été créé par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. **Il est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement (ONDAM).**

Le risque de dépassement est jugé sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à un seuil, fixé par décret, de 0,75 % de l'ONDAM. Le risque est alors notifié au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part.

En tout état de cause, chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours.

• Les arguments avancés par le Gouvernement pour justifier l'exclusion de la procédure d'alerte des dépenses liées à la grippe A/H1N1 sont deux ordres.

En premier lieu, **l'alternative à ce dispositif – qui aurait consisté à provisionner les dépenses liées à la grippe au sein de l'ONDAM en retenant une fourchette haute pour éviter le déclenchement d'une procédure d'alerte – aurait soulevé certaines difficultés** : le calibrage de cette provision est délicat ; elle aurait conduit à afficher un taux de progression de l'ONDAM élevé ; la non-consommation de cette provision aurait pu être perçue comme une marge de manœuvre risquant de laisser « filer » les dépenses de santé ; enfin, ces dépenses n'ayant pas vocation à se reproduire en 2010, un « rebasage » de l'ONDAM aurait été nécessaire pour l'élaboration de l'objectif de dépenses pour 2011.

Le second argument a trait à **la finalité donnée au rôle du comité d'alerte**. Pour le Gouvernement, celui-ci a été créé en vue d'assurer un contrôle des efforts permanents de maîtrise des dépenses et non pour compenser des dépenses induites par un besoin sanitaire exceptionnel par des restrictions ultérieures de dépenses qui pourraient avoir un impact sur les restes à charge des familles et le revenu des professionnels de santé. Le déclenchement d'une procédure d'alerte entraîne en effet mécaniquement l'obligation pour les caisses nationales d'assurance maladie de présenter des mesures de redressement.

- Cependant, votre rapporteur pour avis relève les éléments suivants :

- tout d'abord, la disposition exceptionnelle proposée par l'article 28 crée un **précédent préjudiciable** pour cet outil de régulation essentiel, dont votre rapporteur pour avis avait salué la création. En effet, d'autres risques pandémiques pourraient apparaître dans les années à venir – chikungunya, grippe aviaire. Si chaque année, certaines dépenses sont ainsi exclues de la procédure d'alerte, celle-ci risque de perdre toute sa crédibilité ;

- ensuite, bien qu'exceptionnelles, ces dépenses n'en constituent pas moins **un coût pour l'assurance maladie qui nécessitera in fine des mesures de redressement**. Ceci rejoint les critiques formulées par la commission des comptes de la sécurité sociale à l'égard de la distinction opérée entre le « déficit structurel » et le « déficit conjoncturel ». Une fois la crise passée, la question n'est plus tant de savoir quelle est l'origine de ces déficits ou de ces dépenses, mais de savoir comment les financer ;

- enfin, surtout, votre rapporteur pour avis s'interroge sur la capacité du comité d'alerte à **isoler les dépenses liées à la grippe A/H1N1**, compte tenu du fait que, d'une part, aucun test systématique de dépistage n'est pratiqué et, d'autre part, que la CNAMTS a confirmé à votre rapporteur pour avis qu'il sera effectivement très difficile de distinguer ces dépenses de celles liées à la grippe saisonnière ou de toute autre infection orale, dans la mesure où il n'y a pas de dispositif de traçage dans la prescription liée à la grippe.

Des dépenses non liées à la grippe A/H1N1 pourraient ainsi ne pas être prises en compte dans l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM et ne pas faire l'objet de mesures de redressement. C'est pourquoi, votre rapporteur pour avis vous propose un amendement de suppression du I de l'article 28. « Casser le thermomètre n'est pas la meilleure façon de faire baisser la température ».

3. Le nécessaire bilan de la gestion de la pandémie de grippe

De façon plus générale, votre rapporteur pour avis souhaite que l'examen de ces diverses dispositions liées à la grippe A/H1N1 soit l'occasion de faire le point sur la gestion de la pandémie. Il souhaite notamment aborder deux questions qu'il a soulevées dans le cadre de sa récente mission de contrôle sur l'EPRUS¹, **celles du stockage et de la péremption des produits, questions qui s'avéreront d'autant plus essentielles si l'ampleur de la pandémie s'avérerait moindre que prévue et si peu d'assurés acceptaient de se faire vacciner.**

Depuis le début de la pandémie, ce sont en effet 94 millions de doses de vaccins et 399 millions de masques FFP2 qui ont été commandés, venant s'ajouter au stock préexistant, soit un milliard de masques chirurgicaux et 537 millions de masques FFP2.

¹ Rapport d'information n° 388 (2008-2009).

Or, lors de sa mission de contrôle, votre rapporteur pour avis avait pu constater un certain nombre de défaillances dans la gestion du « stock national santé » : les incertitudes juridiques soulevaient par les procédures d'allongement des dates de validité de certains produits, la forte dispersion des sites de stockage et l'hétérogénéité des conditions de stockage offerts par ces derniers, enfin, le difficile suivi en temps réel des stocks en raison d'un outil informatique peu performant.

Votre rapporteur pour avis souhaiterait ainsi connaître l'état d'avancement des réflexions du ministère de la santé et des sports sur deux sujets :

- **le projet de construction d'un ensemble de hangars de stockage** sur le site de l'établissement de ravitaillement sanitaire des armées de Vitry-le-François, projet qui vise à permettre une centralisation accrue des sites relevant de l'EPRUS ;

- **l'élaboration d'un statut particulier pour les médicaments relevant du « stock national santé »**, statut qui permettrait de ne pas faire figurer de date de péremption, mais une date de fabrication, en contrepartie de tests réguliers et encadrés de leur stabilité.

Ces deux questions doivent être réglées rapidement. A défaut, les mêmes difficultés que celles rencontrées précédemment, lors de la constitution des stocks de produits après la découverte des premiers cas de grippe aviaire, se reproduiront : stockage des produits dans des sites dispersés et péremption des masques FFP2 et des vaccins.

Enfin, un **bilan de l'action menée par l'EPRUS** devra être dressé une fois le risque pandémique passé, afin d'apprécier toute la mesure du rôle effectif dévolu à l'établissement, ainsi que sa « valeur ajoutée » dans le dispositif de gestion des crises sanitaires.

C. LES MESURES RELATIVES A LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

1. L'exonération de « ticket modérateur » des examens de suivi effectués après la sortie du dispositif d'ALD (article 29)

a) Le mode de prise en charge des patients atteints d'une ALD

• **Les affections de longue durée (ALD) sont les maladies chroniques « comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse »**, au sens de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Ces affections, au nombre de trente, sont répertoriées au sein d'une liste établie par décret après avis de la Haute autorité de santé (liste dite « ALD 30 ») : tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladies cardiovasculaires, notamment.

On distingue, de la liste des « 30 ALD », la catégorie des ALD « hors liste » qui regroupe, ce qui est communément appelé les 31^e et 32^e maladies, soit les formes évolutives et invalidantes d'une affection grave nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois, et les polyopathologies invalidantes.

• **L'entrée dans le dispositif du régime d'ALD est subordonnée à une demande adressée à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical.** L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le médecin traitant et le médecin conseil établissent alors conjointement un protocole de soins périodiquement révisable et défini en tenant compte des recommandations établies par la HAS. La durée du protocole est fixée en fonction des recommandations de celle-ci.

Dans deux avis publiés au mois de décembre 2007 et juin 2009, la HAS a ainsi précisé la durée d'admission au régime des ALD pour chacune des affectations, soit 2 ans pour neuf ALD et 5 ans pour les autres, étant noté que deux ALD ne font pas l'objet de mention de durée.

Jusqu'à présent, selon les informations fournies par la CNAMTS à votre rapporteur pour avis, le régime général définissait la durée d'admission à 5 ans maximum. Il revient à l'assuré, au terme de ces 5 ans, de faire une demande de renouvellement.

• En application de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, **l'entrée dans le dispositif de prise en charge des ALD ouvre droit à l'exonération du « ticket modérateur »** prévu à l'article L. 322-2 du même code.

La prise en charge à 100 % des assurés atteints d'une ALD est cependant doublement encadrée :

- d'une part, **seules les prescriptions en lien avec l'ALD donnent lieu à l'exonération du « ticket modérateur »**. L'ordonnance « bizona » permet de distinguer les prescriptions en rapport ou non avec l'ALD ;

- d'autre part, **le dispositif est limité dans le temps** : l'assuré ne bénéficie plus d'un mode de prise en charge spécifique, une fois sorti du dispositif.

b) Un dispositif de portée limitée

L'**article 29** du présent projet de loi de financement propose d'étendre **l'exonération de « ticket modérateur » aux actes médicaux et examens biologiques qui sont réalisés après la sortie du dispositif des ALD** et qui sont nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle l'assuré avait bénéficié du régime des ALD.

Cette disposition viserait à tirer les conséquences des avis récents de la HAS réduisant la durée d'admission au dispositif des ALD. Il s'agirait ainsi d'éviter la détérioration du suivi médical de ces personnes après leur sortie du dispositif.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, tendant à préciser que les pathologies et les situations cliniques pour lesquelles une prise en charge à 100 % pourra être accordée après la sortie du dispositif seront déterminées sur la base de recommandations de la HAS.

Pour votre rapporteur pour avis, cette disposition n'aura cependant qu'un effet limité, dans la mesure où il est déjà en partie satisfait par l'ordonnance « bizona » qui permet de limiter la prise en charge à 100 % aux seuls actes médicaux et examens biologiques en lien avec l'ALD.

De façon plus générale, et comme il l'a déjà souligné à plusieurs reprises, votre rapporteur pour avis insiste sur le fait qu'une **réforme globale du dispositif des ALD est aujourd'hui nécessaire**. L'enjeu est important compte tenu des trois principales caractéristiques de ces dépenses :

- elles constituent un **poste de dépenses important**. Elles atteignaient 56 milliards d'euros en 2007 ;

- elles représentent le **principal facteur de progression des dépenses de santé**. En effet, alors qu'en 1992 la proportion des pathologies lourdes prises en charge au titre des ALD représentait 50 % des dépenses d'assurance maladie, elle est aujourd'hui supérieure à 60 % et devrait atteindre 70 % en 2015¹, sous l'effet conjugué du développement des maladies chroniques, de l'amélioration de leur dépistage et du vieillissement de la population ;

- enfin, elles sont **concentrées sur un nombre réduit d'assurés** : en 2007, les patients bénéficiant du régime d'ALD ne représentaient que 14 % de l'ensemble des assurés du régime général².

Enfin, surtout, **le dispositif laisse apparaître un certain nombre de faiblesses** : les critères d'accès au dispositif ne sont pas appliqués de façon satisfaisante, l'exonération peut s'appliquer à des soins sans rapport avec la maladie « exonérante », les restes à charge des patients atteints d'une ALD peuvent être élevés.

Votre rapporteur pour avis rappelle à cet égard les **différents travaux menés sur le sujet et les pistes de réformes proposées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), la HAS et la mission menée par Raoul Briet et Bertrand Fragonard sur le « bouclier sanitaire »**, afin d'améliorer le dispositif.

Le constat est aujourd'hui posé, les pistes de réformes nombreuses, il convient de ne plus retarder une réforme de fond du dispositif.

¹ Audition de M. Frédéric Van Roeyghem, directeur de la CNAMTS, devant la commission des affaires sociales du Sénat, le 1^{er} juillet 2009.

² CNAMTS, Points de repère n° 20 – novembre 2008.

Les pistes de réflexion de réforme du dispositif de prise en charge des ALD

• HCAAM – avis du 28 avril 2005

« Tout en réaffirmant son attachement aux principes et fondements du « régime » des Affections de longue durée, le Haut conseil entend néanmoins souligner, par le présent avis, l'urgence d'une meilleure gestion des dépenses d'assurance maladie qui sont engagées dans ce cadre.

« D'importantes économies sont à attendre d'une meilleure gestion du « régime » des Affections de longue durée. En ce qui concerne l'entrée dans le dispositif, les critères d'accès au régime d'Affection de longue durée ne semblent pas appliqués de manière satisfaisante. En tout état de cause, on observe d'importantes variations géographiques de taux d'ALD qui ne sont pas en rapport avec les différences de prévalences des pathologies concernées.

« Par ailleurs, de nombreuses enquêtes montrent que l'exonération s'applique, de façon irrégulière, à des soins sans rapport avec la maladie exonérante.

« Au total, le dispositif des ALD peut, et doit, constituer un levier pour améliorer la qualité des soins aux patients atteints de maladies graves, car l'on sait que dans ce domaine on peut gagner à la fois en qualité et en efficacité. »

• Avis de la HAS – 31 mai 2006

« Soulignant la dualité des objectifs poursuivis par le dispositif actuel amélioration de la qualité des soins via une démarche de protocolisation d'une part, amélioration de la couverture financière via le remboursement à 100 % d'autre part - la HAS a mis en évidence deux types d'évolution possibles.

« Dans la première, on conserve la dualité des objectifs visés par un même outil et le lien entre une maladie et la prise en charge à 100 % du ticket modérateur mais on s'efforce grâce à une définition plus stricte des critères médicaux d'admission en ALD de la faire correspondre avec les maladies ou stades d'évolution de celles-ci auxquels sont associés des niveaux de dépenses élevés (notion de « thérapeutique particulièrement coûteuse » prévue par les textes). Cette approche, si elle se révélait pertinente, permettrait de « déclasser » soit des ALD figurant dans la liste actuelle soit des phases médicalement caractérisables de ces maladies.

« Dans la seconde, on renonce à lier la maladie et le niveau de la prise en charge financière. On se borne à constater que des maladies (la plupart des ALD actuelles mais aussi des maladies actuellement « non exonérantes ») par leur gravité et la complexité de leur prise en charge appellent un suivi particulièrement attentif : les protocoles de soins, élaborés en priorité par la HAS, servent alors de référence utile pour les conduites thérapeutiques. Par ailleurs, on renvoie à un dispositif ad hoc la prise en charge des maladies et plus largement les séquences de soins qui conduisent à de grosses dépenses ; on pense à des techniques de franchise ou de plafonnement du reste à charge. »

• Le « bouclier sanitaire »

Le « bouclier sanitaire », préconisé par la mission menée par MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard, consiste à plafonner le reste à charge des dépenses remboursables des assurés et à garantir le remboursement intégral par l'assurance maladie au-delà de ce seuil. Il a donc vocation à se substituer à tous les dispositifs d'exonération de ticket modérateur existants, et donc au plus important d'entre eux : celui dont bénéficient les patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD).

2. Les mesures relatives aux médicaments génériques (articles 29 bis et 29 quinquies)

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements portant articles additionnels, à l'initiative de nos collègues députés Yves Bur, rapporteur pour les recettes et les équilibres, et Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales :

- le premier tend à prévoir que **les éléments non essentiels du princeps – la forme galénique, la couleur ou la saveur – ne bénéficient pas de la protection des droits conférés par le brevet**, ce qui devrait permettre que des médicaments génériques puissent avoir la même forme, la même couleur que les princeps ;

- le second tend à établir **le principe selon lequel les médecins doivent prescrire de préférence dans le répertoire des génériques** lorsqu'il existe plusieurs alternatives médicamenteuses à la même visée thérapeutique, sauf nécessité particulière tenant au patient. En cas de non respect répété de ce principe, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut déclencher une procédure de mise sous entente préalable.

Si votre rapporteur pour avis comprend le souhait de **développer la prescription de médicaments génériques, source d'économies**, il s'interroge néanmoins sur **les conséquences très lourdes et préjudiciables** que ces deux dispositions sont susceptibles d'entraîner :

- **la première, en ce qui concerne les droits de la propriété intellectuelle et la recherche pharmaceutique.** A cet égard, votre rapporteur pour avis rappelle que si les dépenses de recherche et développement ont plus que doublé depuis 1995, le nombre de nouvelles molécules lancées dans le monde a, lui, fortement décliné (25 en 2007 contre 41 en 1995)¹ ;

- **la seconde, s'agissant des prescripteurs et des organismes locaux d'assurance maladie.** En effet, la procédure de mise sous accord préalable est un mécanisme de sanction lourd. Par ailleurs, un tel dispositif supposerait un référentiel clair de prescription. Or comment définir « *les raisons particulières tenant au patient* » qui s'opposeraient à une prescription de génériques ?

3. Les mesures relatives à la télémédecine (article 29 ter)

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement tendant à **promouvoir le développement de la télémédecine.**

La loi HPST a donné un fondement juridique à la télémédecine. L'article L. 6316-1 du code de la santé publique définit ainsi la télémédecine comme : « *la forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies*

¹ Rapport d'information n° 427 (2007-2008).

de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ».

Deux éléments font cependant obstacle à la rémunération des professionnels de santé ayant une activité de télémedecine :

- l'article L. 4113-5 du code de la santé publique qui interdit le partage d'acte ;

- l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale qui admet au remboursement uniquement les actes réalisés en présence physique du patient.

L'amendement portant article additionnel permet ainsi de pallier ces deux difficultés en proposant de déroger, pour les actes de télémedecine, aux deux principes précités.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette disposition destinée à développer la télémedecine, dans la mesure où cette mesure reste strictement limitée au champ des activités de télémedecine défini par la loi.

Pour votre rapporteur pour avis, la télémedecine est en effet une composante majeure de l'évolution de l'organisation des soins. Comme l'a montré notamment notre collègue Jean-Marc Juilhard¹, elle permet notamment d'accorder aux patients isolés ou résidant dans des zones enclavées l'accès rapide à des soins de qualité ou d'organiser le suivi à domicile de certains patients.

4. Les compétences des sages-femmes en matière de contraception (article 29 quater)

L'article L. 5134-1 du code de la santé publique prévoit que les sages-femmes sont habilitées à prescrire des contraceptifs locaux et des contraceptifs hormonaux, mais précise que la surveillance et le suivi biologiques restent assurés par le médecin traitant.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, un amendement portant article additionnel proposant de supprimer le renvoi au médecin traitant pour le suivi biologique.

Cette disposition paraît, en effet, **en contradiction avec l'élargissement des compétences des sages-femmes, prévu par la loi « HPST », au suivi gynécologique non pathologique et aux consultations en matière de contraception.**

¹ Rapport d'information n° 14 (2007-2008).

5. Les mesures relatives aux contrats d'amélioration des pratiques individuelles (article 29 *sexies* et article 30 *bis*)

L'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, portant article additionnel prévoyant que **les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) doivent pouvoir être adaptés en fonction des objectifs assignés, chaque année, à la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie.**

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette mesure qui permettrait peut-être la réalisation complète des économies annuelles attendues en matière de maîtrise médicalisée. En effet, comme le notait le comité d'alerte dans son avis du 29 mai 2009 : *« les mesures de maîtrise médicalisée ont généralement un taux de réalisation voisin de 60 % ».*

Votre rapporteur pour avis s'interroge néanmoins sur la portée effective des CAPI en matière de maîtrise médicalisée. Dans son dernier rapport, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a en effet porté son attention sur des types de contrats similaires. S'il salue l'avancée dans le domaine des outils de connaissance et la mise à disposition de recommandations de bonnes pratiques, il estime cependant que *« les progrès réalisés dans l'amélioration de la qualité des pratiques collectives sont faibles. L'importance de la part non expliquée de l'hétérogénéité des pratiques médicales, à l'origine du concept de maîtrise médicalisée, est encore observée aujourd'hui sur des sujets aussi communs et importants que la vaccination antigrippale, la participation des patientes au dépistage organisé du cancer du sein. De même, des prescriptions de médicaments non adaptés sont toujours observées ».*

La signature des CAPI risque, en outre, de créer **un certain « effet d'aubaine »** pour les médecins respectant d'ores-et-déjà les objectifs de bonnes pratiques fixés par les CAPI. **Un bilan coût/efficacité de ces dispositifs sera nécessaire dans les années à venir.**

L'Assemblée nationale a adopté un second amendement, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, portant sur les CAPI. Il tend à **prévoir que ces contrats ne sont pas soumis au Conseil de l'ordre des médecins.**

6. Les aménagements de la procédure de la mise sous accord préalable (article 30)

a) Une procédure étendue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

La procédure de mise sous accord préalable a été introduite par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Elle vise à subordonner à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie la couverture de certaines prises en charge.

D'abord limitée aux prescriptions relatives aux indemnités journalières et aux transports sanitaires, **elle a été étendue, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, aux prescriptions de transports en ambulance et à l'ensemble des actes médicaux, prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux.**

**La procédure de mise sous accord préalable
(article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale)**

Cette procédure permet au **directeur de la caisse locale d'assurance maladie** de **subordonner la couverture de certaines prises en charge à l'accord préalable du service de contrôle médical**, pour une durée maximale de **six mois**, dès lors que ses services constatent :

- le non-respect par le médecin des conditions de prise en charge des frais de transport et de versements d'indemnités journalières prévues par les 2° et 5° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ;

- un **nombre ou une durée de prescriptions d'arrêts de travail prescrits par le médecin et ouvrant droit au versement d'indemnités journalières significativement supérieurs aux données moyennes constatées**, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie (URCAM) ;

- un **nombre de prescriptions de transports significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transports constatée**, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même URCAM ;

- un **taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées**, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même URCAM ;

- un **nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée**, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même URCAM.

Il est cependant prévu que, en **cas d'urgence** attestée par le médecin prescripteur, **l'accord préalable** de l'organisme débiteur des prestations n'est **pas requis** pour la prise en charge des frais de transport.

En cas de récurrence après deux périodes de mise sous accord préalable, les professionnels de santé **peuvent faire l'objet de pénalités financières** prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

b) Des résultats non négligeables en dépit de la lourdeur du dispositif

D'après les données de la CNAMTS, sur la période 2006-2008, les procédures de mises sous accord préalable auraient permis **une économie totale de 47,7 millions d'euros pour le seul domaine des indemnités journalières**. Les résultats relatifs aux autres types de prescription depuis 2008 ne sont pas encore connus.

Si la CNAMTS souligne l'efficacité du dispositif, elle relève néanmoins le nombre assez réduit de procédures engagées. Celles-ci auraient concerné 44 médecins en 2006, 159 en 2007 et 146 en 2008.

L'étude d'impact relative à l'article 30 du présent projet de loi de financement explique ces résultats par les deux principaux biais de la procédure actuelle : **sa lourdeur et son ciblage peu efficace**. Les procédures portent en effet sur les fortes activités qui, si elles sont mécaniquement à l'origine de dépenses importantes, ne sont pas obligatoirement révélatrices de mauvaises pratiques de prescription.

c) Les aménagements proposés

Le **II** de l'**article 30** du présent projet de loi de financement apporte ainsi deux principaux aménagements à la procédure actuelle :

- d'une part, **il modifie les conditions de ciblage des professionnels de santé** susceptibles de faire l'objet d'une procédure de mise sous accord préalable en proposant :

1) de rapporter le volume des prescriptions et actes médicaux contrôlés au volume total de l'activité du professionnel de santé, soit le volume total de son activité ;

2) de pouvoir également comparer ce volume de prescriptions à la moyenne établie à l'échelle du ressort d'un organisme local d'assurance maladie et non plus uniquement à une moyenne régionale.

- d'autre part, **il introduit une procédure alternative à la mise sous accord préalable**, en ouvrant la possibilité pour le directeur de la caisse locale d'assurance maladie de proposer au médecin de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions en cause dans un certain délai. En cas de refus, la procédure ordinaire est poursuivie.

Le **I** de l'**article 30** prévoit qu'en cas de non respect des objectifs fixés dans le cadre de la procédure alternative à la mise sous entente préalable, le médecin peut se voir appliquer des pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

Outre une précision rédactionnelle, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces mesures qui devraient permettre une amélioration du dispositif d'accord préalable, essentiel en matière de maîtrise médicalisée, et dont l'UNCAM avait demandé le renforcement dans ses propositions sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2008.

D. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. La régulation des prescriptions de transport et de médicaments dans les établissements de santé (article 31 et 31bis)

a) Un poste de dépenses dynamique qui résulte majoritairement de la prescription des établissements de santé

Dans son rapport d'octobre 2009, la commission des comptes de la sécurité sociale note qu'en dépit d'une certaine maîtrise en 2006 et 2007, **les dépenses de transport sanitaire devraient retrouver un taux de progression élevé en 2009 – 7 % –**, soit deux fois plus important qu'en 2008. Les dépenses de transport sanitaire avaient atteint, cette année-là, 2,4 milliards d'euros.

Dans son rapport de juillet 2009 relatif aux propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010¹, la CNAMTS précisait que **les dépenses de transport résultaient à hauteur des deux tiers de prescriptions issues des établissements de santé.**

b) De nombreuses mesures prises en ce domaine ces dernières années

Plusieurs mesures visant à réguler ce poste de dépenses ont déjà été prises ces dernières années :

- **la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a introduit une procédure de mise sous accord préalable** applicable aux prescriptions relatives aux indemnités journalières et aux transports sanitaires. Ce mécanisme permet au directeur de la caisse locale d'assurance maladie de subordonner la couverture des frais de transports ou le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical ;

- à l'initiative de l'assurance maladie, de nouvelles règles de prescriptions sont également entrées en vigueur en 2006 et 2007, visant à étendre les principes de la maîtrise médicalisée aux dépenses de transports grâce à **l'élaboration de référentiels destinés à choisir le moyen de transport le mieux adapté à l'état de santé du malade** ;

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a, quant à elle, renforcé **l'encadrement de la prise en charge des transports non sanitaires, notamment effectués en taxi**. Leur prise en charge ne peut être effective que si l'entreprise a préalablement conclu une convention avec la caisse locale d'assurance maladie ;

- la loi de financement précitée a, enfin, **ouvert la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de prise en charge et de financement**

¹ Conseil d'administration de la CNAMTS, « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010 » - rapport du 9 juillet 2009.

par l'assurance maladie des frais de transport prescrits au sein des établissements de santé.

c) Un dispositif calqué sur la procédure de régulation des prescriptions médicamenteuses inscrites sur la « liste en sus »

Le I de l'article 31 du présent projet de loi de financement introduit une procédure de régulation des dépenses de transport sanitaire, calquée sur celle relative aux prescriptions médicamenteuses inscrites sur la « liste en sus », créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Ce mécanisme repose sur trois éléments :

- la **réalisation d'une analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport**, sur la base de laquelle l'Etat arrête, après consultation du conseil de l'hospitalisation, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses afférentes aux transports ;

- la **possibilité pour les agences régionales de santé de conclure, avec les établissements de santé qui dépasseraient ce taux, un contrat, d'une durée de trois ans, d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins** en matière de transports.

Pour qu'un tel contrat puisse être conclu, deux conditions doivent être réunies : la progression des dépenses de transport de cet établissement doit être supérieure au taux arrêté nationalement et ce dépassement doit résulter de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au « *mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire* », définie à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

Ce contrat doit comporter deux objectifs : un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement, fixé en lien avec le taux national d'évolution des dépenses actualisé chaque année ; un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en la matière.

- **des conséquences financières en cas de dépassement ou de respect des taux cibles d'évolution des dépenses de transport selon le principe du bonus/malus**. Trois situations sont ainsi distinguées :

- en cas de refus de l'établissement de conclure un contrat d'amélioration des prescriptions, l'ARS lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables dans la limite de 10 % de ces dépenses ;

- en cas de non respect des objectifs fixés dans le contrat, l'ARS peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables dans la limite du dépassement de son objectif ;

- en cas de meilleurs résultats par rapport aux objectifs fixés dans le contrat, l'ARS peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Selon les données recueillies par votre rapporteur pour avis, les économies attendues de ce dispositif s'élèveraient à **150 millions d'euros**.

Le **II** de l'**article 31** propose, par ailleurs, de **modifier la base légale d'une expérimentation ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008**, en matière de transports sanitaires.

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 proposait en effet d'expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période qui n'excède pas cinq ans, des nouveaux modes de prise en charge et de financement des frais de transports prescrits par les praticiens exerçant dans les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier. Dans ce cadre, les frais de transport sont mis à la charge des établissements qui perçoivent à ce titre une dotation spécifique de l'assurance maladie devant leur permettre de gérer dans de meilleures conditions d'efficacité leurs prescriptions de transports.

Selon les données recueillies par votre rapporteur pour avis, aucune expérimentation n'a pu être menée sur le fondement de l'article 64 de la loi de financement pour 2008, les établissements de santé n'étant pas prêts à entrer dans une nouvelle logique de financement des frais de transports les obligeant à passer des appels d'offre avec les entreprises de transports sanitaires.

Le **II** de l'**article 31** propose ainsi **une nouvelle expérimentation destinée à inciter les établissements de santé à mettre en place des dispositifs de transports partagés**.

Dans ce cadre, les établissements de santé qui le souhaitent signent, avec les transporteurs sanitaires, une convention portant création d'un centre de régulation chargé de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Sur le modèle du dispositif « tiers payant contre générique », le patient, qui refuse la proposition de transport qui lui est faite, se voit supprimer la dispense d'avance de frais.

Il est précisé que cette expérimentation est ouverte à compter du 1^{er} janvier 2010 pour une période ne pouvant excéder cinq ans. Ces expérimentations font l'objet d'une évaluation annuelle. Un rapport est transmis au Parlement à cet effet.

Le **III** de l'**article 31** prévoit qu'à titre transitoire, dans l'attente de la mise en place effective des ARS, les compétences attribuées à celles-ci par le présent article sont exercées par les missions régionales de santé.

A l'exception d'un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification. Elle a également adopté, à l'initiative de notre collègue député, Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des finances, **un amendement portant article additionnel, transposant la procédure décrite ci-dessus aux prescriptions médicamenteuses**.

d) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement le dispositif proposé par l'article 31 qui vise à renforcer l'encadrement des dépenses de transport, poste dynamique de dépenses, dans la continuité des mesures prises, dans ce domaine, ces dernières années. Il approuve également son extension aux prescriptions médicamenteuses.

Il s'interroge néanmoins sur **le dispositif d'intéressement financier des établissements de santé à la réalisation des objectifs du contrat de bonne pratique**. Il remarque, tout d'abord, que ce mécanisme n'est pas prévu dans la procédure relative aux prescriptions médicamenteuses de la « liste en sus ». Par ailleurs, et de façon plus générale, **votre rapporteur pour avis s'oppose à ces mécanismes d'incitations financières aux bonnes pratiques de prescription qui devraient s'imposer, par principe, à tous les acteurs de notre système de santé.**

En ce qui concerne la création d'une nouvelle expérimentation en matière de transport sanitaire, **votre rapporteur pour avis s'interroge sur l'opportunité de remplacer une expérimentation qui n'a pu être mise en place par une autre du même type, même si l'extension, au domaine des transports, du principe « tiers-payant contre générique » est une piste de réforme intéressante.**

2. Le report de la convergence tarifaire (article 32 I-A et I)

a) Une réforme centrale qui a connu de nombreuses difficultés dès l'origine

Le processus de convergence tarifaire est un **élément central de la réforme du financement des établissements de santé**. Sa finalité est de réduire les différences de ressources constatées entre les établissements de santé présentant le même type d'activité. Elle recouvre en réalité deux dispositifs : d'une part, la convergence intrasectorielle, propre à chaque secteur, public ou privé ; d'autre part, la convergence intersectorielle devant déboucher sur la détermination de tarifs communs aux établissements de santé publics et privés pour des prestations de même nature et dans la limite des écarts justifiés par des différences de charges couvertes par les établissements.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a ainsi fixé un objectif de convergence devant être atteint en 2012, avec une étape intermédiaire en 2008, prévoyant une réduction de 50 % des écarts entre les tarifs du secteur public et ceux du secteur privé.

Cependant, **dès l'origine, ce processus s'est heurté à plusieurs faiblesses**. Tout d'abord, il est à noter que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a fixé un objectif de résultat – la convergence entre les tarifs du secteur public et ceux du secteur privé – sans en préciser les modalités. Surtout, n'était pas précisé s'il devait s'agir d'une convergence vers les tarifs

les plus bas, donc les plus performants, ou vers les tarifs moyens. Enfin, aucune analyse partagée par les différents acteurs n'était disponible, ce qui a fait l'objet d'assez fortes polémiques entre l'hôpital public et le secteur privé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a apporté deux principaux aménagements. Elle a tout d'abord précisé que le « *processus de convergence* [devait être] *orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale* », soit explicitement les tarifs des cliniques privées, considérées par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2006¹, comme les établissements les plus efficaces. Parallèlement, elle a fixé le principe de tarifs identiques pour les prestations nouvellement créées. Il s'agissait là de deux avancées essentielles, gage d'efficacité.

En revanche, dans le même temps, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, tout en maintenant l'objectif d'une convergence pour 2012, a supprimé l'échéance intermédiaire de 2008 qui prévoyait une réduction de 50 % des écarts tarifaires. Le Gouvernement avait déjà demandé la suppression de cette étape lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, arguant de l'impossibilité dans laquelle se trouvaient les pouvoirs publics de mesurer l'écart de coûts entre le secteur public et le secteur privé et, donc, de leur incapacité à réduire de moitié un écart non mesuré.

b) Le retard pris dans les études d'analyse des coûts

Afin d'assurer l'équité entre les secteurs, la convergence des tarifs ne saurait s'opérer que sous réserve d'une identité dans la nature des coûts de production des établissements. Autrement dit, la convergence peut conduire à maintenir des écarts tarifaires dès lors que ceux-ci sont justifiés par des différences dans la nature des charges qui s'imposent aux établissements.

Deux des principales difficultés de la convergence intersectorielle tiennent ainsi, d'une part, aux **écarts de périmètres des charges couvertes par les tarifs pratiqués dans les deux secteurs** (*cf.* tableau suivant), d'autre part, à la nécessaire différenciation à opérer entre **ce qui relève du champ tarifaire et ce qui relève d'un financement par la dotation** « Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation » (MIGAC).

¹ IGAS, mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, rapport n° 2006-009 – janvier 2006.

Comparaison des périmètres de charges couvertes par les tarifs

Secteur public		Secteur privé	
Hors tarif	Inclus dans le tarif	Inclus dans le tarif	Hors tarif
	Rémunérations des personnels médicaux, y compris les charges sociales		Honoraires des médecins et exonération des charges sociales en secteur 1
	Rémunérations des personnels non médicaux	Rémunérations des personnels non médicaux	
Listes en sus des médicaments / dispositifs médicaux implantables	Fournitures médicales, médicaments / dispositifs médicaux (hors listes)	Fournitures médicales, médicaments / dispositifs médicaux (hors listes)	Liste en sus des médicaments / dispositifs médicaux implantables
	Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles
	Charges logistiques, hôtelières et générales	Charges logistiques, hôtelières et générales	

Source : rapport 2009 au Parlement sur la convergence tarifaire

La réussite du processus de convergence suppose de pouvoir **identifier et justifier les divergences tarifaires et de dégager un consensus en la matière**. Or, depuis 2005, aucune étude complète n'a pu être établie sur ce sujet.

Des travaux ont pourtant été annoncés lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, dont les premiers résultats devaient être disponibles au cours du second trimestre 2007. Ces études devaient porter sur la détermination d'une méthodologie de mesure des coûts commune aux deux secteurs, public et privé, ainsi que sur les études dites complémentaires sur le coût du travail, la programmation de l'activité et la précarité, visant à expliquer les écarts de coûts observés.

Ces études ont finalement été reportées au 15 octobre 2008, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyant la remise au Parlement d'un rapport dressant le bilan de la réforme.

Ce rapport a été remis au Parlement à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. S'il présentait un bilan utile des étapes successives de la réforme et des travaux menés, il révélait néanmoins les très faibles progrès réalisés en la matière. En particulier, les travaux destinés à mesurer les surcoûts liés à la prise en charge de patients en situation de précarité et à l'organisation de la permanence de

soins étaient encore inachevés, de même que les seize études complémentaires suggérées par l'IGAS dans un rapport de janvier 2006¹.

c) Un report de 2012 à 2018

Le **I** de l'**article 32** du présent projet de loi de financement propose de reporter de 2012 à 2018 l'achèvement du processus de convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé.

L'exposé des motifs de cet article justifie ce report par la nécessité de « **finaliser les études nécessaires** à l'objectivisation, l'analyse et la quantification des écarts de coûts résultant notamment de la permanence des soins hospitalière non médicale, des écarts de rémunération des personnels non médicaux et de l'impact de l'activité non programmée et afin de tenir compte des fortes contraintes financières induites pour les établissements du secteur public ».

Selon les données de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), **les études restant à réaliser et leur date d'achèvement sont les suivantes :**

- la précarité (2011-2012) ;
- la permanence des soins hospitalière (2010-2012) ;
- la charge en soins (2011-2012) ;
- l'activité non programmée (2010-2011) ;
- les effets de gamme et de taille (2010-2011) ;
- le coût du travail (2010) ;
- les activités péri-hospitalières (2010) ;
- la fiscalité (2010).

Toutes ces études sont en cours de réalisation, sauf celle relative à la fiscalité qui doit encore être lancée.

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie, deux amendements tendant à :

- d'une part, à **prévoir des modalités particulières pour les établissements publics de santé de Guyane en matière de convergence intra-sectorielle**. Il est ainsi proposé que le processus de convergence s'achève à une date fixée par décret, contre 2012 dans le droit existant. Ces aménagements viseraient à tenir compte des difficultés rencontrées par ces établissements en matière de système d'information ;

- d'autre part, d'**avancer au 15 septembre la remise au Parlement des rapports annuels sur la convergence tarifaire et la tarification à**

¹ IGAS, mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, rapport n° 2006-009 – janvier 2006.

l'activité, aujourd'hui remis le 15 octobre. Le contenu de ce rapport est enrichi : il doit contenir un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence.

d) Un coup d'arrêt à une réforme pourtant essentielle

Votre rapporteur pour avis déplore que depuis 2005, aucune analyse complète des coûts n'ait pu être réalisée, alors que la Cour des comptes a souligné, dès 2002, la nécessité de développer ces analyses.

Ce report de près de six ans risque de **porter un véritable coup d'arrêt au processus de convergence** et il soulève, plus largement, **des interrogations quant à la réelle volonté politique de mener à bien une réforme**, pourtant essentielle, du mode de financement des établissements de santé.

Il juge, par ailleurs, **contradictoire** de reporter le processus de convergence tarifaire, d'un côté, et de proposer, de l'autre, « *afin de ne pas interrompre le processus de convergence, des rapprochements tarifaires dès 2010 sur quelques dizaines de tarifs de groupes homogènes de séjours* »¹, notamment la chirurgie ambulatoire.

Compte tenu du fait que toutes les études de coûts seront achevées en 2012 et qu'un délai supplémentaire doit être prévu pour permettre la réalisation du processus de convergence, **vos rapporteur pour avis vous propose un amendement tendant à ramener à 2014 le report de l'achèvement du processus.**

3. La prise en charge des malades vivant en France dans des régions frontalières (article 32-II)

Le **II de l'article 32** du présent projet de loi de financement prévoit également deux dispositions relatives à **la prise en charge des soins dispensés par un hôpital à des patients relevant d'un régime français d'assurance maladie établi hors de France**. Il est ainsi proposé :

- de comptabiliser ces dépenses dans l'objectif de dépense d'assurance maladie (ODAM), défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

- de donner une base légale au paiement qu'effectuera une caisse primaire d'assurance maladie, en tant que « caisse pivot », à l'établissement de santé concerné, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. Ces dispositions répondent aux recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport de septembre dernier.

¹ Exposé des motifs du présent article.

4. L'amélioration de l'information des patients (article 32 bis)

A l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie, l'Assemblée nationale a adopté un amendement portant article additionnel prévoyant que **les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent.**

L'article 32 bis précise que ces dispositions s'appliquent par dérogation à l'article L. 4127-1 du code de la santé publique qui renvoie à l'édition d'un code de déontologie par profession de santé sous la forme d'un décret en conseil d'état. Cette précision tend à éviter que les dispositions proposées ne contreviennent à l'article 19 du code de déontologie médicale (article R. 4127-19 du code de la santé publique) qui dispose que « *la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale* ».

Votre rapporteur pour avis approuve cette disposition qui s'inscrit dans le cadre des mesures adoptées, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, visant à accroître l'information des patients.

5. Les mesures relatives aux centres de santé (article 32 ter)

A l'initiative de notre collègue député Dominique Tian, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à prévoir que **les centres de santé**, définis à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, peuvent être créés par tout type d'établissement de santé, quel que soit leur statut.

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent notamment des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique.

E. LES MESURES RELATIVES AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

1. La prise en charge des frais de transport des adultes handicapés (article 33)

a) Les difficultés posées par le dispositif actuel

• **L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale pose le principe général d'une prise en charge des frais de transport** sur la base du trajet et du mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du bénéficiaire.

L'article R. 322-10 du même code précise que sont ainsi pris en charge, par l'assurance maladie, les frais de transport de l'assuré, ou de l'ayant droit, se trouvant dans l'obligation de se déplacer :

- **pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état de santé** (dans le cadre d'une hospitalisation, d'examens en lien avec une ALD, lorsque l'état de santé de l'assuré nécessite le recours à une ambulance, lorsque la distance est supérieure à 150 kilomètres, en cas de transports en série) ;

- **pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale** (convocation du contrôle médical, convocation d'un médecin expert).

Un décret en Conseil d'Etat du 23 décembre 2006 est venu fixer le référentiel de prescription en ce domaine : le choix du mode de transport doit être médicalisé en fonction des déficiences et des incapacités de l'assuré.

• **S'agissant, plus spécifiquement, du transport des personnes handicapées**, plusieurs cas sont à prendre en considération :

- **la prise en charge des frais de transport des enfants et adultes handicapés accueillis dans les établissements qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social et médico-social** sont inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements (article L. 242-12 du code de l'action sociale et des familles). L'article D. 242-14 du code de l'action sociale et des familles précise que ces derniers sont financés par les organismes de sécurité sociale et, éventuellement, par l'aide sociale ;

- en revanche, **la prise en charge par l'assurance maladie des transports des enfants vers les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), ainsi que les frais de transport des adultes handicapés vers les foyers d'accueil médicalisé (FAM) ou en maison d'accueil spécialisée (MAS), ne reposent sur aucun texte spécifique de valeur normative.**

Ces établissements sont en effet exclus des dispositions de l'article L. 242-12 précité puisqu'ils ne constituent pas des établissements d'éducation. A défaut, c'est donc le droit commun de l'assurance maladie, posé par l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale, qui s'applique. Cependant, ces dispositions sont assez restrictives et mal adaptées aux situations visées puisqu'elles réservent la prise en charge des frais de transport à ceux motivés par l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir des examens.

Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) pourraient répondre à ces critères. En effet, l'article R. 344-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les MAS doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent l'hébergement, les soins médicaux et paramédicaux correspondant à la vocation des établissements, les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes

accueillies et des activités de vie sociale. Il en est de même des FAM chargés d'assurer un accompagnement coordonné garantissant la qualité des soins (article D. 344-5-3 du code de l'action sociale et des familles).

Cependant, les travaux menés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur ce sujet¹ font apparaître que :

- d'une part, la Cour de cassation, dans un arrêt en date du 5 juillet 2005, a considéré que les transports vers les MAS n'étaient pas nécessités par les soins dans la mesure où ces structures sont des lieux d'hébergement ou des lieux de vie ;

- d'autre part, une circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du 24 août 2007 a réduit le champ de l'application de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale aux seules hospitalisations dans une structure de soins, ce que ne sont pas les FAM et les MAS.

- **Quant à la prestation de compensation du handicap (PCH)**, introduite par la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, **si elle peut être pour partie affectée à des charges liées à d'éventuels surcoûts résultant du transport** (3^o catégorie d'aides pouvant être couvertes, *cf.* encadré suivant), il est à noter que, d'une part, **cette aide est plafonnée** et, d'autre part, que les aides de même nature versées au titre d'un régime de sécurité sociale sont déduites du montant de la PCH. Il en résulte l'impossibilité pour la PCH de venir compléter les remboursements de l'assurance maladie en la matière.

Les travaux conduits dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008 ont ainsi montré que **la part de la PCH relative aux transports n'est pas adaptée à toutes les situations individuelles** et que **les montants versés à ce titre sont souvent insuffisants en cas de transports médicalisés ou quotidiens.**

¹ *Rapport sur du groupe de travail, « Frais de transport des personnes en situation de handicap » - juillet 2009.*

La prestation de compensation du handicap (PCH)

• **La prestation de compensation est une aide financière destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées.** Son attribution est personnalisée. Les besoins de compensation doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sur la base du projet de vie exprimé par la personne. Il est possible de bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH) à domicile, ou en établissement.

• **La PCH peut servir à couvrir cinq types d'aides :**

- des aides humaines ;
- des aides techniques ;
- des aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, de même qu'à d'éventuels surcoûts dus à son transport ;
- des aides spécifiques ou exceptionnelles ;
- des aides animalières.

• **La PCH est plafonnée en fonction du calcul des ressources du demandeur.** Les taux maximaux de prise en charge de la compensation du handicap sont ainsi fixés à :

- 100 % des tarifs et montants selon les limites fixées par type d'aides, si les ressources de la personne handicapée sont inférieures ou égales à 2 fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne, soit : 24.698,46 euros au 1^{er} janvier 2009 ;

- 80 % des tarifs et montants selon les limites fixées par type d'aides, si les ressources de la personne handicapées sont supérieures à ce même plafond.

b) Le dispositif proposé s'appuie sur le mécanisme retenu pour la prise en charge des transports des enfants handicapés

L'**article 33** du présent projet de loi de financement propose ainsi que les frais de transport des personnes adultes handicapées, placés dans les foyers d'accueil médicalisés ou fréquentant, en accueil de jour, les centres pour handicapés adultes, soient inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements pour leur partie financée par l'assurance maladie.

L'article 13 **transpose ainsi le mode de prise en charge des frais transports des enfants handicapés en établissement d'éducation.** Cette proposition constituait **l'une des pistes de réforme étudiée par la CNSA dans ses travaux précités.**

A l'initiative de notre collègue députée, Isabelle Vasseur, rapporteure pour le médico-social au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté, deux amendements tendant à préciser :

- d'une part, que cette disposition s'applique uniquement aux transports effectués entre le domicile et l'établissement concerné ;

- d'autre part, que ces frais sont pris en charge par l'assurance maladie. La rédaction initiale pouvait en effet laisser subsister une ambiguïté sur ce point.

Votre rapporteur pour avis approuve cette mesure qui devrait apporter une **solution aux restes à charge parfois élevés supportés par les familles.**

Elle constitue, par ailleurs, une **mesure d'efficience** en permettant aux établissements concernés de s'organiser pour mettre en place une mutualisation des transports lorsque plusieurs trajets pourraient être groupés par exemple.

2. La possibilité pour un groupement de coopération social et médico-social de gérer une pharmacie à usage interne (article 33 bis)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue députée, Isabelle Vasseur, rapporteure pour le médico-social au nom de la commission des affaires sociales, un amendement portant article additionnel **ouvrant la possibilité aux groupements de coopération sociale et médico-sociale de gérer une pharmacie à usage interne.**

Cette possibilité est déjà aujourd'hui offerte aux établissements de santé et établissements médico-sociaux, aux groupements de coopération sanitaire, aux hôpitaux des armées, aux installations de chirurgie esthétique satisfaisant à certaines conditions et aux établissements pénitentiaires.

L'article 33 *bis* précise que cette disposition n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2011 afin d'attendre la fin de la phase d'expérimentation sur l'intégration des médicaments dans le forfait « soins » des établissements.

3. La prise en charge des dépenses médico-sociales liées aux placements de personnes handicapées dans des établissements étrangers (article 33 ter)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement, un amendement portant article additionnel tendant à permettre à la CNSA de **financer la prise en charge de ressortissants français dans des structures médico-sociales établies dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou encore en Suisse.**

Il s'agit ici de donner une base juridique à une situation de fait. Mme Nadine Morano, secrétaire d'Etat à la famille, a en effet indiqué, devant l'Assemblée nationale, qu'aujourd'hui, « *la CNSA n'a pas de compétence explicite pour financer des établissements qui ne sont pas situés sur le territoire français. Si elle l'a fait jusqu'à présent, c'est parce que les ministres ont demandé, en 2009, que les dépenses des années précédentes soient effectivement payées par la CNSA* ».

Il est, par ailleurs, proposé que certaines dépenses afférentes à des établissements ou services médico-sociaux relevant de l'objectif de dépenses géré par la CNSA et qui ont vocation à être gérées nationalement – telles que les crédits liés à des dépenses exceptionnelles en cas de canicule –, ne fassent pas l'objet d'une répartition régionale, dérogation que ne prévoit pas l'article L. 314-3 du code de la sécurité sociale.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces deux dispositions :

- la première répond à **une réalité forte, celle du placement à l'étranger de nombreuses personnes âgées dépendantes et handicapées** en raison du manque de structures adaptées ou du coût élevé de ce mode de prise en charge en France ;

- la seconde constitue là encore une **mesure de gestion efficiente des dépenses afférentes au secteur médico-social.**

4. Le financement de la majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé (article 33 quater)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue députée, Isabelle Vasseur, rapporteure pour le médico-social au nom de la commission des affaires sociales, un amendement portant article additionnel tendant à **supprimer progressivement le financement par la CNSA de la majoration spécifique pour parent d'enfant handicapé** (diminution de moitié en 2010 et suppression en 2011).

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est en effet versée aux parents ayant un enfant atteint d'une incapacité permanente d'au moins 80 %. Cette **prestation peut être majorée d'un montant forfaitaire pour le parent élevant seul son enfant.** Alors que la AEEH est financée par la branche famille, la majoration spécifique pour parent isolé est financée par la CNSA qui verse au Fonds national des prestations familiales (FNAL), géré par la caisse nationale des allocations familiales, une subvention correspondant aux sommes versées au titre de cette majoration.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette mesure qui tend ainsi à rétablir **la cohérence globale du financement de la prestation** et vise à tenir **compte de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH) enfant**, mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, **qui se traduit mécaniquement par une baisse progressive du nombre de compléments d'AEEH.**

Selon l'annexe 8 au présent projet de loi de financement, le concours de la CNSA au titre des majorations de l'AEEH s'élèverait à **21,4 millions d'euros en 2009.**

5. La validation de reclassement des salariés des établissements privés d'hospitalisation (article 33 quinquies)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement, un amendement portant article additionnel tendant à **valider les reclassements opérés en application de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002 portant rénovation de la convention collective nationale des établissements privés**

d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif, qui n'ont entraîné aucune perte de rémunération pour les salariés concernés.

D'après les informations fournies par Mme Nora Bera, secrétaire d'Etat aux aînés, devant l'Assemblée nationale, cette convention collective a modifié les règles de calcul de l'ancienneté en instaurant une indemnité garantissant à chaque salarié une rémunération globale égale à celle perçue avant la rénovation.

Cependant, dans un arrêt du 11 juillet 2007, la Cour de cassation a fait droit à une demande de reclassement qui excède les garanties octroyées par l'accord de 2002. L'application de cette décision à l'ensemble des établissements visés par la convention collective risquerait d'entraîner des surcoûts importants pour les établissements, évalués à **200 millions d'euros. C'est pourquoi il est proposé de valider le reclassement des salariés de ces établissements.**

F. LES DOTATIONS AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET À DIVERS ORGANISMES

1. La dotation aux agences régionales de santé (ARS) (article 34)

a) Une dotation qui doit être fixée en loi de financement de la sécurité sociale

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a prévu la création des agences régionales de santé (ARS). Celles-ci sont destinées à renforcer l'efficacité du système de santé en regroupant, au niveau de chaque région, l'ensemble des compétences nécessaires à la coordination des différentes composantes de la politique de santé.

Les compétences des ARS sont ainsi plus larges que celles des actuelles agences régionales de l'hospitalisation (ARH) puisqu'elles **regroupent la gestion du système de soins, la veille et la sécurité sanitaire, la prévention, la gestion du risque et le secteur médico-social.** La transversalité de leurs missions a pour but de décroiser les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Les ARS ont ainsi vocation à regrouper sept entités existantes : les directions départementales (DDASS) et régionales (DRASS) des affaires sanitaires et sociales, pour l'Etat ; l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), pour l'assurance maladie ; enfin, au titre des organismes communs à l'Etat et à l'assurance maladie, les ARH, les missions régionales de santé (MRS) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

L'article 118 de la loi HPST prévoit que **les ressources** des agences sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'Etat ;

« 2° **Des contributions des régimes d'assurance maladie ;**

« 3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

« 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics ».

Il est, par ailleurs, précisé, grâce à l'initiative de notre collègue Alain Vasselle, que **les contributions des régimes d'assurance maladie et de la CNSA sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.**

b) Les difficultés proposées en 2010, année de transition

Pour 2010, année de transition, plusieurs difficultés se posent pour la détermination de la dotation versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie aux ARS.

La **première difficulté** tient à la **date effective de mise en place des ARS**. La loi HPST prévoit en effet que la création effective des ARS doit intervenir au plus tard le 1^{er} juillet 2010. Or, d'ores et déjà, les 36 « préfigurateurs » des ARS ont été nommés en conseil des ministres le 30 septembre 2009 et M. Jean-Marie Bertrand, secrétaire général des ministères sociaux, a indiqué à votre rapporteur pour avis que la mise en place des agences pourrait intervenir dès le mois d'avril.

La **deuxième difficulté** a trait à la **détermination précise des dépenses de personnel**. Si les effectifs à transférer ont été arrêtés, en revanche, la valorisation budgétaire de certains emplois n'est pas définie de façon précise. Ainsi selon les données transmises par le secrétariat général des ministères sociaux, ce sont 1.577 emplois temps plein (ETP) qui seront transférés dans les ARS et 1.693 ETP en y ajoutant les effectifs du régime social des indépendants (RSI) et de la mutualité sociale agricole (MSA).

Les emplois du régime général seront transférés selon deux modalités :

- 1.267 ETP correspondant à des agents exerçant leurs activités dans les organismes transférés en tout ou partie (URCAM et CRAM, notamment) ;

- 310 ETP correspondant à des postes budgétaires dont les emplois seront pourvus par appel à candidature.

La **troisième difficulté** tient aux **frais d'installation des ARS**. Le coût de celles-ci est évalué par le secrétariat général des ministères sociaux à 67 millions d'euros sur 3 ans (*Cf.* tableau suivant). A la différence des dépenses de personnel et de fonctionnement qui doivent donner lieu au versement d'une dotation annuelle des régimes obligatoires de base, ces

dépenses nécessitent un pilotage national et pluriannuel. D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, les régimes obligatoires de base d'assurance maladie devraient participer à hauteur de 28 millions d'euros aux frais d'installation des ARS.

Frais d'installation des ARS (2009-2011)

(en milliers d'euros)

	Coût total	2009	2010	2011
Création des ARS	2.210	1.500	710	0
Accompagnement du changement	5.700	1.780	3.920	0
Mobilité des agents	7.290	0	7.290	0
Systèmes d'information	20.240	1.410	11.210	7.620
Immobilier	23.000	4.200	9.800	9.000
Assistance à la mise en œuvre des ARS	9.820	4.850	4.970	0
Total	68.260	13.740	37.900	16.620

Source : secrétariat général des ministères sociaux

c) Un dispositif proposé peu satisfaisant

Compte tenu de ces difficultés, l'article 34 du présent projet de loi de financement prévoit, pour 2010, deux dispositifs de financement :

- d'une part, une **dotación destinée à financer une partie des dépenses d'installation des ARS qui fera l'objet d'un rattachement par voie de fonds de concours**, selon une rédaction très évasive ;

- d'autre part, une **contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des ARS fixée par arrêté des ministres** chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture, pour un montant correspondant aux dépenses afférentes aux emplois transférés par les organismes d'assurance maladie et des crédits de fonctionnement s'y rapportant.

Pour votre rapporteur pour avis, cet article n'est pas acceptable à deux titres.

• **Le caractère peu opérant de la rédaction relative à la dotación destinée aux frais d'installation des ARS, qui devra faire l'objet d'un rattachement par voie de fonds de concours.**

Votre rapporteur pour avis a bien noté que cette mention peu précise, qui ne fixe pas en particulier le montant de cette dotación, a pour but d'éviter que cette disposition ne soit considérée par le Conseil constitutionnel comme contraire à la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF). On rappellera, en effet, que le Conseil constitutionnel, dans sa décision relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, a mis fin pour l'avenir à la possibilité d'une contribution de l'assurance maladie au financement du plan de prévention et de lutte « pandémie grippale », par le biais d'un fonds de concours, au motif qu' « un tel prélèvement, en raison de

son caractère obligatoire, ne figure pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours », définies par l'article 17 de la LOLF.

**L'obligation constitutionnelle de renoncer au recours au fonds de concours
(Décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005)**

Se saisissant d'office des articles 5 et 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Conseil constitutionnel a relevé que les dispositions de ces articles n'étaient pas conformes à la règle, fixée par l'article 17 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), selon laquelle les versements aux fonds de concours ont un caractère volontaire.

Le Conseil constitutionnel a, en effet, estimé que la participation de l'assurance maladie au fonds de concours précité n'entrait pas dans le cadre des dispositions de l'article 17 de la LOLF et qu'un tel prélèvement, en raison de son caractère obligatoire, ne figurait pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours.

Toutefois, considérant que l'intérêt général de valeur constitutionnelle qui s'attache à la protection sanitaire de la population justifie que la participation de l'assurance maladie au fonds de concours, nécessaire en 2005 et 2006 à la mise en œuvre des actions de prévention en cause, se poursuive jusqu'à la fin de l'année 2006, le Conseil constitutionnel a jugé que la méconnaissance, par les articles 5 et 64 de la loi déferée, des dispositions de la LOLF ne conduisait pas, en l'état, à les déclarer contraires à la Constitution.

Il a cependant validé ces articles sous la réserve que le financement de ces actions soit mis en conformité, à compter de l'année 2007, avec les nouvelles prescriptions organiques qui régissent les procédures comptables particulières d'affectation de recettes. Dès lors, il semble qu'à défaut d'une mise en conformité des modalités de financement du plan Gouvernemental avec les dispositions de la LOLF, « *la censure serait inévitable lors de l'examen de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale* »¹.

Source : commission des finances

En outre, compte tenu la procédure de création d'un fonds de concours retracée ci-dessous, **la mention relative à la dotation de l'assurance maladie pour les frais d'installation des ARS est inutile et répond uniquement à un souci de transparence et d'information**. Elle ne porte, en aucun cas, création du fonds de concours qui relève du pouvoir réglementaire et ne peut se substituer à une décision expresse de la partie versante.

¹ *Commentaire des Cahiers du Conseil constitutionnel n° 20.*

Définition et procédure de création d'un fonds de concours

L'article 17 de la LOLF définit le dispositif des fonds de concours comme suit :

« Les fonds de concours sont constitués, d'une part, par des fonds à caractère non fiscal versés par des personnes morales ou physiques pour concourir à des dépenses d'intérêt public et, d'autre part, par les produits de legs et donations attribués à l'Etat.

Les fonds de concours sont directement portés en recettes au budget général, au budget annexe ou au compte spécial considéré. Un crédit supplémentaire de même montant est ouvert par arrêté du ministre chargé des finances sur le programme ou la dotation concernée.

Les recettes des fonds de concours sont prévues et évaluées par la loi de finances. Les plafonds de dépenses et de charges prévus au 6° du I de l'article 34 incluent le montant des crédits susceptibles d'être ouverts par voie de fonds de concours.

L'emploi des fonds doit être conforme à l'intention de la partie versante. A cette fin, un décret en Conseil d'Etat définit les règles d'utilisation des crédits ouverts par voie de fonds de concours ».

La procédure de création d'un fonds de concours comprend quatre étapes :

- le ministère concerné saisit le ministère des finances d'une demande de création du fonds de concours. Il doit indiquer le contexte, les dépenses d'intérêt public, le montant des recettes attendues et fournir une attestation de l'intention de la partie versante ;

- après acceptation par le ministère des finances, le ministère concerné crée le fonds de concours dans le système d'information budgétaire et comptable et émet un titre de perception à l'intention de la partie versante ;

- le ministère des finances prend un arrêté d'ouverture de crédits sur le programme ministériel de rattachement ;

- la prochaine loi de finances retrace le montant des recettes rattachées

Source : d'après les données du ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat

• Le véritable « chèque en blanc » donné au pouvoir réglementaire pour la dotation « ordinaire » versée par l'assurance maladie aux ARS.

Votre rapporteur pour avis ne méconnaît pas les difficultés rencontrées par le Gouvernement pour fixer pour 2010 cette contribution en raison, d'une part, de l'indétermination de la date exacte de mise en place des ARS et, d'autre part, des incertitudes pesant sur la valorisation budgétaire de certains effectifs devant être transférés.

Cependant, plusieurs éléments doivent être soulignés :

- d'une part, **cette disposition contrevient à l'article 118 de la loi « HPST »** précité qui prévoit la fixation de cette dotation en loi de financement de la sécurité sociale. Ce renvoi du législateur au pouvoir réglementaire pourrait ainsi être interprété par le Conseil constitutionnel comme un cas d'**incompétence négative du législateur** ;

- d'autre part, si une certaine incertitude pèse encore sur le montant exact des dépenses de personnel, des **estimations relatives au coût des ARS en année pleine sont disponibles**. Les différentes évaluations données à votre rapporteur pour avis au cours de ses évolutions oscillent entre 130 et 100 millions d'euros.

Afin d'encadrer la fixation de la dotation versée aux ARS, tout en veillant à laisser une marge de manœuvre aux agences compte tenu de l'indétermination de leur date de mise en place effective, votre rapporteur pour avis vous propose un amendement tendant à plafonner la dotation versée aux ARS, en année pleine, à 110 millions d'euros – montant médian des estimations données à votre rapporteur pour avis. Il est précisé que cette dotation sera fixée au *prorata* de la période effective de fonctionnement des agences.

2. Les crédits destinés au FIQCS, au FMESPP et à l'ONIAM (article 35)

L'**article 6** du présent projet de loi de financement porte rectification des montants des crédits alloués pour 2009 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et à l'Etablissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS) – ce point a été développé précédemment par votre rapporteur pour avis.

L'**article 35** fixe, quant à lui, les crédits alloués, pour 2010, à ces deux organismes ainsi qu'au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Si la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait procédé à d'importantes mesures d'ajustement des dotations destinées à ces fonds pour 2008 et 2009, le PLFSS pour 2010 ne poursuit que partiellement ce mouvement.

a) La dotation au FIQCS

Le FIQCS a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il résulte de la fusion de la dotation nationale des réseaux (DNR) et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), effective depuis le 1^{er} juillet 2007. Ce fonds est notamment chargé de financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé ou à des centres de santé.

Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Entré en vigueur le 1^{er} juillet 2007, le FIQCS, qui succède à Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et à la dotation nationale des réseaux (DNR), a repris les financements disponibles à cette date sur ces deux fonds.

Ses missions sont définies par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Le I de cet article dispose ainsi que le FIQCS a pour missions :

- de financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé ;

- de financer le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;

- de financer des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;

- de concourir au financement d'actions ou de structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;

- de financer des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;

- de contribuer à la mise en œuvre du dossier médical personnel et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Comme cela a été indiqué précédemment, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a procédé à des mesures importantes d'ajustement des crédits destinés à ce fonds : elle a procédé, d'une part, au gel des crédits du fonds pour 2008 à hauteur de 70 millions d'euros, ainsi qu'à une nette diminution de ceux prévus pour l'année 2009, soit une diminution de 60 millions d'euros par rapport à la dotation initiale de 2008. Ces éléments donnaient ainsi raison aux observations répétées de votre rapporteur pour avis sur le risque de sur-dotation du FIQCS.

Le présent projet de loi de financement s'inscrit dans ce mouvement, puisque :

- d'une part, l'article 6 prévoit un **nouvel gel de 50 millions d'euros** des crédits du FIQCS pour 2009, diminuant ainsi sa dotation de 240 millions à 190 millions d'euros ;

- d'autre part, l'article 35 fixe à **228 millions d'euros la dotation accordée au fonds pour 2010**, soit une diminution de 12 millions d'euros par rapport à 2009.

Votre rapporteur pour avis se félicite de cette prise en compte des sous-consommations récurrentes du fonds, même s'il regrette que celles-ci soient imputables, une fois de plus, aux retards pris dans la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP). Votre rapporteur pour avis note en

effet que les dépenses relatives au DMP se sont, pour la troisième année consécutive, révélées inférieures à la dotation initiale : soit 14,4 millions d'euros contre 60 millions d'euros prévus initialement.

Sous-consommation des crédits destinés au financement du dossier médical personnel

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009
Dotation initiale	27,6	32,0	60,0
Crédits consommés	23,5	15,0	14,4

Source : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

Par ailleurs, votre rapporteur pour avis s'interroge sur le fonds de roulement encore élevé du FIQCS malgré ces ajustements successifs. Celui-ci atteindra, à la fin de l'année 2009, 117,4 millions d'euros selon l'annexe 8 au présent projet de loi de financement et ne devrait être que très faiblement réduit en 2010. En effet, d'après les données recueillies auprès du ministère de la santé et des sports, la fixation à 228 millions d'euros de la dotation pour 2010 du FIQCS devrait, compte tenu d'une programmation de dépenses évaluée à 237 millions d'euros, nécessiter une mobilisation du fonds de roulement à hauteur de 9 millions d'euros.

Cependant, votre rapporteur pour avis note les nouvelles missions accordées au FIQCS dans le cadre de la loi « HPST » qui pourraient avoir un impact sur les crédits destinés au fonds. Le fonds est notamment chargé du versement des contreparties financières accordées dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre les ARS et les établissements de santé.

Votre rapporteur pour avis sera très attentif aux taux de consommation des crédits du FIQCS lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Suivi du FAQSV depuis 2000 et du FIQCS depuis 2007

(en millions d'euros)

ex-FACSV	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dotation	76,2	0	76,6	20	15	60	60	119,5
Dotation cumulée au fonds	252,4	328,6	405,2	425,2	440,2	500,2	560,2	679,7
Consommation annuelle	4,8	31	50	54,5	59,4	67	53	18,8
Consommation de crédits cumulés	104,8	135,8	185,8	240,3	299,7	366,7	419,7	438,5
Solde annuel	71,4	45,2	-50	-34,5	-44,4	-7	7,1	100,7
Solde net cumulé	147,6	192,8	142,8	108,3	63,9	56,9	64	155,2

Source: CNAMTS - DSS

FIQCS	2007	2008
Dotation	-	231
Budget (plafonné)	-	231
Reprise du FAQSV	155,2	-
Recettes issues de la DNDR	63,5	-
Consommation annuelle	94,7	211
Solde annuel	124,0	20
Solde net cumulé	124,0	144,0

b) La dotation au FMESPP

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait également procédé à de fortes mesures de régulation des crédits alloués au FMESPP, fonds notamment chargé de financer les dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et de leur groupement de coopération.

Les missions du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Les missions de ce fonds, définies par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹, ont progressivement été élargies et qu'il participe aujourd'hui au financement :

- des contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales ;
- des actions de modernisation sociale ;
- des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements de santé engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation ;
- des dépenses de fonctionnement et d'investissement liées à la modernisation des établissements de santé publics et privés et des groupements de coopération sanitaire.

Il finance par ailleurs les missions créées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » : la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), la mission tarification à l'activité (MT2A), la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH) et les missions régionales ou inter-régionales d'appui à l'investissement et les missions régionales ou inter-régionales d'expertise et d'audit hospitaliers placées auprès des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.

¹ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait ainsi procédé à **l'annulation de 100 millions d'euros** des crédits destinés au FMESPP pour 2008. L'exposé des motifs de l'article 5 du PLFSS pour 2009 justifiait ce gel par « *le décalage croissant entre les montants engagés annuellement par les agences régionales de l'hospitalisation au titre du FMESPP et les montants effectivement décaissés par le gestionnaire du fonds* ». Votre rapporteur pour avis avait explicitement attiré l'attention sur ce point, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait, par ailleurs, fixé la dotation du FMESPP pour 2009 à 190 millions, soit une nette diminution par rapport aux dotations précédentes – 301 millions d'euros en 2008.

Le présent projet de loi de financement, contrairement au FIQCS, ne poursuit pas ce mouvement d'ajustement : aucun gel de crédits pour 2009 n'est proposé et l'**article 35** du présent projet de loi de financement fixe la dotation du FMESPP pour 2010 à **264 millions d'euros**, soit une augmentation de 74 millions d'euros par rapport à 2009.

Par ailleurs, votre rapporteur pour avis rappelle que la loi de finances rectificative pour 2009, adoptée en février dernier, a prévu une ouverture de crédits supplémentaires de 70 millions d'euros destinés à abonder le FMESPP pour un programme d'investissement en établissements psychiatriques¹.

D'après les données recueillies par votre rapporteur pour avis, **cette évolution « en accordéon » des crédits destinés au FMESPP s'expliquerait par l'impact des deux mesures de régulation intervenues en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009**. Celles-ci auraient annulé le solde disponible du fonds, la part restante des réserves du FMESPP correspondant à des engagements pour lesquels les bénéficiaires des projets n'ont pas encore demandé le versement des crédits en raison d'un état de maturité insuffisant de leur dossier.

Un récent rapport de l'inspection générale des finances² a en effet tenté d'apporter quelques éclaircissements sur la situation financière du fonds en déterminant le part des crédits réellement disponibles au sein du fond de roulement de celui. Sur les 629 millions d'euros de reports cumulés constatés à la fin de l'année 2007, la mission a évalué le solde disponible à 219 millions d'euros. Ce solde de crédits non utilisés correspondrait aux crédits non délégués par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), aux crédits non engagés par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ainsi qu'aux crédits engagés sur des opérations qui ont finalement été abandonnées.

¹ Article 11 de la loi n° 2009-122 de finances rectificative du 4 février 2009.

² IGF, rapport n° 2008-M-071-02 – novembre 2008.

Le gel de crédits à hauteur de 100 millions d'euros en 2008 et la diminution de 110 millions d'euros de la dotation du fonds pour 2009 auraient ainsi, selon la mission, **retirait toutes les disponibilités du fonds ne faisant pas l'objet d'engagement.**

La fixation de la dotation du FMESPP pour 2010 à 264 millions d'euros interroge donc votre rapporteur pour avis. En effet, selon les données de l'annexe 7 du présent projet de loi de financement, le programme prévisionnel de dépenses du FMESPP s'élèverait à 289 millions d'euros, ce qui devrait conduire à une nouvelle mobilisation de la réserve du fonds à hauteur de 25 millions d'euros et donc porter pour une partie – certes minime – sur des crédits faisant l'objet d'engagements.

Votre rapporteur pour avis souhaite que l'examen de ces dispositions en séance publique soit l'occasion d'un **nouvel éclairage sur la situation du fonds** : le niveau de ses engagements, de ses versements et de son solde.

Il vous proposera en outre un amendement reprenant l'une des préconisations de la mission de l'inspection générale des finances tendant à créer une procédure de « déchéance » des crédits affectés par le fonds mais n'ayant pas donné lieu à une demande de remboursement. Cette mesure devrait permettre une meilleure gestion du fonds. Deux procédures distinctes doivent être introduites :

- l'une prévoyant une déchéance sur les crédits délégués aux ARH mais n'ayant pas fait l'objet d'un engagement réciproque entre l'ARH et l'établissement de santé. La fixation d'un délai d'engagement d'un an maximum, opposable aux ARH, permet de circonscrire à une année l'utilisation de ces crédits ;

- l'autre prévoyant une prescription sur les crédits ayant fait l'objet d'un engagement réciproque et qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de paiement par les établissements bénéficiaires. Le délai de cette déchéance, opposable aux établissements, court à compter de la date de l'engagement réciproque entre l'ARH et l'établissement concerné et pour une période totale de quatre années maximum.

Suivi du FMESPP depuis 2000

(en millions d'euros)

FMESPP	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dotation	121,9	205,8	244	450	470	405	327	376	201	190
Dotation cumulée au fonds	167,6	327,7	571,7	1021,7	1491,7	1896,7	2223,7	2599,7	2800,7	2990,7
Consommation annuelle	17,2	81,7	247,3	375	458,9	408,5	275,5	183,5	223,1	
Consommation de crédits cumulés	17,2	98,9	346,2	721,2	1180,1	1588,6	1864,1	2047,6	2270,7	
Taux de réalisation annuelle		39,7%	101,4%	83,3%	97,6%	100,9%	84,3%	48,8%	111,0%	
Taux de réalisation cumulée		30,2%	60,6%	70,6%	79,1%	83,8%	83,8%	78,8%	81,1%	

Source: DSS/SD1

c) La dotation à l'ONIAM

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'ONIAM est également financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

**La création de l'ONIAM par la loi du 4 mars 2002
relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**

Créé par l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'ONIAM est un établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il a pour missions principales **d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques et d'assurer le bon fonctionnement du dispositif de réparation des accidents médicaux.**

Le dispositif opérationnel de l'ONIAM repose sur :

- des **commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux** (CRCI) qui rendent, après expertise, un avis indiquant si le dommage est indemnisable ou non (lien avec une activité ou un produit de santé, caractère de gravité des dommages subis), l'étendue des dommages subis et le régime d'indemnisation applicable ;

- **l'ONIAM** lui-même, qui présente une offre d'indemnisation, visant la réparation intégrale des préjudices subis par la victime, lorsque le dommage résulte d'un aléa thérapeutique ou d'une infection nosocomiale aux conséquences graves.

Si la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée, l'indemnisation est à la charge de l'assureur du responsable, qui doit faire une offre à la victime. Si ce n'est pas le cas, l'indemnisation est à la charge de l'Office, au titre de la solidarité nationale.

Les **missions de l'ONIAM ont été élargies** par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui transfère à l'Office :

- l'indemnisation des victimes d'accidents résultant de vaccinations obligatoires, aujourd'hui effectuée par la Direction générale de la santé ;

- l'indemnisation des victimes contaminées par le VIH, aujourd'hui assurée par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) qui disparaît ;

- l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgence prises en cas de menace sanitaire grave, en application du nouvel article L. 3110-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé un **Observatoire des risques médicaux**, rattaché à l'ONIAM, chargé de recueillir et d'analyser l'ensemble des données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation .

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a introduit une procédure d'indemnisation à l'amiable pour les victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) lors d'une transfusion sanguine et à chargé l'ONIAM de sa gestion.

L'ONIAM a ainsi été doté de 70 millions d'euros chaque année au titre des exercices 2002, 2003 et 2004 et de 30 millions d'euros en 2005. Pour les années **2006 et 2007, aucune dotation** de l'assurance maladie n'a été versée, étant donné les **importants fonds de roulement** de l'ONIAM, qui se sont élevés à près de 200 millions d'euros en 2004 et 2006.

En 2008, la dotation de l'ONIAM s'est élevée à 50 millions d'euros et à 117 millions d'euros pour 2009.

Budgets et résultats cumulés de l'ONIAM

(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dotations	70	30	0	0	50	117
Dépenses	9,2	29,3	50,2	82	94,8	141
Résultat	60,8	0,7	-39,9	69,2	-27	-8,7
Résultat cumulé depuis 2002	197,4	198,1	158,2	88,9	61,9	53

Source : annexe 8 du présent projet de loi de financement

Pour 2010, **l'article 35** du présent projet de loi de financement fixe la dotation de l'ONIAM à **70 millions d'euros. Compte tenu du montant du fonds de roulement** (53 millions d'euros) et d'une programmation de dépenses évaluée à 122 millions d'euros par l'annexe 8 au présent projet de loi de financement, **voire rapporteur pour avis estime souhaitable de doter l'ONIAM de 70 millions d'euros.**

3. Divers autres mesures (article 35 bis)

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député, Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, un amendement relatif à **l'affiliation à titre obligatoire du conjoint collaborateur aux régimes invalidité-décès des professions libérales et des avocats.**

L'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a prévu cette affiliation. Néanmoins, sa base légale est apparue difficilement applicable. C'est pourquoi l'amendement **renvoie à des décrets les modalités d'adaptation de ce dispositif.**

Cette disposition n'apporte pas de remarques particulières.

III. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE

A. LA BRANCHE VIEILLESSE JOUERA-T-ELLE SON AVENIR EN 2010 ?

Principal véhicule de mise en œuvre des réformes du rendez-vous 2008, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a été une loi importante pour l'assurance-vieillesse : revalorisation du minimum vieillesse, majoration des petites pensions de réversion, aménagement du régime du minimum contributif, libéralisation du cumul emploi-retraite, suppression de la mise à la retraite d'office...

A contrario, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ne comporte pas un nombre important de dispositions concernant les retraites, l'article 38 réformant la majoration de durée d'assurance pour enfants dans le régime général constitue le « sujet retraite » de ce PLFSS.

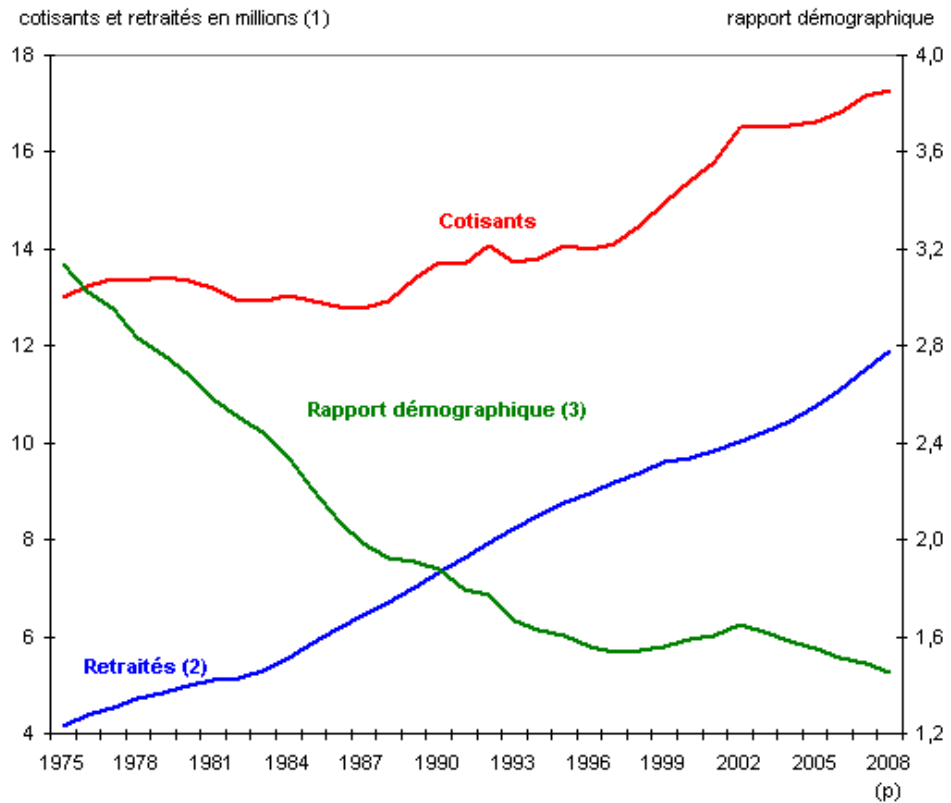
La tenue en 2010 d'un grand « RDV retraite », qui devrait remettre à plat tout le système, explique logiquement cette situation. **Votre rapporteur pour avis souhaite que le débat puisse être aussi ouvert que possible : les réformes structurelles sont impératives** au regard de la situation financière de cette branche dont les charges vont augmenter rapidement dans les années à venir.

1. Une situation financière critique de notre système de retraite

Le déficit pour l'ensemble des régimes obligatoires de base devrait s'élever à 9,5 milliards d'euros en 2009, contre 7,2 milliards prévus dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Il atteindrait, à législation constante, près de 15,7 milliards d'euros en 2013. Ces chiffres ne tiennent pas compte du déficit du FSV.

Comme les autres branches, la branche vieillesse connaît une forte contraction de ses recettes. Mais à la différence des autres branches, **à ce déficit conjoncturel vient s'ajouter un déficit structurel résultant du départ à la retraite des générations du « baby boom ».**

Cotisants, retraités et rapport démographique du régime général



* : rupture de série en 2000 suite au non dénombrement des comptes anticipés.

p : provisoire

(1) : effectifs au 31/12 jusqu'en 1981, au 01/07 à partir de 1982.

(2) : ensemble des retraités (droits directs et indirects) payés par 16 caisses de métropole.

(3) : nombre de cotisants/nombre de retraités.

Champ : France métropolitaine.

Source : Caisse nationale d'assurance vieillesse.

2. Les objectifs de dépense soulignent la dynamique des charges de la branche

Evolution de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse (2009-2010)

(en milliards d'euros)

	2008			2009		2010
	Objectif initial (LFSS 2008)	Objectif révisé (LFSS 2009)	Constat (PLFSS 2010)	Objectif initial (LFSS 2009)	Objectif révisé (PLFSS 2010)	Objectif initial (PLFSS 2010)
Régime général	94,3	95,6	95,1	100,3	98,9	102,9
Tous régimes	179,7	181,2	180,9	190,3	187,9	195

Sources : loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, projet de loi de financement de la sécurité sociale et annexe 4 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

L'article 41 du présent projet de loi de financement fixe ainsi :

- l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour **2010 à 195 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base**, soit une augmentation de 3,8 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2009 et de 7,8 % par rapport aux dépenses constatées en 2008 ;

- l'objectif de dépenses de la branche maladie pour **2010 à 155,8 milliards d'euros pour le régime général**, soit un accroissement de 4 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2009 et de 8,2 % par rapport aux dépenses constatées en 2008.

B. LE RÔLE DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES DOIT ÊTRE CLARIFIÉ LORS DU « RDV RETRAITE » ANNONCÉ EN 2010

1. La mission du FRR devra être précisée dans le cadre du RDV des retraites 2010

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été créé par la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. D'abord géré par le FSV, il a été transformé au 1^{er} janvier 2010 en établissement public de l'Etat à caractère administratif.

La mission principale du FRR consiste à gérer les sommes qui lui sont affectées et mises en réserve jusqu'en 2020, pour permettre ensuite de lisser jusqu'en 2040 l'évolution des taux de cotisation aux régimes éligibles au fonds, c'est-à-dire le régime général (CNAVTS), le régime des salariés agricoles, financièrement intégré au régime général, le régime des artisans (CANCAVA) et le régime des industriels et commerçants (ORGANIC), en application des articles L. 222-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale. En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 lui a confié la mission, à compter du 30 juin 2005, de gérer, pour le compte de la CNAVTS, 40 % de la soulte (3,06 milliards d'euros) versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), en contrepartie de l'adossement du régime des IEG au régime général. Cette somme est gérée comme l'ensemble des actifs du fonds.

La question du montant des réserves accumulées d'ici 2020 prend, dans le contexte actuel une dimension particulière, car **la crise souligne avec acuité que l'objectif et le montant pourront être différents selon les conditions effectives de marché** sur la période. **Fin 2009**, les abondements cumulés, y compris la soulte versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) en conséquence de l'adossement au régime général du régime IEG, atteindraient 29,5 milliards d'euros contre 28 milliards d'euros en 2008. **Cette somme devrait être de 31 milliards en 2010**

Selon les informations communiquées, en tablant sur une espérance de rendement annualisée de son allocation stratégique de 6,3 %, le FRR vise, selon des prévisions techniques internes, **un actif total de 83 milliards**

d'euros courants d'ici à 2020. L'année dernière votre rapporteur pour avis avait indiqué qu'il était nécessaire d'avoir 100 milliards d'euros pour couvrir près d'un tiers des besoins supplémentaires de financement des régimes éligibles au Fonds sur la période courant de 2020 à 2040. Le présent PLFSS ne remet pas en cause sur le long terme l'hypothèse de performance annuelle moyenne de 6,3 %.

Votre rapporteur pour avis souligne que les réserves accumulées par le FRR ne doivent pas conduire à une certaine inertie: **bien au contraire, les missions du FRR à compter de 2020 devront être précisées dans le cadre du rendez-vous annoncé de 2010 qui doit impérativement se traduire par des réformes de fond.** Les réserves du FFR ne sauraient à elles seules garantir un financement pérenne des régimes de retraite. Dès lors, quel rôle entendons-nous assigner au FRR dans le financement à long terme du système de retraite par répartition ? La réponse à cette question est essentielle dans une perspective de bonne gestion financière sur le long terme, l'allocation stratégique pouvant être différente selon les missions attribuées au Fonds.

2. L'impact de la crise

L'année 2008 a été marquée pour le FRR par la première performance négative annuelle de l'actif du fond de près de 25 %. Ce chiffre, certes conséquent, doit toutefois être comparé avec l'effondrement des marchés d'actions qui ont en moyenne perdu plus de 45 % de leur valeur en 2008. En outre, selon les chiffres indiqués dans l'annexe 8 au présent PLFSS, le FRR n'a pas plus subi la crise que d'autres fonds européens de même nature : ainsi le fonds de réserve suédois affiche une perte annuelle négative de 24,8 % et le fonds norvégien de 25,1 %.

Toutefois, cette performance annuelle a sensiblement abaissé la performance moyenne annualisée du fonds qui s'est élevée à fin 2008 à 0,3 %, soit un chiffre bien inférieur au taux de 4,4 %, qui correspond, selon le FRR, au coût des ressources publiques qui lui sont affectées et donc non utilisées pour désendetter l'Etat.

S'agissant de l'année 2009, les chiffres au 30 juin 2009 témoignent d'un léger redressement qui ne permettrait pas d'éviter toutefois, pour la deuxième année consécutive, un résultat financier négatif à hauteur de - 2,5 milliards d'euros.

En effet, profitant du rebond des marchés d'actions depuis mars 2009 (+ 10,5 % en trois mois), la valeur de marché du portefeuille du FRR atteignait 28,8 milliards d'euros au 30 juin 2009, portant la performance du fonds depuis le début de l'année à + 3,3 %. A cette même date, la performance moyenne annualisée depuis la création du fonds était, quant à elle, de + 0,9 %. Le solde financier (produits financiers nets de charges) pourrait être d'environ - 700 millions d'euros en 2009, soit un résultat toujours négatif mais moins dégradé qu'en 2008.

3. Le FRR, un investisseur de long terme qu'il convient d'abonder (articles 5 et 25)

Votre rapporteur pour avis partage l'idée selon laquelle la performance du FRR doit être mesurée sur le long terme et que la performance négative du fonds en 2008 peut être rattrapée par un retour progressif à la moyenne des marchés. Il note que le conseil de surveillance a décidé de ne pas remettre en cause, du fait de la crise financière, sa stratégie de placement à long terme et a reconduit les grands axes de la politique d'investissement du Fonds tout en l'ajustant pour prendre en compte le rapprochement de l'horizon de décaissement du fonds.

Estimant que le FRR remplit ses fonctions de manière satisfaisante et qu'il constitue un instrument intéressant dans une optique de lissage des besoins, votre rapporteur pour avis estime que son abondement nécessite d'être maintenu.

L'article 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à **1,5 milliard d'euros les prévisions rectifiées de recettes du FRR pour 2009**, soit 200 millions d'euros de moins que ce qui avait été prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Par rapport à 2008, les recettes affectées diminueraient de 19,4 %.

La principale recette du FRR demeure l'affectation d'une fraction de 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, dont le produit recule fortement en raison de la crise économique. À ce produit s'ajoutent 33 millions d'euros au titre des redevances sur les licences UMTS et 2 millions d'euros au titre de la contribution sur l'épargne salariale.

Aux termes de l'article 25 du présent projet de loi de financement, **l'objectif d'affectation de recettes au FRR pour 2010 est fixé à 1,5 milliard d'euros, stable par rapport à l'objectif rectifié de 2009** « *compte tenu de l'atonie des différentes composantes de l'assiette* » du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement affecté au fonds (+ 0,1 %).

C. LES MESURES RELATIVES AUX RETRAITES

1. La majoration de la durée d'assurance (article 38)

a) La majoration de durée d'assurance, une particularité de notre système français de retraite

(1) Le dispositif

La majoration de durée d'assurance (MDA) au régime général a été instaurée en 1971. Elle avait un double objectif : d'une part, **améliorer les droits à pension** des femmes qui ne bénéficieraient pas de l'assurance-vieillesse des parents au foyer (AVPF), créée à la même période, et, d'autre part, **permettre aux mères de famille de partir plus tôt à la retraite avec le même niveau de pension.** Des dispositifs de ce type existaient déjà dans certains régimes spéciaux, et notamment pour les fonctionnaires civils de l'Etat, dans une optique nataliste.

Le régime général, les régimes alignés sur celui-ci (régimes des salariés agricoles, des commerçants et des artisans) et le régime des non-salariés agricoles accordent aux femmes un trimestre d'assurance à la naissance, à l'adoption ou à la prise en charge effective de chaque enfant, puis un trimestre supplémentaire à chaque date anniversaire dans la limite de sept trimestres jusqu'au seizième anniversaire de l'enfant. **Le nombre total de trimestres ne peut être supérieur à huit trimestres par enfant.** La MDA est accordée qu'il y ait ou non interruption d'activité. Elle n'est pas positionnée temporellement dans la carrière des femmes concernées et peut donc se cumuler intégralement avec la durée acquise à d'autres titres, comme l'activité ou l'AVPF, sans écrêtement à quatre trimestres une année donnée.

(2) La MDA permet de revaloriser significativement les pensions

Pour les pensionnées bénéficiaires, ce dispositif représente un élément essentiel de leur retraite. La majoration de durée d'assurance agit sur le montant de leur pension par deux biais :

– de façon directe sur le montant de la pension servie par la caisse prenant en charge la MDA. Cet effet direct sur la pension peut être lié à plusieurs mécanismes : impact sur le taux de liquidation, impact sur le coefficient de proratisation, éligibilité ou non au minimum contributif ;

– de façon indirecte *via* la durée d'assurance pour les régimes – de base et complémentaires – qui intègrent cette durée dans le calcul des droits.

À âge de départ en retraite inchangé, les femmes qui bénéficient de la MDA auraient en moyenne une pension de droit propre (tous régimes) réduite de 20 % en l'absence de MDA. L'apport à la pension des femmes est évidemment d'autant plus important que le nombre d'enfants est élevé.

Au final, le Conseil d'orientation de retraites estime **le coût de la MDA pour l'ensemble des régimes à un peu plus de 6 milliards d'euros en 2006 dont 4,9 milliards d'euros pour le régime général.**

(3) Un dispositif réformé en 2003 dans la fonction publique

Dans la fonction publique, le dispositif a été réformé en 2003, suite à une décision de la Cour de justice des Communautés européennes : le code des pensions civiles et militaires **distingue le cas des enfants nés ou adoptés après le 1^{er} janvier 2004 et celui des enfants nés avant cette date.**

Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} janvier 2004, une majoration d'un an par enfant est octroyée, à la condition d'avoir interrompu son activité pendant une période continue au moins égale à deux mois, suite à la naissance ou l'adoption d'un enfant (congé de maternité, congé parental, congé de présence parentale, ou disponibilité pour élever un enfant de moins de huit ans). La majoration est également étendue aux pères dans les mêmes conditions mais, compte tenu de la durée du congé maternité, cette majoration continue en pratique à bénéficier aux mères.

Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2004, est octroyée, d'une part, une majoration pour les femmes de deux trimestres par enfant né après le recrutement dans la fonction publique, et est prévue, d'autre part, pour les pères et les mères, la prise en compte des périodes d'interruption ou de réduction d'activité dans la limite de trois ans par enfant.

(4) Un dispositif aujourd'hui remis en cause

Deux arrêts de la Cour de cassation remettent en cause la MDA :

- d'une part, **l'arrêt du 21 décembre 2006** considère que les droits prévus à l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale accordant aux femmes ayant élevé un ou plusieurs enfants une majoration de durée d'assurance devait également bénéficier aux hommes dès lors qu'ils apporteraient la preuve qu'ils ont élevé seuls un enfant. Cette décision se fonde expressément sur l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) ;

- d'autre part, **l'arrêt du 19 février 2009** franchi un pas supplémentaire en abandonnant la condition, pour un homme, d'avoir élevé l'enfant seul. La Cour de cassation estime que la MDA est dans son principe incompatible avec l'article 14 de la CEDH car le dispositif réserve aux seules femmes le bénéfice de la majoration de carrière pour avoir élevé des enfants.

La Cour de cassation a estimé qu'une « *différence de traitement entre hommes et femmes ayant élevé des enfants dans les mêmes circonstances ne peut être admise qu'en présence d'une justification objective et raisonnable* ».

L'article 38 du PLFSS propose un nouveau dispositif dont l'objectif est à la fois de préserver les droits des femmes et de sécuriser juridiquement le dispositif.

b) Le dispositif proposé

Votre rapporteur pour avis a fait le choix de présenter les grandes lignes du dispositif et renvoie au rapport de la commission des affaires sociales saisie au fond pour le commentaire détaillé de chaque alinéa de l'article 38 du PLFSS.

Le présent article propose de remplacer la majoration de durée d'assistance actuelle de 8 trimestres accordée à raison de l'éducation par deux majorations de durée d'assistance :

- d'une part, une majoration de durée d'assurance de **4 trimestres** accordée à **raison de la maternité** et par conséquent attribuée à **la mère** ;

- d'autre part, une majoration de durée d'assistance de **4 trimestres** accordée **au couple à raison de l'éducation de l'enfant avant le 4^{ème} anniversaire** de sa naissance ou de son adoption.

Les modalités d'attribution de la seconde majoration sont différentes en fonction de l'âge de l'enfant :

- pour les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} janvier 2010, cette majoration reste réservée à la mère, sauf si le père apporte la preuve qu'il a élevé seul l'enfant durant les quatre premières années de sa vie ;

- pour les enfants nés ou adoptés **à compter du 1^{er} janvier 2010**, les **parents pourront choisir** de répartir entre eux cette majoration. La décision devra intervenir **dans les six mois qui suivent le 4^{ème} anniversaire de l'enfant**, à défaut, la majoration est réputée acquise à la mère.

Le dispositif propose une **approche pragmatique des bénéficiaires** en étendant au-delà du lien biologique la possibilité de bénéficier de ces nouvelles majorations, notamment les parents qui adoptent.

Il est prévu que **les trimestres alloués à raison de ces deux nouvelles majorations ne pourront être pris en compte pour apprécier le droit à partir en retraite avant 60 ans.**

L'ensemble de ces dispositions s'appliquerait aux pensions prenant effet à partir du 1^{er} avril 2010 et ayant fait une demande déposée à compter du 1^{er} janvier 2010.

c) Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A l'initiative de notre collègue député M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance-vieillesse au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a notamment adopté :

- un amendement **tendant à raccourcir d'un an le délai de quatre ans à compter duquel le couple peut faire son choix pour décider de l'attribution et de la répartition de la seconde majoration** ;

- un amendement **supprimant la possibilité pour la caisse d'assurance vieillesse de partager, en cas de désaccord, par moitié la**

seconde majoration entre les parents, cette suppression étant justifiée par le fait que la caisse n'est pas en mesure d'établir qui a contribué à titre principal à l'éducation de l'enfant ;

- un amendement **permettant d'attribuer au parent survivant les trimestres de MDA dont bénéficiait éventuellement le parent décédé** ;

- un amendement dont l'objectif est d'éviter, **par la proratisation de la majoration**, qu'une personne ayant eu la charge de l'éducation d'un enfant entre deux et quatre ans ne bénéficie d'aucune majoration ;

- un amendement tendant à **plafonner l'octroi de trimestres lorsque le bénéficiaire n'a pas vécu les quatre années avec l'enfant** ;

- un amendement étendant la condition de durée minimale d'affiliation de deux ans aux deux parents pour le bénéfice de la majoration liée à l'éducation ;

- un amendement prévoyant que seules les majorations de durée d'assurance pour enfants seront sorties du dispositif de retraite anticipée ;

- un amendement tendant à aligner le régime des femmes professions libérales sur le régime des salariés ;

- un amendement relatif à l'application du dispositif aux personnes handicapées ;

- six amendements rédactionnels.

d) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis est favorable à cet article qui permet à la fois de **sécuriser le dispositif** d'un point de vue juridique tout en conservant sa fonction première qui est de **compenser, en partie, les inégalités de carrière subies par les femmes en raison de l'arrivée des enfants**.

Il constate en outre que cette réforme se fait, selon la fiche d'impact associée à l'article, **à coûts constants**, puisque selon les simulations micro-économiques le coût est nul sur la période 2015-2020. Il note avec satisfaction, même si le but recherché n'était pas la réalisation d'économies, que la réforme proposée **permettrait de prévenir un alourdissement des dépenses de la branche vieillesse évalué à 2 milliards d'euros en 2012 et 9 milliards en 2040**.

2. Le cumul emploi- pension d'invalidité et non cumul pension d'invalidité – pension de retraite (article 39)

L'**article 39** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a pour objet de supprimer :

- une restriction au travail des personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité, restriction devenue d'autant plus pénalisante que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a libéralisé les possibilités de cumul emploi-retraite ;

- la possibilité de cumuler une pension d'invalidité et une pension de retraite.

Ces deux mesures devraient entrer en vigueur à partir du 1^{er} mars 2010, ce qui laisse le temps aux caisses de se préparer et d'adapter leurs systèmes d'information

a) L'assouplissement des possibilités de cumul emploi-pension invalidité

(1) La pension d'invalidité

La pension d'invalidité a pour objet de remplacer le manque à gagner de l'assuré de moins de 60 ans qui subit de manière durable une réduction de sa capacité de travail, due à une maladie ou à un accident non professionnels.

L'état d'invalidité est constaté lorsqu'il réduit au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain de l'assuré, c'est-à-dire lorsqu'il le met hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération de l'emploi occupé précédemment.

Les personnes invalides, environ 600.000 personnes, sont classées en trois catégories :

- 1^{ère} catégorie : les invalides capables d'exercer une activité rémunérée réduite (environ 156.000 personnes) ;

- 2^e catégorie : les invalides incapables d'exercer une activité professionnelle (426.000 personnes) ;

- 3^e catégorie : les invalides incapables d'exercer une activité professionnelle et obligés d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (18.000 personnes).

Les pensions d'invalidité sont financées par l'assurance-maladie, pour un coût, en 2008, d'un peu moins de 4,5 milliards d'euros. Elles ont été revalorisées de 1 % au 1^{er} avril 2009.

(2) La transformation de la pension d'invalidité en pension de vieillesse

L'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale stipule que la pension d'invalidité se transforme en pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail. L'assurance-vieillesse prend donc le relais de l'assurance maladie avec des règles de liquidation spécifiques : le taux plein est accordé quelle que soit la durée d'assurance et le salaire annuel moyen est calculé à partir des dix meilleures années civiles précédant l'invalidité.

Ce basculement automatique vers l'assurance-vieillesse à 60 ans pose des problèmes pour les personnes invalides qui exercent une activité professionnelle. Ils sont en effet confrontés à l'alternative suivante :

– renoncer temporairement à la pension de vieillesse afin de poursuivre leur activité professionnelle. Mais la perte de la pension d'invalidité se traduit alors par une baisse significative de leurs revenus ;

– liquider leur pension de vieillesse et tenter de la cumuler avec une activité professionnelle. Toutefois, dans la plupart des cas, **l'assuré ne remplit pas les conditions permettant de bénéficier des dispositions de la loi de financement de sécurité sociale pour 2009.** Cette dernière a supprimé, sous réserve de l'accomplissement d'une carrière complète, le délai de carence et le plafond de cumul. **Or les personnes invalides disposent rarement d'une carrière complète** et elles sont donc soumises à l'ancien dispositif de cumul emploi-retraite : délai de carence de six mois sauf en cas de changement d'employeur, plafond de cumul...

(3) Le dispositif proposé

L'article 39 propose de permettre aux invalides exerçant une activité professionnelle de poursuivre cette activité après 60 ans, ce qui a deux conséquences :

- d'une part, les personnes invalides pourront cumuler leur pension d'invalidité avec leurs revenus du travail après 60 ans ;

- d'autre part, elles continueront d'acquérir des droits à retraite après 60 ans, ce qui augmentera leur pension de vieillesse lors de sa liquidation et leurs chances de compléter leur carrière et donc de pouvoir bénéficier des règles libéralisées du cumul emploi-retraite.

Sur le plan technique, **l'article supprimerait le caractère automatique de la transformation de la pension d'invalidité en pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail pour les personnes invalides exerçant une activité professionnelle et préciserait que cette transformation ne s'opère que si l'assuré la demande.** En cas de silence de l'assuré, la pension d'invalidité continue d'être servie. Le nouveau dispositif permettrait également à l'assuré de continuer à bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à ce qu'il demande la liquidation de sa pension de vieillesse ou jusqu'à 65 ans.

(4) Un impact financier différent selon les branches

L'impact financier est différent selon les branches : le dispositif proposé **aurait un coût brut de l'ordre de 4 millions d'euros pour la branche maladie** la première année (et 8 millions d'euros à partir de la deuxième année) **celle-ci continuant de verser les pensions invalidité.**

Toutefois, **la branche vieillesse réaliserait des économies.** Les pensions d'invalidité se substitueront aux **pensions de vieillesse qui ne seront donc pas versées.** L'économie maximale alors pour la branche vieillesse serait donc de l'ordre de 8 millions d'euros la première année et de 16 les années suivantes.

b) Le non-cumul pension d'invalidité – pension de retraite

(1) Cumul pension d'invalidité et pension de vieillesse en cas de retraite anticipée

Les règles de substitution d'une pension d'invalidité par une pension de vieillesse servie au titre de l'inaptitude n'ont pas été adaptées pour tenir compte des dispositifs de départs anticipés en retraite mis en œuvre par la loi de 2003 portant réforme des retraites pour les assurés ayant eu une carrière longue ou pour les assurés handicapés.

Les assurés invalides bénéficiant d'une retraite anticipée peuvent donc cumuler leur pension d'invalidité et leur pension de vieillesse jusqu'à l'âge de 60 ans, ce qui est contraire à l'esprit du dispositif.

Les caisses de retraite adoptent aujourd'hui des pratiques fluctuantes. **Afin d'uniformiser celles-ci, le présent article propose de poser le principe selon lequel la pension d'invalidité n'est pas cumulable avec la pension de vieillesse.** Cette règle ne fait pas obstacle au maintien des avantages accessoires qui étaient associés à la pension d'invalidité : la majoration pour tierce personne, l'allocation supplémentaire d'invalidité ou l'exonération du ticket modérateur.

(2) Cumul pension d'invalidité de veuf ou veuve et pension de réversion

La pension d'invalidité de veuf ou de veuve, versée par la branche maladie, est attribuée au conjoint invalide d'une personne décédée qui était elle-même titulaire auprès du régime général d'une pension d'invalidité ou de vieillesse. À l'âge de 55 ans, elle est remplacée par une pension de vieillesse de veuf ou de veuve, du même montant, mais servie par la branche retraite ou par la pension de réversion si celle-ci lui est supérieure.

Or, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites avait procédé à un abaissement à 51 ans de l'âge minimum de la réversion (pour les décès intervenus entre le 1^{er} juillet 2007 et le 31 décembre 2008). **Il en résulte, en l'absence de disposition contraire, que la pension d'invalidité de veuf ou de veuve peut être cumulée avec la pension de réversion entre 51 et 55 ans pour les assurés concernés.** Le présent article énonce une **règle de non-**

cumul entre la pension de réversion et la pension d'invalidité de veuf ou de veuve : seule la plus élevée des deux prestations sera servie.

c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis **approuve** les dispositifs présentés par l'article 39 du PLFSS qui n'ont pas fait l'objet de modifications sur le fond de la part de l'Assemblée nationale. Ces mesures témoignent d'une **approche pragmatique** de la réalité permettant à la fois de **répondre à des situations non justifiées et de mettre fin à des incohérences dans l'articulation des dispositifs**.

3. Le cumul emploi-retraite des médecins (article 39 bis)

A l'initiative de notre collègue député M. Denis Jacquat, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à substituer à la cotisation forfaitaire au régime avantage supplémentaire vieillesse-médecins (ASV) une cotisation proportionnelle aux revenus, lorsque les assurés sont en situation de cumul emploi retraite.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 permet aux assurés, sous réserve de remplir certaines conditions de durée d'assurance ou d'âge, et de liquidation de l'intégralité des pensions, de cumuler intégralement leur pension de retraite et un revenu d'activité.

Les assurés en situation de cumul emploi-retraite, quelle que soit leur activité, sont redevables du paiement des cotisations aux régimes d'assurance vieillesse dont ils relèvent. La pension de retraite ayant déjà été liquidée, cette cotisation est, pour l'ensemble des régimes de retraite, non créatrice de droits et permet de garantir l'équilibre financier du régime.

Les règles ne diffèrent pas pour les médecins libéraux qui sont redevables :

- des cotisations aux régimes d'assurance vieillesse de base et complémentaire, toutes deux proportionnelles aux revenus d'activité ;
- de la cotisation au régime Avantage supplémentaire vieillesse (ASV), dont le montant est actuellement forfaitaire.

Ces cotisations ne permettent pas d'améliorer le montant de la retraite servie lorsqu'elles sont acquittées en situation de cumul emploi-retraite.

Compte tenu de la pénurie de médecins, notamment dans les zones rurales, le présent article a pour but de **lever tout obstacle à la poursuite d'une activité par les médecins déjà retraités, dont l'activité s'exerce souvent à temps partiel et génère ainsi un faible revenu** : il est ainsi proposé de permettre, dans les situations de cumul emploi-retraite, la substitution d'une cotisation proportionnelle aux revenus à la cotisation forfaitaire actuelle concernant le régime supplémentaire de vieillesse (AVS).

Votre rapporteur pour avis est favorable à cette disposition qui s'inscrit dans la continuité des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui ont libéralisé le cumul emploi-retraite.

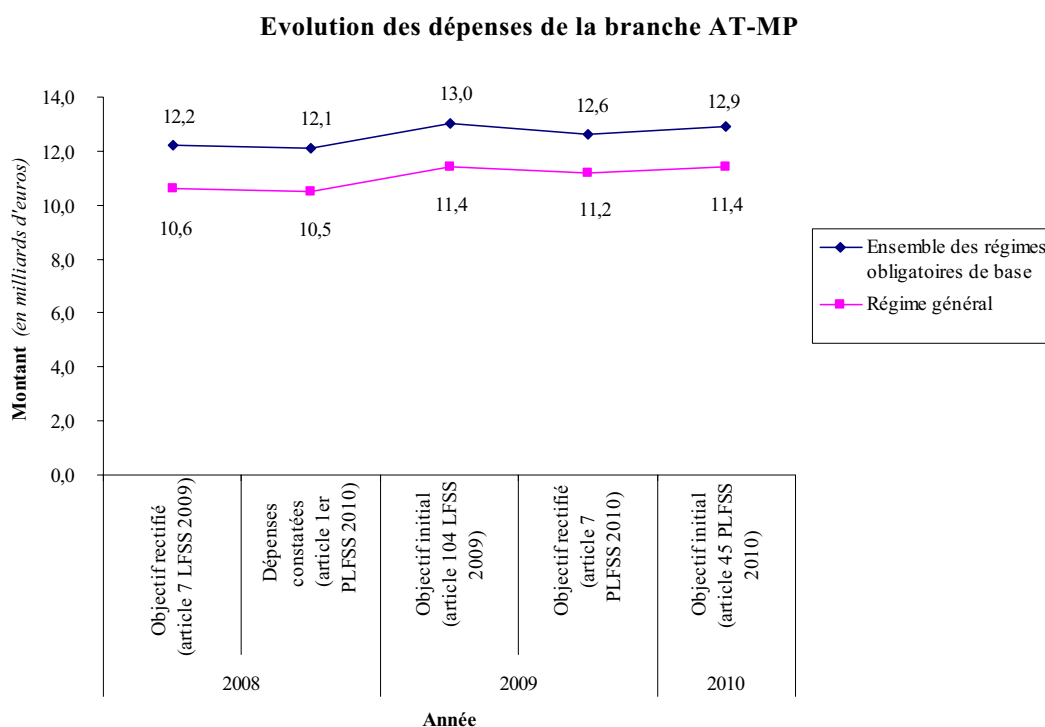
Sur un plan technique, il convient de noter que le principe de la cotisation proportionnelle aux revenus existe au niveau des régimes de retraite de base et complémentaire.

IV. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

A. LE MAINTIEN DE LA COMPENSATION A L'ASSURANCE MALADIE À HAUTEUR DE 710 MILLIONS D'EUROS POUR LA DEUXIÈME ANNÉE CONSÉCUTIVE

1. L'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2010 (article 45)

Le graphique qui suit retrace l'évolution des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) entre 2008 et 2010.



Source : commission des finances

Pour 2010, l'article 45 du présent projet de loi de financement fixe à :

- **12,9 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, soit une augmentation de + 6,6 % par rapport aux dépenses constatées en 2008 ;

- **11,4 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour le seul régime général, soit une augmentation de + 8,5 % par rapport aux dépenses constatées en 2008.

Cette forte augmentation par rapport à 2008 **s'explique par la majoration de 300 millions d'euros de la compensation versée à la branche maladie, en 2009, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.**

Rapportées aux objectifs rectifiés de dépenses pour 2009, ces évolutions sont respectivement de + 2,3 % et + 1,8 %, la compensation versée à l'assurance maladie pour 2010 étant maintenue à son niveau de 2009 (*cf. infra*).

2. La compensation versée à la branche maladie maintenue à son niveau de 2009 (article 44)

L'**article 44** du présent projet de loi de financement propose de fixer, pour la deuxième année consécutive, le versement à la branche maladie à **710 millions d'euros en 2010**. Votre rapporteur pour avis rappelle que la compensation versée au titre de 2009 avait été revalorisée de 300 millions d'euros par rapport à 2008 (+ 40 %).

Ce versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général a pour but de **compenser les conséquences financières pour l'assurance maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.**

Une commission spécialisée est chargée d'évaluer, tous les trois ans, le coût de cette sous-déclaration. Le dernier rapport a été remis au Parlement et au Gouvernement en juin 2008¹. Il estimait le montant en cause dans une **fourchette comprise entre 565 millions et 1.015 millions d'euros.**

Votre rapporteur pour avis se félicite du maintien à 710 millions d'euros du montant de la compensation pour 2010, en observant que cette dotation est ainsi supérieure au montant minimal des sous-déclarations évalué par le rapport précité de juin 2008. Avant 2007, il était traditionnellement fixé au niveau de la fourchette basse.

B. LA CONTRIBUTION AUX « FONDOS AMIANTE » : ENVIRON 1,2 MILLIARD D'EUROS EN 2010

Le drame de l'amiante a fait l'objet de nombreux travaux, notamment de nos collègues Gérard Dériot et Jean-Pierre Godefroy². **Son coût est monté progressivement en puissance et tend maintenant à se stabiliser.**

La branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général est le principal contributeur des deux fonds créés pour assurer l'indemnisation des victimes de l'amiante : le fonds de cessation anticipée

¹ *Rapport de la commission d'évaluation sur le coût des accidents du travail, présidée par M. Noël Diricq, juin 2008.*

² *Rapport d'information n° 34 (2005-2006).*

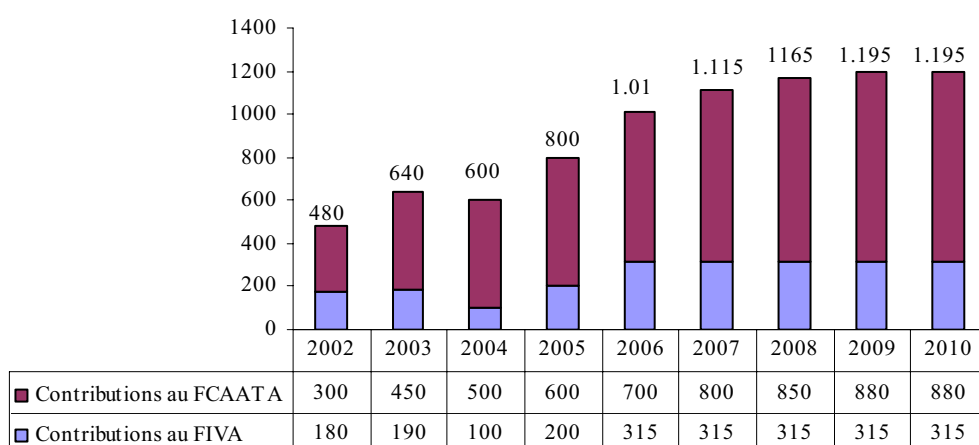
d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les contributions de la branche AT-MP à ces fonds pèsent assez lourdement sur les comptes de la branche. La CNAM AT-MP aura ainsi contribué pour près de 8,1 milliards d'euros au financement de ces deux fonds sur la période 2002-2010.

L'article 43 du présent projet de loi de financement prévoit une dotation totale versée par la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante de 1,19 milliard d'euros, soit une **stabilisation par rapport aux dotations versées en 2009**.

Contribution de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

(en millions d'euros)



Source : lois de financement correspondantes

L'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante

L'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 avait prévu la remise au Parlement d'un rapport présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

La troisième partie de ce rapport présente les perspectives financières pour les vingt prochaines années, tant pour l'indemnisation des victimes que pour la cessation anticipée d'activité, même s'il est précisé que, compte tenu de l'insuffisance des informations disponibles, s'agissant des éléments financiers comme des données épidémiologiques, ces estimations « doivent être regardées comme des tendances que la littérature actuelle permet de tracer mais qui seront révisées dans les années futures ».

Dans ce cadre, le rapport estime que le coût annuel moyen de la prise en charge des **pathologies malignes** liées à l'amiante (victimes de mésothéliomes et cancers broncho pulmonaires ainsi que leurs ayants droit) pourrait être compris **entre 493 millions et 928 millions d'euros par an** et, sur 20 ans, entre 9,9 et 18,5 milliards d'euros. Le coût annuel en fin de période devrait être nettement supérieur au coût constaté en début de période (rapport de 1 à 4 au moins).

L'indemnisation des **pathologies bénignes** liées à l'amiante serait quant à elle comprise au total **entre 91 et 177 millions d'euros par an** en moyenne et entre 1,8 et 3,6 milliards d'euros sur les 20 prochaines années, la quasi-totalité de l'indemnisation de ces pathologies étant prise en charge par le FIVA.

Le coût annuel de l'indemnisation de l'ensemble des pathologies liées à l'amiante (hors dispositif de cessation anticipée d'activité) serait donc compris entre 584 millions et 1,1 milliard d'euros par an en moyenne et le coût total sur 20 ans compris entre 11,7 et 22 milliards d'euros. L'essentiel de l'écart entre les hypothèses basse et haute s'explique par les écarts dans les prévisions épidémiologiques qui sont particulièrement importantes pour les cancers broncho-pulmonaires.

Le coût de la cessation anticipée d'activité, financé par le FCAATA, serait également important. Selon les hypothèses retenues pour évaluer ce coût, le nombre de bénéficiaires au titre des listes continuerait à augmenter jusqu'en 2006, pour atteindre un pic de près de 32.000 allocataires. Il diminuerait ensuite progressivement, cette baisse s'accéléralant par la suite pour atteindre environ 6.400 bénéficiaires à l'horizon 2022. Pour les salariés entrant dans le dispositif au titre de la maladie professionnelle, la montée en charge du dispositif serait régulière jusqu'en 2016, avec un plafond de 14.395 bénéficiaires, stable jusqu'en 2022.

Sur cette base, **la fourchette de coût de la prise en charge des victimes de l'amiante (indemnisation et cessation anticipée d'activité) serait comprise entre 1,3 et 1,9 milliard d'euros par an et entre 26,8 et 37,2 milliards d'euros pour les vingt prochaines années.** Cet écart important est directement lié à l'état des évaluations épidémiologiques disponibles.

Le tableau suivant retrace ces projections, en indiquant la charge incombant aux différents organismes intervenant dans le champ de prise en charge particulière des victimes de l'amiante :

**Répartition du coût de l'indemnisation de l'amiante
entre les différents organismes**

(en millions d'euros)

	coût annuel		coût sur 20 ans	
	hypothèse basse	hypothèse haute	hypothèse basse	hypothèse haute
Sécurité sociale	264	501	5 823	10 019
FIVA	323	610	6 476	12 206
FCAATA	751	751	15 013	15 013
Total	1 338	1 862	26 772	37 238

Source: rapport du Gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2004)

1. La situation préoccupante du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

L'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé une allocation de cessation anticipée d'activité, c'est-à-dire une préretraite, destinée aux travailleurs de l'amiante âgés de plus de 50 ans, et a également institué le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) destiné à financer cette allocation.

Le dispositif était initialement ouvert aux personnes atteintes d'une maladie professionnelle liée à l'amiante et aux personnes ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a élargi le dispositif aux personnes ayant travaillé dans un établissement de flochage et de calorifugeage à l'amiante, de même qu'il a été étendu aux personnes qui avaient exercé un métier dans un établissement de construction ou de réparation navale ou avaient été « ouvriers dockers professionnels ».

Un arrêté du 3 décembre 2001 a étendu le dispositif aux personnes atteintes de plaques pleurales. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a également étendu le dispositif aux salariés agricoles reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante.

Les comptes du FCAATA, présentés à l'annexe 8 du présent projet de loi de financement, montrent la montée en charge du dispositif jusqu'en 2008 et son léger infléchissement en 2009 ; celui-ci **reflète la baisse du nombre d'allocataires amorcée depuis deux ans.**

Nombres d'allocataires du FCAATA

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'allocataires	16.681	22.516	27.409	31.368	33.059	33.909	33.644	32.700

Source : réponse au questionnaire budgétaire de votre rapporteur pour avis

Le tableau qui suit retrace l'évolution de la situation budgétaire du FCAATA. On observe que, **depuis 2003, les produits sont inférieurs aux charges supportées par le fonds, qui voit ainsi sa réserve cumulée devenir fortement négative, à hauteur de 279 millions d'euros en 2009.** En 2010, le résultat net du fonds devrait être positif et ainsi ramener le déficit cumulé du fonds à 267 millions d'euros.

Si le paiement des prestations n'est pas menacé par ce déficit – une ligne de trésorerie étant prévue au niveau des deux gestionnaires du fonds (la branche AT-MP et la Caisse des dépôts et consignations), **vo**tre rapporteur pour avis attire néanmoins l'attention sur la situation très préoccupante du FCAATA.

Evolution de la situation budgétaire du FCAATA

(en millions d'euros)

	2006	2007	%	2008	%	2009 (p)	%	2010 (p)	%
CHARGES	872	918	5,3	929	1,2	917	-1,2	899	-2,0
Charges gérées par la CNAM AT-MP	754	795	5,4	806	1,4	796	-1,3	780	-2,0
ACAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS)	608	638	5	647	1,4	639	-1,3	626	-2,0
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	134	144	7,3	146	1,8	144	-1,5	141	-2,0
Charges de gestion des CRAM	12	13	5,1	13	1,2	13	-1,3	13	-2,0
Charges gérées par la CDC	118	123	4,8	122	-0,7	122	-0,6	119	-2,0
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	117	122	4,1	121	-0,7	122	0,7	119	-2,0
IREC (AGIRC + ARRCO)	96	100	3,7	99	-1	100	1,1	98	-2,0
IRCANTEC	1	1	13,3	1	12,1	1	-9,7	1	-2,0
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)	20	21	5,5	21	0,2	21	-0,7	21	-2,0
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)	1	2		2	-2,6	0		0	
Charges financières CDC	0	0	-97,9	0		0		0	
PRODUITS	753	862	14,5	916	6,3	911	-0,6	911	0
Contribution de la CNAM AT-MP	700	800	14,3	850	6,3	880	3,5	880	0
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0		0		0		0	
Contribution de l'Etat : droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	32	29	-8,2	30	3,1	30	-1,1	30	0
Produits financiers CDC	1	0	-23,3	1	46,7	1	0	1	0
Contribution employeurs	21	33	57,4	35	8,6	0		0	
Résultat net	-118	-56		-12		-7		12	
Résultat cumulée depuis 2000	-204	-260		-272		-279		-267	

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement

2. La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de procéder à la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou par les personnes ayant été directement exposées à l'amiante.

Selon les données de l'annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le nombre de demandes d'indemnisation a fortement diminué (- 39 %) pour atteindre 15.542 demandes en 2008.

L'année 2009 devait ainsi être marquée par un doublement des charges du fonds – 665 millions d'euros – en raison de la mise en place d'une cellule spéciale chargée de traiter le stock de dossiers de demandes d'indemnisation. Il devait en résulter un solde net fortement négatif de 266 millions d'euros à la fin de l'année 2009. Cependant, comme l'indique l'annexe 8 au présent projet de loi de financement, l'impact budgétaire de cette réforme ne devrait se faire ressentir qu'en 2010, en raison de retards pris dans la mise en place de cette structure.

Evolution de la situation du FIVA

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (p)
Charges	176,7	462	432	392	356	424	425
Produits	230	100	347	402	402	419	400
Résultat net	53,3	-362	-85	10	45	-6	-25
Résultat cumulé depuis 2001	695,5	333,5	251	261	306	300	275

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

Compte tenu du niveau du fonds de roulement (estimé à 275 millions d'euros à la fin de l'année 2009) et des prévisions d'indemnisation (évaluées à 591 millions d'euros), **voire rapporteur pour avis estime satisfaisant le maintien de la dotation de la branche AT-MP à 315 millions d'euros.**

C. LES AUTRES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE AT-MP

1. Les dispositifs d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail (article 42)

a) Le dispositif actuel d'incitations financières

Plusieurs dispositifs permettent aujourd'hui d'inciter les entreprises à améliorer la sécurité et la santé au travail des salariés :

- **S'agissant des dispositifs incitatifs,**

- les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT qui se substitueront aux caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) au

1^{er} janvier 2010) peuvent, tout d'abord, accorder des « **ristournes** » pour tenir compte des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur (article L. 242-7 du code de la sécurité sociale). Ces « ristournes » **peuvent porter, soit sur la cotisation AT-MP** versée par les entreprises, **soit sur la majoration forfaitaire « accident de trajet »** destinée à la couverture des accidents survenus lors des déplacements des salariés ;

- les CARSAT peuvent également accorder des **avances** aux entreprises qui ont pris des mesures susceptibles de diminuer la fréquence ou la gravité des accidents du travail. Il existe deux procédures : **les avances à taux réduit** prévues à l'article R. 422-7 du code de la sécurité sociale et **les avances accordées dans le cadre de conventions d'objectifs** de branches professionnelles ;

- enfin, la CNAMTS a mis en œuvre en 2008 **un dispositif expérimental au niveau des CRAM prévoyant des aides financières simplifiées** pour les entreprises de moins de 50 salariés (article R. 422-8 du code de la sécurité sociale) qui ont mis en place des mesures de prévention des AT-MP.

• En ce qui concerne **les dispositifs dissuasifs**, les CARSAT peuvent **imposer des cotisations supplémentaires lorsque l'exploitation présente des risques exceptionnels** dus à une infraction aux règles d'hygiène et de sécurité ou lorsqu'elle n'observe pas les mesures de prévention édictées par les caisses (article L. 242-7 du code de la sécurité sociale).

L'article L. 422-4 du code de la sécurité sociale dispose que l'imposition d'une cotisation supplémentaire par les CRAM doit faire l'objet d'**une injonction préalable** invitant l'employeur à prendre toutes les mesures justifiées de prévention.

b) Les aménagements proposés

L'**article 42** du présent projet de loi de financement propose plusieurs aménagements de ces dispositifs **destinés à retranscrire les propositions formulées par les partenaires sociaux dans leur accord du 12 mars 2007**. Ces derniers avaient en effet souligné la nécessité d'une rénovation des dispositifs existants afin de les rendre plus efficaces.

Le 1^o de l'**article 42** propose, tout d'abord, d'instaurer **un montant plancher aux majorations de cotisations** prévues à l'article L. 242-7 du code de la sécurité sociale. Il est précisé que le taux et la durée de cette majoration sont fixés par arrêté.

Le 2^o introduit ensuite **une nouvelle dérogation à la procédure d'injonction préalable en cas de majoration de cotisations** : lorsque l'imposition découle d'une répétition de certaines situations particulièrement graves ayant déjà donné lieu à une première injonction, la majoration de cotisation peut intervenir sans injonction préalable.

Le 3° tend, quant à lui, à permettre de façon permanente aux CARSAT de **verser des subventions aux entreprises éligibles aux programmes de prévention de la CNAMTS ou des CARSAT**. Ces aides ne pouvaient, jusqu'alors, être versées que dans un cadre expérimental.

A l'initiative de notre collègue député Dominique Tian, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à préciser que les dispositions relatives à la procédure de majoration de cotisations doivent s'apprécier au niveau de l'établissement de l'entreprise.

Le coût de ces mesures est estimé à **5 millions d'euros** par an par l'étude d'impact relative à cet article.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement ces mesures qui devraient permettre d'améliorer la santé et la sécurité des salariés et entraîner une baisse de la sinistralité.

Il rappelle à cet égard qu'**il s'était opposé**, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, à **la suppression de la contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante**. S'il avait bien entendu les éléments avancés pour justifier cette suppression – faible rendement de la taxe, difficultés de recouvrement, nombre important de contentieux engendrés – votre rapporteur pour avis avait souligné l'effet « déresponsabilisant » de cette mesure.

2. Des réflexions à approfondir en matière de maladies professionnelles (articles 43 bis et 44 bis)

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements – à l'initiative respective de nos collègues députés Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, et Roland Muzeau –, portant articles additionnels et tendant à prévoir :

- la transmission au Parlement d'un rapport évaluant **la faisabilité d'une voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante** (article 43 bis) ;

- le lancement d'une **réflexion d'ensemble sur l'évolution des tableaux des maladies professionnelles** qui devra également faire l'objet d'un rapport au Parlement (article 44 bis).

Votre rapporteur pour avis approuve ces dispositions portant sur deux questions soulevées, pour la première, par les travaux de la mission d'information sur la prise en charge des victimes de l'amiante présidée par notre collègue député Patrick Roy et, pour la seconde, le rapport de la commission d'évaluation sur le coût des accidents du travail, présidée par M. Noël Diricq.

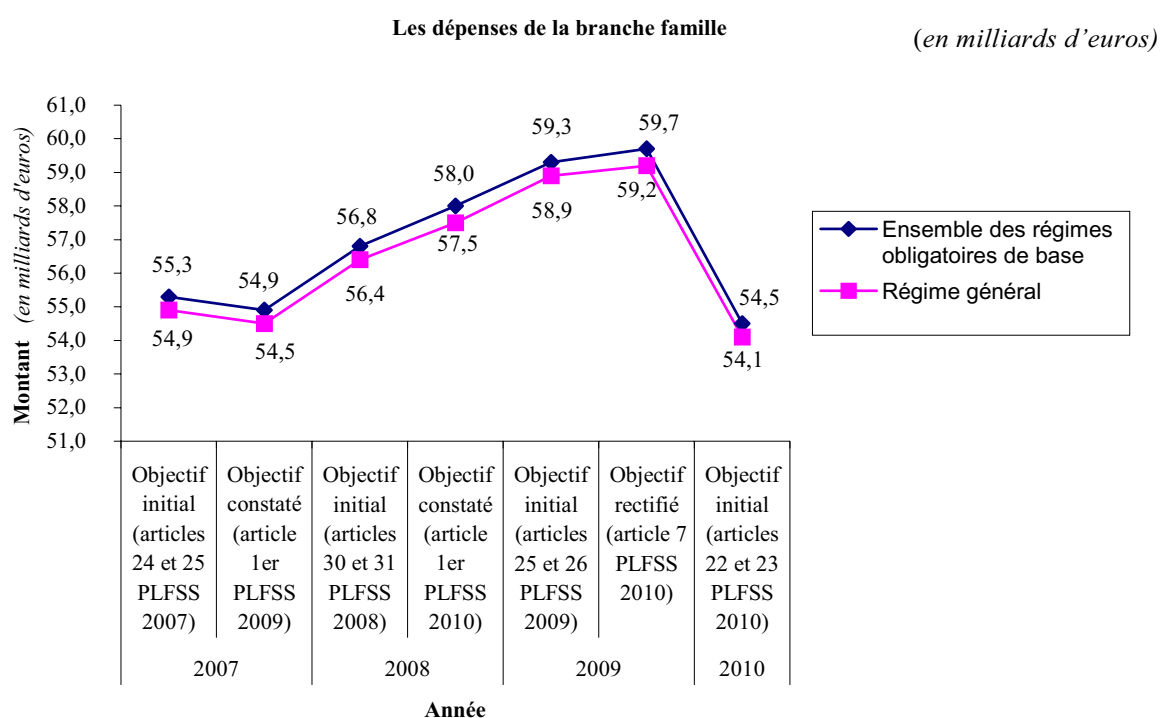
V. LES MESURES RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

A. LA BRANCHE FAMILLE CONNAÎT UNE SITUATION DÉFICITAIRE DEPUIS 2008

A titre liminaire, votre rapporteur pour avis souligne que, **pour la troisième année consécutive, les comptes de la branche famille n'ont pas été certifiés par la Cour des comptes**. Il rappelle que le refus de certification, dans la vie des entreprises, constitue un acte grave qui révèle des risques majeurs. Bien évidemment, la branche n'est pas soumise aux contraintes des entreprises. Pour autant, alors même qu'elle connaît, pour la première fois de son histoire, un déficit structurel, ce refus de certification conduit légitimement à s'interroger sur le bon usage des deniers publics. La comptabilité constitue, en effet, une garantie de la bonne gestion passée et un instrument essentiel pour envisager le futur.

Votre rapporteur pour avis note avec satisfaction que **la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) s'est résolument engagée à élaborer tous les outils nécessaires pour que ses comptes soient certifiés¹**.

1. Les dépenses augmentent malgré une baisse apparente



Source : commission des finances

¹ Sur ce point, voir le rapport n° 206 (2008-2009) de nos collègues Christiane Demontès et André Lardeux, « Les comptes de la branche famille pourront-ils être certifiés ? ».

Le graphique ci-dessus pourrait laisser croire que les dépenses de la branche famille vont considérablement diminuer en 2010. Il n'en est rien. Cette baisse apparente, comptable en fait, cache en réalité une augmentation de 2,9 % des dépenses en 2010, soit un niveau équivalent à celui de 2009 (+ 2,8 %).

La Cour des comptes, dans les contrôles évoqués plus haut, a demandé à ce que certaines prestations servies par les caisses pour le compte d'un tiers ne soient plus retracées dans le compte de résultat des organismes de sécurité sociale¹. L'article 26 du présent projet de loi vient donc modifier le traitement comptable de ces prestations. La baisse des dépenses n'est donc qu'apparente puisque le référentiel a changé.

Pour 2009, l'objectif rectifié des dépenses de la branche famille est de 59,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base (+ 0,67 %) et de 59,2 milliards pour le régime général (+ 1,72 %).

Pour 2010, l'objectif initial est de 54,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et de 54,1 milliards d'euros pour le régime général.

En 2010, la BMAF² ne devrait pas être revalorisée ou très modestement, ce qui devrait avoir pour effet de **ralentir fortement la croissance des prestations légales (+ 1,8 %)**. En revanche, **les prestations extra-légales progresseraient à un rythme plus élevé qu'en 2009 (+ 9,8 % contre 5,6 %)**. La commission des comptes de la sécurité sociale estime, malgré tout, que la croissance des charges devrait ralentir en 2010.

2. La croissance des recettes est ralentie en 2010

De même que pour les dépenses, l'aménagement des règles comptables ne permet pas de bien saisir la réalité de la variation des recettes : la disparition des contributions publiques est le pendant de la réduction des prestations versées pour compte de tiers. La diminution des recettes en 2010 n'est donc qu'apparente, contrairement à 2009 où la chute des recettes fut brutale (1,1 milliard d'euros).

Si les recettes ne diminuent pas, elles ne progressent guère. Elles sont assurées pour les deux tiers par les cotisations sociales et, pour le tiers restant, par les impôts et taxes affectés et, principalement, la CSG. Elles sont donc **étroitement liées à la conjoncture et plus spécifiquement à la taille de la masse salariale.**

¹ La CNAF a ainsi versé plus de 68 milliards d'euros de prestations en 2008 alors que la branche famille de la sécurité sociale a dépensé 58 milliards d'euros.

² Les prestations familiales sont calculées en fonction d'un pourcentage de la base mensuelle de calcul des prestations familiales (BMAF). Elle a connu une forte revalorisation en 2009 (+3 %), qui explique sa stabilité en 2010.

Ensemble des régimes obligatoires de base (en milliards d'euros)

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	Variation 2009/2010
Produits	57,7	56,6	50,1	- 11,48 %
Cotisations effectives	32,4	31,9	31,9	0 %
Cotisations fictives employeur	0,1	0,1	0,1	0 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,8	0,7	0,7	0 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,3	0,4	0,4	0 %
Contributions publiques	6,8	6,7	0	- 100 %
Impôts et taxes affectés	16,5	16,1	16,3	+ 1,24 %
<i>dont CSG</i>	<i>12,2</i>	<i>11,9</i>	<i>12</i>	<i>+ 0,84 %</i>
Transferts entre organismes	0	0	0	0 %
Produits financiers	0,1	0	0	0 %
Autres produits	0,4	0,3	0	0 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

Par ailleurs, les mesures proposées dans le présent projet de loi devraient permettre des **économies de l'ordre de 30 millions d'euros**, principalement du fait des nouvelles règles comptables qui entraînent une clarification des responsabilités financières en matière de prise en charge des pertes sur créances d'indus. L'Etat devrait rembourser 20 millions d'euros à la branche famille à ce titre. La lutte contre la fraude devrait également générer une économie de l'ordre de 5 à 7 millions d'euros.

3. Le déficit s'élèvera, en 2010, à 4,4 milliards d'euros

Depuis 2008, la branche famille est déficitaire. Cette situation est nouvelle et inquiétante : par le passé la branche était traditionnellement excédentaire et, en tout cas, toujours à l'équilibre. Plus encore, depuis 2009, le **décrochage entre la croissance des dépenses et celles des recettes entraîne la formation d'un déficit structurel**.

En 2009, le déficit devrait s'élever à 3,1 milliards d'euros. Il devrait s'accroître de 1,3 milliard d'euros en 2010 pour **atteindre 4,4 milliards d'euros**, comme le montre le tableau suivant :

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	Variation 2009/2010
CNAF					
Charges	56 783	58 238	60 472	61 962	+ 2,5 %
Produits	56 939	57 896	57 450	57 527	+ 0,1 %
Résultat	156	- 342	- 3 022	- 4 435	- 32 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale – rapport d'octobre 2009

Compte tenu de ce contexte financier tendu, il importe que l'Etat respecte ses engagements vis-à-vis de la branche famille. Au 30 juin 2009, l'Etat était toujours redevable à la CNAF de plus de 731 millions d'euros.

Votre rapporteur pour avis estime que les dettes de l'Etat doivent être apurées le plus rapidement possible. Il restera vigilant quant à la formation de toute nouvelle dette. **L'Etat ne doit pas, en effet, faire porter le fardeau de son propre déficit, ou d'une partie de celui-ci, sur la sécurité sociale alors même qu'elle connaît de graves difficultés financières.**

B. LES MESURES DU PLFSS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

a) L'extension du bénéfice du prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels (article 46)

L'article 46 vise à étendre le bénéfice du prêt pour l'amélioration de l'habitat (PAH) aux assistants maternels. Aux termes de l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale, « *les régimes de prestations familiales sont autorisés à accorder à leurs allocataires des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat dans des conditions et des limites fixées par décret* ». L'article D. 542-35 du même code précise que ces prêts doivent permettre l'exécution de travaux d'aménagement ou de réparations comportant une amélioration des conditions de logement.

Ces prêts bénéficient d'un taux bonifié à 1 % et peuvent atteindre 80 % des dépenses engagées, dans la limite de 1 067,14 euros. Ils sont remboursables, à partir du 6^e mois, sur 36 mois au maximum.

Comme le note l'exposé des motifs « *l'activité des assistants maternels et leur agrément sont étroitement liés aux conditions d'accueil des enfants mineurs à leur domicile* ». Dans cette optique, l'extension du dispositif doit permettre aux assistants maternels de mener des travaux nécessaires à l'exercice de leur activité. Toutefois, afin que les assistants maternels puissent conduire des travaux d'une ampleur suffisante pour améliorer leur logement, **les conditions d'attribution seraient revues :**

- le plafond serait remonté à **10 000 euros** mais ne peut porter que sur 80 % des dépenses engagées ;

- **l'échéancier serait porté de 36 à 120 mois ;**

- surtout, le **taux serait réduit à 0 %.**

Ce nouveau dispositif ne remplace pas celui actuellement en vigueur, qui demeure tel quel pour les allocataires de prestations familiales.

En vue de calculer le coût du dispositif, le Gouvernement retient les hypothèses suivantes :

- un taux de recours de 10 000 assistants maternels par an, soit 2,5 % de la totalité ;

- un prêt médian attribué à hauteur de 5 000 euros ;

- la durée moyenne du prêt serait de 5 ans ;

- le taux d'intérêt auquel la CNAF s'endette auprès de l'ACOSS serait de 2 % (le taux de 2010 est de 1,6 %).

Votre rapporteur pour avis peut difficilement se prononcer sur la crédibilité de ces hypothèses, qui conditionnent pourtant le coût du dispositif. Elles apparaissent toutefois réalistes dans la mesure où celui-ci s'adresse à des assistants maternels agréés et qui, par conséquent, disposent d'ores et déjà d'un logement en état de recevoir des enfants. Dès lors, il est probable que les travaux effectués dans le logement ne soient pas de grande ampleur.

Si la durée moyenne d'un prêt est de 5 ans, le dispositif sera à l'équilibre d'ici 5 ans. En effet, à cette date, les remboursements des assistants maternels seront égaux aux montants des prêts attribués. **Le coût de la prise en charge des intérêts reste à la charge de la CNAF pour un montant compris entre 0,5 et 3 millions d'euros par an.**

Sur la base des estimations Gouvernementales, **un assistant maternel serait conduit à rembourser 83 euros par mois à la CNAF.** Cette somme modique plaide en faveur du dispositif puisque les risques de défaut apparaissent limités.

Tableau d'équilibre du PAH étendu aux assistants maternels

(en millions d'euros)

Année	Montant de l'enveloppe	Remboursement des assistants maternels	Coût brut	Coût de la prise en charge des intérêts
2010	50	10	40	0,5
2011	50	20	30	1,0
2012	50	30	20	2,0
2013	50	40	10	2,0
2014	50	50	0	2,5
2015	50	50	0	3,0

Source : direction de la sécurité sociale

Il convient enfin de noter que le Gouvernement n'a pas l'intention de modifier l'article D. 542-39 du code de la sécurité sociale qui limite les sommes destinés aux PAH à 0,5 % du montant total des prestations familiales versées sur une année. Cette limite s'applique aux PAH attribués aux allocataires et à ceux attribués aux assistants maternels.

Le coût de ce dispositif apparaît donc limité au regard l'objectif poursuivi : offrir 100 000 nouvelles places d'ici 2012 sachant que 722 000 places existent à ce jour. L'extension du bénéfice d'un PAH aux assistants maternels en le rendant plus attractif permettrait donc de dynamiser l'offre d'accueil des jeunes enfants. En contrepartie, les assistants maternels s'engageraient à participer au portail monenfant.fr en y mettant leurs coordonnées et leurs disponibilités.

Votre rapporteur pour avis **approuve ce nouveau dispositif dès lors qu'il apparaît financièrement soutenable.**

b) La transformation des relais assistants maternels en relais d'accueil de la petite enfance (article 46 bis)

Cet article a été introduit à l'Assemblée nationale par un amendement du Gouvernement et **visé à transformer les relais assistants maternels en relais d'accueil de la petite enfance**. Cet amendement avait été initialement voté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avant d'être déclaré irrecevable. Il a, en effet, été **considéré comme un cavalier** au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

De fait, la transformation des relais assistants maternels, dont la création n'est qu'une possibilité offerte par l'article L. 214-2-1 du code de l'action sociale et des familles, en relais d'accueil de la petite enfance n'a pas d'incidence financière. Ces nouveaux relais auraient une vocation plus large : leur vocation s'étendrait à d'autres modes de garde, notamment celui de la garde à domicile. Ils pourraient également fournir des informations à tous les professionnels concernés sur leur évolution de carrière.

Votre rapporteur pour avis **regrette que ces dispositions trouvent leur place dans le présent projet de loi de financement, même si, par ailleurs, il se montre favorable à l'évolution proposée.**

c) L'agrément pour deux enfants au minimum dès la première demande (article 46 ter)

Cet article a été introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales. Il vise à ce que les assistants maternels soient agréés, dès leur première demande, pour deux enfants au minimum. Cette mesure allège la réglementation et augmente le nombre de places potentiellement disponibles.

Votre rapporteur pour avis émet toutefois les mêmes réserves que pour l'article précédent. Il s'agit, **sans aucun doute, d'une simplification bienvenue mais elle n'a pas d'implication financière directe sur les comptes de la sécurité sociale.**

VI. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DU RISQUE ET À L'ORGANISATION OU À LA GESTION INTERNE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE OU DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT

A. LE RENFORCEMENT DU POUVOIR DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE EN MATIÈRE DE PILOTAGE DES CAISSES LOCALES (ARTICLE 48)

Le régime agricole de sécurité sociale est géré à l'échelon départemental par les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) et au niveau national par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

La MSA s'est engagée dans une opération de restructuration de son réseau. Des progrès ont été accomplis dans l'appropriation de la démarche objectifs/résultats et dans l'amélioration de la qualité de service au profit de l'utilisateur (prestataire, professionnel de santé ou entreprise) : les conventions d'objectifs et de gestion 2002-2005 et 2006-2010 ainsi que le plan d'action stratégique 2006-2010 de la MSA ont mis en avant **l'importance de confier à la Caisse centrale un pilotage institutionnel plus centralisé et d'étendre ses prérogatives sur son réseau pour en renforcer l'efficacité.**

Dans le cadre de cette restructuration, **les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et pour 2009 ont accompagné le renforcement des pouvoirs de la Caisse centrale**, tendant à lui conférer la dimension d'une véritable tête de réseau :

– l'article 102 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a permis la fusion de deux ou plusieurs caisses de MSA. Ce dispositif a fonctionné, puisque le réseau est passé de 78 caisses en 2002 à 66 en 2007, puis à 46 au 1^{er} janvier 2008, l'objectif final affiché étant d'atteindre le nombre de 35 au 1^{er} avril 2010 ;

– ce mouvement s'est poursuivi avec l'article 112 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui a permis de transférer à la Caisse centrale le contrôle des budgets de gestion administrative et des opérations immobilières des caisses locales, concourant ainsi à renforcer encore son rôle de pilotage national.

Cependant, les mécanismes de gestion des caisses de MSA à l'échelon local **n'ont pas permis de mettre en place un véritable dispositif de contrôle de gestion, englobant un pilotage par les coûts.** Il existe actuellement des **écarts de coûts encore significatifs entre les caisses de MSA.** De plus, dans son rapport 2007 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a souligné **l'absence de contrôle de gestion des caisses de MSA.** Dans le domaine de la maîtrise des risques financiers, le dispositif de contrôle interne mis en place par la Caisse centrale n'a pas été considéré comme suffisamment développé pour offrir les garanties nécessaires permettant de certifier les comptes combinés du régime par un

commissaire aux comptes, ce qui a entraîné la non-certification des comptes 2008 de la MSA.

Le renforcement des pouvoirs de la Caisse centrale en matière de pilotage des caisses locales pourrait permettre de concrétiser les avancées accomplies par le réseau des caisses de MSA. Or, il lui manque encore les moyens de faire appliquer aux caisses locales ses instructions, tendant à une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers. En effet, la Caisse centrale ne peut pas auditer les processus de gestion des risques et les procédures de contrôle, qu'il s'agisse des procédures administratives ou des applications informatiques. En outre, elle ne dispose pas encore de pouvoirs suffisants pour amener les caisses du réseau à mettre effectivement en œuvre ses orientations institutionnelles dans les domaines du contrôle de gestion, des contrôles budgétaires et immobiliers, du contrôle interne, de la lutte contre les fraudes et de la gestion du risque.

Le présent article vise donc à donner au conseil d'administration de la Caisse centrale le pouvoir de prescrire aux caisses locales des mesures permettant des économies de gestion administrative et technique et de se substituer aux élus des caisses locales défaillantes, pour ordonner la mise en application des mesures qu'elle estime nécessaires pour en redresser la situation.

Cette mesure incitera les caisses à appliquer rapidement les instructions de la Caisse centrale. Elle devrait permettre des économies d'échelle et de gestion, *via* la rationalisation du secteur, et faciliter également le mouvement d'uniformisation des méthodes de travail.

Le dispositif ne nécessite pas la mobilisation de moyens nouveaux. En outre, les pouvoirs de pilotage en matière financière accordés à la Caisse centrale par le présent article devraient permettre une réduction de ces charges et entraîner une économie globale de 65 millions d'euros sur la durée de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, qui liera la Caisse centrale à l'État de 2011 à 2015.

B. LA CRÉATION D'UN FONDS DE PERFORMANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (ARTICLE 48 BIS)

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à créer un fonds de performance de la sécurité sociale, placé auprès de l'Union nationale des caisses nationales de sécurité sociale.

Selon le texte proposé pour le nouvel article L. 114-23 du code de la sécurité sociale, ce fonds « *finance des actions, notamment la réalisation d'études, d'audits ou de projets concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance globale du service public de la sécurité sociale, et contribue aux dépenses de fonctionnement de toute nature résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.* »

Si votre rapporteur pour avis est favorable sur le principe à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, il est également sensible au coût inutile que peut représenter l'empilement de structures créées dans le but de réorganiser ou de réformer des services en l'absence de détails sur le fonctionnement précis de cette structure et des modalités exactes de son financement, votre rapporteur pour avis vous propose de supprimer ce fonds.

VII. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Le Gouvernement et les organismes de sécurité sociale se sont résolument engagés, depuis quelques années, à réduire de façon drastique les indus et, en particulier, les fraudes. Votre rapporteur pour avis se félicite de l'effort réalisé que le présent projet de loi de financement poursuit cette année encore.

Pour autant, il note que **les sommes récupérées ou économisées sont sans aucune mesure avec le déficit annuel des comptes de la sécurité sociale**. Les mesures du présent projet de loi financement permettront un gain de **28,3 millions d'euros, soit 0,01 % du déficit prévisionnel pour l'année 2010**.

La lutte contre la fraude est incontestablement une source d'économies. Elle est aussi un **impératif de justice sociale**. Pour autant, il convient de ne pas s'illusionner sur sa portée réelle.

A. LA RÉFORME DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES (ARTICLE 50)

1. Un dispositif au bilan mitigé

L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, permet aux caisses des branches vieillesse et famille **d'infliger des pénalités financières** en cas d'inexactitude ou de caractère incomplet des déclarations ou d'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces déclarations.

Le directeur de l'organisme prononce la pénalité, après avis d'une commission composée au sein dudit organisme, si et seulement si un indu a été constaté. La pénalité vient donc en sus de la récupération de l'indu qui, d'ailleurs, n'est pas nécessairement frauduleux.

Cette pénalité ne revêt pas un caractère obligatoire : elle est fixée en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale¹, montant qui peut être doublé en cas de récidive.

Le bilan de ce dispositif, après deux ans d'application, apparaît plutôt mitigé. Pour la branche famille, 101 pénalités ont été prononcées en 2007 pour un montant total de 59 363 euros. En 2008, 1 037 pénalités ont été infligées, soit l'équivalent de 11 % des fraudes détectées, pour un montant de 528 170 euros. La branche famille semble s'être approprié la mesure. En revanche, **la branche vieillesse a prononcé en tout et pour tout 13 pénalités financières.**

¹ Le plafond mensuel de la sécurité sociale est utilisé pour le calcul de certaines cotisations sociales et de certaines prestations. Il est réévalué chaque année. Il s'établit, pour 2009, à 2 859 euros.

Ce constat a conduit le Gouvernement à proposer une modification du dispositif.

2. Un dispositif élargi, allégé et plus dissuasif

Par cette réforme, le Gouvernement entend élargir le champ d'application de la mesure, à alléger la procédure et à la rendre plus dissuasive.

Jusqu'à présent, seuls les assurés ou les allocataires pouvaient éventuellement se voir appliquer une pénalité. Pourtant, **certains tiers par leurs agissements, ou leurs silences, peuvent également être initiateurs ou complices de fraudes.** Il s'agit par exemple du bailleur en cas de fraude au logement, de l'employeur en cas de travail dissimulé ou encore de la personne qui ne signale pas un décès en vue de percevoir une pension. Désormais, des pénalités financières pourraient leur être infligées.

Par ailleurs, le présent article **ajoute l'exercice d'un travail dissimulé comme fait générateur susceptible d'être sanctionné par une pénalité.**

La **nécessité de constater un indu serait supprimée.** Actuellement, l'organisme ne peut pas prononcer de pénalité financière si la fraude est détectée avant le versement de la prestation. La branche vieillesse a recensé 70 cas de fraude qu'elle n'a pas pu sanctionner.

Actuellement, les pénalités font l'objet d'un barème et sont liées au montant de l'indu. Or, celui-ci n'est pas nécessairement révélateur de l'intention frauduleuse. Une fraude caractérisée repérée suffisamment tôt ne pourrait pas faire l'objet d'une forte pénalité. A l'inverse, une négligence, certes coupable mais dont l'intention n'est pas frauduleuse, pourrait donner lieu à une forte pénalité. Le barème serait donc supprimé, ce qui apparaît, de surcroît, logique dès lors que la nécessité de constater l'indu disparaît également. **Le montant de la pénalité serait fixé en fonction de la gravité des faits.**

Par ailleurs, en vue d'alléger la procédure, **ce montant sera fixé par le seul directeur de l'organisme.** La commission des pénalités ne se réunirait que dans les cas où la personne sanctionnée adresserait un recours gracieux à l'organisme portant soit sur le principe même de la sanction, soit sur son montant. Cette procédure plus souple ne porte pas atteinte au droit de la défense. Jusqu'à présent, les organismes constatent un faible taux de contestations des pénalités et, plus encore, du fait même d'être pénalisé.

Enfin, le Gouvernement proposait de rendre ces pénalités plus dissuasives en limitant les pénalités non plus à deux mais à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

3. L'Assemblée nationale a renforcé les pénalités pour la fraude caractérisée

L'Assemblée nationale n'a pas retenu la proposition de limiter, en général, les pénalités à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Le droit commun demeure à deux fois ce plafond.

En revanche, l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, a souhaité **alourdir les pénalités prononcées en cas de fraude établie**. Dans ce cas, la limite est effectivement portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, voire même à huit fois en cas de fraude en bande organisée¹. Plus encore, l'amendement introduit une limite inférieure puisqu'il précise que le montant de la pénalité *« ne peut être inférieur au montant fixé en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-3 »* du code de la sécurité sociale.

Aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 133-3, renvoyant aux dispositions de l'article D. 133-2-1, renvoyant lui-même à un arrêté du 25 août 1995, cette limite inférieure serait fixée à *« 500 francs »*.

L'article 50 ainsi rédigé permet donc d'infliger des pénalités financières, en cas de fraude établie, dans une fourchette de 76 à 11 436 euros. Votre rapporteur pour avis approuve l'idée, pour ces cas précis, d'une pénalité *« plancher »* mais le seuil de 76 euros apparaît trop faible, et donc insuffisamment opérant, pour des cas de fraudes caractérisées. Par ailleurs, il convient que cette pénalité *« plancher »* puisse augmenter avec le temps, ce qui n'est pas le cas avec l'arrêté actuel qui n'a pas été revu depuis 1995.

Il vous propose donc de fixer ce seuil en rapport avec le plafond mensuel de la sécurité sociale, qui est, pour sa part, réévalué chaque année. **La limite serait d'un dixième du montant du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 285,9 euros en 2009.**

En effet, le montant moyen des pénalités prononcées en 2008 était de 509 euros. Le dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale correspond à un peu plus de la **moitié de la pénalité moyenne infligée**.

Le « seuil plancher » ainsi calibré devient à la fois plus juste et plus dissuasif.

4. Une réforme qui devrait générer un gain d'un million d'euros

Votre rapporteur pour avis approuve pleinement cette réforme qui devrait permettre de prononcer des pénalités financières qui soient à la fois plus justes et, par conséquent, plus lourdes pour les cas de fraude avérée. Il

¹ *Au-delà de ce seuil, le directeur de l'organisme a l'obligation de saisir le juge pénal et il n'est plus pertinent d'infliger des pénalités. Le relèvement du seuil permet donc de laisser plus souplesse aux directeurs.*

convient de noter que ces pénalités ne peuvent pas se cumuler avec d'autres pénalités, notamment celles relatives au revenu de solidarité active.

D'ores et déjà, **ce dispositif a permis à la CNAF d'économiser près de 600 000 euros**. Le Gouvernement estime, qu'en année pleine, la mesure ainsi révisée permettra **un gain d'un million d'euros**. Votre rapporteur pour avis juge, pour sa part, que cet instrument peut devenir à la fois très dissuasif et très efficace. Cela tiendra surtout à la manière dont les organismes, tout particulièrement la branche vieillesse, saisiront les opportunités que leur offre le législateur.

B. LA DÉTECTION DES LOGEMENTS FICTIFS OUVRANT DROIT À UNE AIDE AU LOGEMENT (ARTICLE 51)

La CNAF n'est pas aujourd'hui en mesure de détecter les logements fictifs ouvrant droit à une aide au logement. En effet, les contrats de bail ne sont plus soumis, depuis l'an 2000, à une procédure d'enregistrement. Les allocataires peuvent ainsi présenter un faux bail sans que la CAF puisse vérifier son authenticité.

Les fraudes au logement représentent 30 % en nombre et 20 % en montant de l'ensemble des fraudes détectées par la branche famille. Il importe donc de lui donner tous les outils pour diminuer les sommes indûment versées. En 2008, la branche famille a détecté des fraudes pour un montant de près de 80 millions d'euros, soit 0,14 % des 58 milliards d'euros de prestations versées. Il est d'ailleurs plus que probable que l'ampleur de la fraude soit sous-estimée.

Le dispositif envisagé par le présent article vise à autoriser l'administration fiscale et les organismes de sécurité sociale à échanger des informations, sous forme dématérialisées et automatisées, relatives au propriétaire d'un bien immobilier et vérifier ainsi l'existence d'un logement pour trois types d'aides existantes : l'aide au logement à caractère social, l'aide au logement familiale et l'aide personnalisée au logement.

Par ailleurs, cet article permet également que les CAF obtiennent directement auprès du bailleur qui, n'étant pas allocataire, a le statut de tiers vis-à-vis de la CAF, les informations dont elles ont besoin.

Les organismes pourront également sanctionner les bailleurs complices d'une fraude en leur infligeant le paiement d'une amende de 5 000 euros et/ou une pénalité financière dont l'article 50 du présent projet de loi réforme les modalités d'application.

D'après les informations annexées au PLFSS, la mesure préconisée permettrait **un gain de 5 à 7 millions d'euros par an**, soit un quart de l'objectif fixé à la branche en matière de détection de fraude au logement.

Votre rapporteur pour avis approuve la mesure **mais se montre circonspect quant au chiffrage établi par les services Gouvernementaux**.

Plusieurs points méritent encore d'être clarifiés. Par exemple, les annexes au projet de loi de financement mentionnent que « *les modalités d'échanges entre les CAF et les services fiscaux font actuellement l'objet d'une expertise* ». Il se peut notamment que les bailleurs soient contraints d'effectuer une formalité supplémentaire si le numéro d'identification fiscale constitue le critère à partir duquel les recoupements sont effectués. Le dispositif ne devrait pas, en tout état de cause, être opérationnel avant le second semestre 2010.

Il apparaît peu probable que cette mesure ait un impact sur le solde de la branche famille en 2010. Il se pourrait également que les obstacles techniques retardent son application voire même limitent sa portée opérationnelle. Votre rapporteur pour avis regardera avec attention les informations relatives à ce dispositif dans le PLFSS pour 2011.

C. LA PROROGATION DE L'EXPÉRIMENTATION D'UNE NOUVELLE SANCTION ADMINISTRATIVE EN CAS DE FRAUDE AUX AIDES PERSONNELLES AU LOGEMENT : « LA SUPPRESSION POUR L'AVENIR » (ARTICLE 52)

1. Une expérimentation au bilan « nuancé »

Cet article propose de proroger une expérimentation dont le bilan est, de l'aveu même du Gouvernement, « *nuancé* ». L'objectif de cette mesure, introduite par le I de l'article 110 de la loi de financement pour 2008, est de sanctionner plus efficacement les fraudes aux aides au logement que sont l'aide au logement à caractère social (ALS), l'aide au logement familiale (ALF) et l'aide personnalisée au logement (APL).

En cas de fraude portant sur une de ces allocations dont le montant est supérieur à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, le service des trois prestations est suspendu pour une durée de un an au maximum. Par exemple, un allocataire fraudeur sur l'ALS et qui déménagerait dans un autre logement ne pourrait pas obtenir le bénéfice de l'APL.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, le Gouvernement a transmis au Parlement un rapport d'évaluation du dispositif. Il apparaît tout d'abord que la sanction a été peu prononcée : en 2008, sur 310 cas potentiellement concernés, **seulement 44 ont fait l'objet d'une suspension, soit un taux d'application de 14 %**. Il convient également de noter que **la sanction a été appliquée pour les cas de fraude les plus manifestes** puisque le montant moyen de la fraude s'élevait à environ 10 000 euros, soit près de cinq fois le montant moyen des actes frauduleux.

Le rapport estime, enfin, que « *les raisons du faible recours au dispositif sont diverses mais tiennent notamment à un délai trop court d'appropriation de la mesure par les caisses* ». Plus de la moitié des fraudeurs, soit 164 personnes, ont été poursuivis devant la justice pénale. La sanction peut se cumuler avec l'action pénale mais selon des modalités

particuliers facteur de lourdeur administrative pour les CAF. De même, les caisses ont parfois préféré recourir à des avertissements ou à des pénalités afin de ne pas fragiliser la situation économique précaire de certains locataires.

Cette sanction « pour l'avenir » s'applique selon la procédure fixée par l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. Or, l'article 50 du présent projet de loi réforme les conditions de procédure prévues à cet article. L'assouplissement de la procédure sera peut-être de nature à ce que les caisses s'approprient le dispositif.

L'expérimentation **ne s'est effectivement déroulée que sur une période de 10 mois, ce qui apparaît comme une durée trop courte pour juger de bon état d'appropriation, de compréhension et d'efficacité de la mesure.** Le présent article vise donc à la proroger d'un an. En 2010, **le gain financier attendu est évalué à 1 million d'euros.**

2. Rétablir le texte initial modifié par l'Assemblée nationale

Dans le projet de loi de financement initial, un nouveau rapport d'évaluation devait être remis au Parlement en septembre 2010. L'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, a fixé ce dépôt à juin 2010 afin de disposer d'informations avant l'examen du PLFSS pour 2011.

Votre rapporteur pour avis craint cependant que le rapport de juin 2010 ne comporte guère plus de précisions que celui déposé en juin 2009. En tout état de cause et compte tenu du délai de remontée des données, **le dispositif ne sera pas évalué pour l'année 2010.**

Cette situation est regrettable car la réforme de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, prévu par l'article 50 du présent projet de loi, est de nature à donner plus de souplesse aux CAF dans la gestion de la mesure.

Votre rapporteur pour avis vous propose donc que le rapport d'évaluation soit déposé, comme il était initialement prévu, en septembre 2010. Il importe, qu'en parallèle de l'adoption de cet article, le Gouvernement communique auprès des CAF pour leur rappeler l'existence et les modalités de ce dispositif.

D. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE DES ARRÊTS DE TRAVAIL (ARTICLE 53)

Cet article se divise en deux parties : la première vise à généraliser une expérimentation relative à la contre-visite ; la seconde étend aux assurés du RSI les obligations prévues pour les assurés du régime général en matière d'arrêts de travail.

Pour mémoire, les dépenses d'indemnités journalières (IJ) du régime général se sont élevées, en 2008, à 5,69 milliards d'euros, soit une augmentation de 5,7 % par rapport à 2007. Les IJ de courte durée ont généré 3,8 milliards d'euros de dépenses et celles de longue durée, 2,3 milliards d'euros.

En 2008, la CNAMTS a contrôlé 1,5 million d'arrêts de travail, contre 900 000 en 2007. Notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, rappelle que le contrôle des assurés a permis de dégager une économie de 240 millions d'euros en 2008, pour des frais de gestion estimés par la CNAMTS à 31,5 millions d'euros, soit un gain net d'environ 210 millions d'euros qui doit l'inciter à poursuivre cette démarche.

1. La généralisation de la contre-visite

a) Renforcer la coordination entre médecin effectuant une contre-visite et le service du contrôle médical

L'article 103 de la loi de financement pour 2008 avait prévu une expérimentation visant à réformer la coordination entre le médecin effectuant une contre-visite et les services du contrôle médical des organismes de sécurité sociale.

En application de l'article L. 1226-1 du code du travail, l'employeur qui verse une indemnité complémentaire à l'indemnité journalière versée par la sécurité sociale (IJSS) a la possibilité de faire effectuer une contre-visite médicale. Si celle-ci conclut que l'arrêt de travail est injustifié, l'employeur peut suspendre le versement de l'indemnité complémentaire.

Le dispositif apparaissait toutefois défaillant puisque la suspension de l'IJSS n'était pas automatique quand bien même un médecin aurait conclu à la non justification de l'arrêt maladie. Le service du contrôle médical n'était pas non plus tenu de contrôler à nouveau le salarié.

L'expérimentation, qui s'est déroulé dans dix caisses du régime général et de la mutualité sociale agricole, a donc prévu un mécanisme simple. Le médecin effectuant une contre-visite transmet son rapport au service du contrôle médical. Celui-ci a alors **l'obligation d'agir soit en demandant la suspension de l'IJSS, soit en contrôlant à son tour le salarié**. Dans le premier cas, l'assuré a 10 jours pour contester la décision et demander à être examiné par le service du contrôle médical.

Par ailleurs, la caisse d'assurance maladie **est autorisée, en cas de prescription d'un nouvel arrêt maladie consécutivement à une décision de suspension de l'IJSS, à bloquer le versement dans l'attente d'une décision du service du contrôle médical**. Cette mesure vise à lutter contre les arrêts maladie consécutifs, répétés et de complaisance. Il importe en revanche que

cette possibilité soit très précisément encadrée afin, notamment, de respecter les droits des salariés et des malades.

b) Un bilan qui conduit à généraliser le dispositif sous réserve des modifications apportées par l'Assemblée nationale

Seuls 40 % des arrêts maladie contrôlés ont été jugés justifiés. Le bilan apparaît globalement positif puisque 60 % des contre-visites ont été suivies soit par une reprise du travail, soit d'une suspension d'IJSS, soit d'une autre sanction.

La seule faiblesse de l'expérimentation réside probablement dans la taille de l'échantillon puisque seulement 223 assurés ont fait l'objet d'un contrôle.

Pour autant, ainsi que l'indiquent les annexes au projet de loi, cette expérimentation est « *riche d'enseignements* » que le présent article prend en compte en vue de modifier le dispositif avant de le généraliser.

Le texte de l'article prévoit que le rapport du médecin effectuant la contre-visite conclut « *à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré* ». Ce dernier cas n'était pas prévu par l'expérimentation. L'Assemblée nationale a introduit, à l'initiative de notre collègue Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, un amendement afin que le rapport du **médecin précise s'il a effectivement procédé à un examen médical**. En effet, il est apparu, lors de l'expérimentation, que certains rapports se révélaient incertains sur ce point.

Enfin, le Gouvernement a souhaité préciser le délai de transmission du rapport du médecin au service du contrôle médical. L'Assemblée nationale a fixé, sur une proposition de notre collègue Yves Bur, ce délai à 48 heures au maximum.

Votre rapporteur pour avis juge **que ce dispositif est nettement plus satisfaisant que l'état du droit préexistant. Pour autant, la mesure ne devrait rapporter, selon les estimations du Gouvernement, que 400 000 euros**. Par ailleurs, ce montant est obtenu par extrapolation des données résultant des six mois d'expérimentation dans six caisses. Il serait, de surcroît, **important de connaître les frais de gestion de la mesure afin d'être certain qu'elle ne crée pas une charge supplémentaire pour l'assurance maladie**.

2. L'harmonisation des règles de contrôle des arrêts de travail entre le régime général et le régime social des indépendants.

L'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale prévoit que le service des indemnités journalières est subordonné à plusieurs obligations du bénéficiaire, comme, par exemple, s'abstenir de toute activité non autorisée.

Les dispositions de cet article ne sont pas applicables aux travailleurs non salariés des professions non agricoles – les assurés du régime social des indépendants (RSI).

Par exemple, si une caisse du RSI constate que l'assuré n'est pas à son domicile alors même qu'il avait l'obligation d'y être, elle ne peut suspendre le service de l'indemnité versée que pour ce jour là. Dans le même cas, la CNAMTS peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières versées, ce qui apparaît nettement plus dissuasif.

Les caisses du RSI hésitent donc à pratiquer ce type de contrôle qui se révèle coûteux en termes de frais de gestion. Par conséquent, le risque de fraude et d'abus est réel. Les annexes jointes au présent projet de loi de financement indiquent que cette harmonisation des règles de contrôle serait susceptible de générer **900 000 euros d'économies pour le RSI**, soit près de 25 % de son objectif en matière de lutte contre les fraudes.

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à rendre applicable aux assurés du RSI les dispositions de l'article L. 323-7 du code de la sécurité sociale. Cet article est créé par le I du présent article 53. Il permet, lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient après une suspension des indemnités journalières, à la caisse de suspendre le service des indemnités jusqu'à ce que le contrôle médical se soit prononcé sur la justification de ce nouvel arrêt. Ce dispositif vise à lutter contre les arrêts maladie de complaisance.

Votre rapporteur pour avis **émet les mêmes réserves que pour le I du présent article. Il note également que la charge du contrôle ne sera pas nécessairement allégée pour les caisses du RSI même si, comme l'explique le Gouvernement, « sa rentabilité sera accrue ».** Votre rapporteur pour avis sera attentif au bilan de cette mesure présenté dans le PLFSS pour 2011.

E. LES PÉNALITÉS ADAPTÉES AUX FORTES ACTIVITÉS DE SOINS DE SANTÉ (ARTICLE 54)

Parmi toutes les mesures du présent projet de loi de financement relatives à la fraude, celle-ci représente le plus fort impact financier avec **près de 20 millions d'euros d'économies attendues.**

1. Les sanctions T2A se sont révélées très efficaces

Depuis 2006, les établissements exerçant les activités en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) sont soumis à un mécanisme de pénalités spécifique dit « sanctions T2A ». Le montant des pénalités est alors assis sur le chiffre d'affaires.

Ce dispositif est plus efficace que celle de la récupération d'indus. En effet, dans ce dernier cas, pour récupérer un indu, il faut que celui-ci soit constaté au cas par cas. Il apparaît évidemment impossible de mener un contrôle exhaustif de milliers d'actes d'un grand établissement. Avec le mécanisme des « sanctions T2A », il est procédé à un contrôle par échantillonnage. En fonction des indus repérés dans l'échantillon, il est ensuite pratiqué une extrapolation à tout le chiffre d'affaires. Cette méthode se rapproche de celle habituellement utilisée par les cabinets d'audit pour expertiser les comptes d'une entreprise.

Les « sanctions T2A » ont eu un impact financier non négligeable. Elles ont permis de récupérer près de 14 millions d'euros d'indus en 2008. Au 30 juillet 2009, les indus notifiés ont déjà dépassé ce montant. Au total, sur la période 2006-2009, ces contrôles ont permis de notifier 77,5 millions d'euros d'indus et 2,6 millions d'euros de sanctions financières, soit un total de 80,1 millions d'euros auquel se surajoutent 26,6 millions d'euros de dépenses évitées.

2. La méthode par échantillonnage sera étendue aux activités hors T2A

En dehors des activités MCO, les établissements et professionnels de santé ne sont pas soumis à ces « sanctions T2A » et, plus généralement, à la méthode de l'échantillonnage. La méthode de comptabilisation de l'indu doit être utilisée mais se révèle inapplicable dès lors que le volume d'actes facturés est sans commune mesure avec les moyens humains dont dispose une caisse pour effectuer les contrôles. Par conséquent, **sur 407 pénalités financières infligées en 2008, seules 5 concernaient des établissements hors MCO pour un montant de 8 046 euros.**

Le présent article vise à étendre la méthode de l'extrapolation pour le contrôle des pharmacies, des laboratoires de biologie médicale, des établissements de santé hors T2A, de certains fournisseurs ou encore des sociétés de transport sanitaire. A l'issue du contrôle, le directeur de la caisse pourra prononcer une pénalité assise sur le chiffre d'affaires.

Le projet prévoit des garanties du respect des droits de la défense. Cette procédure est encadrée par des critères limitatifs. Un décret fixera notamment le seuil à partir duquel cette procédure peut s'appliquer.

La pénalité sera, enfin, proportionnée : le montant de l'indu sera extrapolé de 25 % à 100 %.

Votre rapporteur pour avis estime que **cette mesure est susceptible d'avoir un impact fort en termes de lutte contre la fraude. Jusqu'à présent, en effet, les acteurs concernés bénéficiaient d'un fort effet d'aubaine** puisque les organismes de sécurité sociale étaient dans l'impossibilité matérielle d'effectuer des contrôles exhaustifs. Comme le note le Gouvernement, « *les effets indirects dissuasifs pour ces professions,*

principal intérêt du dispositif, s'il ne peut être quantifié, est également générateur d'efficience ».

F. LES MESURES INTRODUITES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

1. L'application de sanctions au donneur d'ordre qui ne pouvait ignorer le recours au travail dissimulé par son sous-traitant (article 54 bis)

Cet article, issu d'un amendement de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales, vise à permettre de sanctionner les donneurs d'ordre qui ne peuvent ignorer que leur sous-traitant a recours au travail dissimulé. La sanction consisterait en **l'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales**.

Deux cas sont envisagés. Dans le premier cas, le donneur d'ordre est un complice actif de son sous-traitant. **Cette complicité doit être actée dans un procès-verbal pour délit de travail dissimulé**. Dans le second cas, il peut être sanctionné pour n'avoir pas enjoint à son sous-traitant de cesser de recourir au travail alors même qu'il avait été informé de cette situation.

Votre rapporteur pour avis se montre circonspect sur cet article. Autant il est légitime de sanctionner un donneur d'ordre complice même s'il sera probablement difficile, pour l'administration, d'en établir la preuve. En revanche, le second cas est beaucoup plus critiquable. L'article L. 8222-5 du code du travail prévoit déjà que, à défaut d'avoir enjoint à son co-contractant de cesser de recourir au travail dissimulé, le donneur d'ordre est tenu solidairement au paiement des impôts, taxes et cotisations sociales.

Les sanctions prévues au présent article se cumuleraient avec les dispositions de l'article L. 8222-5 du même code. Le donneur d'ordre serait donc potentiellement exposé à des charges sans aucune mesure avec l'obligation qui pèse sur lui et qui relève d'une simple formalité.

Votre rapporteur pour avis **ne dispose pas d'informations complémentaires sur le gain attendu de la mesure**. Quoi qu'il en soit, il ne soulève pas d'objection à ce que les complices des sous-traitants ayant recours au travail dissimulé soient traités avec fermeté. En revanche, **il regrette que le dispositif proposé considère que le donneur d'ordre averti d'une telle situation soit regardé comme s'il était un complice actif**.

2. Des modifications rédactionnelles du code de la sécurité sociale (article 54 ter)

Cet article effectue des modifications rédactionnelles sur les articles du code de la sécurité sociale relatifs à la procédure de déclaration des

accidents du travail aux organismes de sécurité sociale et sur les conditions dans lesquelles ils peuvent recouvrer l'indu dès lors que cette procédure n'est pas respectée. Votre rapporteur pour avis prend note de ces modifications.

3. La possibilité de recouvrer des contributions et cotisations sociales auprès de tiers détenteurs (article 54 *quater*)

Notre collègue député, Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, a proposé cet amendement en expliquant qu'il vise à **empêcher que des débiteurs de mauvaise foi organisent leur insolvabilité en multipliant les dépôts d'actifs auprès de tiers.**

Un nouvel article L. 243-3-1 du code de la sécurité sociale permet donc le recouvrement des contributions et cotisations sociales, dues au titre d'un redressement effectué lors d'un constat de recours de travail dissimulé, auprès de tiers détenteurs.

Votre rapporteur pour avis se montre tout à fait favorable à ce dispositif mais **regrette que, là encore, aucune estimation chiffrée ne soit disponible, ce qui aurait permis d'évaluer plus précisément la pertinence et l'opportunité de la mesure.**

4. La récupération des indus de prestations versées en tiers payant (article 54 *quinquies*)

Cet article a été introduit sur la proposition de notre collègue député Dominique Tian. Il dispose que *« lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations »*.

Ce dispositif permet une certaine souplesse de gestion pour les organismes de sécurité sociale et allège les formalités tant pour l'organisme que pour l'allocataire. Le recouvrement des indus sera également amélioré puisque celui-ci est directement géré par l'organisme.

Votre rapporteur pour avis **considère que cette mesure relève d'une bonne gestion des organismes, au-delà même du gain financier qui n'est pas chiffré. Il note toutefois que la mesure ne porte que sur périmètre restreint, celui des prestations versées en tiers payant.**

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 4 novembre 2009, sous la présidence de M. Jean Arthuis, président, la commission a procédé à l'examen du rapport pour avis de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, sur le projet de loi n° 82 (2009-2010) de financement de la sécurité sociale pour 2010.

A titre liminaire, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale**, a insisté sur l'ampleur des déficits de la sécurité sociale et les projections très inquiétantes d'évolution de ceux-ci dans les années à venir.

La sécurité sociale subit, en effet, de plein fouet la dégradation de la conjoncture. En 2009, le déficit du régime général devrait s'élever à 22,7 milliards d'euros, soit un doublement par rapport à 2008. En tendance, il devrait encore croître de 10,9 milliards d'euros en 2010 pour atteindre 33,6 milliards d'euros, soit un triplement par rapport à 2008. La sécurité sociale enregistrera ainsi en 2009 et 2010 des déficits jamais atteints. Toutes les branches repasseront « dans le rouge » et l'assurance maladie deviendra à nouveau la branche la plus déficitaire, interrompant le redressement progressif engagé depuis 2004.

Ces déficits historiques sont en majeure partie la conséquence du ralentissement brutal des recettes. Ainsi le déficit lié à la crise représentera près de 65 % du déficit du régime général en 2009 et deux tiers de ce déficit en 2010, hors impact des mesures du projet loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2010.

Mais la crise ne doit pas faire perdre de vue les causes structurelles du déficit du régime général qui préexistait à la dégradation du contexte économique observée depuis 2008. C'est en effet avec un handicap structurel de près de 9,5 milliards d'euros que notre système de protection sociale a dû affronter la crise. Ce déficit structurel devrait passer à 11,4 milliards d'euros en 2011.

Compte tenu de ces éléments, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a indiqué que la perspective d'un retour à l'équilibre des comptes sociaux s'est durablement éloignée. Les mesures proposées dans le cadre du PLFSS pour 2010 ne devraient en effet permettre que de stabiliser, au mieux, le déficit du régime général autour de 30 milliards d'euros par an. Les mesures prévues s'articulent ainsi autour de deux axes :

- en matière de recettes, elles visent principalement la réduction des « niches sociales » et la mise en place d'une contribution exceptionnelle des complémentaires santé dans le cadre de la grippe A/H1N1 ;

- en matière de dépenses, le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui est fixé en 2010 à 3 %, suppose la réalisation de 2,2 milliards d'euros d'économies.

Pour la première fois, les projections pluriannuelles annexées au PLFSS font durablement perdre de vue tout retour à l'équilibre. Ces projections ne seront d'ailleurs très certainement qu'un minimum, tant les hypothèses macroéconomiques sur lesquelles elles reposent paraissent optimistes, voire irréalistes : une croissance du produit intérieur brut (PIB) en volume de 2,5 % par an, un taux d'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 3 % et surtout une croissance de la masse salariale de 5 % par an à partir de 2011. Par ailleurs, certaines dépenses liées à la grippe A/H1N1 n'ont pas été comptabilisées.

En tout état de cause, même dans le scénario optimiste proposé par le Gouvernement, les projections pluriannuelles annexées au projet de loi de financement laissent entrevoir une accumulation de nouveaux déficits, à l'horizon de 2013, de près de 160 milliards d'euros, soit un quasi-doublement de la dette sociale entre 2009 et 2013.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué que la crise, d'une part, et le choix du Gouvernement de laisser jouer à la sécurité sociale son rôle d'amortisseur, d'autre part, entraîne deux conséquences importantes : il place l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) dans une situation de trésorerie périlleuse pour 2010 et il pose la question du financement de la dette sociale.

Compte tenu des prévisions pour 2010, et notamment des projections concernant les recettes issues des cotisations, l'article 27 du PLFSS pour 2010 propose de fixer le plafond d'avance de trésorerie de l'ACOSS pour 2010 à 65 milliards d'euros. Ce niveau d'avances est historique et correspond au double du plafond de 2009, revalorisé de 10 milliards d'euros cet été. Cette situation est d'autant plus exceptionnelle que les plafonds « record » des années précédentes avaient été atteints avant une reprise de déficits par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

Il a ensuite énuméré les nouvelles sources de financement de l'ACOSS pour 2010 :

- 31 milliards d'euros seront mobilisés sous forme d'avances auprès de la caisse des dépôts et consignations (CDC) ;

- 10 milliards d'euros de billets de trésorerie seront émis par l'ACOSS ;

- 5 milliards d'euros de billets de trésorerie seront souscrits par l'Agence France Trésor (AFT) ;

- un milliard d'euros proviendra de la mutualisation des ressources d'organismes tiers comme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

- la somme restante résultera d'émissions complémentaires sur les marchés gérées par l'AFT, qui agira comme prestataire de services de l'ACOSS.

Cependant, la solution qui consiste à faire porter à l'ACOSS le déficit du régime général ne pourra pas être reconduite : plus aucun bénéfice ne peut être espéré d'une baisse des taux d'intérêt à court terme, ceux-ci ayant atteint un plancher ; le niveau particulièrement élevé du plafond d'avances conduit l'ACOSS à diversifier son financement ou à renégocier des dispositifs existants, ce qui se révèle délicat ; cette augmentation d'activité nécessite au sein de l'agence un investissement humain important ; la multiplication des sources de financement ne signifie pas pour autant la possibilité de couvrir n'importe quel niveau de besoin de trésorerie : l'ACOSS ne pourra pas assumer une fois de plus en 2011 la couverture des déficits cumulés 2009-2010 et ceux à venir de 2011 ; en outre, le portage de la dette par l'ACOSS constitue une dérogation au partage implicite des responsabilités entre la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et l'ACOSS, qui ne doit en principe assumer la charge que des découverts infra-annuels.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué que le traitement de la nouvelle dette sociale relève de la responsabilité collective. S'il n'y a pas lieu de remettre en cause le système actuel de cantonnement de la dette sociale au sein de la CADES, qui en rembourse effectivement une partie chaque année, un transfert de dette doit néanmoins intervenir dès 2010. Deux préoccupations guident en effet ce choix : d'une part, la responsabilité vis-à-vis des générations futures et, d'autre part, le souhait que le transfert dès 2010 d'une partie de la dette sociale à la CADES réduise, à terme, le coût d'ensemble de retraitement de celle-ci. En effet, une reprise de dette par la CADES, dès 2010, permet de bénéficier d'un tarif plus faible de reprise, tout comme il permet d'amortir une partie de la dette transférée, ce qui n'est pas le cas lorsque celle-ci est supportée par l'ACOSS.

Dans ces conditions, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a proposé une reprise de dette par la CADES de 19,5 milliards d'euros, ce qui nécessitera une augmentation de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) de 0,15 point, soit un taux global de 0,65 %. Cette

augmentation, qui devrait procurer un surplus d'environ 1,8 milliard d'euros, impactera très légèrement à la hausse, de 0,1 point, le taux des prélèvements obligatoires.

Cette reprise partielle de dette en 2010 n'est cependant qu'une partie de la réponse à la question posée par la dette sociale :

- d'une part, il conviendra de poursuivre son retraitement : dans le cadre des prochains PLFSS, il sera ainsi nécessaire d'augmenter encore les recettes de la CADES et de procéder à un arbitrage entre allonger à nouveau la durée d'amortissement de sa dette, afin d'éviter un effet « boule de neige » des prélèvements qui lui sont affectés, ou maintenir cette durée en refusant tout report sur les générations futures ;

- d'autre part, il sera impératif de prendre les décisions permettant d'enrayer la dynamique structurelle de la dette. Le préalable nécessaire à toute réflexion consiste à choisir et à affirmer le modèle de sécurité sociale que l'on souhaite. Cette question est d'autant plus essentielle que notre système de protection sociale va devoir affronter un nouveau défi : le vieillissement de la population.

S'agissant des recettes, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a insisté sur la nécessité de sécuriser ces dernières, enjeu majeur qui doit être concilié avec les impératifs de compétitivité économique et d'équité. Ceci nécessitera, d'une part, un réexamen plus global de l'ensemble des niches sociales et des facultés contributives de chacun et, d'autre part, un réexamen des allègements de charges, dont la compensation par les recettes fiscales de l'Etat avoisine 27 milliards d'euros.

Du côté des dépenses, il a insisté sur la nécessité de ne pas relâcher les efforts de maîtrise entrepris ces dernières années. Tout d'abord, il convient de ne pas se méprendre sur les résultats de 2008 et 2009. Certes les dépassements de l'ONDAM sont moins importants que ceux observés par le passé, cependant :

- ces objectifs ont été dépassés alors même qu'ils se voulaient, au moment de leur adoption, plus réalistes que ceux fixés les années précédentes ;

- ces résultats s'expliquent, pour partie par des gels de dotations, dont les taux habituels de consommation laissaient entrevoir, dès leur adoption, qu'elles risquaient d'être surévaluées ;

- enfin, s'agissant de la rectification de la prévision de l'ONDAM pour 2009, les dépenses supplémentaires que la grippe A/H1N1 pourrait induire n'ont pas été prises en compte.

Quant à l'ONDAM 2010, fixé à 3 % contre 3,3 % en 2009, s'il paraît plus contraignant, il convient de souligner deux éléments :

- d'une part, les dépenses liées à la grippe A/H1N1 n'ont pas été prises en compte dans l'ONDAM pour 2010 ;

- d'autre part, le repli de l'inflation en 2010 atténuera mécaniquement la progression des dépenses du régime général et rendra donc d'autant plus aisé le respect de l'ONDAM pour l'année prochaine.

Il a surtout déploré deux mesures du PLFSS qui auront un impact fort sur les dépenses : la non-prise en compte des dépenses liées à la grippe A/H1N1 dans la procédure d'alerte déclenchée en cas de risque de dépassement de l'ONDAM et le report de 2012 à 2018 de l'achèvement du processus de convergence tarifaire entre les établissements de santé publics et privés, réforme pourtant centrale du mode de financement des hôpitaux.

M. Jean Arthuis, président, a observé que les perspectives évoquées sont inquiétantes.

Mme Nicole Bricq a souligné que le constat dressé par le rapporteur pour avis est à la fois accablant, réaliste et non contestable. Le caractère historique et inédit du déficit de la sécurité sociale, tout comme son évolution, constituent des problématiques majeures qui ne pourront être esquivées par les différents Gouvernements en place et à venir. Elle a souhaité connaître le montant des niches sociales.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a répondu que la perte d'assiette en 2010 liée aux exemptions d'assiette représente, selon les prévisions de l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, 44,8 milliards d'euros, soit une perte de recettes potentielles de 8,8 milliards d'euros.

M. Jean-Pierre Fourcade a estimé à plus de 300 milliards d'euros le montant d'emprunt nécessaire pour l'Etat, l'ACOSS et la CADES l'année prochaine. La majeure partie de cette somme devant être empruntée sur les marchés à court terme, il a jugé la situation dangereuse, notamment pour l'ACOSS, compte tenu de la remontée probable des taux d'intérêt et donc de l'augmentation des charges d'intérêt. Il s'est déclaré favorable à l'initiative du rapporteur tendant à organiser la reprise de la dette par la CADES grâce à une majoration de la CRDS et a conditionné son vote sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 à l'adoption de cet amendement. Il a rappelé que contrairement à la dette de l'Etat, qui n'est pas amortie et revêt un caractère perpétuel, la dette portée par la CADES est amortie chaque année. Par ailleurs, une reprise aurait le mérite de diminuer les besoins de financement sur les marchés à court terme.

En réponse à **M. Edmond Hervé** qui souhaitait connaître le niveau de la dette sociale, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a indiqué que celle-ci, constituée des déficits du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ainsi que de la dette restant à amortir par la CADES, s'élèvera à 118,5 milliards d'euros en 2009, 148,6 milliards d'euros en 2010, 177,7 milliards d'euros en 2011, 206 milliards d'euros en 2012 et 233,1 milliards d'euros en 2013. **M. Edmond Hervé** a remarqué que la complexité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale peut être critiquée dans les mêmes proportions que celle, souvent mise en exergue, des relations entre l'Etat et les collectivités territoriales. La lisibilité des prélèvements sociaux constitue une problématique forte car elle participe de l'identité nationale. Le principe qui consisterait à rembourser une dette en recourant à un autre emprunt n'est pas vertueux.

M. François Marc et **Mme Nicole Bricq** ont insisté sur les effets pervers du bouclier fiscal en soulignant que la sortie de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la CRDS de ce dispositif est un préalable à toute modification de leur taux.

M. Jean Arthuis, président, a indiqué qu'il présentera, lors du projet de loi de finances pour 2010, un amendement tendant à la suppression du bouclier fiscal, complété par la suppression de l'impôt de solidarité sur la fortune (ISF) et l'institution d'une tranche supplémentaire d'impôt sur le revenu (IR).

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a précisé que la sortie de la CSG et de la CRDS du bouclier fiscal n'augmenterait les recettes fiscales qu'à hauteur d'environ 200 millions d'euros, dont seulement 10 millions pour la seule CRDS.

Puis la commission a procédé à l'examen des amendements présentés par le rapporteur pour avis sur les articles du projet de loi de financement.

Faisant suite à l'exposé général du rapporteur pour avis et après une intervention de **Mme Nicole Bricq**, la commission a adopté un article additionnel après l'article 9 majorant le taux de la CRDS de 0,15 point et ramenant le plafond d'avances de l'ACOSS à 45 milliards d'euros en 2010.

Puis, après une intervention de **Mme Nicole Bricq** et de **M. Adrien Gouteyron**, elle a adopté un amendement de suppression du I de l'article 11 (taux K), afin de garantir la stabilité de l'environnement fiscal des entreprises pharmaceutiques, en maintenant à 1,4 % (au lieu de 1 % dans le projet du Gouvernement) le taux de progression de leur chiffre d'affaires à partir duquel est déclenchée la clause de sauvegarde.

La commission a ensuite adopté à l'unanimité un amendement à l'article 14 (régime des retraites chapeau) tendant à assujettir aux cotisations sociales les rentes dont le montant annuel est supérieur à huit fois le plafond de la sécurité sociale.

Elle a adopté un amendement à l'article 17 (assurance-vie) destiné à clarifier la rédaction proposée par le Gouvernement pour ce dispositif.

Puis, elle a adopté un amendement de précision à l'article 17 ter.

Après les interventions de **M. Michel Sergent**, **M. Jean Arthuis**, **président**, et **Mme Nicole Bricq**, la commission a adopté un amendement à l'article 17 quater (droit à l'image collective des sportifs professionnels) tendant à supprimer progressivement, d'ici au 30 juin 2012, le droit à l'image collective (DIC) des sportifs professionnels, conformément aux préconisations formulées par **M. Michel Sergent**, rapporteur spécial de la mission « Sport, jeunesse et vie associative ».

Puis elle a adopté un article additionnel après l'article 20 proposant d'annualiser le calcul des allègements de charges sur les bas salaires.

La commission a adopté un amendement de suppression de l'article 26 bis (création d'un comité de pilotage de la trésorerie de la sécurité sociale).

Elle a adopté un amendement à l'article 27 (plafond d'avances de trésorerie) tendant à abaisser le plafond de l'ACOSS à 45 milliards d'euros, par coordination avec l'amendement portant article additionnel après l'article 9.

Elle a adopté ensuite un amendement de suppression de l'article 28 (comité d'alerte), dans la mesure où cet article tend à exclure de la procédure d'alerte les dépenses liées à la grippe A/H1N1 et à faire supporter par l'assurance maladie les frais liés à l'indemnisation des professionnels de santé requis pour la campagne de vaccination.

Elle a adopté un amendement à l'article 32 (convergence tarifaire) tendant à ramener à 2014 le report de l'achèvement du processus de convergence tarifaire entre les secteurs hospitaliers public et privé.

Puis, elle a adopté un amendement à l'article 34 (agences régionales de santé) tendant à fixer et à plafonner la dotation des régimes obligatoires de base aux agences régionales de santé.

Elle a adopté un article additionnel après l'article 35 (fonds de modernisation pour les établissements de santé publics et privés (FMESPP)) visant à créer une procédure de prescription des crédits non attribués par le FMESPP.

Elle a adopté un amendement de suppression de l'article 48 bis (fonds de performance de la sécurité sociale).

Elle a adopté un amendement à l'article 50 (pénalités financières) visant à fixer le plancher des pénalités financières, en cas de fraude avéré en matière d'arrêt maladie, à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Elle a, enfin, adopté un amendement à l'article 52 (expérimentation de sanctions administratives) proposant de reporter à septembre 2010 la date de remise au Parlement du rapport dressant le bilan de cette expérimentation.

La commission a alors émis un avis favorable à l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, ainsi amendé.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 9

A.- Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I.- A la fin du premier alinéa de l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les mots : « 0,5 pour cent » sont remplacés par les mots : « 0,65 pour cent ».

II.- En conséquence, le montant dans la limite duquel les besoins de trésorerie du régime général de sécurité sociale peuvent être couverts en 2010 par des ressources non permanentes est fixé à 45 milliards d'euros.

B. - En conséquence, faire précéder cet article d'une division additionnelle et son intitulé ainsi rédigés :

Section...

Contribution au remboursement de la dette sociale

ARTICLE 11

Alinéa 1

Supprimer cet alinéa.

ARTICLE 14

I. Après l'alinéa 6, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

I bis. - Après le douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont aussi prises en compte, pour la part patronale, les rentes versées conformément aux dispositions de l'article L. 137-11 ou, pour les salariés du secteur agricole, à l'article L. 741-10 du code rural, lorsque le montant de ces rentes est supérieur à huit fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code. »

II. Alinéa 7, première phrase

Rédiger ainsi le début de cette phrase :

Le 1° du I et le I bis sont applicables aux rentes...

ARTICLE 17

Alinéas 3 à 5

Rédiger ainsi ces alinéas :

« 3° Sur une base annuelle, les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation, ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-O A du code général des impôts.

« La contribution est calculée et exigible lors de l'inscription au contrat, ou pour les bons ou contrats en unités de compte mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, lors du dénouement y compris en cas de décès.

« En cas de dénouement par rachat ou décès, la contribution est assise sur les produits tels que définis à l'article 125-O A du code général des impôts ; »

ARTICLE 17 *ter*

Alinéa 2

Après les mots :

du code général des impôts qui

insérer les mots :

, sous réserve des dispositions l'article 163 quinquies C du même code,

ARTICLE 17 *quater*

Rédiger ainsi cet article :

Le 1° du II de l'article L. 222-2 du code du sport est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce taux est réduit à 20 % à compter du 1^{er} juillet 2010 et à 10 % à compter du 1^{er} juillet 2011 ; »

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 20

Après l'article 20, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la deuxième phrase du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « de la rémunération mensuelle » sont remplacés par les mots : « d'un douzième de la rémunération annuelle ».

ARTICLE 26 bis

Supprimer cet article.

ARTICLE 27

Alinéa 2, tableau, deuxième colonne

A la deuxième ligne de cette colonne, remplacer le nombre :

65 000

par le nombre :

45 000

ARTICLE 28

Supprimer cet article.

ARTICLE 32

I.- Alinéa 7

Remplacer la date :

2018

par la date :

2014

II.- Alinéa 10

Remplacer la date :

2018

par la date :

2014

III.- Après l'alinéa 10, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans le dernier alinéa du paragraphe VI de l'article 1er 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 mention : « 2018 » est remplacée par la mention : « 2014 ».

ARTICLE 34

Rédiger ainsi cet article :

La contribution pour l'année 2010 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé correspond à une participation aux dépenses afférentes aux emplois transférés par les organismes d'assurance maladie, fixée au prorata de la période effective de fonctionnement de ces agences, dans la limite de 110 millions d'euros en année pleine.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 35

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le IV de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet, soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée 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.

« Les dispositions de l'alinéa précédant sont applicables aux sommes déléguées antérieurement à la date de leur entrée en vigueur. »

ARTICLE 48 bis

Supprimer cet article.

ARTICLE 50

Alinéa 16, première phrase

Après le mot :

Pénalité

Rédiger ainsi la fin de cette phrase :

ne peut être inférieur à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale.

ARTICLE 52

Alinéa 3

Remplacer le mot :

juin

par le mot :

septembre

ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **M. Jean-Marie Bertrand**, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales ;

- **M. Jean-Martin Cohen-Solal**, directeur général de la Mutualité française ;

- **Mme Annie Podeur**, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), au ministère de la santé et des sports ;

- **M. Pierre Ricordeau**, directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ;

- **M. Frédéric Van Roekeghem**, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).