

N° 73

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

Annexe au procès-verbal de la séance du 9 novembre 2005

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2006, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome VI :
Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, président ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Champion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, vice-présidents ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juillard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente, Patricia Schillinger, M. Jacques Siffre, Mme Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vassel, François Vendasi, André Vézinhét.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^e législ.) : 2575, 2609, 2610 et T.A. 496

Sénat : 63 et 71 (2005-2006)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

Pages

EXAMEN DES ARTICLES	9
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2004	9
• <i>Article premier</i> Approbation au titre de l'exercice 2004 des tableaux d'équilibre	9
• <i>Article 2</i> Approbation du rapport figurant en annexe A et précisant les modalités d'affectation des excédents ou de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2004	12
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2005	16
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale	16
• <i>Article 3</i> Rectification pour 2005 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général	16
• <i>Article 4</i> Rectification pour 2005 des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	19
• <i>Article 5</i> Rectification pour 2005 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale - Rectification pour 2005 des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites	21
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses	23
• <i>Article 6</i> Contribution pour 2005 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave	23
• <i>Article 6 bis (nouveau)</i> Prise en compte du « plan autisme » dans les dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	28
• <i>Article 7</i> Rectification pour l'année 2005 des objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base	29
• <i>Article 8</i> Rectification pour 2005 de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie	30
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2006	33
• <i>Article 9</i> Approbation du rapport figurant en annexe B et décrivant pour 2006-2009 les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement	33

Section 1 - Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement.....	37
• <i>Article 10</i> Conditions d'assujettissement des intérêts des plans d'épargne logement aux prélèvements sociaux.....	37
• <i>Article 11 (article 13 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail)</i> Fin de l'abattement de cotisations patronales accordé au titre des salariés embauchés à temps partiel avant l'application des trente-cinq heures	39
• <i>Article 12</i> Conditions d'assujettissement à l'impôt sur le revenu et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés à l'occasion de la rupture du contrat de travail.....	41
• <i>Article 13 (art. L. 241-15 nouveau et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)</i> Clarification de la définition de l'assiette des cotisations sociales	45
• <i>Article 13 bis (nouveau)</i> Aménagement de la procédure du recours contre tiers	50
• <i>Article additionnel après l'article 13 bis</i> Amélioration de l'évaluation du montant d'exonérations de cotisations sociales	52
• <i>Article 13 ter (nouveau)</i> Versement d'un bonus exceptionnel de 1.000 euros par salarié.....	52
• <i>Article 14</i> Extension du champ d'application de la contribution sociale de solidarité des sociétés aux organismes publics exerçant leur activité dans un cadre concurrentiel.....	54
• <i>Article 14 bis (nouveau)</i> Aménagement des restrictions aux conditions de circulation et de détention des tabacs manufacturés	56
• <i>Article 15</i> Spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments rétrocédés - Taxe sur les dépenses de promotion - Contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur le chiffre d'affaires	57
• <i>Article additionnel après l'article 15</i> Transfert du recouvrement de la contribution sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur	59
• <i>Article additionnel après l'article 15</i> Conséquences de la modification de la répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs	60
• <i>Article 16</i> Approbation du montant des exonérations, des réductions ou des abattements d'assiette de cotisations ou de contributions de sécurité sociale.....	61
Section 2 - Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé	65
• <i>Article 17 (art. L. 133-4-2 nouveau, L. 242-1-1 nouveau, L. 243-11, L. 243-12-1 nouveau, L. 243-12-2 nouveau du code de la sécurité sociale, L. 123-11 du code de commerce, art. L. 341-6-4 du code du travail)</i> Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé	65
Section 3 - Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	70
• <i>Article 18</i> Prévisions pour 2006 des recettes des régimes obligatoires de base et du régime général	70
• <i>Article 19</i> Prévisions pour 2006 des recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.....	74
• <i>Article 20</i> Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.....	75
• <i>Article 21</i> Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre du régime général	78
• <i>Article 22</i> Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.....	79
• <i>Article additionnel après l'article 22</i> Rapport du Gouvernement sur les modalités de couverture du déficit du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	80

• <i>Article additionnel après l'article 22</i> Rapport du Gouvernement sur les modalités de couverture du déficit du fonds de solidarité vieillesse	81
• <i>Article 23</i> Objectif pour l'année 2006 d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale - Prévisions pour 2006 des recettes affectées au Fonds de réserve des retraites	82
Section 4 - Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité	84
• <i>Article 24</i> Procédure de certification des comptes des régimes autres que le régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	84
• <i>Article 24 bis (nouveau)</i> Responsabilité des agents comptables des organismes de sécurité sociale	87
• <i>Article 25</i> Habilitation pour 2006 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à des ressources non permanentes	89
QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2006	92
Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	92
• <i>Article 26 (art. L. 161-13-1 nouveau, L. 311-5, L. 323-4, L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale)</i> Prestations en espèces des détenus libérés et des chômeurs reprenant une activité - Fin de la majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois	92
• <i>Article 26 bis (nouveau) (art. L. 162-5, L. 162-5-3, L. 162-26, L. 324-1 du code de la sécurité sociale)</i> Prise en charge des assurés sociaux souffrant d'une affection de longue durée	94
• <i>Article 26 ter (nouveau) (art. L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale)</i> Elargissement des compétences attribuées aux conciliateurs exerçant dans les caisses locales d'assurance maladie	96
• <i>Article 26 quater (nouveau) (art. L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale)</i> Saisine des médiateurs des caisses locales d'assurance maladie en cas de contestation des dépassements d'honoraires pratiqués par un professionnel de santé	97
• <i>Article 27 (art. L. 162-7-1 et L. 162-2 nouveaux du code de la sécurité sociale, art. L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et L. 4151-4 du code de la santé publique)</i> Règle de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire - Prescription de soins de masso-kinésithérapie - Possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins salariés exerçant dans un même centre de santé - Prescription de dispositifs médicaux par les sages-femmes	98
• <i>Article 27 bis (nouveau) (art. L. 161-38 du code de la sécurité sociale)</i> Elargissement des compétences de la Haute Autorité de santé	100
• <i>Article 28</i> Dispositif de régulation des prix des médicaments et des produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour	101
• <i>Article 28 bis (nouveau)</i> Création d'un taux de remboursement spécifique de 15 % pour les produits de santé	103
• <i>Article 29 (art. L. 162-5-4 nouveau du code de la sécurité sociale)</i> Dispositions diverses relatives au dispositif du médecin traitant et aux médecins remplaçants	105
• <i>Article 30 (article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, art. L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique)</i> Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé	107

• Article 31 (art. L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-5 du code de la sécurité sociale) Répartition des crédits finançant la prise en charge des patients en unités de soins de longue durée	112
• Article 31 bis (nouveau) (art. L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale)	
Participation des professionnels de santé libéraux à la prise en charge des soins palliatifs à domicile	114
• Article 32 (art. L. 312-7, L. 313-12, L. 314-8 du code l'action sociale et des familles et L. 5125-17, L. 5126-5 du code de la santé publique) Convention pluriannuelle, forfait soins des établissements médico-sociaux et fonctionnement des pharmacies à usage interne	116
• Article 32 bis (nouveau) (art. L. 1121-1 du code de la santé publique) Recherches biomédicales sur les patients hospitalisés	119
• Article 33 (art. L. 3125-5 du code de la santé publique, L. 162-46, L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 312-1, L. 313-1, L. 313-4, L. 314-3-2 nouveau et L. 314-3-3 nouveau du code de l'action sociale et des familles) Transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues et des lits halte soins santé à l'assurance maladie - Création d'un nouvel objectif médico-social	120
• Article 34 Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des groupements d'entraide mutuelle, de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et des services de soins infirmiers à domicile	122
• Article 35 (art. L. 1142-3 du code de la sécurité sociale) Modalités du financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle	125
• Article 36 (art. L. 862-4 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale) Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie	126
• Article 36 bis (nouveau) (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) Entrée en vigueur des contrats responsables	128
• Article additionnel avant l'article 37 (art. L. 182-3 du code de la sécurité sociale)	
Dispositions relatives à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire	131
• Article 37 (art. L. 174-4 du code de la sécurité sociale) Modification de la règle d'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros	132
• Article 38 (art. L. 2133-1 du code de la santé publique) Messages à caractère sanitaire dans les publicités alimentaires	134
• Article additionnel après l'article 38 Rapport au Parlement sur la possibilité de subventionner les fruits et légumes dans le cadre de la lutte contre l'obésité	136
• Article 39 Dotation de financement du fonds d'aide à la qualité des soins de ville	138
• Article 40 (article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001) Financement et missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	140
• Article 41 Contribution pour 2006 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave	142
• Article 41 bis (nouveau) Lutte contre la fraude	143
• Article 42 Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2006	144
• Article 43 Fixation de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2006	145
• Article 43 bis (nouveau) (art. L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale)	
Détermination de l'objectif quantifié national relatif aux activités de soins de suite ou de réadaptation exercés par les établissements de santé privés	145

• Article 44 (art. L. 111-11 du code de la sécurité sociale) Transmission au Parlement des propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à l'évolution prévisible des charges et des produits des régimes d'assurance maladie	146
• Article 44 bis (nouveau) Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie	147
• Article additionnel après l'article 44 bis (art. L. 331-3 du code de la sécurité sociale) Indemnisation du congé maternité prolongé pour les mères d'enfants prématurés	148
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse	150
• Article 45 (art. L. 134-14, L. 381-14, L. 381-15, L. 381-17, L. 382-1, L. 721-15-1, L. 721-2, L. 721-3, L. 721-5-1, L. 721-6, L. 721-7, L. 721-8, L. 721-8-1, L. 721-15 et L. 921-1 du code de la sécurité sociale) Intégration du régime d'assurance vieillesse des ministres du culte dans le régime général	150
• Article 46 (art. L. 135-2, L. 816-1 du code de la sécurité sociale) Conditions de service des prestations de minimum vieillesse aux personnes de nationalité étrangère	153
• Article 47 (art. L. 645-1 à L. 645-6 du code de la sécurité sociale) Réforme des régimes d'avantage social vieillesse des professions de santé	155
• Article 48 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2006	162
• Article additionnel après l'article 48 (art. L. 114-8 nouveau du code de la sécurité sociale) Publication, à partir de l'année 2008, des engagements de retraite futurs des caisses de retraite ayant plus de 20.000 cotisants	164
• Article additionnel après l'article 48 (art. L. 222-6 du code de la sécurité sociale) Modalités d'information et de contrôle du Parlement sur les opérations d'adossment	165
• Article additionnel après l'article 48 (art. L. 222-7 nouveau du code de la sécurité sociale) Codification des dispositions adoptées dans le cadre de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, sur la transparence et la neutralité financière des opérations d'adossment de régimes spéciaux de retraite	166
• Article additionnel après l'article 48 (art. L. 161-22 et L. 634-6 du code de la sécurité sociale) Assouplissement des limites au cumul emploi retraite des salariés du secteur privé	167
• Article additionnel après l'article 48 (art. L. 137-10 du code de la sécurité sociale) Assujettissement de l'ensemble des préretraites d'entreprise à la contribution affectée au fonds de solidarité vieillesse	169
• Article additionnel après l'article 48 (art. L. 122-14-13 du code du travail) Limitation dans le temps de la dérogation permettant, à l'initiative des employeurs, la mise à la retraite d'office des salariés avant l'âge de soixante-cinq ans	171
Section 3 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance des accidents du travail	173
• Article 49 Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva)	173
• Article 50 Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	177
• Article 51 Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2005	178
Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille	180
• Article 52 (art. L. 531-4, L. 532-2 et L. 552-1 du code de la sécurité sociale) Adaptation du complément de libre choix d'activité	180
• Article 53 (art. L. 511-1, L. 544-1 à L. 544-9 du code de la sécurité sociale) Allocation journalière de présence parentale	183

• Article 54 (article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004)	
Maintien des anciennes prestations de petite enfance jusqu'en décembre 2009	189
• Article 55 (art. L. 223-1 du code de la sécurité sociale) Financement des majorations de pensions pour enfants prises en charge par la branche famille	190
• Article additionnel après l'article 55 Déplafonnement des allocations familiales à Mayotte	192
• Article 56 Objectif de dépenses de la branche famille pour 2006	194
Section 5 - Dispositions relatives à la gestion du risque	196
• Article 57 (art. L. 114-9 à L. 114-17, L. 161-1-4, L. 380-2 du code de la sécurité sociale, L. 99 et L. 152 du livre des procédures fiscales) Contrôle et lutte contre la fraude aux prestations sociales	196
• Article additionnel après l'article 57 (art. L. 314-1 du code de la sécurité sociale) Information par l'assurance maladie des organismes d'assurance complémentaire en cas de constatation d'une anomalie	204
• Article 58 Charges prévisionnelles pour 2006 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	204
TRAVAUX DE LA COMMISSION	207

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2004

Article premier

Approbation au titre de l'exercice 2004 des tableaux d'équilibre

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2004, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du A du I)

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

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

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

En application de ces dispositions, le présent article prévoit :

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

Ce tableau fait apparaître un déficit global de **11,5 milliards d'euros**. Cette situation, sans précédent dans l'histoire de la sécurité sociale, est due pour l'essentiel à la branche maladie qui enregistre un déficit de 11,7 milliards d'euros, auxquels s'ajoutent les déficits des branches famille (0,3 milliard) et accidents du travail-maladies professionnelles (0,1 milliard). Seule la branche vieillesse connaît un excédent, d'environ 600 millions d'euros.

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

Pour le régime général, les résultats sont très similaires, compte tenu de la part du régime général dans l'ensemble des régimes obligatoires de base, soit environ 85 %.

Ainsi, ce régime affiche un déficit global de **11,9 milliards d'euros** en 2004, dont 11,6 au titre de la branche maladie, son plus haut niveau historique.

La branche famille connaît également une dégradation de sa situation, enregistrant son premier déficit depuis 1998, à hauteur de 0,4 milliard d'euros.

La branche accidents du travail-maladies professionnelles, à l'inverse, voit son déficit se réduire, passant de 0,5 milliard d'euros en 2003 à 0,2 milliard d'euros en 2004.

Seule la branche vieillesse reste excédentaire en 2004, mais son excédent est en diminution de 700 millions d'euros, soit 0,25 au lieu de 0,95 milliard d'euros en 2003.

On observera que ces chiffres sont différents de ceux présentés par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale en 2004. Celle-ci en effet ne prend pas en compte le versement qu'elle estime exceptionnel de la Cades de 1,1 milliard d'euros, ni les reprises de provision de 0,2 milliard effectuées par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), ce qui la conduit à établir le déficit du régime général à **13,2 milliards d'euros** pour 2004.

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

Ce tableau concerne deux organismes en 2004 : le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le FSV affiche un déséquilibre de 630 millions d'euros, en légère amélioration par rapport à 2003 grâce à une augmentation sensible de la recette de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

La CNSA n'apparaît dans ce tableau que pour ses activités entrant dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale, c'est-à-dire le financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées, et non au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le solde de ses recettes et dépenses à ce titre en 2004 s'équilibre.

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

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) avait été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 à 129,7 milliards d'euros. L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a rectifié cet objectif à la hausse, le portant à 131 milliards d'euros.

Le présent article établit le montant des dépenses constatées en 2004 à un niveau légèrement inférieur, soit **130,2 milliards d'euros**. La Cour des comptes, de son côté, a retenu pour l'Ondam en 2004 un montant de 130,35 milliards d'euros.

Ces chiffres traduisent plusieurs évolutions satisfaisantes. Il s'agit, en premier lieu, du plus faible dépassement de l'objectif initial constaté au cours des dernières années. Par ailleurs, on observe un réel ralentissement de la progression de l'ensemble de ces dépenses, inférieure de 1,2 point à celle enregistrée en 2003. Enfin, la décélération de la croissance des soins de ville et, en particulier, la baisse des indemnités journalières de 0,6 % en 2004 sont autant d'éléments positifs. Ceux-ci sont toutefois en partie compensés par le dynamisme des dépenses de médicaments et le maintien à un niveau encore élevé des dépenses des hôpitaux et des cliniques privées.

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

Le montant de la dotation affectée au Fonds de réserve des retraites (FRR) en 2004 est fixé par cet article à **2,2 milliards d'euros**.

Il correspond, d'une part, au versement de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) enregistré en 2003, soit 946 millions d'euros, d'autre part, au produit d'une fraction du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, à hauteur de 1,2 milliard d'euros.

Au 31 décembre 2004, les réserves hors plus-values latentes du FRR atteignaient 18,95 milliards d'euros.

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

Cet article propose d'approuver le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) en 2004, soit **3,3 milliards d'euros**.

Cette somme correspond à la différence entre le produit de la CRDS enregistré en 2004, soit 4,9 milliards d'euros, et la charge d'intérêt de la dette portée par la Cades.

La dette cumulée prise en charge par la Cades depuis sa création en 1996 s'élevait, au 31 décembre 2004, à 92,4 milliards d'euros. Sur ce total, l'amortissement cumulé était de 26,6 milliards d'euros, ce qui, par voie de conséquence, laissait un montant de dette à rembourser au 31 décembre 2004 de 65,7 milliards d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 2

Approbation du rapport figurant en annexe A et précisant les modalités d'affectation des excédents ou de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2004

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement. Ce rapport décrit les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés en 2004, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du A du I)

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

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

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

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

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2004, présentés à l'article premier, font principalement apparaître des déficits, que ce soit pour les régimes obligatoires de base, le régime général ou pour le FSV. Seule la branche vieillesse affiche en effet un léger excédent.

Aussi, le rapport de l'annexe A a-t-il pour objet essentiel de décrire les modalités de couverture des déficits constatés en 2004.

Ce rapport se divise en deux parties : le régime général et les organismes concourant au financement des régimes.

1°) Le régime général

Le rapport envisage, successivement, les modalités de traitement des résultats de chacune des branches.

- Couverture du déficit de la branche maladie

Ce déficit s'élève à 11,6 milliards d'euros et il a été **couvert par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)**.

Le rapport rappelle que l'article 76 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu que la couverture des déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 serait assurée par des transferts de la Cades à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) à hauteur de 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004.

C'est ainsi que quatre versements ont été effectués par la Cades en 2004, pour un montant total de 35 milliards d'euros : 10 milliards le 1^{er} septembre, 7 milliards le 11 octobre, 9 milliards le 9 novembre et 9 milliards le 9 décembre.

Or, le déficit constaté de la branche maladie en 2004 a été inférieur à celui prévu au moment du débat parlementaire relatif à la loi du 13 août. Les déficits cumulés au 31 décembre 2004 se sont en effet élevés à 33,3 milliards au lieu des 35 milliards alors envisagés.

En conséquence, le rapport précise qu'une régularisation d'un montant de 1,7 milliard sera opérée lors de la reprise du déficit 2005 de la branche maladie, également prévue par la loi du 13 août 2004.

- Affectation de l'excédent de la branche vieillesse

Le rapport indique que, conformément à l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale, cet excédent de 255 millions d'euros sera **versé au Fonds de réserve des retraites (FRR)** en 2005.

Au total, la CNAV aura versé au FRR, entre 2000 et 2004, 5,4 milliards d'euros au titre de ses excédents constatés entre 1999 et 2003.

- Couverture des déficits des branches famille et accidents du travail-maladies professionnelles

Les déficits enregistrés par ces deux branches en 2004 sont de 357 millions d'euros pour la famille et de 184 millions d'euros pour la branche AT-MP.

Le rapport indique : « *Au vu de leur faiblesse, ces montants n'ont pas nécessité la prise de mesures spécifiques.* »

Ils ont donc été couverts par les emprunts de trésorerie que le régime général peut conclure dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

2°) Les organismes concourant au financement des régimes

Le rapport précise qu'en 2004, seul le fonds de solidarité vieillesse (FSV) est concerné.

En effet, le fonds de financement de la protection sociale agricole (Ffipsa) n'a été substitué au budget annexe des prestations sociales agricoles (Bapsa) qu'à compter du 1^{er} janvier 2005. Par ailleurs, en 2004, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) n'est intervenue que pour abonder la CNAM, à hauteur d'environ 100 millions d'euros.

Le solde du FSV pour l'exercice 2004 s'établit à - 639 millions d'euros. Or, comme le FSV n'a pas le droit d'emprunter et qu'il ne reçoit pas de dotation d'équilibre de l'Etat, le déficit qu'il affiche se cumule avec le déficit précédent et est inscrit au bilan de l'établissement en fonds de roulement négatif.

Ce déficit cumulé s'élevait à 1,7 milliard d'euros au 31 décembre 2004.

Le rapport évalue par ailleurs, à la même date, les sommes dues par le FSV à la CNAV, soit 2,2 milliards d'euros, et à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, pour environ 100 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre commission

En se félicitant de la précision et de la clarté de cette nouvelle annexe, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2005

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3

Rectification pour 2005 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2005, l'exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général.

I – Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

L'article propose deux séries de tableaux, la première pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, la seconde pour le régime général.

En ce qui concerne les recettes, ces tableaux sont présentés par branche, en application des nouvelles dispositions organiques, ce qui rend impossible les comparaisons avec les tableaux de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 qui étaient présentés par catégorie de recettes.

L'annexe C du projet de loi permet néanmoins une analyse des évolutions de ces prévisions rectifiées avec les montants de 2004 et 2006 puisqu'elle retrace, pour chacun des trois exercices, l'évolution des recettes par catégorie et par branche pour les régimes obligatoires de base, le régime général et les organismes concourant à leur financement.

Aussi, le présent commentaire ne peut-il concerner que les soldes. En effet, les objectifs de dépenses inscrits dans les tableaux sont la retranscription exacte des objectifs rectifiés à l'article 7 et examinés ci-après.

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le déficit rectifié pour 2005 s'établit à **12,9 milliards d'euros, toutes les branches étant déficitaires.**

Le régime général devrait enregistrer un déficit de **11,9 milliards d'euros** en 2005, soit de même niveau qu'en 2004. Toutes les branches seraient également déficitaires

Soldes par branche du régime général en 2005

Maladie	- 8,3 milliards d'euros
Vieillesse	- 2 milliards d'euros
Famille	- 1,1 milliard d'euros
Accidents du travail	- 0,5 milliard d'euros
Total régime général	- 11,9 milliards d'euros

Si le niveau global du déficit du régime général est stabilisé en 2005, il recouvre toutefois des évolutions divergentes. De fait, le déficit de l'assurance maladie est réduit de 25 % par rapport à 2004, tandis que la situation des autres branches se dégrade. La branche famille voit son déficit presque tripler, passant de 0,4 à 1,1 milliard d'euros. La branche accidents du travail-maladies professionnelles connaît un doublement de son déficit, de 0,2 à 0,5 milliard d'euros. La branche vieillesse, qui était encore bénéficiaire en 2004, devient déficitaire à hauteur de 2 milliards d'euros.

Au total en 2005, ainsi que le calcule la commission des comptes de la sécurité sociale, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits est de 95,5 %**, avec une situation sensiblement plus favorable pour les branches famille et vieillesse que pour les branches AT-MP et maladie.

**Taux de couverture des charges par les produits
pour les branches du régime général en 2005**

	Produits nets (en milliards d'euros)	Charges nettes (en milliards d'euros)	Taux de couverture
Maladie	121,9	130,1	93,6 %
Vieillesse	78,2	80,2	97,6 %
Famille	50,0	51,1	97,9 %
Accidents du travail	9,0	9,5	94,4 %
Régime général	253,1	265,0	95,5 %

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à intégrer le contenu de l'article 4 dans la rédaction du présent article, afin de pouvoir procéder à un vote unique sur l'ensemble de ces dispositions, conformément aux termes de l'article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale, issu du nouveau cadre organique de la loi du 2 août 2005.

Au deuxième alinéa de son III, cet article dispose en effet : « *Dans la partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes fait l'objet d'un **vote unique**.* »

III - La position de votre commission

Votre commission regrette la quasi-absence d'exposé des motifs pour cet article, comme d'ailleurs pour un grand nombre d'articles du projet de loi de financement.

Ainsi, **aucune explication n'est fournie sur les rectifications proposées pour 2005**. De même, **les données rectifiées ne sont pas mentionnées**, alors qu'il pourrait certainement être utile de rappeler les prévisions initiales, votées il y a un an, afin de permettre analyses et comparaisons.

Le présent projet de loi est, il est vrai, le premier à intervenir dans le nouveau cadre organique et celui-ci a dû être mis en œuvre dans un temps extrêmement bref. Néanmoins, il serait souhaitable que cette première expérience fasse l'objet d'améliorations au cours des exercices futurs.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 4

**Rectification pour 2005 des prévisions de recettes
et du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement
des régimes obligatoires de base**

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2005, exercice en cours, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément au nouveau cadre de la loi organique du 2 août 2005 et aux dispositions du B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale rappelées pour l'article 3 ci-dessus.

Trois organismes concourent au financement des régimes de sécurité sociale en 2005 : le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En effet, le Ffipsa qui s'est substitué au Bapsa depuis le 1^{er} janvier 2005, a été inclus cette année dans le périmètre de ces organismes.

Leur déficit global est fixé par le présent article à **3,7 milliards d'euros pour 2005**.

- Le fonds de solidarité vieillesse

Le FSV est constamment déficitaire depuis 2001. Il s'agit d'un déficit structurel qui tient d'une part, à l'évolution défavorable de la structure des recettes du fonds au titre des mesures successives prises dans les lois de financement de la sécurité sociale, d'autre part, à l'accroissement des dépenses, notamment celle du financement de la retraite de base des chômeurs.

En 2005, ce déficit devrait se creuser, du fait notamment de la forte réduction du montant de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) attribuée au fonds, qui serait de 200 millions au lieu de 1,3 milliard d'euros en 2004. Le déficit du FSV atteindrait ainsi 2 milliards d'euros, avec pour conséquence d'accroître son déficit cumulé qui devrait s'élever à environ 3,7 milliards d'euros à la fin de l'année.

- Le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

Le présent article affiche un déficit de 1,7 milliard d'euros pour le Ffipsa. Celui-ci est la traduction du désengagement de l'Etat qui n'est plus contraint d'assurer l'équilibre du régime, comme c'était le cas précédemment dans le cadre du Bapsa.

On observera d'ailleurs que l'Etat s'est affranchi par anticipation de cette obligation en ne versant pas, en 2004, la subvention d'équilibre prévue de 715 millions d'euros.

Le creusement du déficit de 2005 résulte de la dégradation structurelle du régime mais aussi des hypothèses retenues pour l'affectation de la C3S : le régime des exploitants agricoles qui a reçu 775 millions d'euros au titre de cette contribution en 2004 ne bénéficierait plus d'aucune affectation en 2005 et 2006.

- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Le présent article affiche un solde nul pour la CNSA en 2005, les recettes et les charges étant équilibrées à environ 500 millions d'euros.

En 2005, la CNSA a vu ses missions étendues. Sa contribution aux régimes de sécurité sociale est également accrue puisqu'elle finance non seulement les établissements accueillant des personnes âgées mais également des établissements pour personnes handicapées. Sa participation atteint 500 millions d'euros, financée par une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie. Le produit attendu de cette contribution pour 2005 est de 1,94 milliard d'euros, ce qui permet d'établir un tableau équilibré pour la CNSA dans le cadre de cet article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Par coordination avec l'amendement adopté à l'article 3, l'Assemblée nationale a supprimé cet article, afin de respecter les modalités de vote définies par le nouvel article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 5

**Rectification pour 2005 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale
par la Caisse d'amortissement de la dette sociale -
Rectification pour 2005 des prévisions de recettes affectées
au fonds de réserve pour les retraites**

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2005, exercice en cours, l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

Conformément à ces dispositions, cet article fixe :

- l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades

Cet objectif est fixé à **2,4 milliards d'euros**, en retrait de 900 millions d'euros par rapport à 2004. Malgré un niveau de ressources stable, cette diminution résulte de l'augmentation de la charge d'intérêt liée à la reprise de dette de l'assurance maladie effectuée en 2004 par la Cades, à savoir 35 milliards d'euros.

- le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites

Ce montant est fixé à **1,5 milliard d'euros**, en recul de 700 millions d'euros par rapport à 2004. Il comprend une fraction du produit du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, à hauteur d'un peu plus de 1,2 milliard d'euros, et le reversement de l'excédent de la CNAV pour 2004, soit 255 millions d'euros.

On observera que le Gouvernement avait un temps envisagé de transférer l'excédent 2004 de la branche vieillesse au FSV. Cela aurait toutefois été contraire aux dispositions de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale qui ne prévoit pas d'autre possibilité pour le versement d'un excédent de la branche vieillesse que celui du F2R.

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Les articles 3, 4 et 5 du projet de loi comportent les dispositions de la loi de financement relatives aux recettes et à l'équilibre pour l'exercice en cours. Votre commission se félicite de la nouvelle présentation de ces dispositions.

Certes, pour l'essentiel encore nouvelles, elles ne peuvent donner lieu cette année à des comparaisons pertinentes avec les données votées il y a un an. Mais elles fourniront à l'avenir un cadre plus complet et mieux adapté au suivi des évolutions de l'année en cours et des inflexions conjoncturelles ou politiques auxquelles la sécurité sociale peut donner lieu.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Contribution pour 2005 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave

Objet : Cet article a pour objet de fixer à 176 millions d'euros pour 2005 le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours destiné à pourvoir à l'achat, à la livraison et au stockage de produits nécessaires en cas de menace sanitaire grave.

I - Le dispositif proposé

Le **premier alinéa** de l'article fixe le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours destiné à pourvoir aux dépenses de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave.

• L'historique du fonds de concours

Ce fonds de concours a été créé par l'article 42 de la loi du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 « *en vue de l'achat, du stockage et de la livraison par l'Etat de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes* ».

Il devait permettre la mise en œuvre de plusieurs mesures décidées dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le bioterrorisme « Biotox » adopté le 26 septembre 2001. Ce plan, issu d'un travail interministériel engagé en 1999, a en effet pris une importance particulière au lendemain des attentats du 11 septembre et nécessité la prise de mesures immédiates.

Aussi, afin de mobiliser plus rapidement des fonds importants, le gouvernement de l'époque a décidé de prévoir une participation « *exceptionnelle* » de la CNAM au financement de ce fonds, pour permettre la constitution de stocks de précaution et notamment l'acquisition des produits de prophylaxie ou de traitement nécessaires en cas d'exposition d'un grand nombre de personnes à des agents microbiens, toxiques ou chimiques.

Saisi par plusieurs sénateurs doutant de la constitutionnalité de ce mode de financement, le Conseil constitutionnel a répondu que le fonds de concours ainsi créé « *a pour objet, face à la menace terroriste, de doter la collectivité nationale, dans les meilleurs délais, d'un dispositif de stockage et*

de distribution de médicaments permettant de lutter contre la propagation massive de maladies contagieuses ; que, par la création d'un tel dispositif, le législateur poursuit, dans l'intérêt général, des objectifs de sauvegarde de la santé publique ». Il en a conclu que la participation de l'assurance maladie à ce fonds « *n'est pas étrangère à ses missions* ». En examinant ensuite la nature des ressources de la CNAM qui « *proviennent, pour près de la moitié, d'impositions de toutes natures* » et en constatant par ailleurs que « *les cotisations qui lui sont versées sont perçues pour le compte de plus de 80 % des assurés sociaux* », le Conseil a admis la possibilité « *à titre exceptionnel* » d'une contribution majoritaire de l'assurance maladie au financement du fonds en cause¹.

Le montant de la participation de l'assurance maladie au fonds Biotox en 2001 était fixé à 1,3 milliard de francs, soit **198,18 millions d'euros**.

La loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a à nouveau abondé ce fonds, à hauteur de **155,4 millions d'euros**. L'objet du fonds a en outre été légèrement précisé : il est « *créé par l'Etat en vue de l'achat, du stockage et de la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste* ».

La loi du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 a poursuivi la démarche de deux façons :

- elle a fixé la contribution de l'assurance maladie pour 2004 à **62 millions d'euros** ;

- elle a élargi les missions du fonds à la prophylaxie et au traitement des personnes « *exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature* ».

Le Gouvernement a justifié cette extension des missions du fonds par la nécessité d'anticiper la réaction à des crises sanitaires graves d'origine non terroriste telles que des épidémies, par exemple une pandémie grippale, ou des alertes liées à des risques environnementaux. Il indiquait, dans l'exposé des motifs du projet de loi de financement de l'an dernier, que « *quelle que soit leur origine - bioterrorisme ou situations exceptionnelles - les crises sanitaires requièrent des mesures de prévention identiques, à savoir la constitution de stocks de produits nécessaires à la détection, à la prévention et au traitement d'un grand nombre de personnes exposées et de victimes* ».

¹ *Décision n° 2001-453 du 18 décembre 2001 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.*

• **La prise en compte du risque de pandémie grippale d'origine aviaire**

En coordination avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la France a entièrement réactualisé son plan de lutte contre la pandémie grippale au cours de l'année 2004. Le nouveau plan a donné lieu à une communication devant le Conseil des ministres le 13 octobre 2004.

**Plan gouvernemental de lutte contre une pandémie de grippe aviaire
(octobre 2004)**

Se référant au principe de précaution, il comporte trois volets :

- **Le premier volet** correspond, quel qu'en soit le lieu, à une situation d'épidémie limitée aux animaux, touchant quelques personnes, mais sans transmission entre humains. L'interdiction de toute importation de volailles en provenance des pays touchés et l'abattage des élevages contaminés visent à prévenir l'introduction du virus en France et à contrôler sa diffusion. La protection des personnes en contact avec les élevages infectés et une information destinée aux voyageurs qui pourraient être concernés, tendent à prévenir sa propagation à l'homme. Il est nécessaire de détecter le plus vite possible le premier cas humain susceptible de se déclarer. En France, les voyageurs doivent, dès l'apparition des symptômes, contacter le Samu.

- **Le deuxième volet** ne s'appliquerait que dans le cas d'une transmission de faible ampleur entre personnes, constatée par l'OMS. L'objectif serait alors de faire échec par tous les moyens à l'apparition du virus sur notre territoire. En coordination avec les pays européens de l'espace Schengen, des mesures de restriction, voire de suspension des voyages à partir des zones infectées, pourraient être prises. Elles pourraient comporter des mesures d'isolement des voyageurs en provenance des zones infectées et d'administration de traitements antiviraux préventifs aux personnes ayant été en contact avec ces malades.

- **Le troisième volet** est prévu en cas de pandémie, afin d'organiser une réponse adaptée du système de santé à un afflux massif de patients. Ses dispositions organisent la diffusion du vaccin, une fois la production de celui-ci assurée, et l'utilisation des antiviraux pour le traitement des patients. Ces dispositions, soumises à la concertation de tous les responsables, pourront être adaptées et perfectionnées en fonction du progrès des connaissances et des innovations thérapeutiques.

Un an plus tard, ce plan a été révisé, pour tenir compte de l'évolution de la situation en Asie et aux marches de l'Europe.

Plan de lutte contre la pandémie de grippe aviaire (octobre 2005)

Le plan établi par le Gouvernement repose sur la prévention de la « cassure » du virus (c'est-à-dire le passage d'un virus grippal aviaire à un virus grippal hybride dangereux pour l'homme), l'information et la protection des populations.

- **La prévention**, en phase pré-pandémique (c'est-à-dire avant que le virus ne se transmette d'homme à homme) consiste à détecter l'apparition d'un nouveau virus grippal et à en contenir la diffusion, avec l'interdiction des importations en provenance des pays contaminés et la surveillance renforcée des oiseaux migrateurs et domestiques et des volailles.

- **L'information** de tous les Français, en temps réel, de l'ensemble des mesures adoptées, notamment sur les sites internet gouvernementaux. Les groupes parlementaires, par l'intermédiaire de leurs présidents, seront particulièrement associés à cette démarche.

Une plate-forme téléphonique « Info'Grippe Aviaire », disponible du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures a été mise en place par le ministère de la santé et des solidarités.

- **La protection** vise à organiser une réponse du système de santé adaptée à l'augmentation massive et rapide des besoins de prise en charge de la population et à limiter l'impact global du virus sur la société. Il s'agit notamment de la fourniture :

a) de masques

Un stock de 50 millions de masques de protection est d'ores et déjà constitué, 70 millions supplémentaires seront disponibles d'ici la fin de l'année et, dans le courant de l'année 2006, des masques seront fabriqués sur le territoire en quantité suffisante pour toute la durée de la pandémie.

Pour les malades, la France dispose, en 2005, de 50 millions de masques anti-projections et 400 millions sont prévus en 2006.

Un prototype de masques lavables, réutilisables et facilement accessibles pour la population générale est actuellement à l'étude.

b) de médicaments antiviraux

13,8 millions de traitements Tamiflu sont en réserve en 2005 (10 millions supplémentaires seront disponibles en 2006) ;

200.000 traitements de Relenza sont en stock à ce jour. D'ici deux ans, ce chiffre doit être porté à 9 millions.

c) de vaccins

2 millions de doses de vaccin pré-pandémique H5N1 seront disponibles à partir du tout début de l'année 2006 (stockés par les fabricants en Italie et en France) ;

40 millions de doses de vaccins adaptés sont pré-commandées et seront disponibles lorsque le vaccin pourra être élaboré, c'est-à-dire lorsque le virus grippal aviaire aura muté en virus grippal hybride dangereux pour l'homme.

Transparence, coordination et gradation des mesures

« Trois règles claires » prévalent dans la gestion de la grippe aviaire, a indiqué le Premier ministre :

- la transparence quant aux mesures prises et aux risques encourus,
- la coordination avec l'ensemble des partenaires, communauté scientifique, partenaires européens, OMS et gouvernements des pays les moins avancés qu'il est nécessaire d'aider à enrayer le développement du virus,
- la gradation des mesures (à chaque étape, de nouvelles mesures sont prises).

Afin de pouvoir mettre en œuvre ce plan et notamment financer la constitution d'un stock stratégique par l'achat des masques, médicaments antiviraux et vaccins, le présent article prévoit une contribution de l'assurance maladie au fonds de concours de **176 millions d'euros**.

Le **second alinéa** de l'article dispose que cette contribution est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie selon les règles mises en œuvre pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. L'application de ces règles a pour conséquence de mettre à la charge du régime général environ 84 % de la contribution, les 16 % restant étant répartis entre les autres régimes, dont le régime des exploitants agricoles pour 5,1 %, la Canam pour 3,9 %, le régime des salariés agricoles pour 2,5 % et la SNCF pour 1,3 %.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Dès la création du fonds de concours par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et la première mise à contribution de l'assurance maladie pour la constitution de stocks destinés à faire face à des menaces bioterroristes, votre commission s'est élevée contre le principe d'un recours à l'assurance maladie pour financer des dépenses qui relèvent à l'évidence des missions régaliennes de l'Etat.

C'est pourquoi, lorsqu'il a à nouveau été fait appel à ce mode de financement à l'automne 2003, **votre commission avait demandé à la Cour des comptes de mener une enquête sur l'utilisation des fonds Biotox**, ainsi que sur l'opportunité de la méthode utilisée.

Cette enquête a été effectivement conduite par la Cour dans le courant de l'année 2004 et au début de l'année 2005. En raison de **la sensibilité du sujet, couvert par la confidentialité-défense**, son rapport final n'a pu être publié mais simplement consulté, dans ses locaux, par le président de la commission des Affaires sociales ainsi que par votre rapporteur. Il a en outre fait l'objet d'une restitution orale par le Premier président de la Cour des comptes, Philippe Seguin, devant la commission des Affaires sociales le 5 octobre dernier.

Votre commission mesure toute l'importance et la gravité de l'enjeu que représentent, d'une part, la lutte contre le bioterrorisme, d'autre part, l'anticipation du risque d'une pandémie de grippe aviaire.

Elle considère toutefois que l'achat des produits nécessaires pour faire face à ces menaces devrait relever, par nature, du budget de l'Etat. **Elle regrette donc le transfert de charges ainsi opéré en défaveur de l'assurance maladie.**

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

Article 6 bis (nouveau)

**Prise en compte du « plan autisme » dans les dépenses
de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet d'augmenter de 34 millions d'euros en 2005 la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées, afin de prendre en compte l'accélération du plan autisme.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'amendement voté par l'Assemblée nationale vise à modifier le pourcentage de la fraction des ressources de la deuxième section du budget de la CNSA incluse dans l'Ondam. Cette deuxième section comprend les ressources de la CNSA affectées au financement des actions en faveur des personnes handicapées. Sur son montant total, 15 % entrent dans le cadre de l'Ondam.

La mesure proposée fixe ce pourcentage à 20 %, ce qui porterait la contribution de la CNSA de 116 millions d'euros, tel que prévu dans la loi de financement initiale pour 2005, à 150 millions d'euros.

La différence de **34 millions d'euros** représente le coût de la mise en œuvre accélérée du plan autisme en 2005.

En effet, le Gouvernement a annoncé, le 24 novembre 2004, un plan « Autisme 2005-2006 - Nouveau regard, nouvel élan », avec au nombre de ses priorités, une accélération de la mise en place du programme de création de places en établissements et services : dès 2005, les deux tiers du plan devront être financés et sa totalité avant la fin de 2006.

Cette dotation complémentaire, qui a déjà été intégrée dans le budget de la CNSA pour 2005, n'a aucun impact sur l'équilibre de la loi de financement pour 2005.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 7

**Rectification pour l'année 2005 des objectifs de dépenses
par branche des régimes obligatoires de base**

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2005, exercice en cours, les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du B du I)

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

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

En conséquence, le tableau présenté dans cet article rectifie les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base pour 2005.

Contrairement aux tableaux proposés pour les recettes, dont le mode de présentation a changé du fait de l'application de la nouvelle loi organique, ce tableau relatif aux dépenses permet des comparaisons avec les objectifs initiaux, votés dans la loi de financement pour 2005 il y a un an.

Le tableau ci-après en fournit le détail.

Objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base en 2005

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	148,3	149,7	+ 1,4	+ 0,94
Vieillesse	156,7	155,2	- 1,5	- 0,96
Famille	46,2	51,2	+ 5,0	+ 10,08
AT-MP	10,5	10,7	+ 0,2	+ 1,90
Toutes branches	361,7	362,1	+ 0,4	+ 0,11

Au total, la rectification des dépenses avoisine **400 millions d'euros, soit environ 0,11 % des dépenses**. Elle est pour l'essentiel due au dynamisme des dépenses de la branche famille au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), des allocations logement et des dépenses d'action sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement pour **intégrer dans cet article les prévisions de dépenses rectifiées par branche du régime général**, afin de rendre la présentation du projet de loi conforme avec celle prescrite par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Celle-ci en effet ne vise pas seulement la rectification des objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base mais également celle des objectifs du régime général.

III - La position de votre commission

Votre commission regrette la quasi-absence d'exposé des motifs pour cet article, comme elle l'a déjà souligné pour d'autres dispositions du projet de loi. Il serait en effet utile de rappeler les objectifs de dépenses initiaux et d'expliquer les raisons de la rectification proposée par l'article.

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

Article 8

Rectification pour 2005 de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2005, exercice en cours, l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément au nouveau cadre de la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale rappelées à l'article 7 ci-dessus.

Toutefois, dès lors que dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, l'Ondam n'était pas encore décomposé en sous-objectifs, le présent article ne traite que de la totalité de l'Ondam. Dans la prochaine loi de financement pour 2007, la rectification devra également porter sur les sous-objectifs.

Pour 2005, les prévisions révisées par le Gouvernement **maintiennent l'Ondam à son niveau voté en loi de financement, soit à 134,9 milliards d'euros**. Ce non-dépassement de l'objectif initial doit être souligné car il intervient pour la première fois après plusieurs années de dépassement significatif des prévisions.

Selon les dernières estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale, présentées au mois de septembre dernier, le respect de l'Ondam en 2005 serait dû à un double mouvement :

- **un ralentissement plus net que prévu des dépenses de soins de ville**

Les soins de ville atteindraient **62 milliards d'euros**, soit une progression de 2,7 % par rapport à des réalisations 2004 elles-mêmes plus faibles que prévues.

De fait, la révision de la base des dépenses pour 2005 atteint presque 1 milliard d'euros, principalement en raison d'une réestimation des provisions 2004. Il en résulte que le respect de l'objectif de dépenses en soins de ville en 2005 est exclusivement lié à ces effets de base.

En effet, si la progression des soins de ville est nettement inférieure à celle constatée au cours des années antérieures (entre 6 et 8 % entre 2000 et 2003 et 4,3 % en 2004), elle reste néanmoins au-dessus du taux d'évolution prévu au moment de la fixation de l'Ondam, à savoir 2,1 %, l'écart étant pour l'essentiel dû au retard des économies attendues sur les médicaments.

- **un dépassement des dépenses de versement aux établissements de santé**

Les versements effectués par l'assurance maladie aux établissements de santé en 2005 s'élèveraient à **61,6 milliards d'euros** et dépasseraient ainsi de 650 millions d'euros l'objectif initial. Cela représenterait une progression de 4,1 % par rapport aux réalisations de 2004.

Ce dépassement semble essentiellement résulter d'un volume d'activité supérieur à celui qui avait été envisagé au moment de la construction de l'Ondam. S'y ajoutent plusieurs facteurs, comme des revalorisations du point de la fonction publique non prévues initialement ou l'insuffisance des tarifs fixés par les établissements servant de base au calcul du ticket modérateur.

Au total, l'Ondam de 2005, qui reste fixé à 134,9 milliards d'euros, progresse de 3,2 % par rapport à la base initiale, mais de 3,8 % par rapport aux réalisations comptables de 2004.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2006

Article 9

**Approbation du rapport figurant en annexe B
et décrivant pour 2006-2009 les prévisions de recettes
et les objectifs de dépenses des régimes de la sécurité sociale
et des organismes concourant à leur financement**

Objet : Cet article a pour objet de soumettre à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale pour la période allant de 2006 à 2009.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

1° Approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4 ;

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

I. - Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Le rapport qu'il est proposé d'approuver et qui figure à l'annexe B du projet de loi de financement a été établi en cohérence avec le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2006.

Il s'appuie sur les hypothèses d'évolution économique présentées dans ce dernier rapport et retient un scénario intermédiaire entre le scénario bas et le scénario haut qui y sont décrits.

Ces hypothèses sont détaillées dans le tableau ci-après.

Hypothèses d'évolution en moyenne annuelle sur la période 2007-2009

PIB volume	+ 2,60 %
Masse salariale du secteur privé	+ 4,45 %
Ondam	+ 2,20 %
Inflation hors tabac	+ 1,80 %

Une première analyse de ces hypothèses fait apparaître un **certain volontarisme**, avec une masse salariale à la progression dynamique, + 4,45 % par an en moyenne, et un Ondam à la croissance contenue, + 2,2 % par an en moyenne. Cette dernière hypothèse suppose la poursuite énergique de l'effort de maîtrise des dépenses.

A partir de ce cadre général, le rapport prévoit un redressement régulier, au cours de la période, du solde global du régime général ainsi que de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Toutes les branches verraient leur situation s'améliorer, à l'exception toutefois de la branche vieillesse qui s'enfoncerait progressivement dans le déficit.

Le tableau ci-après fournit le détail des évolutions prévues, à la fois pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général.

Prévisions d'équilibre par branche pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général au cours de la période 2006-2009

(en milliards d'euros)

	2006		2007		2008		2009	
	ROB	RG	ROB	RG	ROB	RG	ROB	RG
Maladie	- 7,0	- 6,1	- 4,6	- 3,5	- 2,8	- 1,7	- 0,5	0,6
AT-MP	- 0,1	- 0,2	0,0	- 0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Famille	- 1,1	- 1,2	- 1,2	- 1,2	- 0,7	- 0,8	- 0,3	- 0,3
Vieillesse	- 1,8	- 1,4	- 2,1	- 1,7	- 2,4	- 1,8	- 2,9	- 2,2
Toutes branches consolidées	- 10,1	- 8,9	- 7,9	- 6,5	- 5,8	- 4,2	- 3,5	- 1,8

ROB = régimes obligatoires de base
RG = régime général

Ce tableau ne fait apparaître un **retour à l'équilibre de la branche maladie du régime général qu'en toute fin de période.**

Pour ce qui concerne les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, l'annexe B fournit deux tableaux, l'un pour le fonds de solidarité vieillesse, l'autre pour le fonds de financement des prestations sociales agricoles.

Pour le FSV, l'amélioration de la conjoncture prévue au cours de la période devrait permettre une accélération des recettes et un ralentissement des charges au titre notamment de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs. Ce double mouvement se traduirait par une réduction du déficit qui s'établirait à 500 millions d'euros en 2009.

Le Ffipsa verrait à l'inverse son déficit s'accroître, jusqu'à 1,9 milliard d'euros en 2009, du fait de son déséquilibre structurel et de l'absence de subvention de l'Etat au cours de la période.

Au total, les **déficits cumulés 2006-2009** de ces organismes atteindraient des niveaux élevés : **4,5 milliards d'euros pour le FSV** et **7,2 milliards d'euros pour le Ffipsa.**

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite tout d'abord de la présence de cette annexe dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Elle apporte en effet un éclairage pluriannuel très utile pour le débat.

Ce rapport devra cependant être amélioré au cours des prochaines années. Les prévisions de résultats présentées par branche devront en particulier faire l'objet d'argumentations plus étayées. Le faible niveau de détail de l'annexe de cette année empêche votre commission de formuler, au-delà de propos très généraux, des observations précises et réellement pertinentes pour le débat.

Par ailleurs, à l'image de ce qui est fait dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances, il pourrait être intéressant d'envisager plusieurs scénarios avec des hypothèses différentes. Cela enrichirait la discussion et permettrait de mieux mesurer l'effet des mesures envisagées.

De fait, dans le domaine des finances sociales, comme dans celui des finances de l'Etat, il n'est désormais plus possible de se contenter du cadre annuel pour la mise en perspective des réformes en cours ou à mettre en œuvre.

Enfin, le texte du I de l'article L.O. 111-4 de la sécurité sociale prévoit explicitement qu'au nombre des données devant être décrites dans le rapport figure l'Ondam pour les quatre années à venir. Or, en dehors d'une moyenne annuelle de progression, le rapport de l'annexe B ne comporte **aucune estimation chiffrée de l'Ondam** pour la période allant jusqu'à 2009.

Votre commission souhaite vivement que le rapport annexé à la loi de financement de l'année prochaine corrige cette lacune.

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

Section 1

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

Article 10

Conditions d'assujettissement des intérêts des plans d'épargne logement aux prélèvements sociaux

Objet : Cet article a pour objet de modifier les conditions d'assujettissement pour les revenus tirés des plans d'épargne logement (PEL) à la contribution sociale généralisée (CSG) et aux autres prélèvements sociaux.

I - Le dispositif proposé

Cet article tend à modifier le code de la sécurité sociale et le code général des impôts pour changer les conditions d'assujettissement des revenus tirés des plans d'épargne logement (PEL) à la contribution sociale généralisée (CSG) et aux autres prélèvements sociaux (contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), contribution solidarité pour l'autonomie (CSA) et prélèvement social de 2 % sur les revenus de placement.

Il ne s'agit en aucun cas de créer un nouveau prélèvement mais de modifier les conditions de prélèvement de contributions existantes. Le présent article ne modifie donc ni le principe ni le quantum de cet assujettissement mais aménage simplement les conditions de ces prélèvements.

Le dispositif s'applique exclusivement aux PEL de plus de dix ans c'est-à-dire à leur échéance contractuelle normale. Au-delà de cette date, ils deviennent un produit d'épargne classique et les intérêts sont disponibles à tout moment. Le PEL se caractérise en effet par une indisponibilité de principe, pendant la phase d'épargne, des sommes déposées, avec en contrepartie, un plafond de dépôt (61.200 euros au maximum hors intérêts capitalisés) relativement élevé et des droits d'emprunt significatifs (92.000 euros) à taux bonifié.

Aujourd'hui, le PEL diffère du droit commun applicable aux autres prélèvements sur les produits d'épargne, qui repose sur le principe d'un prélèvement sur les revenus annuels.

Le **paragraphe I** a pour objet de modifier l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution sociale sur les produits de placement et qui prévoit que les intérêts et primes d'épargne des plans

d'épargne logement sont assujettis lors du dénouement du contrat. Le Gouvernement souhaite remplacer ce mécanisme simple mais dérogatoire par des dispositions permettant une perception anticipée des prélèvements.

Le système proposé prévoit quatre cas de figure selon la date d'ouverture et d'échéance du PEL. Les contributions seront ainsi perçues :

- à la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à la date d'échéance du plan ;

- à l'occasion du dénouement du plan s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;

- dès leur date d'inscription en compte pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont la durée est échue ;

- le 1^{er} janvier 2006 pour les intérêts des plans de plus de dix ans et ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 et dont la durée est échue avant cette date ; le premier cas de figure conduit à l'imposition précoce de tous les intérêts cumulés de ces plans jusqu'au 1^{er} janvier 2006.

Le **paragraphe II** a pour objet de modifier dans les mêmes termes l'article 1600-0-J du code général des impôts qui constitue le miroir de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** prévoit une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

Il convient enfin d'observer que la coordination entre les différents prélèvements sociaux auxquels les PEL sont assujettis est assurée par les articles L. 245-15 du code de la sécurité sociale et L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté une modification rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission prend acte du fait que cette mesure ne constitue pas un prélèvement supplémentaire et contribuera à accroître sensiblement les recettes de l'assurance maladie. Le Gouvernement s'attend à percevoir 1,1 milliard d'euros de recettes supplémentaires de cette mesure. Ces produits supplémentaires pourraient être répartis de la façon suivante :

- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM)	572 millions d'euros
- Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)	113 millions d'euros
- Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)	32 millions d'euros
- Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	151 millions d'euros
- Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	146 millions d'euros
- Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)	65 millions d'euros
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	22 millions d'euros

Toutefois, l'impact de cette mesure ne sera que temporaire car elle ne produira réellement d'effets que sur la seule année 2006.

Votre commission vous propose d'adopter le présent article sans modification.

Article 11

*(article 13 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000
relative à la réduction négociée du temps de travail)*

Fin de l'abattement de cotisations patronales accordé au titre des salariés embauchés à temps partiel avant l'application des trente-cinq heures

Objet : Cet article prévoit de mettre fin à l'abattement de 30 % sur les cotisations patronales dues au titre des salariés embauchés à temps partiel.

I - Le dispositif proposé

La loi n° 92-1446 du 31 décembre 1992, relative à l'emploi, au développement du travail à temps partiel et à l'assurance chômage, a instauré un abattement, dont le taux est fixé par décret à 30 %, sur les cotisations sociales dues par l'employeur, en cas d'embauche d'un salarié sous contrat à durée indéterminée et à temps partiel.

La loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail dispose, dans son article 21-II, que cette mesure cesse d'être applicable un an après l'entrée en vigueur de l'abaissement de la durée légale du travail, soit à compter du 1^{er} janvier 2001 dans les entreprises de plus de vingt salariés et à compter du 1^{er} janvier 2003 dans les entreprises d'au plus vingt salariés. Ce même texte prévoit cependant que l'abattement reste acquis pour les contrats en cours au moment de l'entrée en vigueur de la loi.

Le présent article propose de mettre fin, à compter du 1^{er} janvier 2006, à l'abattement applicable aux contrats en cours, qui étaient au nombre de 75.000 en juin 2005.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Cet article illustre les changements d'attitude qui se sont produits sur la question du développement du travail à temps partiel. Il a pu être vu, au début des années 1990, comme une modalité de réduction de la durée du travail, susceptible de favoriser l'emploi. Mais la montée du temps partiel « subi » a conduit à remettre en cause les mesures incitatives à l'embauche à temps partiel, qui perdaient, en outre, une part de leur justification dans le contexte d'une politique de réduction généralisée de la durée du travail.

L'adoption de cet article aura pour effet de simplifier notre dispositif d'allègement de charges sociales en supprimant, par anticipation, une disposition appelée à s'éteindre. Elle aura peu de conséquences financières négatives sur les employeurs, dans la mesure où l'allègement de droit commun « Fillon » qui s'appliquera désormais à ces contrats est plus avantageux que l'abattement actuel pour les rémunérations s'échelonnant jusqu'à 1,33 fois le SMIC. Comme une large majorité des salariés à temps partiel concernés par l'abattement sont rémunérés en deçà de ce seuil, la mesure proposée aura un impact financier favorable pour beaucoup d'entreprises, même si l'on ne dispose pas aujourd'hui d'éléments permettant d'en apprécier les effets de manière plus précise. Cette mesure, dont le coût en 2004 a été de 190 millions d'euros, ne fait, de plus, pas l'objet d'une compensation à la sécurité sociale, à la différence de l'allègement « Fillon » ; sa suppression devrait donc être positive pour les finances sociales.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 12

**Conditions d'assujettissement à l'impôt sur le revenu
et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés
à l'occasion de la rupture du contrat de travail**

Objet : Cet article propose de réduire les plafonds d'exonération du régime fiscal et social des indemnités de licenciement, de départ volontaire ou de départ à la retraite.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet de réduire sensiblement, tout en les maintenant à des niveaux élevés, les plafonds d'exonération des indemnités de rupture de contrat du travail. Il modifie en ce sens la rédaction des articles 80 *duodecies* du code général des impôts et L. 241-1 du code de la sécurité sociale.

**Le droit actuel en matière d'indemnité de rupture du contrat de travail :
un dispositif complexe permettant de larges exonérations fiscales et sociales**

1) Indemnités de licenciement

Les indemnités de licenciement sont exonérées de cotisations à concurrence de leur montant légal ou conventionnel. Lorsque les indemnités de licenciement perçues en exécution, d'un accord d'entreprise, du contrat de travail ou d'une transaction dépassent ce montant, elles sont exonérées :

- à hauteur de 50 % du montant total de l'indemnité versée ;
- ou, s'il est plus élevé, à hauteur de deux fois le montant du salaire brut perçu par le salarié l'année civile précédant la rupture du contrat ;
- et cela dans la limite d'un plafond égal à la moitié de la première tranche du barème de l'impôt de solidarité sur la fortune de l'année de la rupture du contrat de travail (soit 360.000 €).

Les indemnités de licenciement versées dans le cadre d'un plan social ou en cas de licenciement irrégulier ou abusif sont totalement exonérées.

2) Indemnités pour cessation forcée du mandat des mandataires sociaux

Les indemnités pour cessation forcée (révocation notamment) du mandat social des dirigeants de société bénéficient d'une exonération dont les limites - hormis celle qui se réfère au montant légal ou conventionnel - sont les mêmes que pour les indemnités de licenciement.

3) Indemnités en cas de démission

Les sommes versées par l'employeur lors de la démission d'un salarié constituent en principe des éléments de rémunération soumis aux cotisations de sécurité sociale.

Mais l'Acoss admet par dérogation que les indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi soient exclues en totalité de l'assiette des cotisations.

Les indemnités versées en dehors du plan de sauvegarde de l'emploi suivent le régime des indemnités de licenciement s'il est établi que la rupture du contrat de travail a été provoquée par l'employeur et que les sommes versées réparent le préjudice né de la perte de l'emploi.

4) *Indemnités de départ à la retraite*

Les indemnités de départ volontaire à la retraite, en dehors des cas d'un plan de sauvegarde de l'emploi ou d'un départ provoqué par l'employeur, sont assimilées à des salaires et assujetties aux cotisations de sécurité sociale.

Les indemnités de mise à la retraite par l'employeur sont exonérées de cotisations à hauteur du plus élevé des trois montants suivants :

- le montant légal ou conventionnel ;
- 50 % du montant total de l'indemnité versée ;
- deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail.

Dans tous les cas, la limite de cette exonération est celle du quart de la première tranche du tarif de l'impôt de solidarité sur la fortune (180.000 €).

Le **paragraphe I** tend à modifier intégralement la rédaction du 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts.

• Après avoir retenu, dans un premier temps, une définition très large de la notion de rémunération imposable correspondant à « *toute indemnité versée à l'occasion de la rupture du contrat de travail* », le premier alinéa dudit article présente cinq exceptions majeures venant amoindrir ce principe :

- les indemnités versées en cas de licenciement irrégulier figurant à l'article L. 122-14-4 du code du travail. En l'état actuel du droit applicable, elles constituent déjà un cas d'exonération ;

- les indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi (articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du code du travail). Ce plan doit être mis en œuvre dans les entreprises de moins de cinquante salariés lorsque le nombre de licenciements est au moins égal à dix dans une période de trente jours. Ces indemnités sont, elles aussi, déjà exonérées de l'impôt sur le revenu et de cotisations sociales ;

- les indemnités de licenciement pour le montant en deçà des montants conventionnels et légaux. Il convient de noter que cette disposition, d'une part, ne fait que confirmer ici aussi le droit existant, d'autre part, vise aussi bien les indemnités versées dans le cadre d'un plan social que celles perçues en dehors d'un tel dispositif ;

- la confirmation de l'exonération, dans la limite de 3.050 euros, des indemnités de départ volontaire en retraite (article L. 122-14-13 du code du travail) ;

- ainsi que la partie des indemnités de mise à la retraite, mais uniquement pour la partie qui ne dépasse pas les montants conventionnels

(convention collective, accord professionnel ou interprofessionnel) ou légaux. En l'état actuel du droit, l'exonération est plus élevée puisqu'elle peut aller jusqu'à 180.000 euros.

• Le second alinéa de l'article définit de nouveaux plafonds et planchers d'exonérations applicables aussi bien aux indemnités de départ volontaire, qu'aux indemnités de licenciement ou de mise à la retraite. Une unification est proposée sur la base d'un mécanisme relativement complexe trouvant à s'appliquer lorsque les indemnités susvisées dépassent les montants légaux et conventionnels. Elles sont alors exonérées dans la limite d'un double plancher :

- de 50 % de leur montant ;

- et de deux fois le montant de rémunération annuel brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail.

Ce mécanisme est complété cette fois par un double plafond constitué :

- par une limite de six fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale¹ ;

- ou, dans le cas particulier des indemnités de mise à la retraite, de trois fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale.

Le **paragraphe II** a pour objet de modifier la rédaction du dernier alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. En l'état actuel du droit, seules deux catégories sont assujetties aux cotisations sociales à la hauteur de la fraction de ces indemnités imposable à l'impôt sur le revenu : les indemnités versées aux salariés en cas de rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur et les indemnités versées aux mandataires sociaux à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions. Il est proposé d'y ajouter les indemnités de départ volontaire versées en cas d'un plan de sauvegarde de l'emploi.

Le **paragraphe III** précise que ces nouvelles dispositions seront applicables aux indemnités perçues à compter du 1^{er} janvier 2006.

En définitive, l'article 12 du projet de loi initial ne procède plus à la distinction entre les indemnités de licenciement versées dans le cadre d'un plan social et celles qui sont versées en dehors de celui-ci. Les plafonds d'exonérations en matière fiscale et sociale sont fixés à six fois le plafond de la sécurité sociale (181.152 euros sur la base de sa valeur du 31 juillet 2005). Cela revient à **diviser par deux le plafond d'exonération** appliqué jusqu'à présent (360.000 euros sur la base de la moitié de la première tranche de l'impôt de l'impôt de solidarité sur la fortune) aux indemnités versées en

¹ Le décret n° 2004-1292 du 26 novembre 2004 a fixé le montant du plafond de la sécurité sociale à 30.192 euros (à compter du 31 juillet 2005).

dehors d'un plan social. Et cela implique aussi d'assujettir les indemnités de licenciement versées lors d'un plan social, jusqu'ici totalement exonérées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a procédé à la réécriture de l'ensemble de l'article.

Cet amendement reprend la définition du revenu imposable proposé par le projet de loi initial. En revanche, le périmètre et le plafond des cas d'exonération sont sensiblement modifiés, notamment par la réintroduction de la distinction existant aujourd'hui au profit des plans de sauvegarde de l'emploi. Les nouvelles règles d'exonération proposées reposent sur le système de plafonds alternatifs exposés dans le tableau suivant :

	Premier plafond alternatif	Deuxième plafond alternatif
Fraction des indemnités de licenciement ou de départ en retraite versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi	Deux fois et demie la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture du contrat de travail ou 60 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur dans la limite de huit fois le plafond de la sécurité sociale	Montant de l'indemnité légale ou conventionnelle, si ce montant est supérieur à huit fois le plafond de la sécurité sociale
Fraction des indemnités de licenciement en dehors du cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi	Deux fois la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture du contrat de travail ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur dans la limite de six fois le plafond de la sécurité sociale	Montant de l'indemnité légale ou conventionnelle, si ce montant est supérieur à six fois le plafond de la sécurité sociale
Fraction des indemnités de mise à la retraite	Deux fois la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture du contrat de travail ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur dans la limite de cinq fois le plafond de la sécurité sociale	Montant de l'indemnité légale ou conventionnelle, si ce montant est supérieur à cinq fois le plafond de la sécurité sociale
Indemnités versées en cas de licenciement irrégulier	Exonération totale	

Il résulte de cette nouvelle rédaction un relèvement significatif des plafonds d'exonération par rapport au projet de loi initial.

En outre, le **III** modifié élargit également le champ d'application de la rédaction du dernier alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité

sociale. Il est proposé d'assujettir une nouvelle catégorie d'indemnités aux cotisations sociales, et ce à la hauteur de la fraction imposable à l'impôt sur le revenu : les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail.

Le **paragraphe IV** prévoit que les dispositions du présent article seront applicables aux indemnités perçues à compter du 1^{er} janvier 2006. Il ajoute toutefois une dérogation pour les indemnités versées en application d'un plan de sauvegarde de l'emploi, qui demeureront soumis à la législation actuellement en vigueur, si l'information des représentants du personnel leur a été transmise avant le 12 octobre 2005.

III - La position de votre commission

Votre commission estime que cette nouvelle rédaction est effectivement plus simple, mais que les plafonds d'exonération demeureront très élevés. Elle partage avec le Gouvernement le souhait de limiter les dispositions incitant au retrait d'activité des personnes âgées de plus de cinquante ans et souhaite que la rédaction proposée pour le présent article ne fasse pas obstacle à la politique conduite en faveur de l'emploi des seniors.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter le présent article sans modification.

Article 13

(art. L. 241-15 nouveau et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)

Clarification de la définition de l'assiette des cotisations sociales

Objet : Cet article propose de lever des problèmes d'interprétation relatifs à l'assiette des cotisations sociales.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale dispose que la réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale (réduction « Fillon ») est calculée en multipliant la rémunération brute versée au cours du mois civil à chaque salarié par un coefficient, fixé par décret. Ce coefficient est lui-même fonction de la rémunération horaire du salarié concerné, calculée en divisant la rémunération mensuelle par le nombre d'heures rémunérées au cours du mois considéré.

Or, la définition de la notion d'heures rémunérées est aujourd'hui à l'origine d'un **important contentieux**, qui oppose des entreprises aux organismes de recouvrement des cotisations sociales. Les Urssaf considèrent que les heures devant être prises en compte sont les heures de travail effectif, au sens de l'article L. 212-4 du code du travail (temps pendant lequel le salarié

est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles). Certains employeurs demandent, à l'inverse, que soit retenue une définition plus large des heures rémunérées, qui inclut tous les temps de pause, d'astreinte, d'habillage ou de déshabillage, etc. qui peuvent faire l'objet d'une rémunération sans être des temps de travail effectif ; cette définition extensive leur permet de bénéficier d'allègements de cotisations plus importants, par l'effet de la formule de calcul.

Le **paragraphe I** propose d'opter pour la définition la plus restrictive : il vise à compléter le chapitre premier du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale par un article L. 241-15 nouveau disposant que, pour l'ensemble des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations de sécurité sociale prévues par le même code ou par toute autre disposition législative ou réglementaire, les heures rémunérées s'entendent des heures de travail effectif.

La clarification proposée aurait donc un champ d'application très large : elle concernerait l'allègement « Fillon » mais également tous les autres dispositifs d'allègements de charges en vigueur.

Le **paragraphe II** vise à lever d'autres difficultés d'interprétation posées par certaines dispositions relatives à l'assiette des cotisations sociales.

Le 1° du II précise que la compensation salariale d'une perte de rémunération résultant d'une mesure de réduction de la durée du travail est toujours considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire, notamment.

Cet ajout vise à lever les incertitudes découlant de certaines modalités d'application de la loi n° 96-502 du 11 juin 1996, dite loi « de Robien ». Cette loi a institué un allègement dégressif de cotisations patronales de sécurité sociale pour les entreprises qui réduisent leur durée collective de travail et qui s'engagent à créer ou préserver des emplois. Le bénéfice de l'allègement, appliqué pendant sept ans au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil, intervient dans le cadre d'une convention signée avec le ministère chargé de l'emploi ou avec le préfet. Il s'agit de préciser, dans ce cadre, que la compensation salariale de la réduction du temps de travail est un élément de rémunération, quelle que soit sa forme, et est donc assujettie à cotisations.

Le 2° du II entend lever des ambiguïtés relatives aux contributions des employeurs aux régimes de retraite complémentaire.

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a modifié le régime social des contributions patronales destinées au financement des régimes de retraite et de prévoyance complémentaire. Elle a distingué :

- **les contributions aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires**, qui sont exemptes de tout prélèvement social (les contributions visées sont celles versées aux régimes interprofessionnels de

l'Arrco et de l'Agirc, à l'AGFF, au régime de l'Ircantec et au régime de la Caisse de retraite du personnel navigant de l'aviation civile) ; le même régime social s'applique aux contributions patronales versées en couverture d'engagements souscrits avant l'adhésion à l'un de ces régimes légalement obligatoires, ce qui vise les dispositifs de maintien de droits mis en place lors de l'intégration d'un secteur professionnel dans les régimes interprofessionnels de l'Arrco et de l'Agirc ;

- les contributions destinées aux autres régimes de retraite et de prévoyance complémentaire, qui sont bien exclues de l'assiette des cotisations, mais sous conditions et dans certaines limites.

Cette modification du régime social ne visait initialement que la part patronale de la cotisation due à ces régimes. Elle a pourtant eu des conséquences directes sur le régime social applicable à la prise en charge par l'employeur de tout ou partie de la part salariale de la cotisation due à ces régimes.

D'abord, en application de la jurisprudence de la Cour de cassation, la prise en charge par l'employeur de la cotisation salariale à un régime de retraite complémentaire s'analyse en une contribution patronale au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Conformément à la rédaction en vigueur du cinquième alinéa, cette assimilation entraîne l'application du même régime social, en l'espèce l'exonération totale et sans limite de cotisations et contributions sociales.

En outre, les régimes Arrco et Agirc ont admis en septembre 2004 que les employeurs puissent modifier (exclusivement dans un sens plus favorable pour les salariés) la clé de répartition des cotisations de retraite à la charge des employeurs et des salariés telle qu'elle est fixée par les accords fondateurs. L'usage de cette faculté permet de modifier à la hausse le niveau de la contribution patronale ; or, en tant que contribution de l'employeur au sens du cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, elle se trouve exclue en totalité de l'assiette des cotisations et contributions sociales.

L'effet combiné de ces deux mécanismes produit un effet d'aubaine pour les entreprises qui distribuent un élément de rémunération sans versement de charges sociales.

Le **a) du 2° du paragraphe II** du présent article a pour objet de neutraliser cet effet d'aubaine en recentrant l'exonération totale des cotisations de sécurité sociale, de la CSG et de la CRDS sur la seule part patronale des cotisations dues à ces régimes telle qu'elle résulte d'une disposition législative ou d'un accord interprofessionnel visé à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale. Cette rédaction permet de figer l'exonération au niveau de la part patronale fixée par les accords fondateurs et de qualifier d'élément de rémunération la part de l'employeur qui excède ce niveau.

Une règle analogue est posée par le **b) du 2°** pour les contributions patronales versées en couverture d'engagements souscrits avant l'adhésion à un régime légalement obligatoire. L'exonération ne sera applicable qu'à la part patronale telle qu'elle est fixée par les textes organisant la couverture de ces engagements.

Le **paragraphe III** définit les conditions d'application dans le temps de ces dispositions, qui ont un caractère rétroactif.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du 12 octobre 2005, date de présentation du présent projet de loi en conseil des ministres, les dispositions visées au I du présent article sont applicables aux cotisations dues au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1^{er} janvier 2003.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du 12 octobre 2005, les dispositions du présent 1° du II s'appliquent aux compensations salariales versées dans le cadre d'accords collectifs réduisant la durée du travail conclus à compter du 1^{er} octobre 1996.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du 12 octobre 2005, les dispositions du présent 2° du II s'appliquent aux cotisations dues au titre des contributions versées à compter du 31 octobre 2000.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements qui ont profondément remanié les paragraphes I et III de cet article.

La rédaction du I retient la solution opposée à celle figurant dans le projet de loi initial. Il est en effet proposé que toutes les heures rémunérées soient retenues pour le calcul des allègements de cotisations sociales, et non plus les seules heures de travail effectif. Le Gouvernement ne s'est pas opposé à cette volte-face et s'en est remis sur ce point à la sagesse de l'Assemblée.

Au III, il n'a pas été admis que les modifications envisagées aient un effet rétroactif, estimant que cela pénaliserait les employeurs, qui avaient appliqué les textes de bonne foi. La disposition adoptée, avec l'accord du Gouvernement, propose que les modifications envisagées s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2006, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date de publication de la présente loi de financement.

III - La position de votre commission

Le texte voté par l'Assemblée nationale est plus favorable aux employeurs que celui initialement envisagé par le Gouvernement. Il clarifie pour l'avenir les problèmes d'interprétations visés par cet article, mais sera de peu de secours pour les instances en cours, puisque l'éventualité d'une application rétroactive de ces nouvelles dispositions a été écartée.

Votre commission approuve cependant ces changements, considérant qu'il serait inopportun que les entreprises supportent, qui plus est rétroactivement, les conséquences d'un manque de précision dans la rédaction des textes législatifs.

Elle observe cependant que la modification intervenue au I aura un impact budgétaire significatif, probablement de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'euros, qui sera supporté *in fine* par le budget de l'Etat, puisque les allègements font l'objet d'une compensation. Votre commission demande donc que les allègements soient bien compensés intégralement en dépit de ce surcroît de dépenses imprévu.

Par ailleurs, elle souhaite compléter, par voie d'**amendement**, le texte du 2° du II de cet article, qui indique que les contributions versées par les employeurs aux régimes complémentaires de retraite sont exclues de l'assiette des cotisations sociales. Il vise, plus précisément, les contributions mises à la charge des employeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires ou en application des accords interprofessionnels Agirc/Arrco. Mais il omet de mentionner les contributions mises à leur charge en application d'accords de branche ou d'entreprise. Or, tel est le cas de la cotisation Agirc due sur la tranche C des rémunérations, qui correspond aux rémunérations comprises entre quatre et huit fois le plafond de la sécurité sociale, et des cotisations Arrco dues par les entreprises couvertes par une convention ou un accord collectif de branche, antérieur du 25 avril 1996, prévoyant un niveau de contribution différent de celui de droit commun.

C'est pourquoi votre commission vous propose de compléter la rédaction de cet article afin de viser ces accords. A défaut, les contributions susvisées seraient soumises à cotisations, ce qui ne semble pas conforme à l'intention des auteurs du texte.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 13 bis (nouveau)

Aménagement de la procédure du recours contre tiers

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, retouche la procédure du recours contre tiers.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article modifie les conditions dans lesquelles des frais de procédure peuvent être perçus par les caisses dans le cadre de la procédure du recours contre un tiers responsable d'un accident ayant justifié le versement à la victime de prestations ou d'indemnités par les caisses d'assurance maladie.

Les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale précisent que ces caisses bénéficient, dans le cadre de cette procédure de recours, d'une indemnité en contrepartie des frais qu'elles engagent pour obtenir de l'assureur du tiers le remboursement des prestations servies à l'accidenté. Ces indemnités sont fixées au tiers des sommes remboursées, dans les limites d'un plafond et d'un plancher. Or, depuis leur création en 1996, aucune de ces deux limites n'a été réévaluée.

Le présent article relève respectivement ces deux limites de 760 à 910 euros pour le plafond et de 76 à 91 euros pour le plancher et instaure le principe de leur révision annuelle, par arrêté conjoint des ministres en charge de la sécurité sociale et en charge du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac.

L'article, par ailleurs, impose à l'assureur du responsable de l'accident d'informer l'organisme complémentaire de la victime, sous peine de devoir acquitter une indemnité. Celle-ci n'est toutefois due que dans l'hypothèse où cet organisme peut être identifié par l'assureur.

II - La position de votre commission

Ce dispositif reprend les termes exacts d'un article déjà introduit par l'Assemblée nationale dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Le Sénat avait alors émis plusieurs réserves portant sur :

- le montant élevé de la revalorisation, soit 20 %, en l'absence de toute concertation ;

- l'absence d'impact sur les comptes de l'année de la loi de financement du mécanisme de revalorisation prévu pour les années suivantes et donc le caractère irrecevable de l'article dans la loi de financement ;

- enfin, outre une mise en œuvre difficile, l'irrecevabilité de l'institution de l'obligation d'information prévue au bénéfice des régimes

complémentaires, en raison de son caractère étranger au domaine des lois de financement.

Pour tenir compte de ces réserves, le Sénat avait amendé le dispositif de l'Assemblée nationale, en ne conservant que la revalorisation annuelle des limites de l'indemnité par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et cela dès l'année 2005.

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2004-508 du 16 décembre 2004, a, en grande partie, donné raison au Sénat. Il a en effet censuré l'article au motif qu'il n'avait pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale en précisant que, du fait de sa « *faible incidence financière sur les dépenses ou sur les recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale* », il « *n'affecterait pas de façon significative l'équilibre de ces régimes* ».

L'extension du champ de la loi de financement issu du nouveau cadre organique institué par la loi du 2 août 2005 et inscrit à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale permet néanmoins à l'Assemblée nationale de représenter cette disposition. Elle attend de cette mesure un réel accroissement des ressources collectées par l'assurance maladie au titre des recours contre tiers.

Votre commission veut espérer qu'il en sera bien ainsi. Elle réaffirme cependant son observation de l'an dernier sur la difficulté pratique de mise en œuvre de l'obligation pour l'assureur du tiers responsable d'informer l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la victime.

C'est pourquoi, outre une meilleure insertion de cette obligation dans les articles du code de la sécurité sociale concernés, **elle vous propose d'amender le dispositif de l'Assemblée nationale** en prévoyant que les organisations les plus représentatives des organismes d'assurance maladie complémentaire signent également, aux côtés des caisses d'assurance maladie et des assureurs, la convention définissant les modalités de mise en œuvre de la procédure du recours contre tiers.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article additionnel après l'article 13 bis
**Amélioration de l'évaluation du montant
d'exonérations de cotisations sociales**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de permettre le calcul exact de la compensation des exonérations de cotisations sociales applicables dans le cadre de l'attribution gratuite d'actions aux salariés et mandataires sociaux.

L'article 83 de la loi de finances pour 2005 a aménagé un dispositif d'attribution gratuite d'actions aux salariés et aux mandataires sociaux, reposant sur une autorisation préalable de l'assemblée générale extraordinaire.

L'avantage en résultant pour le salarié ou le mandataire social est exonéré de cotisations et contributions sociales.

Or, en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, toute mesure d'exonération de cotisations sociales doit être entièrement compensée par le budget de l'Etat.

Aussi, afin de permettre l'évaluation exacte du montant devant donner lieu à compensation, le présent article additionnel institue l'obligation, pour les employeurs, d'informer chaque année l'organisme de recouvrement de la valeur totale des actions gratuites attribuées définitivement à chacun de leurs salariés et mandataires sociaux. Il s'agit en effet de permettre la mise en œuvre effective de la compensation d'exonérations de cotisations sociales.

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

Article 13 ter (nouveau)

Versement d'un bonus exceptionnel de 1.000 euros par salarié

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, ouvre la possibilité pour les entreprises de verser à leurs salariés, à titre exceptionnel en 2006, un bonus individuel maximum de 1.000 euros.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a introduit le présent article additionnel afin de permettre aux entreprises de verser en 2006 à leurs salariés un bonus d'un montant individuel maximum de 1.000 euros.

Cette mesure a été annoncée par le Premier ministre comme une **mesure de soutien à la croissance et à la consommation des ménages, tout en favorisant le partage des résultats de l'activité des entreprises.**

Toutefois, et dans le but de soutenir parallèlement la négociation salariale dans les branches, comme dans les entreprises, cette possibilité de versement exceptionnel est conditionnée à la **conclusion préalable d'un accord salarial**. Le Gouvernement souhaite en effet accélérer les négociations en cours dans les branches, comme dans les entreprises, et lier la possibilité de versement du bonus à l'aboutissement de ces négociations.

Ainsi, les entreprises qui, soit sont couvertes par un accord salarial de branche conclu entre le 1^{er} janvier 2005 et le 15 juin 2006, soit elles-mêmes conclu un accord salarial au cours de cette même période pourront verser cette prime.

Mais cette prime exceptionnelle ne pourra **en aucun cas se substituer** aux augmentations et primes conventionnelles prévues par les accords salariaux.

En outre, pour ne pas pénaliser les salariés des très petites entreprises non couvertes par des accords de branches ou dans lesquelles il n'est pas possible de conclure un accord salarial en l'absence de délégués syndicaux, il est prévu d'autoriser, à titre exceptionnel, la conclusion d'un accord salarial dans les mêmes conditions qu'un accord d'intéressement.

Quelle que soit la situation, le versement du bonus doit respecter un **calendrier impératif**, à savoir :

- la décision de l'employeur sur le montant et les modalités de versement du bonus exceptionnel doit être prise avant le 30 juin 2006 ;
- le versement des sommes ainsi déterminées doit intervenir le 31 juillet 2006 au plus tard ;
- la décision de l'employeur mentionnant les sommes versées aux salariés fait l'objet d'une notification à l'Urssaf avant le 31 décembre 2006.

Ces trois conditions sont impératives pour pouvoir bénéficier des exonérations de cotisations et contributions sociales prévues par l'article, c'est-à-dire, comme pour l'intéressement, l'exonération des cotisations et contributions autres que la CSG et la CRDS.

Enfin, le texte de l'article prévoit explicitement la **non-compensation par l'Etat de ces exonérations**, par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

II - La position de votre commission

Votre commission observe, tout d'abord, que la seule raison de l'inscription de la mesure dans le présent projet de loi de financement est la non-compensation des exonérations de contributions sociales prévues pour le bonus. Elle prend acte de cette situation, constatant en effet qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une perte mais plutôt d'un manque à gagner pour la sécurité sociale. Si toutefois ce bonus avait pour effet de retarder des

augmentations salariales à la fin de 2006 et au début de 2007, on assisterait alors à une véritable perte pour la sécurité sociale.

Afin d'améliorer le dispositif proposé et de le rendre plus opérant, votre commission vous propose, outre un amendement de clarification rédactionnelle, **trois amendements** tendant à :

- préciser la possibilité de moduler le bonus ;
- permettre d'inclure les modalités de versement du bonus dans l'accord salarial dès lors que le principe de non-substitution est respecté. En effet, comme cela a été précisé à votre commission, le bonus peut être mis en place non seulement par décision unilatérale de l'employeur mais également par le biais d'un accord ;
- prévoir une exonération fiscale du bonus, dans les mêmes conditions que l'intéressement, c'est-à-dire après blocage de la somme dans un plan d'épargne entreprise.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 14

Extension du champ d'application de la contribution sociale de solidarité des sociétés aux organismes publics exerçant leur activité dans un cadre concurrentiel

Objet : Cet article a pour objet de modifier le champ d'application de la contribution sociale de solidarité des sociétés en y assujettissant l'ensemble des organismes publics qui exercent leur activité de façon concurrentielle.

I – Le dispositif proposé

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) a été créée en 1970 pour compenser les pertes de ressources des régimes de protection sociale des non salariés des professions non agricoles.

Ses modalités ont évolué au cours des années. Son produit est aujourd'hui toujours attribué aux régimes des non-salariés non agricoles, mais il est également pour partie versé au FSV, ainsi qu'au FRR.

La liste des personnes morales devant acquitter la C3S est fixée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale. Elle comprend les sociétés commerciales, certaines entreprises publiques et sociétés nationales, des groupements d'intérêt économique (GIE) et des groupements du secteur coopératif, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces sociétés et organismes dépasse 760.000 euros.

L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a ajouté à cette liste les institutions financières, y compris les mutuelles et institutions de prévoyance.

Le paragraphe I du présent article propose une nouvelle extension du champ d'assujettissement à la C3S :

- le 1^o précise que toutes les sociétés « *quelles que soient la nature et la répartition de leur capital* » sont assujetties à la C3S, ce qui vise à inclure la totalité des filiales des entreprises publiques et des sociétés d'économie mixte ;

- le 2^o prévoit que l'assujettissement concerne toutes les personnes morales de droit public, dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe à la valeur ajoutée, en application de l'article 256 B du code général des impôts, ce qui inclut notamment les établissements publics industriels et commerciaux, sauf pour une partie de leurs activités clairement définie (services administratifs, sociaux, éducatifs, culturels et sportifs lorsqu'il n'y a pas de distorsion de concurrence) ;

- le 3^o ajoute à la liste les groupements d'intérêt public (Gip) assujettis à la taxe à la valeur ajoutée.

Le **paragraphe II** de l'article modifie l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale qui fixe les modalités du calcul de la contribution selon les organismes, de façon à prendre en compte le statut particulier des Gip assujettis à la TVA.

L'impact financier de cette mesure est évalué dans l'exposé des motifs du projet de loi à **70 millions d'euros**, dont 14 millions au bénéfice de la CNAM.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 14 bis (nouveau)

Aménagement des restrictions aux conditions de circulation et de détention des tabacs manufacturés

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet de réduire les quantités de tabacs manufacturés pouvant circuler après leur vente au détail ou pouvant être détenues par des particuliers.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article vise à restreindre la législation actuelle applicable à la circulation et à la détention de tabacs manufacturés.

Pour les initiateurs de cette disposition, il s'agit avant tout de limiter les achats transfrontaliers et de lutter contre la constitution d'un commerce parallèle frauduleux, les consommateurs comme les revendeurs cherchant à profiter des tarifs plus attractifs pratiqués au-delà des frontières de notre pays.

La perte de recettes fiscales pour l'Etat pourrait atteindre plusieurs centaines de millions d'euros, ce qui représente un montant non négligeable pour les finances de la sécurité sociale.

Afin de corriger cette situation, le présent article propose la modification de deux articles du code général des impôts :

- l'article 575 G

Il s'agirait de diminuer la quantité des tabacs manufacturés pouvant circuler après leur vente au détail, en faisant passer le seuil maximum actuel de **2 kg à 200 grammes**, soit l'équivalent d'une cartouche ou de dix paquets de cigarettes.

- l'article 575 H

La quantité maximum de tabacs manufacturés détenus par les personnes autres que les fournisseurs dans les entrepôts, les débitants dans les points de vente ou certains acheteurs-revendeurs passerait de **10 kg à 2 kg**, soit l'équivalent de dix cartouches de cigarettes.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve le souci de l'Assemblée de lutter contre les trafics et les effets d'opportunité dans l'application de la législation sur les tabacs.

Elle rappelle en outre l'objectif de santé publique majeur que constitue la baisse de la consommation du tabac en France. Des résultats très significatifs ont déjà été enregistrés puisque, entre 2002 et 2004, la consommation a baissé de plus de 20 %. De nouveaux progrès doivent toutefois encore être faits et la vigilance nécessaire en matière d'éducation et

de prévention doit être maintenue. Votre commission accueille donc favorablement l'annonce faite par le ministre à l'Assemblée nationale de nouvelles mesures pour le début de l'année 2006.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15

Spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments rétrocedés - Taxe sur les dépenses de promotion - Contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur le chiffre d'affaires

Objet : Cet article a un triple objet : étendre les mécanismes de régulation applicables aux médicaments vendus en officine aux médicaments rétrocedables, inclure dans l'assiette de la taxe sur les dépenses de promotion certains dispositifs médicaux et augmenter à titre exceptionnel le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

I – Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** est d'ordre strictement rédactionnel.

Les **paragraphes II** et **III** visent à étendre les mécanismes de régulation applicables aux médicaments vendus en officine aux médicaments rétrocedables.

En effet, actuellement, les spécialités pharmaceutiques inscrites pour des raisons de santé publique sur la liste des médicaments rétrocedés par les établissements de santé et vendues aux patients non hospitalisés ne sont pas prises en compte pour la mise en œuvre de la régulation des dépenses de médicaments, celle-ci ne portant que sur les médicaments vendus en officine.

Or, selon l'exposé des motifs du projet de loi, « rien ne justifie du point de vue de la régulation de la dépense un traitement différent selon le circuit de distribution des médicaments ».

La rétrocession concernant, de fait, le plus souvent des médicaments innovants dont les prix peuvent être particulièrement élevés, elle contribue pour une large part à la dérive des dépenses de médicaments.

Compte tenu de cette situation, le Gouvernement estime qu'il convient de traiter de la même manière les dépenses de médicaments vendus en officine de ville et celles des médicaments inscrits sur la liste de la rétrocession, de façon à permettre à l'assurance maladie, à travers la clause de sauvegarde, de récupérer une fraction de la progression des dépenses de médicaments remboursés.

Le mécanisme de régulation qu'il est proposé d'étendre repose sur les principes suivants : sont assujetties à une contribution les entreprises

pharmaceutiques qui n'ont pas conclu de convention avec le COEPS et dont le chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France s'est accru, par rapport à l'année précédente, plus rapidement que l'Ondam.

Les **paragraphes IV et V** aménagent sur deux points le dispositif de la taxe sur les dépenses de promotion des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux : en étendant la liste des dispositifs médicaux concernés aux dispositifs médicaux implantables du titre III de la liste de l'article figurant à l'article L. 165-1 et en réduisant de moitié le seuil d'abattement forfaitaire qui passerait de 100.000 à 50.000 euros.

Le **paragraphe VI** vise à augmenter le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques, en le portant de 0,6 % à 1,96 %. Le projet de loi précise que cette augmentation concerne le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année 2006, ce qui signifie qu'elle a un caractère exceptionnel.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cette mesure permettrait un rendement supplémentaire en 2006 de 300 millions d'euros au bénéfice de la CNAM.

Le **paragraphe VII** précise les modalités d'application dans le temps des dispositions de l'article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté **deux modifications principales** :

- elle a réduit l'augmentation du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques, qui ne serait plus que de **1,5 %** en 2006 ;

- à l'initiative du Gouvernement, elle a exclu les médicaments orphelins de l'assiette de la taxe, mais sous réserve que l'autorisation de mise sur le marché dont bénéficie ces médicaments soit postérieure au 1^{er} janvier 2006.

III - La position de votre commission

Votre commission comprend le souci du Gouvernement de vouloir mieux maîtriser la croissance des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux dans le contexte actuel des difficultés de financement de l'assurance maladie. Mais elle constate aussi que l'industrie pharmaceutique est fortement mise à contribution par ce texte et les diverses mesures du « plan médicament » du Gouvernement.

Afin de rendre plus aisée l'application de cet article, votre commission propose un amendement ayant pour objet de **prévoir des modalités particulières d'application pour la première année de mise en œuvre du dispositif.**

Par ailleurs, elle souhaite que **l'exclusion des médicaments orphelins de l'assiette de la contribution soit totale**, quelle que soit la date de l'autorisation de mise sur le marché de ces médicaments.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article additionnel après l'article 15

Transfert du recouvrement de la contribution sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur

Objet : Cet article additionnel a pour objet de transférer de l'Acoss aux Urssaf le recouvrement de la contribution sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur.

L'article 41 du projet de loi de finances pour 2006 prévoit le transfert d'un « panier » de neuf recettes fiscales à la sécurité sociale au titre du financement de la compensation des allègements généraux de cotisations sociales patronales.

Parmi ces recettes figure la contribution sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur.

Son régime est fixé à l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale qui dispose : « *Une contribution est due par toute personne physique ou morale qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances. Le taux de la contribution est fixé à 15 % du montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation afférentes à l'assurance obligatoire susmentionnée.* »

Actuellement, son recouvrement est assuré par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), conformément à l'article L. 225-1-1 du code.

En accord avec cet organisme, le présent article additionnel propose de transférer le recouvrement de cette contribution de l'Acoss aux Urssaf.

Ce transfert permettra de recouvrer la contribution selon les modalités applicables aux cotisations sociales, d'homogénéiser ainsi les procédures et de garantir la qualité des contrôles réalisés par des inspecteurs spécialisés.

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

Article additionnel après l'article 15

Conséquences de la modification de la répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs

Objet : Cet article additionnel a pour objet de tirer les conséquences de l'article 42 du projet de loi de finances pour 2006 qui modifie la répartition de l'affectation du produit du droit de consommation sur les tabacs.

Cet amendement modifie le code de la sécurité sociale ainsi que le code de la construction et de l'habitation pour tenir compte du III de l'article 42 du projet de loi de finances pour 2006 relatif à l'affectation du produit du droit de consommation sur les tabacs.

Des nouvelles clés de répartition définies dans cet article 42 découlent les mesures suivantes :

- une fraction égale à 1,48 %, soit 140 millions d'euros, antérieurement perçue au profit de l'Etat, est affectée, à compter du 1^{er} janvier 2006, à l'Acoss en compensation des pertes de recettes supportées par le Fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation, en application de l'article 2 de l'ordonnance n° 2005-895 du 2 août 2005 relevant certains seuils de prélèvements obligatoires ;

- le Fonds-CMU devient affectataire de 1,88 % des droits, soit de 178 millions d'euros. En effet, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales prévoit le transfert des instituts de formation en soins infirmiers de l'assurance maladie aux régions à compter du 1^{er} janvier 2005. Les dépenses correspondantes sont compensées par l'Etat aux régions. Pour que l'opération soit neutre pour l'Etat, les régions et la CNAM, une fraction des droits tabacs (1,88 %) perçue antérieurement par la CNAM, est affectée en contrepartie à compter du 1^{er} janvier 2006 au Fonds-CMU ;

- la CNAM bénéficie de 174 millions d'euros de droits tabacs supplémentaires au titre de la compensation financière liée à l'adossement financier de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) au régime général d'assurance maladie.

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

Article 16

**Approbation du montant des exonérations, des réductions
ou des abattements d'assiette de cotisations
ou de contributions de sécurité sociale**

Objet : Cet article propose d'approuver le montant de la compensation des exonérations de cotisations et contributions sociales, celles-ci étant détaillées à l'annexe 5 du projet de loi de financement.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

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

(extraits du III)

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

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

Ces dispositions de la loi organique revêtent une très grande importance pour votre commission. Dans le cadre de la discussion sur ce nouveau cadre juridique, elle aurait même souhaité voir élevé au niveau organique le principe de la compensation.

L'article propose d'approuver le montant des compensations pour 2006, en le fixant à **21,6 milliards d'euros**. Ce chiffre correspond à la somme des allègements généraux, soit 18,9 milliards d'euros, et des dispositifs ciblés pour un montant de 2,7 milliards d'euros.

L'annexe 5 fournit le détail de ces exonérations. Avant d'en mesurer l'enjeu financier, ce document présente d'abord une sorte de panorama de l'ensemble des dispositifs d'exonérations existants qui sont au nombre de 46.

Présentation des dispositifs d'exonération de cotisations ou contributions sociales

- Exonérations de cotisations de sécurité sociale applicables aux salariés :
 - allègement général sur les bas salaires (« réduction Fillon ») ;
 - réduction du temps de travail (lois Robien, Aubry) ;
 - insertion des publics en difficulté : jeunes et titulaires de minima sociaux ;
 - exonérations ciblées sur certains territoires (zones de revitalisation rurale ou urbaine, zones franches urbaines, Corse, DOM) ;
 - exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité (emplois familiaux, emplois occasionnels agricoles).
- Exonérations de cotisations de sécurité sociale applicables aux travailleurs non salariés non agricoles
 - Mesure de réductions ou d'abattement de l'assiette des cotisations ou contributions de sécurité sociale (exploitation de l'image collective des sportifs, attribution gratuite d'actions, contrat de volontariat pour l'insertion).

Le montant de la compensation de l'ensemble de ces mesures d'exonérations est non seulement élevé, mais il progresse fortement, d'environ 2 milliards d'euros entre 2005 et 2006.

Le poids budgétaire de cette dépense est la cause, depuis plusieurs mois, d'une réflexion sur la meilleure manière de la financer. De nombreuses hypothèses ont donc été avancées : le maintien de la dotation budgétaire, un prélèvement sur recettes, l'affectation de recettes de l'Etat, voire même l'attribution de points de TVA.

Dans le projet de loi de finances pour 2006, à l'article 41, le Gouvernement a opté pour l'affectation d'un « panier » de neuf recettes fiscales destiné à compenser les allègements généraux de charges, les allègements ciblés faisant toujours l'objet d'inscriptions budgétaires au sein des différentes missions.

Le rendement de ces recettes doit permettre de couvrir les besoins des régimes en 2006. Si ce n'est pas le cas, une régularisation est prévue. Pour les années suivantes, un mécanisme complexe est mis en place avec l'intervention d'un rapport du Gouvernement au Parlement et d'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes.

La réforme du financement des allègements généraux de cotisations sociales

Elle concerne l'ensemble du champ des allègements généraux (réduction Fillon essentiellement ainsi que les reliquats des dispositifs Aubry I, de Robien et exonérations d'allocations familiales).

Le coût prévisionnel de ces allègements, estimé par le gouvernement, est de 18,9 milliards d'euros.

Ces recettes affectées et leur rendement prévisionnel pour 2006 sont les suivants :

- 95% de la taxe sur les salaires (95 % du produit)	9.405 millions
- le produit du droit de consommation sur les alcools	1.908 millions
- le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées	378 millions
- le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	125 millions
- le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires	26 millions
- le produit de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire	520 millions
- la produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile	1.030 millions
- le produit de la TVA brute sur les produits pharmaceutiques (commerce de gros)	2.880 millions
- le produit de la TVA brute sur les tabacs	2.525 millions

Tous les régimes concernés par ces allègements (CNAMTS, CNAVTS, CNAF, CCMSA, ENIM, caisse des mines, caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires régime de la RATP, régime de la SNCF) seront bénéficiaires d'une quote-part de l'ensemble de ces recettes. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assurera la centralisation de toutes les recettes et sera chargée de leur répartition entre les branches du régime général et les autres régimes, sur la base d'un arrêté interministériel fixant les clés de répartition.

Cette nouvelle modalité de financement par affectation de recettes fiscales nécessite de prévoir un dispositif spécifique distinct de la compensation intégrale prévue à l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale. Afin de sécuriser financièrement le point de départ de la réforme, le montant des recettes fiscales sera réajusté, une fois les données définitives connues, au montant réel du coût des allègements généraux pour 2006.

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre rapporteur se félicite de l'existence de cet article qui permet à la représentation nationale de se prononcer en toute clarté sur un chiffre important, touchant à la fois à la politique de l'emploi et au financement de la sécurité sociale.

Pour votre commission, il n'y a toutefois pas d'alternative possible à la compensation intégrale à la sécurité sociale des mesures d'exonérations. Car **la sécurité sociale n'a pas pour vocation de financer la politique de l'emploi décidée par le Gouvernement.**

Votre commission se félicite également du contenu de l'annexe 5 sur la présentation des mesures d'exonération de cotisations et de contributions sociales et de leur compensation. C'est en effet l'un des documents joints au projet de loi de financement de cette année qui est le plus complet et le plus informatif.

Pour autant, elle ne peut se satisfaire des modalités mises en place dans le projet de loi de finances pour assurer la compensation des allègements généraux. Elle émet donc les plus grandes réserves sur l'article 41 de ce projet de loi, considérant en particulier que la clause de rendez-vous est totalement insuffisante, en ne garantissant en aucune manière la compensation à l'euro près qui doit pourtant être la règle.

Dans ces conditions, elle serait tout à fait favorable à l'attribution de points de TVA pour financer ces compensations.

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

Section 2

Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé

Article 17

(art. L. 133-4-2 nouveau, L. 242-1-1 nouveau, L. 243-11, L. 243-12-1 nouveau, L. 243-12-2 nouveau du code de la sécurité sociale, L. 123-11 du code de commerce, art. L. 341-6-4 du code du travail)

Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé

Objet : *Cet article renforce les dispositions destinées à lutter contre le travail illégal.*

I - Le dispositif proposé

Cet article propose une série de mesures nouvelles de nature à améliorer les instruments de lutte contre le travail clandestin.

Le **paragraphe I** vise à compléter le chapitre III du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale par un article L. 133-4-2 nouveau.

L'article L. 324-13-2 du code du travail permet déjà à l'administration de refuser à un employeur qui a eu recours au travail clandestin le bénéfice, pendant cinq ans, des aides publiques à l'emploi et à la formation professionnelle. Mais aucune disposition n'autorise l'administration à priver un employeur des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations sociales. Il est proposé de combler cette lacune en inscrivant dans le code de la sécurité sociale cette nouvelle possibilité de sanction.

Le **premier alinéa** du texte proposé pour le nouvel article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale pose, à titre de principe général, que le bénéfice de toute mesure d'exonération ou de réduction des cotisations sociales, ou d'autres contributions acquittées auprès des organismes de sécurité sociale, est subordonné au respect par l'employeur de l'interdiction du travail dissimulé visée à l'article L. 324-9 du code de la sécurité sociale.

Le **deuxième alinéa** indique que, lorsque l'infraction de dissimulation d'emploi, visée au quatrième alinéa de l'article L. 324-10 du code du travail, est constatée par procès-verbal, l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale procède à l'annulation des exonérations ou réductions de cotisations ou contributions visées à l'alinéa précédent, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, qui est de cinq ans.

Le **troisième alinéa** précise que cette annulation est plafonnée à un montant fixé par décret. Elle est égale au montant des réductions ou exonérations pratiquées, au cours du mois où l'infraction a été commise, dans l'établissement au profit duquel le travail dissimulé a été accompli, affecté d'un coefficient égal au rapport entre le nombre de journées de travail dissimulé au cours de ce mois et le nombre de jours ouvrés du même mois. Si ce rapport est supérieur à un, le reliquat de l'annulation est imputé sur les mois précédents, dans la limite du montant total des réductions ou exonérations obtenues au titre de l'établissement.

Le **paragraphe II** propose d'insérer un nouvel article L. 242-1-1 dans le chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale.

Le constat d'infraction de travail dissimulé s'accompagne généralement d'un redressement portant sur les rémunérations dues aux salariés dont l'emploi (quatrième alinéa de l'article L. 324-10) ou les heures travaillées (cinquième alinéa du même article) ont été dissimulés. Or, rien ne s'oppose aujourd'hui à ce qu'il soit fait application, dans ces situations, des mesures d'exonérations ou de réductions de cotisations sociales en vigueur.

La modification proposée consiste à prévoir que les rémunérations versées à la suite du constat d'une infraction ne puissent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations sociales ni de minoration de l'assiette de ces cotisations.

Le **paragraphe III** propose de supprimer la dernière phrase de l'article L. 243-11 du code de la sécurité sociale.

Cette phrase indique que les oppositions ou obstacles aux visites ou aux inspections des inspecteurs du recouvrement et des agents de contrôle des caisses primaires, des caisses d'allocations familiales et les caisses régionales d'assurance maladie sont passibles des mêmes peines que celles prévues par le code du travail en ce qui concerne l'inspection du travail.

Cette rédaction apparaît peu satisfaisante, parce qu'elle ne garantit pas une lisibilité suffisante des sanctions applicables aux oppositions à contrôles diligentés par les agents de contrôle des organismes de sécurité sociale, et surtout parce qu'elle ne prévoit de sanction qu'en cas d'opposition au droit de visite ou d'inspection de ces agents.

Le **paragraphe IV** propose, en conséquence, d'insérer dans la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale deux nouveaux articles L. 243-12-1 et L. 243-12-2, relatifs aux sanctions applicables en cas d'opposition à l'accomplissement des fonctions des agents de contrôle des organismes de sécurité sociale.

L'article L. 243-12-1 prévoit que le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents susmentionnés, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7.500 euros d'amende.

L'article L. 243-12-2 dispose que les personnes morales peuvent être tenues pénalement responsables de la même infraction. La peine encourue est alors une amende dont le taux maximum est, en application de l'article 131-38 du code pénal, le quintuple de celui prévu pour les personnes physiques, soit 37.500 euros.

Le **paragraphe V** propose de compléter l'article L. 123-11 du code de commerce, relatif à la domiciliation des entreprises.

Le code de commerce impose à toutes les personnes morales qui demandent leur inscription au registre du commerce et des sociétés de justifier de la jouissance des locaux où elles s'installent. Il autorise cependant aussi la domiciliation d'une entreprise dans des locaux occupés en commun par plusieurs entreprises, ce qui a permis l'apparition d'entreprises de domiciliation, dont l'activité consiste à proposer une adresse commerciale à des personnes morales.

La pratique de la domiciliation n'est cependant pas exempte d'abus et favorise fréquemment la dissimulation d'activité. L'entreprise domiciliaire peut en effet se contenter de proposer à ses clients une simple adresse postale, à partir de laquelle il est difficile de localiser les activités réellement pratiquées par les entreprises domiciliées.

Pour mieux lutter contre les abus de la domiciliation, il est proposé d'interdire que l'activité de domiciliaire puisse être exercée dans des locaux à usage d'habitation principale ou à usage mixte, car les règles de protection de la vie privée empêchent de pénétrer dans un domicile privé sans l'autorisation de son occupant, ce qui rend les contrôles impossibles.

Il est également proposé d'habiliter les inspecteurs du recouvrement, les agents de contrôle des mutualités agricoles, ainsi que les inspecteurs et contrôleurs du travail à constater le non-respect des obligations des entreprises en matière de domiciliation. Ils pourront constater les infractions dans des procès-verbaux transmis au parquet et qui feront foi jusqu'à ce que la preuve contraire soit apportée.

Le **paragraphe VI** vise enfin à mieux lutter contre l'emploi d'étrangers ne disposant pas d'un titre les autorisant à exercer une activité salariée en France.

L'article L. 341-6-4 du code du travail prévoit déjà, en la matière, une obligation de vigilance des donneurs d'ordre vis-à-vis des entreprises sous-traitantes : le donneur d'ordre doit s'assurer, pour tout contrat portant sur un montant au moins égal à 3.000 euros, que son cocontractant respecte les dispositions de l'article L. 341-6 du code du travail, qui interdit d'employer un étranger ne disposant pas des titres l'autorisant à exercer une activité salariée en France. A défaut, il sera tenu solidairement responsable avec son cocontractant du versement de la contribution spéciale due à l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations en cas d'infraction.

Il est proposé que le donneur d'ordre ait l'obligation de vérifier tous les six mois, jusqu'à la fin de l'exécution du contrat, que son cocontractant n'emploie pas d'étranger dans des conditions irrégulières.

Il est également proposé de supprimer le deuxième alinéa de l'article L. 341-6-4, qui exonère de l'obligation susmentionnée les particuliers qui concluent un contrat pour leur usage personnel, celui de leur conjoint, ascendants ou descendants. Les particuliers seraient donc désormais soumis à la même obligation de vigilance que les autres employeurs.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre une modification rédactionnelle, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements présentés par la commission des Finances, saisie pour avis du texte.

Le premier revient sur les modalités de calcul, passablement complexes, de l'annulation d'exonération de cotisations sociales visée au I. La formule proposée dans la rédaction initiale du projet de loi supposait d'effectuer le décompte des journées de travail dissimulé accomplies dans le mois, ce qui est une opération délicate qui ouvre la possibilité de multiples contestations. La formule retenue par l'Assemblée nationale fait reposer le calcul de l'annulation de la mesure d'exonération sur la base des rémunérations dissimulées rapportées au montant total des rémunérations soumises à cotisations.

Le second insère un nouvel article L. 243-12-3 dans le code de la sécurité sociale. Il prévoit que les dispositions du code pénal relatives à la répression des actes de résistance, outrage et violence contre les officiers de police judiciaire sont également applicables à ceux qui se rendent coupables de faits de même nature à l'encontre des agents de contrôle des organismes de sécurité sociale.

III - La position de votre commission

Le travail clandestin fausse la concurrence entre acteurs économiques, prive la sécurité sociale de ressources et empêche les salariés de bénéficier de leurs droits. Votre commission se réjouit donc que le Gouvernement donne, par cet ensemble de mesures techniques, une impulsion supplémentaire à la lutte qu'il mène activement contre le travail dissimulé.

La suppression du bénéfice des exonérations de cotisations sociales devrait, en particulier, exercer un effet fortement dissuasif à l'encontre des employeurs irrespectueux des règles d'embauche.

Votre commission approuve la simplification apportée par l'Assemblée nationale aux modalités de calcul de l'annulation d'exonération de cotisations sociales prononcée en cas de travail dissimulé. Elle observe cependant que la formule retenue fait dépendre le montant de l'annulation

d'un coefficient égal au « *rapport existant entre le montant des rémunérations dissimulées et le montant total des rémunérations soumises à cotisations ou contributions sur la même période* », ce qui conduit à pénaliser plus fortement les petites entreprises dont la masse salariale est réduite (le dénominateur étant plus faible, le coefficient est d'un niveau plus élevé de même que le montant de l'annulation).

C'est pourquoi votre commission vous propose un amendement pour supprimer la référence à ce coefficient, de manière à ce que le montant de l'annulation soit simplement égal au montant des réductions ou exonérations pratiquées dans l'établissement sur la période où a été constatée l'infraction. La sanction devient proportionnée à l'importance de la masse salariale de l'entreprise, tout en conservant alors son caractère dissuasif.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Section 3

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

Prévisions pour 2006 des recettes des régimes obligatoires de base et du régime général

Objet : Cet article a pour objet de fixer, par branche, les prévisions de recettes pour 2006 de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que du régime général.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Les recettes attendues pour 2006 s'élèvent à **363,6 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,1 % par rapport à 2005. Pour le régime général, ce montant est de **263,7 milliards d'euros**, en augmentation de 4,4 % par rapport à 2005.

L'annexe C incluse dans le projet de loi de financement fournit le détail de ces recettes par catégorie et par branche. D'autres précisions sont données par les documents annexés au projet de loi : l'annexe 4 « *Recettes des régimes de sécurité sociale par catégorie et par branche* » et, pour partie, l'annexe 9 « *Impact sur les comptes des mesures nouvelles* ».

Les recettes de la sécurité sociale se divisent en quatre grands ensembles :

1°) Les cotisations

En 2006, les cotisations s'élèveraient à **234,9 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en baisse de 2,85 % par rapport à 2005 et à **160,8 milliards d'euros** pour le régime général, en recul de 4,85 %.

Cette baisse est due pour l'essentiel à la **diminution des cotisations prises en charge par l'Etat**. En effet, selon les dispositions de l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006, les allègements généraux de charges sociales sur les bas salaires ne seront plus financés par crédits budgétaires mais par le transfert d'un panier de neuf recettes fiscales à la sécurité sociale. Par conséquent, la contrepartie de cette diminution se retrouve dans une augmentation de l'ensemble « impôts et taxes affectées ».

Pour ce qui est des cotisations effectives, on note en revanche une progression, de 3,7 % pour les cotisations des régimes de base et de 3,98 % pour les cotisations du régime général qui atteindraient 156,7 milliards d'euros en 2006.

2°) Les impôts et taxes affectées

En contrepartie de la baisse de l'ensemble « cotisations » du fait du changement du mode de financement des exonérations de charges sur les bas salaires, la catégorie « impôts et taxes affectées » progresse fortement, de 26,8 % pour les régimes de base et de 31,4 % pour le régime général.

Au sein de cet ensemble, on note la **progression dynamique du rendement attendu de la CSG**, de plus de 4 %. Les régimes de base percevraient 63,2 milliards de CSG en 2006 et le régime général 56,5.

3°) Les contributions publiques

La catégorie « contributions publiques » progresse également. Elle représenterait 12,4 milliards d'euros pour les régimes de base et 6,9 milliards pour le régime général, en hausse respective de 3,3 et de 4,5 %.

Ces dépenses concernent, d'une part, la branche vieillesse au titre des subventions d'équilibre aux régimes spéciaux (essentiellement de la SNCF, du régime des marins et du régime minier) pour 4,7 milliards d'euros, d'autre part, la branche famille pour le remboursement de prestations (notamment l'allocation adulte handicapé et l'allocation parent isolé) pour 6,6 milliards d'euros.

4°) Les transferts

Les transferts reçus par les régimes de sécurité sociale seraient globalement stables en 2006. Ils atteindraient 15,1 milliards pour les régimes de base et 13 milliards d'euros pour le régime général.

Le tableau ci-après détaille l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2006 sur les recettes.

Mesures nouvelles 2006 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures législatives	1.011	1.011
Taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques	300	300
Prélèvement sur les plans épargne logement	717	717
Réaffectation des droits tabacs vers le fonds CMU	- 178	- 178
Autres recettes	172	172
Autres mesures	1.380	1.380
Augmentation de 0,2 point du taux des cotisations vieillesse (assiette plafonnée)	740	740
Augmentation de 0,1 point du taux des cotisations AT-MP (assiette déplafonnée)	400	400
Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur le transfert de la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF	50	50
Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur la prise en charge des cotisations des chômeurs par le FSV	90	90
Contrôles	100	100
Clause de sauvegarde pharmaceutique	336	400
TOTAL	2.727	2.791

Au titre du présent projet de loi de financement, les mesures nouvelles ayant le plus fort impact sont le prélèvement par anticipation des contributions sociales sur les intérêts des plans d'épargne logement, prévu à l'article 10, pour un peu plus de 700 millions d'euros et l'augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques, prévue à l'article 15, pour 300 millions d'euros.

Parmi les autres mesures, il faut noter l'augmentation de 0,2 point du taux des cotisations vieillesse sur l'assiette plafonnée, qui a été prévue par la loi portant réforme des retraites et qui pourrait rapporter 740 millions d'euros, et l'accroissement de 0,1 point du taux des cotisations AT-MP sur l'assiette déplafonnée - en principe seulement en 2006 - pour un gain attendu de 400 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a voté un amendement visant à **intégrer le contenu de l'article 19 dans la rédaction du présent article**, afin de pouvoir procéder à un vote unique sur les prévisions de recettes, conformément aux termes de l'article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale, issu du nouveau cadre organique de la loi du 2 août 2005.

Au troisième alinéa de son III, cet article dispose en effet : « *Dans la partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes font l'objet d'un vote unique.* »

L'Assemblée nationale a également adopté deux amendements rédactionnels.

III - La position de votre commission

Votre commission regrette que ces prévisions de recettes ne soient pas mieux justifiées. Certes les diverses annexes qui accompagnent le projet de loi de financement fournissent des tableaux et des chiffres, mais sans explication autre que l'affichage d'une cohérence avec le cadrage pluriannuel de l'annexe B, lui-même extrêmement succinct, et de la prise en compte des mesures nouvelles avec effet 2006.

L'obligation de « *sincérité* » inscrite dans la nouvelle loi organique pour la définition des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale s'impose au Gouvernement mais également au Parlement lorsqu'il doit approuver les prévisions qui lui sont transmises. Or, votre commission estime qu'elle ne dispose pas de tous les éléments lui permettant d'apprécier parfaitement la juste prévision de l'équilibre.

Cette première application du nouveau cadre des lois de financement, deux mois seulement après le vote de la loi organique, explique sans doute encore ces lacunes. Votre commission souhaite néanmoins qu'à l'avenir ces insuffisances soient corrigées.

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

Article 19

**Prévisions pour 2006 des recettes des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires de base**

Objet : Cet article a pour objet de fixer les prévisions de recettes pour 2006 du fonds de solidarité vieillesse et du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément au nouveau cadre de la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale rappelées au précédent article 18.

Pour 2006, le périmètre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base est modifié. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) n'en fait en effet plus partie. A compter de 2006, elle ne versera plus de dotation à l'assurance maladie mais aura pour mission de gérer, par délégation, une partie des dépenses comprises dans l'Ondam médico-social.

De ce fait, le présent article ne concerne que le FSV et le Ffipsa.

- Les recettes du FSV

Les prévisions de recettes du FSV pour 2006 inscrites dans cet article atteignent **13,1 milliards**, au lieu de 12,5 milliards d'euros en 2005, soit une progression de 4,8 %.

L'annexe C du projet de loi fournit le détail par catégorie des recettes qui lui sont affectées.

Celles-ci comprennent pour l'essentiel des impôts et taxe affectées, pour un montant de 10,9 milliards d'euros, dont 10,2 au titre de la CSG, 377 millions au titre du prélèvement social de 2 % et 100 millions de C3S. La mesure de l'article 10, relative au mode de prélèvement des contributions sociales sur les intérêts des plans d'épargne logement, procurerait, selon les chiffrages du Gouvernement, 151 millions supplémentaires au FSV.

L'autre source de recettes pour le FSV est constituée d'un transfert de la CNAF au titre des majorations de pensions pour enfants à charge. Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et fixé initialement à 15 % du montant de ces majorations, le taux de ce transfert a été porté à 30 % en 2002, puis à 60 % pour 2003, 2004 et 2005. L'article 55 du présent projet de loi fige ce taux à 60 % pour les années à venir. Pour 2006, 2,2 milliards d'euros sont attendus de ce transfert.

- Les recettes du Ffipsa

Les recettes attendues pour le Ffipsa en 2006 s'élèvent à **13,9 milliards d'euros**, en augmentation de 1,5 % par rapport à 2005. L'annexe C en fournit le détail.

Les cotisations ne représenteraient que 1,7 milliard d'euros, soit à peu près le même montant qu'en 2005. Les impôts et taxes affectées atteindraient 6,1 milliards d'euros, dont l'essentiel au titre de la taxe sur les tabacs, à hauteur de 4,95 milliards d'euros, et 945 millions d'euros de CSG. Enfin, 6 milliards d'euros proviendraient de transferts, principalement au titre des transferts de compensation inter-régimes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Par coordination avec l'amendement adopté à l'article 18, l'Assemblée nationale a supprimé cet article, afin de respecter les modalités de vote définies par le nouvel article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose de maintenir la suppression de cet article.

Article 20

Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2006 de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

Ce tableau fait apparaître un déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires en 2006 de **10,1 milliards d'euros** au lieu de 12,9 milliards pour l'année en cours.

Comme en 2005, toutes les branches seraient déficitaires, l'essentiel étant imputable à la branche maladie, pour 7 milliards d'euros, les déficits des branches vieillesse, famille et AT-MP s'établissant respectivement à 1,8 milliard, 1,1 milliard et 0,1 milliard d'euros.

La majeure partie du déficit des régimes de base est due au régime général pour lequel un déficit de 8,9 milliards d'euros est prévu en 2006. Ce déficit est en baisse par rapport à 2005, d'environ 3 milliards d'euros.

Le tableau d'équilibre, qui est présenté dans cet article, est issu du rapprochement entre les prévisions de recettes pour 2006, examinées à l'article 18, et les objectifs de dépenses commentés aux articles 42 pour la branche maladie, 48 pour la branche vieillesse, 51 pour la branche accidents du travail et 56 pour la branche famille.

S'agissant des dépenses, le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2006 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2006 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	3.968	4.708
Mesures sur les produits de santé	1.751	2.085
Mesures sur les établissements de santé	958	1.140
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	84	100
Maîtrise médicalisée	748	890
Lutte contre les fraudes	126	150
Maintien d'un ticket modérateur plafonné sur les actes au-delà de 91 €	84	100
Autres mesures (dont solde net sur les indemnités journalières : 20 M€ tous régimes)	80	95
Revalorisation du forfait CMU	138	148
Mesures nouvelles sur les dépenses des autres branches	129	116
Réforme des conditions d'octroi de l'allocation de présence parentale	21	21
Nouveau complément de libre choix d'activité	35	35
Mesures non législatives	50	50
Intégration du régime de retraite des cultes au régime général	23	10

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2006 de l'assurance maladie, les économies atteignant un total de 4,7 milliards d'euros, dont 2,1 milliards au titre des produits de santé, 1,1 milliard au titre des établissements de santé et 890 millions de maîtrise médicalisée.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission se félicite de l'existence de ce tableau d'équilibre. En effet, **grâce aux nouvelles modalités de présentation de la loi de financement, il est enfin possible de rapprocher recettes et dépenses et d'obtenir des soldes par branche.** Le Parlement est ainsi désormais à même de se prononcer sur un montant de déficit explicite, ce qui n'était pas le cas les années précédentes.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 21

Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre du régime général

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2006 du régime général.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément au nouveau cadre de la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées à l'article 20 ci-dessus.

Le tableau d'équilibre du régime général pour 2006, dont l'approbation est demandée à cet article, fait apparaître un **déficit de 8,9 milliards d'euros** décomposé comme suit :

- 6,1 milliards pour l'assurance maladie ;
- 1,4 milliard pour la branche vieillesse ;
- 1,2 milliard pour la branche famille ;
- 0,2 milliard pour la branche accidents du travail - maladies professionnelles.

Ce déficit est en baisse de 3 milliards d'euros par rapport au déficit du régime général de 2005. Il est également en recul par rapport aux prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale faites en septembre dernier qui évaluait le déficit pour 2006 à 11,5 milliards d'euros.

De fait, **les mesures du présent projet de loi de financement permettent de gagner encore 2,6 milliards d'euros**. Elles comprennent :

- pour l'assurance maladie, 1,2 milliard de recettes supplémentaires, notamment au titre du prélèvement sur les PEL et de la taxe sur les laboratoires pharmaceutiques ;
- pour la branche vieillesse, 1 milliard de recettes supplémentaires, principalement dû à la hausse du taux des cotisations ;
- pour la branche AT-MP, 400 millions du fait de la hausse de 0,1 point du taux des cotisations en 2006 ;
- les charges et les produits supplémentaires de la branche famille s'équilibrant autour de 100 millions d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Comme elle l'a fait à l'article précédent, **vo**tre commission se félicite de l'existence de ce tableau d'équilibre. Elle **vous propose d'adopter cet article sans modification**.

Article 22

Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Objet : Cet article a pour objet de déterminer le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément au nouveau cadre de la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées précédemment à l'article 20.

Le tableau d'équilibre qu'il présente fait apparaître un déficit de 1,5 milliard d'euros pour le FSV et de 1,7 milliard pour le Ffipsa.

Il est le résultat du rapprochement entre les prévisions de recettes, examinées à l'article 19, et les prévisions de charges, commentées à l'article 58, prévues pour chacun de ces deux organismes.

- Le fonds de solidarité vieillesse

Le FSV afficherait un solde négatif en 2006, à hauteur de **1,5 milliard d'euros**, mais en diminution par rapport à 2005, exercice au cours duquel il devrait s'établir au niveau record de 2 milliards d'euros.

- Le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles

Le Ffipsa connaîtrait un déficit de **1,7 milliard d'euros** en 2006, soit un solde identique à celui de 2005.

A ce stade, il n'est pas prévu de versement par l'Etat de subvention d'équilibre au Ffipsa, ce que la loi rend pourtant possible, à défaut d'être obligatoire comme dans le système antérieur du Bapsa.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Outre la constatation très préoccupante de la persistance de soldes négatifs pour ces deux fonds, votre commission prend acte, pour le regretter, du fait qu'aucune mesure n'est prévue pour le traitement de ces déficits, aussi bien pour l'année 2005 que pour l'année 2006. Elle s'étonne de cette situation, compte tenu notamment des observations faites par la Cour des comptes à ce sujet dans son dernier rapport sur la situation de la sécurité sociale.

Toutefois, comme elle l'a fait pour les deux articles précédents, votre commission se félicite de l'existence de ce tableau d'équilibre.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 22

Rapport du Gouvernement sur les modalités de couverture du déficit du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

Objet : Cet article additionnel a pour objet de demander un rapport au Gouvernement sur les modalités de couverture du déficit cumulé du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa).

Le Ffipsa, qui a pris la suite du Bapsa le 1^{er} janvier 2005, a intégré dans son bilan d'ouverture une dette de 3,2 milliards d'euros. Il affiche en outre un déficit de 1,7 milliard d'euros en 2005 et un déficit prévisionnel du même montant pour 2006.

Or, l'article L. 731-4 du code rural prévoit très clairement que les recettes du Ffipsa sont constituées « *d'une dotation budgétaire destinée, le cas échéant, à équilibrer le Ffipsa* ». Mais **aucune dotation n'est inscrite dans le projet de loi de finances pour 2006.**

Le ministre du budget a fait quelques annonces à l'Assemblée nationale mais celles-ci n'ont pas encore été traduites concrètement dans le projet de loi de finances. Par ailleurs, elles n'apportent qu'une réponse extrêmement partielle au problème.

Votre commission souhaite donc obtenir des précisions du Gouvernement sur la façon dont il entend résoudre cette difficulté et, devant l'urgence de la situation, demande que soit fourni au Parlement, avant le 31 janvier 2006, un rapport écrit sur les modalités de couverture du déficit cumulé du Ffipsa.

Il faut que l'Etat cesse de reporter la résolution du problème - et donc d'en transférer la charge sur les générations futures - et prenne dès à présent les mesures permettant un retour du fonds à l'équilibre.

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

Article additionnel après l'article 22
**Rapport du Gouvernement sur les modalités de couverture
du déficit du fonds de solidarité vieillesse**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de demander un rapport au Gouvernement sur les modalités de couverture du déficit cumulé du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Le FSV affiche un déficit de 600 millions d'euros en 2004, 2 milliards en 2005 et 1,5 milliard en 2006. Au 31 décembre 2006, son déficit cumulé devrait atteindre près de 5 milliards d'euros, soit environ 40 % du total de ses ressources.

Au-delà du FSV lui-même, cette situation déficitaire est fortement dommageable pour le fonds de réserve pour les retraites (FRR) qui ne bénéficie plus du versement initialement prévu d'un excédent du FSV.

Or, aucune disposition ne figure dans le projet de loi de financement pour traiter ces déficits.

Pourtant, dans son dernier rapport, la Cour des comptes indique clairement que, conformément à l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, « *les recettes et les dépenses (du FSV) doivent être équilibrées dans les conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale* ». Depuis 2002, cette règle n'est plus respectée alors que, comme le dit la Cour, « *la loi n'autorise pas le cumul de déficits récurrents, qui plus est croissants* ».

Examinant l'ensemble des possibilités susceptibles de remédier à cette situation qui « *demande une solution rapide et durable* », la Cour, après avoir écarté un transfert de dette à la Cades et le recours à l'emprunt, estime que seules sont possibles l'augmentation de la CSG affectée au FSV ou l'attribution au FSV d'une dotation budgétaire d'équilibre.

Afin d'obtenir des précisions du Gouvernement sur la façon dont il entend résoudre cette difficulté et devant l'urgence de la situation, votre commission demande que soit fourni au Parlement, avant le 31 janvier 2006, un rapport écrit sur les modalités de couverture du déficit cumulé du FSV.

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

Article 23

**Objectif pour l'année 2006 d'amortissement de la dette sociale
par la Caisse d'amortissement de la dette sociale -
Prévisions pour 2006 des recettes affectées au Fonds de réserve des retraites**

Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2006 l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que le montant des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ;

Cet article a deux objets :

- l'amortissement de la dette sociale par la Cades

Le présent article fixe à **2,4 milliards d'euros** l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2006, soit à peu près au même montant qu'en 2005.

Au cours des années antérieures, ce montant était supérieur à 3 milliards, mais la reprise par la Cades de la dette de l'assurance maladie, à hauteur de 35 milliards d'euros en 2004, a entraîné une augmentation des charges d'intérêts et consécutivement une baisse de l'amortissement possible.

Au 31 décembre 2006, la dette cumulée reprise par la Cades devrait s'être encore accrue, en application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a prévu par avance une reprise des déficits de l'assurance maladie pour 2005 et 2006 dans la limite de 15 milliards d'euros. Ainsi, le montant de cette dette cumulée atteindrait **108,68 milliards d'euros**, dont 77,28 resteraient à rembourser, l'amortissement cumulé s'établissant à cette date à 31,34 milliards d'euros.

- l'affectation de recettes au FRR

Pour 2006, il est seulement prévu d'affecter **1,4 milliard d'euros** au F2R, soit le montant exact de la fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement qui lui revient.

Aucun versement d'excédent n'est prévu. De fait, tant la CNAV que le FSV affichent des déficits en 2005, ce qui rend évidemment impossible tout versement d'excédent au F2R.

Par ailleurs, aucun revenu exceptionnel n'est davantage envisagé, en particulier **aucune recette de privatisation, ce que votre commission regrette**. En effet, plusieurs ouvertures du capital d'entreprises dans lesquelles l'Etat possède une part sont prévues au cours des mois qui viennent. Il serait de bonne gestion de prélever une partie de leur produit pour le FRR, créé pour assurer sur une longue période la pérennité des régimes de retraite.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 4

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 24

Procédure de certification des comptes des régimes autres que le régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Objet : Cet article a pour objet d'instaurer une procédure de certification des comptes, d'une part, pour les régimes autres que le régime général, d'autre part, pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

A. La certification des comptes du régime général

La loi organique du 2 août 2005 a institué le principe de la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes. Elle a, à cet effet, inséré un nouvel article dans le code des juridictions financières, l'article L.O. 132-2-1, qui dispose :

« Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos, établis conformément aux dispositions du livre 1er du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis au Parlement et au Gouvernement sitôt son arrêt par la Cour des comptes, et au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés. »

Cette nouvelle mission confiée à la Cour des comptes **s'appliquera pour la première fois en 2007 sur les comptes de l'année 2006**. Il en sera rendu compte au Parlement au moment de la préparation de l'examen de la loi de financement pour 2008.

Cette évolution s'inscrit dans le mouvement général de certification des comptes publics engagé avec la réforme de la loi organique relative aux lois de finances. De ce fait, les relations multiples qui existent entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale rendaient nécessaire d'étendre les

opérations de certification à l'ensemble du champ de la sécurité sociale. Par ailleurs, les enjeux financiers exigent de disposer de données comptables et d'états de synthèse qui reflètent avec rigueur et clarté la réalité de la situation financière des organismes de sécurité sociale dans des regroupements pertinents pour le pilotage du système.

Selon la Cour, « *la certification permettra d'émettre une opinion motivée sur les résultats publiés et de mieux appréhender les éléments patrimoniaux de ces organismes à un moment où les déficits cumulés sont à l'origine d'un endettement croissant* ».

Dans cette perspective, la Cour a établi, dans son dernier rapport consacré à la sécurité sociale de septembre 2005, un bilan de dix années de réforme comptable de la sécurité sociale et identifié les conditions préalables à la future certification. En constatant que la qualité des comptes doit encore s'améliorer, elle a fait une douzaine de recommandations.

Recommandations de la Cour des comptes sur la certification des comptes de la sécurité sociale (septembre 2005)

- Prévoir la mise en place d'une comptabilité qui enregistrerait en charges pour l'Acoss les notifications aux branches du régime général des produits qui leur reviennent et sont recouvrées par les Urssaf, les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et par l'Acoss.
- Prendre, dans les meilleurs délais, le décret d'application de l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale, afin de préciser notamment les conditions dans lesquelles les organismes nationaux valideront les comptes des organismes locaux.
- Aménager le cadre budgétaire des dépenses de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale afin de le rendre compatible avec l'application des normes et règles comptables et s'assurer, en gestion administrative, de la stricte application du principe de service fait pour la comptabilisation des charges à payer.
- Afin d'accélérer la remontée des comptes des organismes locaux, distinguer dans tous les organismes nationaux les écritures comptables qui ne doivent relever que du niveau national.
- Passer des provisions pour dépréciation sur les créances détenues par les organismes de sécurité sociale sur l'Etat dès lors que le paiement par l'Etat de ses dettes paraît incertain.
- Etablir un tableau d'équilibre de la branche retraite (tous régimes confondus) intégrant les opérations du FSV.
- Mettre en place des indicateurs permettant de vérifier le caractère effectif du déploiement des référentiels comptables et des dispositifs de contrôle interne au sein des réseaux de caisses locales.
- Prévoir les modalités de validation des opérations intégrées dans les comptes de la CNAM concernant d'une part, les régimes des cultes et des militaires, d'autre part, les mutuelles de fonctionnaires.
- Etendre l'obligation de certification des comptes aux régimes autres que le régime général.

- Publier au printemps les comptes de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale.
- Présenter à la commission des comptes de la sécurité sociale de printemps les comptes rétrospectifs de l'ensemble des régimes obligatoires ; renforcer la fonction de prévision de la commission des comptes de la sécurité sociale qui pourrait être renommée « commission des comptes et des prévisions de la sécurité sociale » ; enfin, élargir l'horizon temporel des prévisions.

B. La certification des comptes des autres organismes

Le présent article propose d'**étendre cette obligation de certification des comptes**, d'une part, aux comptes de tous les régimes autres que le régime général, d'autre part, aux comptes des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

La procédure serait toutefois différente de celle applicable aux comptes du régime général car elle ne ferait pas intervenir la Cour des comptes.

Le **paragraphe I** organise ce nouveau mécanisme qui sera inséré sous la forme d'un nouvel article L. 114-8 dans le code de la sécurité sociale.

Un commissaire aux comptes devra désormais certifier les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale autres que ceux du régime général, ainsi que ceux des organismes concourant au financement des régimes de base. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification devra être effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.

Par ailleurs, une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire devra préciser les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes.

Enfin, les dispositions de l'article L. 140-2 du code des juridictions financières seront applicables, ce qui signifie que les magistrats de la Cour des comptes pourront demander aux commissaires aux comptes communication de tous renseignements sur les organismes dont ils certifient les comptes. En particulier, ils pourront demander communication de tous les documents établis conformément aux lois et règlements relatifs à la profession et au statut des commissaires aux comptes de sociétés.

Le **paragraphe II** tire les conséquences de cette nouvelle disposition pour les comptes des régimes de protection sociale agricole, en abrogeant les dispositions particulières actuelles du code rural qui prévoient l'intervention de commissaires aux comptes au sein des caisses de la mutualité sociale agricole et de leurs unions.

Le **paragraphe III** dispose qu'un décret établira le calendrier d'entrée en vigueur de l'article, qui, en tout état de cause, devra s'appliquer au

plus tard aux comptes de l'exercice 2008. L'exposé des motifs du présent projet de loi ajoute qu'il est proposé de mettre en œuvre ces nouvelles dispositions « *après la première campagne de certification qui portera sur les comptes 2006 du régime général, afin de permettre de tirer profit de l'expérience de celle-ci* ».

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission est très favorable à cette démarche de certification des comptes des organismes de sécurité sociale. Celle-ci est en effet indispensable pour pouvoir progresser dans le pilotage du système.

Elle permettra notamment de vérifier la bonne application du principe posé au VII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale : « *Les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.* »

Le II de l'article prévoit d'abroger l'article L. 723-46 du code rural. Or cet article comporte trois alinéas dont les deux premiers seulement concernent l'intervention de commissaires aux comptes pour le contrôle des comptes des organismes de MSA. Il convient donc de maintenir le troisième alinéa relatif au contrôle par l'Etat des décisions des assemblées générales des organismes de MSA, ce qui justifie le dépôt d'un **amendement** de coordination.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 24 bis (nouveau)

Responsabilité des agents comptables des organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet d'inscrire dans la partie législative du code de la sécurité sociale le principe de la responsabilité personnelle et pécuniaire des agents comptables des organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Dans un arrêt du 28 avril 2004, le Conseil d'Etat a jugé que les dispositions de l'article R. 122-4 du code de la sécurité sociale fixant le principe de la responsabilité personnelle et pécuniaire des agents comptables des organismes de sécurité sociale étaient entachées d'irrégularité au motif

qu'une telle responsabilité pécuniaire, applicable à des agents de droit privé, **relève de la compétence du législateur.**

Le présent article a pour objet de tirer les conséquences de cette décision, en introduisant dans la partie législative du code de la sécurité sociale les dispositions posant les principes relatifs à la responsabilité des agents comptables des organismes de sécurité sociale.

Le texte proposé reprend les principes de la responsabilité des comptables publics en les adaptant au contexte particulier des organismes de sécurité sociale. Il applique donc le principe selon lequel la responsabilité est inhérente à la fonction d'agent comptable et prévoit qu'il s'agit d'une responsabilité sans faute qui n'a pas de lien avec les autres responsabilités de type administratif ou disciplinaire qu'un agent comptable encourt par ailleurs comme tout agent de direction.

A cet effet, le présent article introduit **quatre nouveaux articles** dans la partie législative du code de la sécurité sociale :

- l'article L. 122-2 précise la nature des fonctions de l'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale et pose le principe de sa responsabilité personnelle et pécuniaire ;

- l'article L. 122-3 définit le champ des opérations auxquelles s'applique cette responsabilité ;

- l'article L. 122-4 dispose que les conditions de mise en œuvre de la responsabilité, notamment les modalités de mise en débet ou de remise gracieuse, sont fixées par décret ;

- l'article L. 122-5 précise que ces dispositions sont applicables à tous les organismes de sécurité sociale, à l'exception de ceux qui ont le statut d'établissement public.

II - La position de votre commission

Le principe de la responsabilité personnelle des agents comptables des organismes de sécurité sociale étant un élément important pour garantir la bonne utilisation des fonds de la sécurité sociale, il paraît indispensable d'en sécuriser le cadre juridique.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve de deux amendements de clarification rédactionnelle.

Article 25

**Habilitation pour 2006 des régimes obligatoires de base
et des organismes concourant à leur financement
à recourir à des ressources non permanentes**

Objet : Cet article fixe les plafonds d'avance de trésorerie pour 2006.

I – Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources.

Six organismes sont habilités par cet article à recourir en 2006 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

Le tableau ci-après en fournit le détail et rappelle le montant des plafonds votés en 2005.

Plafonds d'avance de trésorerie pour 2005 et 2006

(en millions d'euros)

	2005	2006
Régime général	13.000	18.500
fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa)	6.200	7.100
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	500	550
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)	-	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	200	300
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	500	475

Pour le régime général, le plafond des ressources non permanentes proposé pour 2006 s'élève à 18,5 milliards d'euros, au lieu de 13 milliards d'euros en 2005.

Ce montant a été déterminé au plus juste sur la base des évaluations réalisées par l'Acoss. Il ne comporte qu'une faible marge. Or, il est soumis à deux aléas importants : d'une part, la date à laquelle interviendra la reprise de dette de l'assurance maladie par la Cades (pour le respect du plafond de trésorerie de l'Acoss, il faudrait qu'elle intervienne début octobre au plus tard), d'autre part, les conditions dans lesquelles se feront les versements de l'Etat, au titre des compensations d'exonérations notamment, ces derniers prenant cette année la forme de l'affectation de taxes. S'y ajoute la question éventuelle du remboursement d'un trop perçu de 1,3 milliard d'euros au titre de la reprise de la dette de l'assurance maladie qui pourrait fragiliser les hypothèses retenues pour la gestion de la trésorerie de l'Acoss en 2006.

Pour le **Ffipsa**, le montant élevé du plafond demandé, soit 7,1 milliards d'euros, en augmentation de 900 millions par rapport au plafond demandé pour 2005, correspond à la situation très dégradée des comptes. Le déficit prévu pour 2006 est en effet de 1,7 milliard, soit un montant équivalent à celui de 2005.

En 2006, la **Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)** devrait dégager un solde positif, comme en 2004 et 2005. Pour couvrir ses charges de trésorerie, elle est habilitée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 550 millions d'euros, au lieu de 500 millions en 2005.

Le **Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)** bénéficie d'une subvention d'équilibre de l'Etat et dégage donc des résultats en équilibre. En 2005, contrairement aux exercices 2002 à 2004, il n'a pas eu besoin de contracter des emprunts. Pour 2006, un plafond de 150 millions d'euros est ouvert à titre de précaution, en raison des incertitudes liées au nouveau système de gestion mis en place et notamment à la création du compte d'affectation spéciale « Pensions ».

La **Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)** est autorisée à contracter des emprunts dans la limite de 300 millions d'euros, au lieu de 200 millions en 2005. Cette augmentation est due pour l'essentiel à la poursuite de la dégradation du déséquilibre démographique du régime minier.

La **Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)**, créée par la loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, est chargée de la gestion des prestations aux assurés. Chaque branche de la CNIEG affichera un résultat net égal à zéro en 2006. Toutefois, afin de faire face au décalage

entre les encaissements et les décaissements, la CNIEG est autorisée à contracter des emprunts en 2006, dans la limite de 475 millions d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

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

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2006

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 26

*(art. L. 161-13-1 nouveau, L. 311-5, L. 323-4, L. 381-30-1
du code de la sécurité sociale)*

Prestations en espèces des détenus libérés et des chômeurs reprenant une activité - Fin de la majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois

Objet : Cet article permet à certaines catégories d'assurés sociaux, anciens détenus ou chômeurs, reprenant une activité professionnelle de conserver des droits à prestations en espèces.

I - Le dispositif proposé

Cet article permet à certaines catégories d'assurés sociaux, anciens détenus et chômeurs, de conserver des droits à prestations en espèces (indemnités journalières, pension d'invalidité, capital décès) lorsqu'ils reprennent une activité professionnelle.

Le **paragraphe I** insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 161-13-1 nouveau. Cet article ouvre la possibilité aux personnes ayant été incarcérées de retrouver, à l'issue de leur détention, le bénéfice des droits aux prestations en espèces dont elles bénéficiaient auparavant.

Jusqu'à présent, en application de l'article L. 161-13 du même code, les détenus libérés, « *s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire, bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité obligatoire dont ils relevaient avant leur détention ou, à défaut, du régime général* ». Cet article ne précise pas leurs droits en matière de prestations en espèces et, face au silence de la loi, ils perdent de façon définitive leurs droits à prestations en espèces, même s'ils sont incarcérés brièvement ou placés en détention provisoire.

L'article L. 161-13-1 nouveau permet donc à ces personnes de retrouver leurs droits à prestations en espèces après l'incarcération si celle-ci a été inférieure à une période qui sera fixée par décret. Par souci de cohérence, cette durée ne devrait pas dépasser douze mois, durée actuelle des divers dispositifs de maintien ou de neutralisation des droits.

Le coût de cette mesure est estimé à 8 millions d'euros.

Le **paragraphe II** complète la rédaction de l'article L. 311-5 du code de la sécurité sociale. Dans l'état actuel du droit, toute personne indemnisée par l'assurance chômage ou le régime de solidarité se voit reconnaître, pendant la durée de son indemnisation, le maintien des droits attachés au régime obligatoire d'assurance maladie dont elle relevait antérieurement. Ces droits sont perdus lors de leur reprise d'activité, et ce durant toute la période qui leur est nécessaire pour les reconstituer (délai de carence).

Le présent article modifie le code de la sécurité sociale afin de permettre aux chômeurs indemnisés de conserver le bénéfice des droits à prestations en espèces pendant une durée fixée par décret sans devoir remplir les conditions de droit commun.

Le coût de cette mesure est évalué à 12 millions d'euros.

Les **paragraphes III et IV** modifient la rédaction de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale et supprime la majoration de 1,9 % qui s'applique aux indemnités journalières perçues à compter du septième mois. Cette majoration était justifiée par la hausse de la CSG sur les indemnités journalières intervenue le 1^{er} janvier 1998 ; elle avait pour objet d'éviter que les assurés en cours d'indemnisation à cette date ne soient pénalisés par une baisse subite de leurs indemnités journalières.

Les personnes bénéficiant déjà d'un congé indemnisé au 1^{er} janvier 2006 sont exclues du dispositif et ne sont pas pénalisées par l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation.

L'économie attendue est évaluée à 40 millions d'euros en année pleine.

Dans la logique des paragraphes I et II, le **paragraphe V** modifie la rédaction de l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale qui permet désormais, d'une part, de ne pas interrompre le versement d'une pension d'invalidité liquidée avant l'incarcération du bénéficiaire, d'autre part, de faire bénéficier du capital décès les ayants droit d'un détenu décédé. Dans ces deux cas, le droit est maintenu quelle que soit la durée de la détention.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements rédactionnels.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les dispositions du présent article qui, à leur échelle, sont de nature à faciliter la réinsertion des détenus, à ne pas pénaliser les familles des personnes incarcérées et à favoriser le retour à l'emploi d'anciens chômeurs.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 26 bis (nouveau)
(art. L. 162-5, L. 162-5-3, L. 162-26, L. 324-1
du code de la sécurité sociale)

Prise en charge des assurés sociaux souffrant d'une affection de longue durée

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, propose qu'à titre transitoire, les patients bénéficiant actuellement du régime de prise en charge liée à une affection de longue durée continuent à bénéficier d'une exonération de ticket modérateur jusqu'à l'élaboration de leur nouveau protocole.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article 6 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie modifie l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale tel qu'il résultait de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 : il renforce la portée du protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin-conseil. Ainsi :

- le protocole de soins doit mentionner les obligations imposées au bénéficiaires du régime des ALD, c'est-à-dire se soumettre aux traitements prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin-conseil, se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse, s'abstenir de toute activité non autorisée et accomplir les exercices prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel ;

- il est périodiquement révisable, sa durée est fixée « *compte tenu des recommandations de la Haute Autorité de santé* » ;

- il définit les actes et prestations nécessités par le traitement de l'ALD ;

- les actes et prestations donnant droit à exonération du ticket modérateur sont précisés ;

- le protocole doit être signé par le patient ou son représentant légal ;

- sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation ;

- lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, le médecin est tenu de certifier qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

Il s'agit ainsi à la fois de responsabiliser le patient, en lui faisant signer le protocole et en lui demandant de le présenter lors de chaque consultation chez le médecin, sauf en cas d'urgence, et de responsabiliser le médecin traitant, en lui imposant de respecter le protocole de soins établi conjointement avec le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie.

Le présent article organise une période de transition afin de permettre une diffusion progressive auprès des six millions de patients aujourd'hui en ALD du « protocole de soins » devant se substituer à l'ancien protocole inter-régimes d'examen spécial (Pires).

Durant cette période transitoire, il convient d'éviter que les personnes concernées soient pénalisées pour non-respect des dispositions relatives au parcours de soins, en l'occurrence la présentation du protocole de soins pour bénéficier de l'exonération de ticket modérateur et ne pas se voir appliquer de dépassement de tarif.

Le présent article propose que, jusqu'au 1^{er} juillet 2008, les patients actuellement en ALD continuent de bénéficier d'une exonération de ticket modérateur jusqu'à l'élaboration de leur nouveau protocole. De même, ils ne pourront pas se voir appliquer une majoration de ticket modérateur ou de dépassement d'honoraires dès lors qu'ils respectent le parcours de soins.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve le pragmatisme dont le Gouvernement fait preuve en instaurant cette période transitoire. Rien ne justifie en effet que les assurés souffrant d'une affection de longue durée soient pénalisés avant l'entrée en vigueur des nouveaux protocoles de prise en charge.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification

Article 26 ter (nouveau)
(art. L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale)
**Elargissement des compétences attribuées aux conciliateurs
exerçant dans les caisses locales d'assurance maladie**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, étend les compétences attribuées aux médiateurs exerçant dans les caisses locales d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article est relatif aux compétences des conciliateurs exerçant dans les caisses locales d'assurance maladie.

Cette fonction a été instaurée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a prévu la désignation, au sein de chaque organisme local, d'une personne chargée recevoir les réclamations des assurés envers leurs caisses. Ses missions sont définies à l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale.

Le présent article a pour but d'étendre la compétence du conciliateur aux réclamations survenues à l'occasion de l'élaboration du protocole de soins conclu avec chaque patient souffrant d'une ALD.

Par ailleurs, la possibilité est offerte aux partenaires conventionnels de confier au conciliateur des missions spécifiques complémentaires de celles prévues par la loi.

II - La position de votre commission

La mise en œuvre du parcours de soins et des nouveaux protocoles de prise en charge des patients souffrant d'une affection de longue durée nécessite l'instauration d'un nouveau dialogue entre les assurés, les médecins et les caisses d'assurance maladie.

Votre commission est favorable à la présence au sein de chaque caisse locale d'assurance maladie d'un conciliateur chargé d'apporter, lorsque cela s'avère nécessaire une information claire et compréhensible sur les nouvelles règles régissant les différentes étapes du parcours de soins et les nouvelles règles de prise en charge des ALD.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 26 quater (nouveau)

(art. L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale)

Saisine des médiateurs des caisses locales d'assurance maladie en cas de contestation des dépassements d'honoraires pratiqués par un professionnel de santé

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, autorise les assurés à saisir les conciliateurs des caisses locales d'assurance maladie en cas de contestation des dépassements d'honoraires pratiqués par un professionnel de santé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article propose d'étendre les compétences des conciliateurs des caisses locales d'assurance maladie.

Désormais, les assurés qui se verront appliquer des dépassements d'honoraires irréguliers ou disproportionnés pourront saisir le conciliateur de leur caisse locale afin qu'il entreprenne si nécessaire, une médiation entre le professionnel de santé et son patient. Cette mesure peut trouver application dans le cadre du nouveau parcours de soins dont la valorisation financière s'accompagne d'une grille tarifaire susceptible de créer des incompréhensions entre le professionnel de santé et son patient.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à ce que les conciliateurs en fonction dans les caisses locales d'assurance maladie se voient attribuer des compétences relatives aux dépassements d'honoraires. En effet, l'entrée en vigueur du parcours de soins a créé des situations nouvelles dans lesquelles les professionnels de santé ont le droit de percevoir des dépassements. Cette pratique autorisée par la loi et encadrée par la convention est source de complexité. Cette situation justifie l'instauration d'un conciliateur chargé d'informer les assurés sur les nouvelles règles tarifaires.

A cet article, **votre commission** vous propose un amendement rédactionnel et **vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 27

*(art. L. 162-7-1 et L. 162-2 nouveaux du code de la sécurité sociale,
art. L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale
et L. 4151-4 du code de la santé publique)*

**Règle de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire
- Prescription de soins de masso-kinésithérapie -
Possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant
les médecins salariés exerçant dans un même centre de santé -
Prescription de dispositifs médicaux par les sages-femmes**

Objet : Cet article comporte diverses dispositions relatives à la hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoires de biologie, aux prescriptions de soins de masso-kinésithérapie, à la possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins exerçant dans un cabinet de groupe ou les médecins salariés d'un centre de santé et la possibilité pour les sages-femmes de prescrire certains dispositifs médicaux.

Cet article regroupe quatre dispositions distinctes. Deux d'entre elles visent à optimiser les dépenses de santé en simplifiant les règles de hiérarchisation des actes effectuées par les directeurs de laboratoires de biologie et en instaurant des référentiels applicables aux prescriptions de soins de masso-kinésithérapie.

Les deux autres ajustent des dispositifs existants en ouvrant la possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins exerçant dans un cabinet de groupe ou dans un centre de santé et en confirmant la possibilité ouverte aux sages-femmes de prescrire certains dispositifs médicaux.

Le **paragraphe I** insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-1-7-1 nouveau dont l'objet est de simplifier la procédure d'inscription au remboursement des actes de biologie effectués par les laboratoires privés.

Cette disposition s'inscrit dans la droite ligne des recommandations émises par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2005. Constatant l'augmentation régulière du volume d'actes effectués par les laboratoires, elle a en effet estimé indispensable « *que la nomenclature soit fréquemment actualisée en abaissant la cotation de ceux pour lesquels les progrès techniques permettent des économies d'échelle* ».

Actuellement, la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisés par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral, est subordonné à son inscription sur une liste. L'inscription sur cette liste est une compétence de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

La hiérarchie des actes, c'est-à-dire leur valorisation financière, est établie par une commission paritaire réunissant l'assurance maladie et les professions concernées.

L'article L. 162-1-7-1 propose d'instaurer un régime spécifique aux directeurs de laboratoires de biologie. Il s'agit de prévoir une procédure simplifiée autorisant l'Uncam à modifier la hiérarchie des actes après avis de la commission de hiérarchisation. La Cour des comptes considère que cette procédure simplifiée favorisera une adaptation plus rapide de la nomenclature des actes biologiques et permettra de développer une régulation prix/volume lorsque cela s'avérera nécessaire.

Le **paragraphe II** a pour objet d'optimiser l'orientation des patients vers les centres de rééducation fonctionnelle (CRF) grâce à l'établissement, sous l'égide de la Haute Autorité de santé, d'un référentiel de prise en charge.

L'article L. 162-2-2 nouveau du code de la sécurité sociale dispose que les médecins doivent se conformer à ce référentiel pour apprécier l'opportunité de recourir à l'hospitalisation de leurs patients ou de les adresser à un cabinet libéral.

Cette action a pour but de recentrer l'activité des CRF sur les patients atteints des pathologies les plus lourdes.

Le **paragraphe III** aménage les règles de désignation du médecin traitant. Jusqu'à présent l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale dispose que chaque assuré doit choisir un médecin traitant *intuitu personae*, qu'il s'agisse d'un médecin libéral, hospitalier ou salarié d'un centre de santé.

Le présent paragraphe propose que les médecins exerçant dans un cabinet de groupe ou dans un centre de santé puissent être désignés collectivement en qualité de médecins traitants. Cette mesure répond à une demande émise par de nombreux assurés sociaux et à un souci déjà exprimé par le Gouvernement de favoriser la création des cabinets de groupe.

Le **paragraphe IV** complète la rédaction de l'article L. 4151-4 du code de la santé publique afin d'autoriser les sages-femmes à prescrire des dispositifs médicaux. Cette disposition s'inscrit dans la continuité des mesures adoptées dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui autorisent les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a souhaité préciser que les dispositions relatives à la désignation d'un cabinet de groupe comme médecin traitant ne sont applicables que lorsque les médecins concernés exercent la même spécialité.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les mesures de simplification contenues dans le présent article. Elle souhaiterait néanmoins connaître les modalités selon lesquelles seront versées les rémunérations spécifiques dues aux médecins traitants, comme par exemple le forfait de quarante euros par patient souffrant d'une affection de longue durée.

Sous réserve de ces observations, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 27 bis (nouveau)

(art. L. 161-38 du code de la sécurité sociale)

Elargissement des compétences de la Haute Autorité de santé

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, complète les compétences de la Haute Autorité de santé en matière de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La loi du 13 août 2004 a confié à la Haute Autorité de santé la mission d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique.

Le présent article propose que, dans le cadre de cette procédure de certification, la Haute autorité de santé s'assure que « *ces logiciels permettent directement la prescription en dénomination commune internationale* ».

L'utilisation de la dénomination commune internationale (DCI) par tous les acteurs du circuit du médicament, professionnels de santé et patients, comporte un double avantage. Elle présente une utilité évidente en matière de santé publique (meilleure prévention des interactions médicamenteuses par les professionnels de santé, prévention des risques de surdosage et d'allergie), ainsi qu'une dimension économique certaine (le recours aux génériques est favorisé ; or, il est source d'économies pour l'assurance maladie).

A l'heure actuelle, le taux de prescription en DCI représente environ 7 % des lignes de prescription des médecins. Aujourd'hui, seul un généraliste sur trois libelle plus de 10 % de ses prescriptions sous cette forme.

Même si ces résultats sont encourageants, il apparaît nécessaire de lever certains freins majeurs au développement de cette pratique. En effet, les dictionnaires de spécialités et les bases de données ne sont pas structurés par substance active mais par nom de marque.

La délivrance d'une certification particulière aux logiciels permettant la prescription en DCI est donc un outil supplémentaire destiné à la promotion des médicaments génériques.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure destinée à favoriser la diffusion des médicaments génériques.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 28

Dispositif de régulation des prix des médicaments et des produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour

Objet : Cet article étend le dispositif de régulation appliqué aux produits de santé prescrits en ville aux médicaments facturés en sus des tarifs de groupes homogènes de séjour à l'hôpital.

I - Le dispositif proposé

Dans le domaine du médicament, le législateur a organisé une régulation conventionnelle des dépenses qui repose sur des accords sectoriels passés entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les laboratoires pharmaceutiques. Ce mécanisme instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 dispose que la convention passée entre les entreprises et le CEPS comporte des engagements de l'entreprise portant sur le chiffre d'affaires de chacun des produits dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise.

Ce système vient se substituer aux mécanismes de taxation « de sauvegarde » et aboutit à des résultats financièrement équivalents pour la sécurité sociale. Il permet de moduler plus souplesment la régulation selon les catégories de médicaments, les priorités de santé publique et la libre concurrence entre entreprises.

Jusqu'à présent ce dispositif de régulation ne portait que sur les médicaments dits de ville. En étaient exclus les spécialités pharmaceutiques figurant sur la liste de rétrocession arrêtée par le ministre chargé de la santé (médicaments vendus par les établissements de santé et non disponibles en ville) et les médicaments, dispositifs médicaux et infirmiers facturés en sus des tarifs de groupes homogènes de séjour (GHS).

Deux articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 viennent intégrer ces catégories de médicaments dans le dispositif de régulation qui couvrira ainsi l'ensemble des produits de santé. L'article 15

étend ce mécanisme pour les médicaments figurant sur la liste de rétrocession, le présent article l'applique aux produits de santé facturés en sus d'un GHS.

Les spécialités pharmaceutiques visées par le présent article sont à la fois des médicaments et des dispositifs médicaux ou infirmiers comme les prothèses.

La mise en œuvre de ce nouveau mode de facturation, appliqué depuis 2004, avait une double ambition : d'une part, s'assurer que l'utilisation de ces spécialités pharmaceutiques serait ouverte à tous les établissements de santé, d'autre part, éviter que puissent se produire au sein d'un même GHS, c'est-à-dire d'une même pathologie, des distorsions de coût de traitement provoquées par la nécessité de recourir ou non à un médicament onéreux. Ce cas de figure peut se présenter, par exemple, dans le traitement de certains cancers.

Les pouvoirs publics souhaitent procéder à un encadrement de ce mode de facturation en lui appliquant un mécanisme de régulation prix/volume. Le présent article autorise ainsi le CEPS à fixer pour chacun des produits visés le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider d'en baisser le prix public, ainsi que cela se pratique déjà dans le domaine des soins de ville.

Les laboratoires pourront demander au CEPS, qui sera tenu d'accéder à leur demande, de substituer à une diminution du tarif de responsabilité, décidée unilatéralement par le Comité, le versement d'une remise à l'assurance-maladie. Cette remise ne sera pas calculée sur une base forfaitaire mais bien sur l'ensemble des ventes des produits concernés. Le recours à cette option est rendu nécessaire par le caractère mondial du marché du médicament. Dans certaines situations, les laboratoires pharmaceutiques ont intérêt, et bien que les montants en jeu soient identiques, à choisir le versement d'une remise plutôt qu'une baisse du prix facial des produits concernés.

Le recours à l'une ou l'autre de ces solutions, baisse de prix ou remise, est neutre pour les finances de la sécurité sociale qui *a priori*, dans un cas comme dans l'autre, enregistre la même économie. En revanche, seule la baisse des prix est susceptible de bénéficier à l'ensemble des acteurs concernés, régime obligatoire, régimes complémentaires et assurés sociaux pour la part qui pourrait rester à leur charge.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, votre commission soutient la démarche entreprise par le Gouvernement pour mettre en œuvre des dispositifs de régulation propres aux produits de santé distribués

par les pharmacies hospitalières (liste de rétrocession, médicaments facturés en sus d'un GHS.

Elle approuve les dispositions du présent article qui complètent les mesures prises en 2004 et étendent aux médicaments hospitaliers les règles de régulation déjà en vigueur pour les spécialités pharmaceutiques disponibles dans les pharmacies d'officine.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 28 bis (nouveau)

**Création d'un taux de remboursement spécifique de 15 %
pour les produits de santé**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, propose la création d'un taux de remboursement de 15 % pour les produits de santé, applicable jusqu'au 31 décembre 2007.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La réforme de la gouvernance de l'assurance maladie opérée par la loi du 13 août 2004 prévoit la création d'une Haute Autorité de santé chargée notamment de procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et de contribuer, par ses avis, à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie desdits produits, actes ou prestations.

C'est dans le respect de l'esprit de la réforme que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ont demandé à la Haute Autorité de santé de procéder à la réévaluation du service médical rendu de 245 médicaments.

A l'issue des travaux d'expertise, et d'une procédure contradictoire, la Haute Autorité de santé s'est prononcée en faveur d'un retrait du remboursement de 218 médicaments actuellement remboursés à 35 % et pour lesquels elle a considéré qu'une prise en charge par la solidarité nationale n'est plus justifiée.

Face à ces propositions, le Gouvernement a choisi de ménager une période de transition : 156 médicaments ne seront plus remboursés à compter du 1^{er} mars 2006 et 62 autres verront leur prise en charge ramenée, de façon temporaire, à 15 % jusqu'au début 2008. Il existera donc trois taux de remboursement pour les produits pharmaceutiques, de 15 %, 35 % et 65 %.

Adopté à l'initiative du Gouvernement, le présent article vise à organiser cette période transitoire.

Le **paragraphe I** dispose que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider du maintien temporaire de la prise en charge de certaines spécialités pharmaceutiques, y compris celles dont le service médical rendu a été jugé insuffisant au regard des autres médicaments disponibles par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé publique.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques concernées.

Par ailleurs, par dérogation au deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale qui confie à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) la compétence de déterminer le montant de la participation de l'assuré, cette dernière est fixée, pour ces spécialités, à 85 % des tarifs servant de base au calcul des prestations (soit un taux de prise en charge de 15 %).

Le **paragraphe II** précise que, lorsque les médicaments visés sont prescrits par le médecin traitant de l'assuré, les assureurs complémentaires ne sont pas tenus d'assurer une prise en charge totale ou partielle de ces produits.

Il étend cette dérogation aux dispositions prévues par l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes à certaines personnes assurées contre certains risques, c'est-à-dire aux assurés bénéficiant d'un contrat de prolongation à la suite de leur sortie du dispositif CMU-C.

Le **paragraphe III** précise que ces dispositions prennent fin au plus tard le 1^{er} janvier 2008.

Selon le Haut Conseil pour l'assurance maladie, la création d'un taux à 15 % au lieu de 35 % pour les veinotoniques représente une économie de 120 millions d'euros pour le régime général.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve ce dispositif. Toutefois elle souhaiterait obtenir des garanties sur le fait que ce taux provisoire ne sera utilisé qu'au bénéfice des veinotoniques pour lesquels la Haute Autorité de santé vient de demander le déremboursement en raison d'un service médical rendu insuffisant.

Sous réserve de cette observation, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 29

(art. L 162-5-4 nouveau du code de la sécurité sociale)

**Dispositions diverses relatives au dispositif du médecin traitant
et aux médecins remplaçants**

Objet : Cet article introduit une dérogation aux règles du parcours de soins au bénéfice des médecins généralistes installés pour la première fois en exercice libéral, et pour les médecins généralistes nouvellement installés dans une zone sous-médicalisée.

I - Le dispositif proposé

L'évolution démographique des professionnels de santé laisse craindre, à terme, des difficultés dans la couverture du territoire en matière d'offre de soins. Le maintien de l'offre plus particulièrement dans les zones déficitaires (zones rurales, zones franches urbaines), dépend non seulement du remplacement des médecins qui cessent leur activité mais aussi de l'installation de nouveaux médecins.

Or, de multiples paramètres interviennent dans la décision d'exercer à tel ou tel endroit : proximité d'un établissement de santé équipé d'un plateau technique, présence de médecins spécialistes, environnement plus ou moins favorable pour le conjoint et les enfants.

En conséquence, inciter de nouveaux médecins à choisir une installation nécessite la collaboration de nombreux acteurs tels l'Etat ou les collectivités locales, et peut donc difficilement trouver une réponse au sein des seuls accords conventionnels.

Dans ce domaine, le Gouvernement a d'ores et déjà pris des mesures destinées à prévenir la désertification de certaines parties du territoire.

A la suite des travaux menés par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, dont le rapport a été publié le 18 mai dernier, le Gouvernement souhaite poursuivre cette action en assurant la transposition législative de deux propositions destinées à développer des aides à l'installation pour les jeunes médecins et à étendre le bénéfice des aides conventionnelles aux remplaçants des professionnels installés dans les zones déficitaires.

Le présent article reprend ces propositions, en organisant, sous certaines conditions, des dérogations aux principes du parcours de soins.

La loi du 13 août 2004 fixe le cahier des charges du parcours de soins. Elle définit les obligations pesant sur les assurés (choix du médecin traitant, respect du parcours de soins), autorise les médecins spécialistes à pratiquer des dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins et organise un accès spécifique pour les cas d'urgence et certaines spécialités.

Le médecin traitant est au cœur de ce nouveau dispositif, ainsi que l'ont bien compris les médecins généralistes, qui pour 99 % d'entre eux sont entrés au moins une fois dans le dispositif, et les assurés, qui sont déjà plus de trente-deux millions à avoir désigné leur médecin traitant.

Le **paragraphe I** propose d'introduire une dérogation limitée aux principes du parcours de soins. Pendant une durée qui sera fixée par décret, laquelle ne devrait, semble-t-il, pas excéder cinq ans, les règles du parcours de soins ne s'appliqueront pas lorsqu'un assuré consultera un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou un médecin généraliste nouvellement installé dans une zone sous-médicalisée.

Cette mesure doit permettre aux jeunes médecins nouvellement installés de se constituer une patientèle sans que les règles du parcours de soins ne constituent un handicap. De la même manière, le dispositif doit favoriser l'installation des médecins dans les zones sous-médicalisées dont la détermination relève de la compétence des missions régionales de santé.

Le présent paragraphe prévoit que lorsqu'un assuré consulte un médecin répondant aux conditions précitées, la majoration de la participation prévue au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (pénalités en cas de non-respect du parcours de soins) ne lui est pas appliquée. Ce même médecin peut, sans être désigné comme médecin traitant, adresser le patient à un spécialiste, libéral ou hospitalier sans que cette consultation de coordination ne puisse faire l'objet d'un dépassement de tarif.

Le **paragraphe II** étend le bénéfice des aides conventionnelles ouvertes aux médecins qui s'installent dans une zone déficitaire aux remplaçants de ces médecins.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article

II - La position de votre commission

Votre commission approuve les mesures proposées par le Gouvernement afin de lutter contre la sous-médicalisation de certaines zones rurales ou urbaines. Elle s'interroge sur la durée de cette dérogation aux règles du parcours de soins qui lui semble surdimensionnée par rapport à l'objectif qu'elle poursuit : faciliter l'installation des médecins. Elle souhaite par ailleurs savoir à quel organisme sera confiée la charge de vérifier l'ouverture et la clôture des droits reconnus à ces médecins et à leurs patients.

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

Article 30

*(article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004,
art. L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique)*

**Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité
aux établissements de santé**

Objet : Cet article aménage le dispositif de convergence propre aux cliniques privées, étend la liste des prestations financées intégralement à l'activité et encadre le développement de l'activité des établissements de santé.

I - Le dispositif proposé

La généralisation de la tarification à l'activité souhaitée par les pouvoirs publics et mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2004 doit permettre une meilleure médicalisation du financement des établissements de santé publics et privés ainsi qu'une équité de traitement entre les secteurs.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 dispose qu'à terme les établissements de deux secteurs utiliseront une tarification par séjour commune (dite par groupe homogène de séjour-GHS). Cette modalité concerne l'ensemble de leurs activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Une phase de transition est prévue pour les années 2005 à 2012, pour assurer le basculement des systèmes de financement précédemment en vigueur (dotation globale pour les établissements de santé publics et prix de journée pour les établissements de santé privés) vers un financement à l'activité.

Durant cette période de transition, de nombreuses mesures de convergence destinées à assurer la montée en charge de la réforme sont mises en œuvre. L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, modifié par l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, regroupe ces dispositions.

Au sein de cet article peuvent être distingués, d'une part, les mesures transitoires relatives au financement des activités des établissements de santé, d'autre part, un triple processus de convergence : entre les établissements publics et privés, et au sein de chaque catégorie des établissements publics et des cliniques privées.

La nécessité de cette convergence interne à chaque catégorie d'établissement de santé s'explique pour de multiples raisons (implantation géographique, spécialisation technique, etc.). Le législateur a donc prévu des dispositifs de transition afin de permettre aux établissements de chaque secteur de s'approprier la réforme et de s'adapter aux nouvelles modalités de financement. Pragmatique, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a prévu que cette uniformisation doit être menée « *dans la limite des*

écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ».

Le **paragraphe I** propose d'aménager le processus de convergence propre aux établissements de santé privés, de modifier la liste des activités financées dans leur intégralité par la tarification à l'activité et de supprimer la référence à une étape intermédiaire du processus de convergence en 2008.

Le **A de ce paragraphe** propose d'aménager, au vu des premiers mois d'application, le dispositif de convergence initialement prévu pour les établissements de santé privés ; il propose donc une nouvelle rédaction des deux premiers alinéas du IV de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Le dispositif en vigueur repose sur des « coefficients de transition » qui minorent ou majorent, pour chaque établissement, les tarifs nationaux de prestation établis sous l'autorité du ministre. Cet ajustement prend la forme d'un coefficient de transition moyen régional.

L'adaptation prévue par le présent article a pour objet de garantir au directeur de l'ARH qu'il disposera d'un outil garantissant la convergence effective des établissements de sa région. Le directeur se voit donc reconnaître une marge d'autonomie nouvelle : il aura désormais la possibilité d'apporter une aide supplémentaire aux établissements sous-dotés à la condition que le total des aides financières ainsi redistribuées ne soit pas supérieur aux sommes prélevées sur le budget des établissements considérés comme sur-dotés. L'usage de ce dispositif lui permettra de développer une gestion plus fine de la convergence entre les établissements de santé privés situés dans le ressort de l'agence.

Le **B de ce paragraphe** ajuste les mesures concernant certaines catégories de prestations médicales.

Durant la période transitoire, les activités de MCO sont financées à la fois par une fraction du tarif des GHS déterminés par le ministère (10 % en 2004, 25 % en 2005) et par une dotation annuelle complémentaire. Mais le législateur a prévu que les prestations de prélèvements d'organes ou de tissus bénéficient d'une dérogation à ces règles de financement et sont facturés dans leur intégralité sur la base des nouveaux tarifs, dès 2005.

Le Gouvernement propose que la liste des prestations exonérées de ce mécanisme transitoire soit étendue à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète (hospitalisation à domicile). La liste des prestations sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Une telle mesure s'inscrit naturellement dans le dispositif de montée en charge de la tarification à l'activité dont elle permet la mise en œuvre intégrale dans de nouveaux domaines. Elle incite les établissements de santé publics à développer de nouveaux modes d'intervention comme

l'hospitalisation à domicile. Elle bénéficie également à l'assurance maladie en termes de coût de prise en charge des patients.

Le C de ce paragraphe supprime la référence à une étape intermédiaire du processus de convergence prévue pour 2008 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 suivant une procédure complexe¹.

La question de la convergence des tarifs entre établissements publics et privés est un sujet hautement sensible qui a donné lieu à de nombreuses interrogations et à quelques controverses, sur lesquelles votre commission a essayé de donner des éclairages à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Dans son rapport 2005, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a souligné : *« la grande opacité qui règne et qui ne permet pas de comprendre la considérable variabilité des coûts, que ce soit au sein de chacun des secteurs hospitaliers, publics et privés, ou entre les deux secteurs »*. Il a regretté *« qu'aucune étude n'ait réussi à quantifier de façon rigoureuse les écarts de coût de prise en charge entre le secteur hospitalier public et le secteur hospitalier privé »* et estimé *« que ce travail comparatif est particulièrement urgent dans un contexte de montée en puissance de la tarification à l'activité »*.

En supprimant cette étape intermédiaire, l'intention du Gouvernement n'est pas de remettre en cause le processus de convergence mais bien de disposer du temps nécessaire pour analyser les écarts de coûts.

Le **paragraphe II** propose de modifier et de compléter la rédaction de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique. Cet article figure dans un chapitre consacré aux contrats pluriannuels conclus par les ARH, il dispose dans son cinquième alinéa que ces contrats *« fixent [...] les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée »*.

Le 1^o propose de compléter ces dispositions, adoptées dans la loi du 22 avril 2005 relative à la fin de vie, afin de préciser, qu'à défaut de la signature du contrat ou de l'avenant dans les délais prévus, l'ARH peut inscrire unilatéralement dans le contrat les pénalités applicables en cas de non-respect des objectifs quantifiés fixés contractuellement.

Le 2^o propose l'ajout de deux alinéas supplémentaires prévoyant les conditions dans lesquelles les objectifs quantifiés sont révisés :

- à l'issue du renouvellement à l'expiration de la durée de vie « normale » de l'autorisation (en principe supérieure ou égale à cinq ans, en application de l'article L. 6122-8 du code de la santé publique) ;

¹ Insérée en première lecture à l'Assemblée nationale, cette mesure avait été supprimée par un amendement du Gouvernement lors de l'examen du texte par le Sénat avant d'être réintroduite en commission mixte paritaire sur proposition de Bernard Perrut, député, puis définitivement adoptée par le Parlement.

- en cas d'incompatibilité entre les autorisations existantes et la mise en œuvre de l'annexe du schéma d'organisation sanitaire relative, notamment, aux objectifs quantifiés d'offre de soins (article L. 6121-2 du code de la santé publique) ;

- lorsque le directeur de l'ARH constate que les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sont insuffisamment atteints (article L. 6122-12 du code de la santé publique).

Dans ces trois cas, les intéressés disposent alors d'un délai de trois mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation pour adapter les objectifs quantifiés.

Le **paragraphe III** complète le deuxième alinéa de l'article L. 6122-8 afin de prévoir que l'ARH peut unilatéralement prévoir « *les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs* ». Cette disposition s'inscrit en miroir de la disposition du paragraphe I qui accorde le même pouvoir unilatéral à l'ARH à l'occasion de la signature des contrats pluriannuels.

Sous un aspect technique, ces dispositions revêtent une grande importance pour la régulation des dépenses hospitalières. Outre le rôle qui peut leur être dévolu en matière de répartition de l'offre de soins sur le territoire, elles permettent d'assurer l'encadrement du développement de l'activité des établissements.

Le **paragraphe IV** précise les modalités d'application de l'ordonnance du 4 août 2004 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ratifiée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

L'article 12 de l'ordonnance du 4 septembre 2003¹, modifiée ensuite par la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004, prévoit qu'« *à titre transitoire, les dispositions législatives en vigueur avant la publication de la présente ordonnance et relatives à la carte sanitaire et au régime des autorisations demeurent opposables aux installations, activités de soins ou équipements matériels lourds d'une région, jusqu'à la publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaire applicable à ces activités ou équipements et au plus tard le 31 mars 2006* ».

Le paragraphe aménage les dispositions applicables au-delà de cette date anticipe d'éventuels retards dans la conclusion des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération. Il prévoit :

- une date butoir pour la détermination des objectifs quantifiés (ainsi que la détermination des pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs) fixée au 31 mars 2007 ;

¹ Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

- un mécanisme selon lequel à défaut de signature du contrat dans les délais, l'agence inscrit les objectifs et les pénalités afférentes dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1, dans les trois mois qui suivent ;

- un régime transitoire pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007, période au cours de laquelle les dispositifs d'autorisation existants sont susceptibles d'être prolongés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre trois modifications rédactionnelles, l'Assemblée nationale a supprimé le C du paragraphe I de cet article. Elle s'est donc opposée, malgré l'avis défavorable du Gouvernement, à la suppression de la référence à une étape intermédiaire de la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés en 2008.

III - La position de votre commission

Votre commission soutient la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Elle ne peut donc qu'approuver les dispositions susceptibles de favoriser la convergence entre les différents secteurs hospitaliers tout comme à l'intérieur de chaque périmètre public ou privé.

Soucieuse, à la suite des dépassements de l'Ondam hospitalier en 2004 et 2005, de mieux encadrer l'activité hospitalière afin de favoriser la médicalisation du financement et d'éviter les dérives qu'ont pu connaître certaines expériences étrangères (sélection des risques, surcodage des actes), elle propose une série d'amendements techniques destinés à compléter les procédures de contrôle existantes et à responsabiliser aussi bien les ARH que le principal financeur de l'hôpital : l'assurance maladie.

Ces neuf amendements visent :

- à accorder une validation législative aux avances consenties par l'assurance maladie aux établissements de santé privés dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A et de la classification commune des actes médicaux (CCAM)

- à porter à trois ans la période durant laquelle l'assurance maladie peut demander le recouvrement de sommes indûment perçues par un établissement de santé ;

- à associer l'assurance maladie à la signature des contrats de bon usage des médicaments conclus entre les ARH et les établissements de santé ;

- à prévoir que les sanctions financières applicables aux établissements de santé sont régies par l'article L. 162-1-14 du code la sécurité sociale qui détermine déjà les sanctions financières applicables aux médecins

employeurs et assurés en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale ;

- à supprimer l'article L. 162-22-18 du code la sécurité sociale qui prévoit que les sanctions financières applicables aux établissements de santé sont prises par la commission exécutive de l'agence régionale d'hospitalisation ;

- à étendre les pouvoirs du service du contrôle médical en matière de lutte contre les fraudes ;

- à obliger les établissements de santé à transmettre à l'ARH et à l'assurance maladie, les documents nécessaires au contrôle de leurs activités et de leurs facturations ;

- à prévoir que les décisions budgétaires arrêtées par le directeur de l'ARH sont prises après avis favorable de la commission exécutive pris à la majorité des deux tiers ;

- à prévoir que le directeur de la caisse régionale de l'assurance maladie peut demander au directeur de l'ARH d'engager des sanctions à l'encontre d'un établissement de santé. En cas de refus, le directeur de l'ARH doit présenter un avis motivé à la commission exécutive de l'agence.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 31

*(art. L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles
et L. 174-5 du code de la sécurité sociale)*

Répartition des crédits finançant la prise en charge des patients en unités de soins de longue durée

Objet : Cet article traite de la répartition des crédits finançant la prise en charge des patients dans les unités de soins de longue durée entre la CNSA et l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

L'article 59 de la loi n° 2005-102 du 11 février relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées modifie la rédaction de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles afin de prévoir que l'objectif de dépenses spécifique en matière de prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés à la charge de la sécurité sociale tient compte de la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La CNSA est chargée de la répartition des dotations à certaines catégories d'établissements dont les unités de soins de longue durée (USLD). Ces USLD sont des structures spécifiques qui, tout en ayant un statut sanitaire,

relèvent d'une tarification médico-sociale : en conséquence les patients acquittent non pas un forfait journalier, sur le modèle hospitalier, mais un prix de journée plus onéreux. Dans ces conditions il est logique que les crédits relatifs à leur financement soient intégrés à « l'Ondam médico-social »

Les **paragraphes I et II** reviennent sur ces dispositions et réintègrent les unités de soins de longue durée dans le sous-objectif « *autres dépenses relatives aux établissements de santé* », c'est-à-dire une catégorie sanitaire et non pas médico-sociale. Cette mesure conservatoire a pour objet d'établir un référentiel susceptible de déterminer quels patients hébergés dans ces unités relèvent d'une prise en charge dans le secteur médico-social et quels patients relèvent au contraire de la prise en charge sanitaire requise par leurs poly-pathologies.

Selon le directeur de la CNSA¹, l'établissement d'un tel référentiel « *constituerait un progrès pour les patients, le nombre de places étant susceptible d'être multiplié par deux, voire deux et demi compte tenu du rapport entre le prix d'une place d'USLD et celui d'un lit en maison de retraite médicalisée* ».

Le **paragraphe III** met en place une procédure visant à établir le référentiel qui déterminera la nature des besoins financiers des USLD selon leur caractère sanitaire ou médico-social.

Ce nouvel outil dénommé « *référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée* » sera déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Un groupe de travail chargé de préparer le référentiel a déjà été mis en place, sous l'autorité de Michel Thierry, inspecteur général des affaires sociales. Ce référentiel doit être bâti sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie.

Sur la base de ce référentiel, l'Etat fixera au 1^{er} janvier 2007, la répartition des crédits entre le sous-objectif hospitalier et le sous-objectif médico-social de l'Ondam. Il sera procédé à une répartition fine entre établissements sur la base du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, institué par la loi du 11 février 2005.

Le **paragraphe IV** définit les conditions de mise en place de cette répartition des crédits au cas où l'Etat ne serait pas en mesure de l'arrêter au 1^{er} janvier 2007. Dans cette hypothèse, les ministres compétents détermineront une clé de répartition sur la base de laquelle seront affectés les crédits. Cette clé sera définie par décret.

Le **paragraphe V** précise que la finalité de ce dispositif est d'optimiser l'occupation des places disponibles dans les USLD. Ces places

¹ Audition de M. Denis Piveteau, mercredi 16 octobre 2005. -Tome II - assurance maladie - du projet de loi n° 63 (2005-2006) de financement de la sécurité sociale pour 2006.

seront affectées soit aux activités de soins des établissements d'accueil des personnes âgées, soit à d'autres établissements de santé, pour l'essentiel les services de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements formels et deux modifications de fond :

- la première organise une concertation entre l'Etat et les fédérations représentatives sur les modalités de détermination du référentiel ;
- la seconde prévoit que l'organe délibérant de chaque établissement concerné se prononce sur la clé de répartition des places proposées par les pouvoirs publics.

III - La position de votre commission

Votre commission prend acte de la démarche entamée par les pouvoirs publics, démarche dont elle soutient la logique. Elle demeure réservée sur la possibilité d'établir l'outil parfait susceptible d'assurer le partage entre les patients relevant d'une prise en charge sanitaire et personnes nécessitant un accompagnement médico-social.

Sous réserve de ces observations, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 31 bis (nouveau)

(art. L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale)

Participation des professionnels de santé libéraux à la prise en charge des soins palliatifs à domicile

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, prévoit que les modalités de rémunération des professionnels de santé participant à la prise en charge des soins palliatifs à domicile sont déterminées dans le cadre conventionnel.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a précisé les conditions dans lesquelles sont fixées les rémunérations des professionnels de santé libéraux participant à la prise en charge des soins palliatifs à domicile.

La délivrance des soins palliatifs à domicile est actuellement organisée par le décret n° 2002-793 du 3 mai 2002. Ce décret renvoie à un

contrat type la détermination des modalités selon lesquelles les professionnels de santé adhèrent à ce dispositif.

Les conditions d'organisation et de fonctionnement de la prise en charge des soins palliatifs ont été jugées insuffisantes par l'assurance maladie et les professionnels concernés, ce qui a amené l'assurance maladie à conclure avec les organisations représentatives des médecins un contrat de santé publique précisant les règles d'organisation du dispositif.

Dans son arrêt du 1^{er} octobre 2004, le Conseil d'Etat a considéré que les dispositions de ce contrat de santé publique empiétaient sur le domaine réglementaire. En conséquence, il a annulé le dispositif conventionnel.

Cette décision de justice a eu pour effet de suspendre les négociations en cours sur ce thème entre, d'un côté, les masseurs kinésithérapeutes et les infirmiers et de l'autre, l'assurance maladie.

Le présent article a pour objet de préciser que la valorisation financière de la participation des professionnels de santé libéraux à la prise en charge des soins palliatifs à domicile relève du champ conventionnel. Elle est fixée soit par l'intermédiaire d'un accord interprofessionnel (article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale), soit dans le cadre d'un contrat de santé publique (article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale) négocié par chaque profession concernée.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve les dispositions du présent article qui respectent l'esprit de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004 et confie aux partenaires conventionnels le soin de préciser les règles de rémunération des actes et prises en charge assurés par les professionnels de santé.

Elle propose d'adopter cet article sans modification.

Article 32

(art. L. 312-7, L. 313-12, L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 5125-17, L. 5126-5 du code de la santé publique)

Convention pluriannuelle, forfait soins des établissements médico-sociaux et fonctionnement des pharmacies à usage interne

Objet : Cet article fixe au 31 décembre 2007 la date limite à laquelle les conventions pluriannuelles régissant les rapports entre les établissements médico-sociaux, les conseils généraux et l'Etat doivent être conclus. Il aménage la réglementation relative aux pharmacies à usage intérieur de ces établissements.

I - Le dispositif proposé

Cet article comporte plusieurs dispositions relatives aux établissements médico-sociaux. Il reporte au 31 décembre 2007 la date à laquelle ces établissements devront avoir conclu une convention pluriannuelle avec les conseils généraux et l'Etat et aménage la réglementation relative aux pharmacies à usage intérieur installées dans certains de ces établissements.

Le **paragraphe I** repousse au 31 décembre 2007 la date butoir pour la signature des conventions pluriannuelles tripartites prévues aux articles L. 313-11 et L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et des logements-foyers mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation.

Ces conventions, créées par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 « *tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance* », devaient être, dans un premier temps, conclues avant le 1^{er} janvier 1999.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a reporté une première fois ce terme au 31 décembre 2003. Moins d'un an après, la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 relative au financement de la sécurité sociale pour 2003 a repoussé la date limite au 31 décembre 2005 et étendu l'obligation aux logements-foyers, en fixant le 31 décembre 2006 comme date limite de signature de cette convention.

La signature de ces conventions conditionne la possibilité, pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), d'accueillir effectivement ces personnes.

Prévues dans le cadre de la réforme de la tarification des prestations, les conventions tripartites signées entre les EHPAD, le conseil général et l'autorité compétente de l'Etat (préfet ou ARH) définissent pour une durée de cinq ans, à partir d'un cadre national, les conditions de fonctionnement de

l'établissement concerné, sur le plan budgétaire et formalisent les engagements pris par l'établissement dans le cadre de la démarche qualité.

Les conventions précisent également les objectifs d'évolution de l'établissement, les modalités de son évaluation et la façon dont il s'inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer.

Elles prévoient, en outre, les modalités de l'ajustement progressif des recettes supplémentaires apportées par l'assurance maladie dans le cadre du tarif soins. Elles permettent enfin de déterminer un tarif relatif à la dépendance.

Tous les établissements accueillant des personnes âgées ne sont toutefois pas soumis à l'obligation de signature de ces conventions pluriannuelles tripartites.

Au 1^{er} août 2005, seules 4.052 conventions tripartites couvrant 4.300 établissements avaient été signées, soit 42 % des 10.344 établissements concernés.

Le **paragraphe II** propose une nouvelle rédaction du dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles afin de modifier le contenu des prestations médicales prises en compte pour le calcul des tarifs de soins des EHPAD. Ce tarif finance la prestation de soins de base dispensés aux personnes hébergées dans ces établissements et 70 % des dépenses d'aides soignantes et d'aides médico-psychologiques. Ce tarif est arrêté par le préfet après avis de la CRAM. Il est pris intégralement en charge par l'assurance maladie.

Le dispositif initial prévoyait que dans les établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur, le tarif de soins ne comprenait pas l'achat et la prise en charge des médicaments dispensés en pharmacie d'officine et des dispositifs médicaux.

Le présent article propose d'aménager cette disposition en intégrant dans le tarif certains médicaments et dispositifs médicaux, dont la liste sera fixée par arrêté.

Il prévoit également que, pour les établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), de même que pour les établissements membres d'un groupement de coopération sanitaire ou médico-social qui disposent d'une PUI, le tarif de soins comprend les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques visée par l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007, elles permettent de procéder à une réévaluation du tarif de soins et surtout d'éviter une distorsion dans la prise en charge des personnes âgées, provoquée par le coût de certaines spécialités pharmaceutiques.

Les **paragraphes III et IV** proposent de compléter la rédaction des articles L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et L. 5126-1 du code

de la santé publique, afin d'autoriser les groupements de coopération médico-sociale à gérer, pour le compte de leurs membres, une pharmacie à usage intérieur.

Les **paragraphes V et VI** autorisent les pharmaciens titulaires d'une officine à gérer une pharmacie à usage intérieur, sous réserve d'y avoir été autorisés par le préfet. Pour ce faire, il abroge une disposition de l'article L. 5125-17 du code de la santé publique, qui interdit aux pharmaciens d'officine d'exercer une autre activité que celle pour laquelle leurs diplômes sont enregistrés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté :

- un amendement visant à limiter le dispositif d'intégration des médicaments dans les tarifs des prestations de soins ;

- un amendement qui propose de limiter à la gestion d'une officine et d'une PUI, l'autorisation faite aux pharmaciens d'exercer une autre activité que celle pour laquelle leurs diplômes sont enregistrés ;

- un amendement visant à interdire aux pharmaciens d'officine de gérer une PUI installée au sein d'un groupement de coopération médico-social.

III - La position de votre commission

Votre commission constate qu'une nouvelle fois, la date limite fixée pour la signature des conventions pluriannuelles est repoussée. Elle ne peut blâmer le pragmatisme dont fait preuve le Gouvernement en proposant ce report qui permettra de poursuivre le financement des établissements qui n'ont pas encore signé leur convention.

Ce nouveau report ne fait que mettre en exergue les difficultés qui restent à résoudre sur le plan financier.

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

Article 32 bis (nouveau)
(art. L. 1121-1 du code de la santé publique)
Recherches biomédicales sur les patients hospitalisés

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet de favoriser les recherches biomédicales pratiquées à partir des soins courants.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La loi du 13 août 2004 relative à la politique de santé publique a défini les principes généraux de protection des personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale. Son article 88 établit une distinction entre les recherches menées à partir des soins courants et celles qui portent sur l'expérimentation de produits ou de thérapeutiques nouvelles. Cette distinction ne remet pas en cause la protection des personnes qui participent à des recherches biomédicales. Elle crée une catégorie à part, les soins courants, définis comme les actes pratiqués de manière habituelle et considère que le caractère routinier des actes visés permet de les dispenser des procédures applicables aux recherches biomédicales

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a modifié les règles d'évaluation des soins courants afin de favoriser « *la recherche, la conduite des essais multicentriques d'évaluation et la comparaison des pratiques médicales* ».

Concrètement, cette disposition supprime les dispositions qui excluaient les produits et spécialités pharmaceutiques du champ des recherches visant à évaluer les soins courants. Les recherches sur ces produits devaient jusqu'alors être conduites dans le cadre des procédures applicables aux recherches biomédicales. Désormais, le périmètre des recherches visant à évaluer les soins courants sera déterminé par un décret en Conseil d'Etat.

II - La position de votre commission

Votre commission s'interroge sur la raison d'être de cet article dans une loi de financement de la sécurité sociale. En effet, ce dispositif remet en cause la définition des soins courants établie dans le cadre d'une réflexion générale sur la recherche biomédicale.

Votre commission ayant toujours été très attentive à assurer la protection des personnes qui se prêtent à la recherche, elle ne peut avaliser une telle modification sans éléments nouveaux susceptibles de faire évoluer la position qu'elle avait pris à l'occasion des débats préalables à l'adoption de la loi relative à la politique de santé publique.

En conséquence, elle vous propose de supprimer cet article.

Article 33

(art. L. 3125-5 du code de la santé publique, L. 162-46, L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 312-1, L. 313-1, L. 313-4, L. 314-3-2 nouveau et L. 314-3-3 nouveau du code de l'action sociale et des familles)

**Transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues et des lits halte soins santé à l'assurance maladie -
Création d'un nouvel objectif médico-social**

Objet : Cet article transfère à l'assurance maladie le financement des dépenses des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers des drogues (CAARUD), ainsi que des lits « halte soins-santé ».

I - Le dispositif proposé

La prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie a déjà donné lieu, par étapes successives, à un transfert de financement de l'Etat à l'assurance maladie.

Le transfert du financement des dépenses médico-sociales des centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA) a ainsi été décidé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Un deuxième transfert du même ordre a été effectué par l'article 88 de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale pour les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutiques (ACT).

Un troisième transfert a été réalisé à l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 en imputant à l'assurance maladie les dépenses des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

L'objet des **paragraphes I et II** est de poursuivre cette politique en transférant à l'assurance maladie le financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers des drogues (CAARUD). Ces CAARUD sont des structures de premier accueil des usagers de drogues, de prévention des risques infectieux et de réduction des dommages sociaux dotées d'une personnalité juridique comparable à celle des CSST et des CCAA.

Ce transfert est effectué sans préjudice d'autres participations, notamment celles susceptibles d'être versées par les collectivités locales.

Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2006, les caisses sont autorisées à verser des acomptes mensuels égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque structure.

Le montant total de ce financement est évalué entre 10 et 15 millions d'euros.

Le **paragraphe III** poursuit les ajustements législatifs nécessaires au transfert des CAARUD et confie à l'assurance maladie la prise en charge financière des lits « halte soins-santé ».

Il porte création d'un objectif médico-social spécifique concernant les établissements médico-sociaux hors champ de compétences de la CNSA, intégrés dans le sous-objectif de l'Ondam « *dépenses relatives aux autres modes de prise en charge* ».

Il insère deux nouveaux articles L. 314-3-2 et L. 314-3-3 dans le code de l'action sociale et des familles, destinés à prévoir les conditions de détermination de ce sous-objectif. Son budget total annuel est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fié par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Relèvent de cet objectif :

- les centres spécialisés de soins aux toxicomanes ;
- les centres de cure ambulatoire en alcoologie ;
- les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les structures dénommées « lits halte soins-santé » ;
- les actions expérimentales à caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A cet article, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

III - La position de votre commission

Votre commission comprend et partage les objectifs de simplification et de clarification poursuivis par cet article.

Elle souligne que le transfert à l'assurance maladie des dépenses de lutte ne doit pas pour autant conduire l'Etat à se désengager des politiques destinées précisément à prévenir les risques. Si la prise en charge des CAARUD, en tant que telle peut bien être assumée par l'assurance maladie au titre de la simplification administrative, le problème de santé publique - et de société - que posent les pratiques addictives dans notre pays relève bien de la seule responsabilité de l'Etat, ainsi que le rappelle la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Votre commission vous propose un amendement rédactionnel et **vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 34

**Financement par la Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie des groupements d'entraide mutuelle,
de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé
et des services de soins infirmiers à domicile**

Objet : Cet article répare un certain nombre d'oublis dans les dépenses imputables à la CNSA en application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

I - Le dispositif proposé

Mise en place par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la CNSA a vu ses charges évoluer chaque année depuis sa création.

- En 2004 elle a repris les compétences du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) : elle a ainsi versé aux départements un concours destiné à financer une partie du coût de cette allocation et participé aux dépenses de professionnalisation des métiers de l'aide à domicile.

Elle a également contribué au financement, par l'assurance maladie, des établissements et services pour personnes âgées et à celui des dépenses d'animation et de prévention en direction des personnes âgées. Elle a enfin remboursé l'emprunt exceptionnel réalisé par le FFAPA en 2003.

- En 2005, son champ d'intervention a été redéfini par l'article 100 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : cet article, explicitement transitoire, mettait à la charge de la caisse, outre la contribution au financement de l'APA, une contribution au financement, par l'assurance maladie, des établissements et services pour personnes handicapées, ainsi que le financement de dépenses préfigurant ses fonctions au titre de la compensation du handicap.

La CNSA a ainsi financé, par voie de subventions ou de fonds de concours, des opérations de modernisation dans les établissements pour personnes âgées ou handicapées, la mise en place des maisons du handicap et des aides individuelles en faveur des personnes handicapées comme la mise à disposition d'auxiliaires de vie.

● L'année 2006 est donc le premier exercice où la CNSA exercera l'ensemble de ses compétences, conformément aux articles L. 14-10-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles, introduits par la loi du 11 février 2005. Outre ses compétences au titre de l'APA, la caisse se voit désormais confier deux missions essentielles :

- la gestion de l'objectif de dépenses du secteur médico-social, composé de l'enveloppe médico-sociale de l'Ondam et d'une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie : à ce titre, la caisse est également responsable de la répartition territoriale de ces crédits ;

- la contribution au financement de la nouvelle prestation de compensation du handicap : celle-ci prendra, comme pour l'APA, la forme d'un concours aux départements, qui couvrira à la fois les dépenses de prestations et la participation au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées.

Le présent article procède à des ajustements des dispositions de la loi du 11 février 2005 concernant les compétences de la caisse, pour réparer des oublis ou coordonner des dispositifs déjà prévus par cette loi.

Le 1^o du **paragraphe I** met ainsi explicitement à la charge de la CNSA le financement des groupes d'entraide mutuelle, en l'imputant à sa sous-section comptable relative au financement des établissements et services pour personnes handicapées.

Ces groupes d'entraide mutuelle, dont l'existence est reconnue par la loi du 11 février 2005, sont des services destinés aux personnes handicapées psychiques qui vivent à domicile, à qui ils apportent un soutien pour s'insérer dans la vie sociale. Ils constituent, pour ces personnes, un mode particulier de compensation du handicap. C'est la raison pour laquelle ils relèvent, sans doute possible, de la mission de la CNSA.

On notera d'ailleurs que ces « clubs psychiques » étaient déjà à la charge de la caisse en 2005 : sur la base de l'article 100 de la loi du 11 février 2005, un fonds de concours de 20 millions d'euros, alimenté par la CNSA, avait été ouvert.

En 2006, s'agissant d'un dispositif encore largement expérimental, pour lequel les modes de tarification restent à définir, il est proposé de conserver ce mécanisme du fonds de concours, pour un montant équivalent à celui engagé en 2005, soit 20 millions d'euros.

Le 2^o précise l'imputation comptable de la majoration d'allocation d'éducation spéciale (AES) pour parent isolé, créée par l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale, lui-même introduit par l'article 68 de la loi du 11 février 2005. Cet article du code de la sécurité sociale prévoit en effet explicitement que la majoration est versée, pour des raisons de simplicité, par la branche famille qui gère déjà l'AES et que la CNSA lui rembourse les dépenses correspondantes. Mais ce transfert n'était pas inscrit dans les

dépenses de la CNSA : le présent article y remédie, en imputant la majoration d'AES à la section relative à la prestation de compensation du handicap.

Le **paragraphe II** étend la compétence de la caisse aux services apportant aux personnes âgées une assistance ou des soins à domicile. En effet, en ne mentionnant que les établissements pour personnes âgées, la rédaction actuelle de l'article L. 314-3-1 exclut de l'objectif de dépenses géré par la CNSA les services d'aide à domicile et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Or, dans l'esprit du législateur comme dans un souci de cohérence de l'offre de service, il est important que l'ensemble de ces structures relève de l'objectif géré par la caisse.

Il convient de souligner que cette disposition ne modifie en rien les autorités compétentes pour tarifier ces services ni leurs financeurs en dernier ressort : les crédits nécessaires à leur financement sont simplement délégués en gestion à la CNSA. Il est précisé que cette disposition entre en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

Le **paragraphe III** prévoit la possibilité, pour la CNSA, de financer des opérations de modernisation et de remise aux normes dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ou handicapées. Ces dépenses seront imputées à la section « *Autres dépenses en faveur des personnes âgées ou handicapées* ».

Là encore, il ne s'agit pas d'un domaine d'intervention entièrement nouveau pour la CNSA puisque l'article 100 de la loi du 11 février 2005 avait déjà autorisé la caisse à soutenir les opérations d'investissement dans les établissements pour personnes âgées. Les dépenses à ce titre en 2005 se sont élevées à 50 millions d'euros. La possibilité pour la caisse de cofinancer ces investissements est toutefois étendue aux établissements pour personnes handicapées, la répartition des crédits entre les deux catégories d'établissements étant faite par arrêté.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre trois amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a soumis à un avis du conseil de la caisse, la participation de la CNSA au financement d'opérations d'investissement et le partage de ces financements entre les secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les précisions apportées par cet article qui ne font en réalité que préciser des dispositifs créés par la loi du 11 février 2005, sans en modifier l'esprit.

S'agissant de la majoration d'AES pour parent isolé, votre commission rappelle toutefois que la loi du 11 février 2005 prévoit une harmonisation en cinq ans de l'ensemble des dispositions relatives à la

compensation du handicap des enfants et des adultes. Cette remise à plat ne manquera pas de soulever la question des périmètres d'intervention respectifs de la branche famille et de la CNSA.

Votre commission vous propose **deux amendements** à cet article, l'un pour codifier les dispositions relatives au cofinancement, par la CNSA, d'opérations d'investissement au profit des établissements pour personnes âgées ou handicapées, l'autre de nature rédactionnelle.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 35

(art. L. 1142-3 du code de la sécurité sociale)

Modalités du financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle

Objet : Cet article transfère de l'Etat vers l'assurance maladie la prise en charge du financement du fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles.

I - Le dispositif proposé

La loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 a institué un fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) destiné à indemniser les personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par voie transfusionnelle. Depuis 1992 et jusqu'au 31 décembre 2004, ce fonds était financé par le ministère chargé du budget, à la section des charges communes, au chapitre 46-98 « *réparation de préjudice dans le domaine de la santé* ». En 2005, à titre expérimental, les crédits du FITH ont été transférés sur le budget « *travail santé et cohésion sociale* », chapitre 39-02, programme « *veille et sécurité sanitaire* », pour un montant de 3 millions d'euros.

Suivant les recommandations du dernier rapport annuel du FITH, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a intégré le fonds dans l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam). A compter du 1^{er} janvier 2006, l'ensemble des droits et obligations dont le fonds est titulaire seront transférés à l'Oniam.

Le présent article prévoit d'abroger le 6° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique qui dispose qu'une dotation est versée par l'Etat à l'Oniam, en vue d'assurer l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le VIH.

Cette mesure est justifiée par la volonté du Gouvernement de simplifier le financement de l'Oniam qui sera désormais assuré par la seule dotation versée par les organismes d'assurance maladie.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article

II - La position de votre commission

Votre commission est sensible au souci de simplification qui anime le Gouvernement. Elle regrette néanmoins que cela se traduise par un surcroît de charges pesant sur les finances de l'assurance maladie. Elle constate que, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, ce sont ainsi 13 et 18 millions d'euros (FITH, CAARUD) qui sont mis à la charge de l'assurance maladie, et ce sans compter la contribution versée au titre du fonds de concours mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

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

Article 36

(art. L. 862-4 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale)

Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Objet : Cet article revalorise le taux de la taxe versée par les organismes complémentaires au profit du fonds CMU, la déduction fiscale dont peuvent bénéficier les assureurs complémentaires gérant des contrats CMU-C et le montant de l'aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire.

I - Le dispositif proposé

Cet article procède à un ajustement des modalités de financement de la CMU. Il revalorise le taux de la taxe versée par les assureurs complémentaires au Fonds CMU, augmente la déduction fiscale dont peuvent bénéficier les assureurs complémentaires gérant des contrats CMU-C et fixe un nouveau barème pour l'aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire.

Les organismes de protection complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs) sont assujettis au titre de leur activité exercée en France à une contribution trimestrielle versée au profit du fonds CMU dont l'une des missions est de financer la couverture complémentaire des dépenses de santé offerte par la CMU-C.

En 2004, le rendement brut de cette contribution s'est élevé à 395 millions d'euros et son rendement net (après déductions forfaitaires opérées par ces organismes au titre des dépenses de CMU-C) à 291 millions d'euros. Le montant total des recettes perçues par le fonds CMU s'est élevé à 1,53 milliard d'euros en 2004.

Le **paragraphe I** propose de revaloriser le taux de la taxe versée par les assureurs complémentaires au fonds CMU en le portant de 1,75 % à 2,5 %. Les ressources supplémentaires attendues de cette revalorisation sont comprises entre 150 et 200 millions d'euros. Elles permettront de financer une augmentation significative du forfait de la CMU qui passera de 304,52 euros par bénéficiaire et par an à 340 euros.

Il convient de rappeler que ce forfait annuel doit couvrir les dépenses de santé prises en charge par l'assureur complémentaire ou l'assurance maladie, pour le compte de l'assuré.

Cette augmentation est d'autant plus opportune que le montant actuel ne couvre pas la totalité des dépenses réelles prises en charge par les opérateurs au titre de la CMU.

Par ailleurs, il est procédé à la revalorisation du forfait servant de base de calcul à la réduction dont peuvent bénéficier les assureurs complémentaires. Ce forfait vient en déduction du montant qu'ils doivent verser au titre de leur contribution au fonds CMU. Cette réduction est égale au montant du forfait (85 euros) multiplié par le nombre de personnes prises en charge par l'assureur complémentaire au titre d'un contrat CMU. Le versement de la taxe étant trimestriel, ce forfait est calculé en fonction du nombre de bénéficiaires enregistrés auprès de l'assureur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due.

Le **paragraphe II** revalorise le montant du dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

Cette aide a été instituée par l'article 56 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Son bénéfice est ouvert aux ménages dont les revenus se situent entre le plafond ouvrant le bénéfice de la CMU-C et ce plafond majoré de 15 % (soit, pour une personne seule, un revenu compris entre 587,16 euros et 675,24 euros par mois). Il s'agit d'une aide financière réservée aux contrats à adhésion individuelle.

Selon les estimations établies par les pouvoirs publics et les services de l'assurance maladie obligatoire, environ deux millions de personnes pourraient bénéficier de ce nouveau dispositif.

En 2005, le montant de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie s'établit comme suit :

- 75 euros par personne âgée de moins de vingt ans ;
- 150 euros par personne âgée de 25 à 59 ans ;
- 250 euros par personne âgée de 60 ans et plus.

Le présent article porte ces montants respectivement à 100, 200 et 400 euros.

Au 13 septembre 2005, la CNAM avait délivré 148.998 attestations pour 260.571 personnes, soit environ 13 % de la population cible.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article

II - La position de votre commission

Dès 1999, votre commission avait attiré l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de mettre en œuvre une aide à l'acquisition d'une assurance santé complémentaire.

A l'occasion de la réforme de l'assurance maladie, elle a approuvé la création du crédit d'impôt qui apporte une réponse aux préoccupations qu'elle avait exprimées précédemment. Elle se félicite de la revalorisation des montants accordés au titre de ce dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

*Article 36 bis (nouveau)
(article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004
relative à l'assurance maladie)*

Entrée en vigueur des contrats responsables

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, aménage les conditions d'entrée en vigueur des contrats responsables.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le développement de nouveaux contrats d'assurance complémentaire s'inscrit dans une démarche de gestion du risque promue par les pouvoirs publics dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie.

L'objectif est de favoriser une meilleure prise en charge globale de tous les Français, de les inciter à respecter un parcours de soins vertueux et à optimiser leurs dépenses.

Pour atteindre ces buts, les pouvoirs publics ont choisi de recourir à des incitations fiscales favorisant la création d'une nouvelle catégorie de contrats d'assurance santé complémentaire : les **contrats responsables**, dont l'entrée en vigueur est prévue à compter du 1^{er} janvier 2006.

Les dispositions législatives relatives à ces contrats figurent à l'article 57 de la loi de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. A l'initiative du Gouvernement l'Assemblée nationale a aménagé, sur quatre points, les conditions d'entrée en vigueur des contrats responsables.

Tout d'abord, l'obligation d'inclure dans ces contrats des actions de prévention sera reportée de six mois, afin de laisser le temps à la Haute autorité de santé d'établir une liste de ces actions. En deuxième lieu, pour les contrats liés à un accord collectif de branche, un délai supplémentaire de six mois est également nécessaire afin que les partenaires sociaux aient le temps de négocier. En troisième lieu, les dispositions relatives au contenu des contrats de sortie de CMU sont adaptées pour tenir compte des règles relatives aux contrats responsables. Enfin, les contrats complémentaires ne couvrant que les frais d'hospitalisation auront jusqu'au 1^{er} janvier 2008 pour se mettre en conformité avec les nouvelles règles édictées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'intitulé du titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale en supprimant les mots « de santé » afin d'éviter une redondance entre les mots « assurance maladie » d'une part, et « santé » d'autre part. Désormais le titre VII est intitulé « *contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide* ».

Le **paragraphe II** reporte au 1^{er} juillet 2006 l'entrée en vigueur des dispositions concernant la prise en charge des consultations de prévention ainsi que la mise en œuvre de l'ensemble des contrats responsables souscrits dans le cadre d'un accord collectif obligatoire.

En ce qui concerne la prévention, le décret du 30 septembre 2004, pris en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale prévoit que dans le cadre d'un contrat responsable, l'assuré bénéficie d'une prise en charge totale pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique. La liste de ces prestations prévoyant, le cas échéant, les catégories de population auxquelles elles sont destinées, est fixée par arrêté ministériel, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Cette liste, en cours d'élaboration sous l'égide de la Haute Autorité de santé, ne pourra sans doute pas être publiée avant le 1^{er} janvier 2006. En conséquence, l'entrée de cette disposition est reportée au 1^{er} juillet 2006. Les autres dispositions figurant dans les contrats responsables (prise en charge du parcours de soins, majoration de la participation de l'utilisateur en cas de non-respect du parcours de soins) entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Par ailleurs, les dispositions des contrats complémentaires collectifs qui doivent être aménagées pour bénéficier des incitations fiscales réservées aux nouveaux contrats responsables doivent faire l'objet d'une négociation entre les partenaires sociaux. Compte tenu de la parution tardive, survenue le 30 septembre dernier, des textes réglementaires indispensables à l'entrée en

vigueur de ces mesures, il apparaît nécessaire au Gouvernement de reporter l'entrée en vigueur de l'ensemble du dispositif jusqu'au 1^{er} juillet 2006 afin de laisser le temps aux partenaires sociaux de mettre en conformité les contrats collectifs avec les dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** adapte les dispositions relatives aux contrats de sortie de CMU-C aux nouvelles règles issues de la loi du 13 août 2004.

Les bénéficiaires d'un contrat de couverture complémentaire instituée dans le cadre de la CMU, disposent, de droit, d'une prolongation de contrat d'un an à l'expiration de leurs droits, lorsque leur contrat était géré par un organisme de protection sociale complémentaire. Cette prolongation de contrat doit offrir une couverture équivalente au contrat CMU-C, l'interdiction de réduire les garanties souscrites étant posée par l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Or les contrats CMU-C prennent en charge intégralement la participation de l'assuré prévue au paragraphe I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, y compris la majoration applicable en cas de non-respect du parcours de soins. Parallèlement, les dispositifs d'assurance maladie complémentaire ne doivent pas prendre en charge ces majorations sous peine de se voir refuser le bénéfice des incitations fiscales prévues à l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, à compter du 1^{er} janvier 2006. Afin de ne pas pénaliser les assureurs complémentaires, le présent article les autorise à déroger à cette obligation prévue par l'article 6 de la loi du 31 décembre 1999 afin de se mettre en conformité avec les règles prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe IV** prévoit que les contrats prenant en charge uniquement les dépenses occasionnées par une hospitalisation doivent se mettre en conformité avec les dispositions prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale au plus tard le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, ils bénéficient des exonérations fiscales et sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 971-1 du même code.

II - La position de votre commission

A cet article votre commission vous propose **quatre amendements** :

- le premier pour préciser que les contrats de prolongation ouverts, de droit et pour une période de un an, aux assurés qui quittent le dispositif CMU-C doivent être mis en conformité avec les règles relatives aux contrats responsables ;

- le deuxième pour étendre à l'ensemble des contrats offrant des garanties partielles un délai supplémentaire d'adaptation à la législation relative aux contrats responsables ;

- les deux derniers pour soumettre les contrats CMU-C aux mêmes obligations que les contrats responsables.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

*Article additionnel avant l'article 37
(art. L. 182-3 du code de la sécurité sociale)*

**Dispositions relatives à l'Union nationale des organismes
d'assurance maladie complémentaire**

Objet : Cet article additionnel vise à permettre à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire d'être consultée sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et au financement de la sécurité sociale.

A l'occasion de la réforme de l'assurance maladie, un consensus s'est dégagé pour considérer qu'un renforcement de la coordination entre les actions entreprises par le régime obligatoire d'assurance maladie et les régimes complémentaires aurait des effets bénéfiques sur la gestion du système de soins, dont les assureurs complémentaires assurent une partie du financement, et permettrait une meilleure couverture des usagers.

La première réponse apportée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a été institutionnelle, avec la création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam).

Cette structure assure désormais la représentation des régimes complémentaires santé qui regroupe 1.500 opérateurs relevant d'un statut de droit privé et dont les cotisations perçues s'élevaient à 20 milliards d'euros en 2004.

L'Unocam forme, avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union nationale des professions de santé (UNPS), le socle de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie voulue par les pouvoirs publics.

A l'occasion de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, il est apparu paradoxal que l'Unocam ne soit pas invitée à rendre un avis public sur ce texte.

En effet, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 comporte, comme ceux qui l'ont précédé, des mesures qui concernent directement les assureurs complémentaires, notamment :

- l'article 36 consacré au financement de la protection complémentaire de la couverture universelle ;

- l'article 37 qui modifie la règle d'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros.

Votre commission, qui considère que le développement de cette articulation entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires est une des dispositions les plus innovantes de la réforme, se propose de la conforter en prévoyant que l'Unocam doit rendre un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 37

(art. L. 174-4 du code de la sécurité sociale)

Modification de la règle d'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros

Objet : Cet article vise à instaurer une participation de 18 euros à la charge des assurés recevant, en ville ou dans le cadre d'une hospitalisation, des soins médicaux correspondant à des actes d'un coût égal ou supérieur à 91 euros.

I - Le dispositif proposé

Actuellement, en application du premier alinéa de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, le ticket modérateur, c'est-à-dire la part forfaitaire des dépenses de santé qui reste à la charge des assurés après le remboursement par l'assurance maladie, peut être limité ou supprimé *« lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant. »*

En application de ces dispositions, l'article R. 322-8 du même code prévoit que le ticket modérateur est supprimé pour les actes auxquels la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) a affecté un coefficient égal ou supérieur à 50, soit un tarif égal ou supérieur à 91 euros.

Le présent article propose de compléter la rédaction de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale afin d'instaurer un ticket modérateur plafonné à 18 euros pour les actes médicaux de plus de 91 euros¹ quelle que soit leur valeur totale.

¹ Il convient de rappeler que l'entrée en vigueur récente de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM) a fait disparaître le taux 50, d'où la seule référence au tarif des actes médicaux.

Il existera donc désormais un ticket modérateur restant à la charge de l'assuré, ou de son assurance complémentaire, pour tous les actes médicaux.

Le Gouvernement propose de compléter la rédaction du troisième alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale afin d'éviter que ce ticket modérateur ne s'impute sur le forfait journalier dû par l'assuré en cas d'hospitalisation, ce qui conduirait à créer une situation dans laquelle le patient serait en quelque sorte exonéré de ticket modérateur.

Le présent article prévoit donc que la règle d'imputation n'est pas applicable lorsque, en application du 1° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, *« la participation de l'assuré est limitée au motif que la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant. »*

En cas d'hospitalisation, l'assuré sera donc redevable d'un ticket modérateur, dont le montant est plafonné à 18 euros, et du forfait journalier destiné à couvrir les frais « d'hôtellerie ».

Les règles actuelles d'exonération du ticket modérateur ne sont en aucun cas modifiées par le présent article : les patients souffrant d'une affection de longue durée, les femmes enceintes et les nouveau-nés hospitalisés, les personnes titulaires d'une rente pour accidents du travail ou d'une pension, les bénéficiaires de la CMU restent exonérés de ce ticket modérateur. Pour les assurés n'entrant pas dans le champ des exonérations, ce ticket modérateur pourra être pris en charge par un assureur complémentaire.

L'instauration de cette mesure devrait permettre une économie de 100 millions d'euros pour le régime général d'assurance maladie.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve la démarche du Gouvernement visant à harmoniser les règles relatives au ticket modérateur. Elle rappelle qu'à l'occasion d'un avis récent, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie s'est prononcé en faveur d'une telle disposition.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 38

(art. L. 2133-1 du code de la santé publique)

Messages à caractère sanitaire dans les publicités alimentaires

Objet : Cet article à préciser les conditions dans lesquelles les publicités télévisées en faveur de certains produits alimentaires sont assorties d'un message sanitaire.

I - Le dispositif proposé

L'article 29 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que les messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés et les actions de promotion en faveur de certains produits alimentaires doivent contenir une information à caractère sanitaire.

Toutefois, les annonceurs peuvent déroger à cette obligation sous réserve du versement d'une contribution au profit de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Le présent article aménage et complète ces dispositions afin de préciser le champ d'application de la mesure, notamment pour l'étendre à l'ensemble des messages publicitaires et pas uniquement aux messages télévisés ou radiodiffusés.

Il détermine également les règles de recouvrement des contributions financières versées par les annonceurs.

Le **paragraphe I** propose une nouvelle rédaction du premier alinéa de l'article L. 2133-1 du code de la santé publique. Cette nouvelle rédaction distingue trois catégories d'actions susceptibles de contenir un message à caractère sanitaire : les messages publicitaires télévisés, radiodiffusés ou publiés sur Internet en faveur de certains produits alimentaires, les manifestations destinées à promouvoir ces produits auprès du public et toute promotion assurée par voie d'imprimés et de publications périodiques.

Cette nouvelle rédaction prend en compte l'ensemble des supports utilisés pour la promotion des produits visés. Renforçant l'intention initiale du législateur, elle permet de garantir l'égalité de traitement de ces produits au regard de l'objectif de santé publique et devant l'impôt.

Le **paragraphe II** complète la rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 2133-1 du code de la santé publique afin de prévoir que les promoteurs des manifestations visées par le premier alinéa de l'article L. 2233-1 sont susceptibles d'être assujettis à la même contribution que les annonceurs en cas de non-respect des obligations relatives à l'information sanitaire.

Le **paragraphe III** propose de remplacer le dernier alinéa de l'article L. 2133-1 du code de la santé publique par deux nouveaux alinéas. Cette

nouvelle rédaction précise les règles de recouvrement de la taxe à laquelle sont susceptibles d'être assujetties les manifestations ou organisations d'événements et toute promotion par voie d'imprimés et de publication périodique édités par producteurs ou distributeurs des produits visés.

Le taux de la contribution est fixé à 1,5 % du montant hors TVA des dépenses ayant concouru à la réalisation desdites opérations.

Le **paragraphe IV** précise que le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires, la réalisation des manifestations, l'organisation des événements ou la mise à disposition des documents visés au premier alinéa de l'article L. 2133-1 du code de la santé publique. La contribution est exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies, à l'ouverture des manifestations ou à l'instant de la première mise à disposition des documents visés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé toute référence aux manifestations organisées au niveau local, comme les foires ou les salons agricoles, en considérant que ce dispositif n'était pas adapté à ces événements.

III - La position de votre commission

Votre commission est très attentive à l'entrée en vigueur de ce dispositif d'information sanitaire. Elle comprend les préoccupations qui ont dicté la position de l'Assemblée nationale mais considère que la partie du dispositif relative aux obligations pesant sur toute promotion destinée au public par voie d'imprimés et de publications doit être rétablie car elle ne constitue en aucun cas une gêne pour les manifestations locales organisées pour la promotion des produits du terroir.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 38

**Rapport au Parlement sur la possibilité de subventionner
les fruits et légumes dans le cadre de la lutte contre l'obésité**

Objet : Cet article additionnel propose d'engager la réflexion sur les moyens de subventionner les fruits et légumes pour en diminuer le prix de vente et favoriser leur consommation.

L'obésité compte désormais parmi les facteurs majeurs de risques pour la santé des Français. La fréquence de l'obésité est en effet en forte augmentation : elle est passée, en cinq ans, de 8 à 11 % chez les adultes et d'un peu plus de 2 à 4 % chez les enfants et les adolescents. Cette évolution, particulièrement sensible au cours des dernières années, concerne la population dans son ensemble, quels que soient l'âge et le sexe des personnes qui en sont affectées.

La prévalence de l'obésité varie néanmoins en fonction d'un certain nombre de critères, et notamment le niveau socioéconomique :

- la population ayant atteint un niveau d'éducation supérieur compte trois fois moins d'obèses que celle qui n'a pas dépassé le niveau primaire ;
- de la même façon, les cadres et professions libérales comptent deux fois moins d'obèses que les artisans et commerçants.

L'obésité comporte des conséquences en termes de risques de santé. Elle est devenue un déterminant majeur pour les maladies et accidents cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension artérielle ou les hyperlipidémies ; elle est un facteur de risque aggravé pour certains cancers. Par ailleurs, elle est la source de nombreux problèmes respiratoires, musculo-squelettiques ou psychologiques.

Ce constat a conduit l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) à choisir l'obésité comme thème de travail pour l'année 2005¹. Son rapport, publié en septembre dernier, démontre que l'obésité résulte, au-delà de facteurs biologiques ou génétiques individuels, d'un **déséquilibre entre l'apport alimentaire et la dépense énergétique**, fortement conditionné par l'environnement des individus.

Il apparaît ainsi que les déterminants économiques dans le domaine alimentaire jouent un rôle majeur dans le développement de l'obésité.

¹ Rapport de l'OPEPS - n° 8 (2005-2006) - « Obésité : comprendre, aider, prévenir » - Gérard Dériot.

Au fil des années, les prix sont devenus inversement proportionnels à la densité calorique : en cinquante ans, le prix des corps gras a diminué de près de moitié, tandis que le prix des fruits et légumes a augmenté d'un tiers.

Les inégalités sociales de revenu et d'éducation amplifient ce phénomène. Les études sur les achats alimentaires en fonction du revenu montrent de façon très claire que la principale différence dans le contenu du « panier » des ménages se trouve dans la consommation des fruits et légumes frais, en raison de leur prix, mais aussi de leur moindre attrait, lié à une éducation insuffisante sur leur utilité diététique, à l'obligation de les cuisiner et à la faible présence de ces produits dans les campagnes de promotion alimentaire.

Votre commission a été sensible à ces arguments. Elle considère que, au-delà de l'information, c'est **l'offre alimentaire** elle-même qui doit mieux tenir compte des objectifs de santé publique.

Pour ce faire, les aliments à faible densité énergétique et forte valeur diététique, en particulier les fruits et légumes, doivent être plus facilement accessibles aux ménages les plus modestes. Cet objectif pourrait être atteint, si l'on part du principe que le comportement du consommateur est rationnel, en **subventionnant** ces produits afin de rendre leur coût compétitif par rapport aux autres aliments et favoriser ainsi leur consommation. Il semble que ce mécanisme serait plus efficace que le système consistant à taxer plus fortement les produits caloriques (la « *fat tax* ») et qui, au final, pénalise les acheteurs plus défavorisés dont on sait qu'ils sont plus exposés au risque d'obésité.

La mise en œuvre d'un instrument fiscal agissant sur le prix des fruits et légumes appelle toutefois une réflexion sur ses modalités d'application au regard des règles de la concurrence, notamment pour les produits en provenance de l'étranger.

C'est pourquoi votre commission souhaite que le Gouvernement puisse saisir rapidement les services compétents sur la faisabilité de cette mesure de façon à ce que le Parlement puisse débattre de la mise en place de ce mécanisme lors de la discussion du prochain projet de loi de finances.

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

Article 39

**Dotation de financement du fonds d'aide à la qualité
des soins de ville**

Objet : Cet article fixe le montant de la dotation financière versée au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FASQV) pour l'exercice 2005 et aménage le périmètre de ses compétences.

I - Le dispositif proposé

Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a été créé par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il distribue des aides destinées à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville ; ces aides sont attribuées à des professionnels de santé, médecins et auxiliaires médicaux, individuellement ou collectivement, et aux centres de santé. Elles peuvent également soutenir le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins.

La gestion du FAQSV est confiée à un comité national de gestion, placé au sein de la CNAM, et à des comités régionaux de gestion placés au sein des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam). Ces comités de gestion sont composés de représentants des professions de santé libérales, des établissements de soins et des organismes d'assurance maladie, ainsi que de personnes qualifiées.

Créé pour une durée initiale de cinq ans, le FAQSV a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2006 par la loi de financement de la sécurité sociale 2002, puis jusqu'au 31 décembre 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. Par ailleurs, plusieurs textes législatifs ont étendu le périmètre des actions susceptibles de recevoir un financement du FAQSV :

- aux aides en faveur des professionnels de santé autres que les médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins (loi de financement de la sécurité sociale pour 2002) ;

- aux actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (loi de financement de la sécurité sociale pour 2003) ;

- à l'expérimentation relative à l'hébergement des données personnelles de santé (loi de financement de la sécurité sociale pour 2004).

Le **paragraphe I** insère un nouvel article (L. 221-1-1) dans le code de la sécurité sociale. Cette codification s'accompagne d'une suppression de toute référence à la cessation d'activité du fonds auparavant prévue au 31 décembre 2007.

Cette pérennisation du FAQSV évoquée à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, s'accompagne d'un aménagement de ses compétences.

Premièrement, les compétences déjà détenues par le FAQSV en matière d'hébergement des données de santé sont aménagées, d'une part pour tenir compte des nouvelles dispositions relatives au dossier médical personnel contenues dans la loi du 13 août 2004, d'autre part, pour permettre au fonds d'apporter son concours financier à chacune des étapes nécessaires au déploiement du dossier médical personnel (DMP), et ce jusqu'au 31 décembre 2006. Selon les informations recueillies par votre commission, cette participation s'élèverait à 15 millions en 2005 et à 90 millions en 2006.

Deuxièmement, les compétences du FAQSV en matière de permanence des soins sont précisées afin d'intégrer dans ses attributions le financement des maisons médicales de garde et de l'autoriser à contribuer au financement de toute action visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Le **paragraphe II** prévoit d'accorder au FAQSV une dotation de 110 millions d'euros au titre de l'exercice 2006, contre 30 millions en 2005, et fixe le montant maximal de ses dépenses à 150 millions d'euros, contre 106 en 2003, 2004 et 2005.

Cette dotation portera à 303 millions d'euros le montant total des crédits alloués au fonds depuis sa création.

Suivi du FAQSV depuis 1999

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Dotation	76,2	76,2	0,0	76,2	20,0	15,0	30,0	110,0
Dotation cumulée du fonds	76,2	152,4	152,4	228,6	248,6	263,6	293,6	303,6
Consommation annuelle	0,0	4,8	31,0	50,0	54,5	59,4		
Consommation de crédits cumulée	0,0	4,8	35,8	85,7	140,2	199,6		
Solde cumulé	76,2	147,6	116,6	142,9	108,4	64,0		

Source : CNAM

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination pour transformer l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 en article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale dans les références visées à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique et à l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les dispositions de cet article et rappelle que la mission prioritaire du FAQSV est de permettre le déroulement d'expérimentations mais en aucun cas d'assurer la prise en charge des coûts de fonctionnement de structures permanentes. Elle invite l'ensemble des acteurs concernés à réfléchir à l'instauration d'un dispositif à double niveau dans lequel le FAQSV conserverait son rôle pionnier puis transmettrait la prise en charge du financement à une autre structure lorsque la mesure expérimentée est pérennisée.

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

Article 40

*(article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000
de financement de la sécurité sociale pour 2001)*

Financement et missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Objet : Cet article fixe à 327 millions d'euros la dotation du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés pour 2005.

I - Le dispositif proposé

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a intégré le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) au fonds de modernisation des établissements de santé (FMES), pour créer un fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) unique.

Cette fusion visait à simplifier le dispositif de financement complémentaire que constituent les fonds et à recentrer leur mission sur l'accompagnement financier de la modernisation sociale et technique des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations et il est financé par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Les missions confiées au FMESPP ont été aménagées pour accompagner les plans de réforme de l'hôpital mis en place depuis 2002.

Outre sa participation aux dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé prévues dans le cadre du plan Hôpital 2007, le FMESPP est, par exemple, sollicité pour le financement du Plan psychiatrie et santé mentale pour 22,3 millions d'euros en 2005, 59,6 millions d'euros en 2006 et 2007 et 47 millions d'euros en 2008.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a également prévu que le FMESPP doit verser aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses évitées par l'application des accords de bonne pratique.

Il s'agit de financer des dispositions innovantes prévues par l'article 13 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour favoriser la conclusion d'accords-cadres en vue d'améliorer les pratiques hospitalières. Ces accords peuvent être conclus sur des questions relatives à la qualité des soins, mais également sur des thèmes propres à la qualité de la gestion de l'établissement. L'originalité du dispositif est de prévoir l'intéressement financier de l'établissement qui atteint les objectifs fixés.

Le présent article fixe à 327 millions d'euros le montant de la participation obligatoire des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2006. Cette dotation est intégrée dans le périmètre de l'Ondam pour 2006 et inscrite au sein du sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».

Cette dotation portera à 2,269 milliards d'euros le montant total des crédits alloués au fonds depuis sa création.

Suivi du FMESPP depuis 1999

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Dotation	45,7	121,9	205,8	244,0	450,0	470,0	405,0	327,0
Dotation cumulée du fonds	45,7	167,6	373,4	617,4	1.067,4	1.537,4	1.942,4	2.269,4
Consommation annuelle	0,0	17,2	81,7	247,3	375,0	458,9		
Consommation de crédits cumulée	0,0	17,2	98,9	346,2	721,2	1.180,1		
Solde cumulé	45,7	150,4	274,5	271,2	346,2	357,3		

Source : Caisse des dépôts et consignations

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission est très favorable au développement des accords de bonne pratique dans les établissements de santé et considère légitime l'élargissement des compétences du FMESPP aux accords de bonne pratique à l'hôpital. Elle regrette que le décret qui doit fixer les conditions de participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords en application de l'article 13 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ne soit pas encore publié.

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

Article 41

Contribution pour 2006 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave

Objet : Cet article a pour objet de fixer à 175 millions d'euros pour 2006 le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours destiné à pourvoir à l'achat, à la livraison et au stockage de produits nécessaires en cas de menace sanitaire grave.

I - Le dispositif proposé

En complément de l'article 6 du présent projet de loi qui fixe à 176 millions d'euros pour 2005 le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours destiné à l'achat de produits et traitements nécessaires pour faire face à des menaces sanitaires graves, le **premier alinéa** de cet article détermine le montant de cette contribution pour 2006, soit **175 millions d'euros**.

L'exposé des motifs du projet de loi précise la répartition de cette somme entre les différentes menaces :

- **146 millions d'euros** seront affectés à l'application du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire, pour l'achat de masques, de médicaments et de matériel de vaccination ;

- **29 millions d'euros** doivent permettre le renouvellement du stock d'antibiotiques constitué au cours des années précédentes, notamment dans le cadre du plan Biotox, et assurer le financement d'opérations initialement prévues en 2005 et reportées en raison des dépenses liées au risque de la grippe aviaire.

Par ailleurs, comme pour les années précédentes, le **second alinéa** de l'article prévoit que les modalités de répartition de la contribution entre les différents régimes sont mises en œuvre conformément aux règles posées par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau ci-après retrace l'évolution depuis 2001 du montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours Biotox, élargi depuis 2004 aux autres menaces sanitaires graves, notamment au risque de pandémie de grippe aviaire.

**Contribution de l'assurance maladie au fonds de concours
« menaces sanitaires graves »**

Base législative	Montant affecté
LFSS 2002 – Article 42	198,2 millions pour l'année 2001
LFSS 2003	-
LFSS 2004 – Article 51	155,4 millions pour l'année 2003
LFSS 2005 – Article 37	62 millions pour l'année 2004
LFSS 2006 – Article 6	176 millions pour l'année 2005
LFSS 2006 – Article 41	175 millions pour l'année 2006
TOTAL	766,6 millions d'euros

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Sous réserve des mêmes observations que celles qu'elle a formulées à l'article 6 du présent projet de loi, **vo**tre commission vous demande **d'adopter cet article sans modification.**

Article 41 bis (nouveau)

Lutte contre la fraude

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, subordonne le bénéfice du tiers payant pour les médicaments délivrés en pharmacie à la vérification des droits acquis par l'assuré.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La lutte contre les abus, les gaspillages et les fraudes constitue une priorité des pouvoirs publics et des caisses d'assurance maladie.

Le présent article subordonne le bénéfice du tiers payant pour les médicaments délivrés en officines de ville, à la vérification des droits acquis par l'assuré. Cette vérification en temps réel est effectuée par les pharmaciens lors de la délivrance des prestations.

Cette opération sera possible à compter de 2006, avec le déploiement d'un nouveau logiciel développé par le GIE SESAM Vital qui permettra de s'assurer que les informations contenues sur la Carte Vitale sont à jour, et conformes avec les droits ouverts à l'assuré par la caisse d'assurance maladie à laquelle il est rattaché.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve toute mesure destinée à lutter contre la fraude. Il semble utile de proposer un **amendement** visant à préciser l'entrée en vigueur du dispositif de contrôle prévu à cet article.

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

Article 42

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2006

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ainsi que pour le régime général de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

En application des dispositions du 2° du D du paragraphe I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le 1° de cet article fixe à 153,4 milliards d'euros en 2006 l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Le 2° fixe à 131,9 milliards l'objectif de dépenses d'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 43

**Fixation de l'Objectif national de dépenses
d'assurance maladie pour 2006**

Objet : Cet article fixe l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs.

I - Le dispositif proposé

En application du 3° du D du I de l'article L. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale détermine l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs.

Le présent article fixe cet objectif à 140,7 milliards pour 2006, soit une augmentation de 2,5 % des dépenses par rapport aux prévisions actuelles pour l'Ondam 2005.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 43 bis (nouveau)

(art. L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale)

**Détermination de l'objectif quantifié national
relatif aux activités de soins de suite ou de réadaptation
exercés par les établissements de santé privés**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, précise les conditions dans lesquelles est établi l'objectif quantifié national relatif aux activités de soins de suite ou de réadaptation exercés par les établissements de santé privés.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a précisé les conditions dans lesquelles est établi l'objectif quantifié national (OQN) relatif aux activités de soins de suite ou de réadaptation exercés par les établissements de santé privés.

L'OQN, arrêté par l'Etat en fonction de l'Ondam, est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de soins de suite ou de réadaptation au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Il tient désormais compte des créations et fermetures d'établissements.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette disposition qui précise les conditions de détermination de l'objectif quantifié national (OQN) relatif aux activités de soins de suite ou de réadaptation exercés par les établissements de santé privés

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 44

(art. L. 111-11 du code de la sécurité sociale)

Transmission au Parlement des propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à l'évolution prévisible des charges et des produits des régimes d'assurance maladie

Objet : Cet article prévoit que l'Uncam transmet au ministre en charge de la sécurité sociale des propositions relatives à l'évolution des produits et des charges pour l'année suivante. L'Uncam se substitue ainsi aux trois caisses nationales qui transmettaient un rapport spécifique à leur secteur.

I - Le dispositif proposé

L'article 39 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit que chaque caisse nationale (régime général, mutualité sociale agricole, Canam) transmet au ministre en charge de la sécurité sociale des propositions relatives à l'évolution des produits et des charges pour l'année suivante, afin que puisse être respecté le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions doivent également tenir compte des objectifs de santé publique.

Les caisses ont exercé cette compétence en juin 2005.

Le présent article propose de confier à l'Uncam, structure qui regroupe les trois caisses nationales précitées, le soin de transmettre un rapport unique sur le sujet.

Ce rapport est transmis sous l'autorité du conseil de l'Uncam.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A cet article, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure de simplification. L'organisation de l'Uncam permettra à chacun de ses membres de faire entendre sa spécificité, sous l'autorité du conseil qui sera chargé d'assurer la collecte et la coordination des propositions au sein d'un rapport commun, publié sous un timbre unique.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 44 bis (nouveau)

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Objet : Cet article pérennise l'existence et les fonctions du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a pérennisé l'existence et les fonctions du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Créé par le décret du 7 octobre pour « évaluer le système d'assurance maladie », le Haut Conseil pour l'assurance maladie réunissait cinquante-trois membres représentant l'ensemble des acteurs du secteur. Placé, pour une durée de trois ans, auprès des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie, il a été chargé de l'élaboration d'un rapport préparatoire à la réforme de l'assurance maladie. Ce rapport, adopté à l'unanimité en janvier 2004, a été un temps fort de la préparation de la réforme et plusieurs des recommandations émises à cette occasion ont été reprises dans le projet de loi que le Gouvernement a ensuite soumis au Parlement.

Une fois la réforme achevée, le Haut Conseil a poursuivi ces travaux, en publiant plusieurs avis thématiques (sur la prise en charge des patients souffrant d'une affection de longue durée, sur les organismes complémentaires) et un rapport annuel en juillet 2005.

Dans ce cadre, il joue un rôle pivot dans la réflexion sur l'avenir de l'assurance maladie, comme lieu de rencontre entre les différents acteurs et comme « agitateur d'idées », que le présent article propose de pérenniser, à

l'image du rôle joué par le Conseil d'orientation pour les retraites pour la branche vieillesse.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve l'idée consistant à rendre permanente l'institution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dont personne ne conteste la légitimité. Elle vous propose un **amendement** qui précise que les crédits nécessaires au fonctionnement de cette instance sont inscrits au budget des ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

*Article additionnel après l'article 44 bis
(art. L. 331-3 du code de la sécurité sociale)*
**Indemnisation du congé maternité prolongé
pour les mères d'enfants prématurés**

Objet : Cet article additionnel vise à prévoir l'indemnisation du congé maternité prolongé créé par la loi du 11 février 2005 au profit des mères d'enfants prématurés.

Quand un nouveau-né prématuré doit être maintenu en couveuse et subir des soins lourds, ses chances de survie et de rétablissement sont plus élevées s'il peut bénéficier de la présence constante de sa mère, afin de préserver le lien mère-enfant mis à mal par cette hospitalisation précoce. Or, la durée préfixée du congé maternité conduit souvent les mères à reprendre leur activité professionnelle alors que leur enfant est encore hospitalisé.

Pour ces motifs, l'article 10 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a prévu l'allongement de la durée du congé maternité des mères d'enfants prématurés, lorsque cette prématurité les conduit à être hospitalisés après leur naissance.

Mais faute de l'avoir prévu expressément, ce congé supplémentaire n'est pas indemnisé. Si les employeurs ne peuvent s'opposer à l'allongement de sa durée, celui-ci ne peut être qu'un congé sans solde.

Cette situation est particulièrement mal ressentie par les familles lorsqu'elles apprennent que ce congé prolongé ne sera pas indemnisé : telle n'était, à l'évidence, pas l'intention du législateur lors du vote de la loi du 11 février 2005.

Soucieux de réparer cet oubli, le Sénat avait adopté, dans le cadre du projet de loi relatif à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes, un amendement tendant à prévoir cette indemnisation.

Mais depuis cet été, la poursuite de la navette parlementaire sur ce texte n'a pas progressé et son inscription à l'ordre du jour n'est pas encore programmée.

Compte tenu de l'urgence de la situation, votre commission vous propose d'introduire le principe de cette indemnisation dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale. Dans la mesure où il accroît les charges de l'assurance maladie, son inscription en loi de financement est parfaitement légitime. / serait en outre une garantie d'entrée en vigueur rapide pour les familles.

Votre commission veillera naturellement par la suite, si la navette se poursuit finalement sur le texte relatif à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes, à ce que les dispositions redondantes y soient supprimées.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 45

(art. L. 134-14, L. 381-14, L. 381-15, L. 381-17, L. 382-1, L. 721-15-1, L. 721-2, L. 721-3, L. 721-5-1, L. 721-6, L. 721-7, L. 721-8, L. 721-8-1, L. 721-15 et L. 921-1 du code de la sécurité sociale)

Intégration du régime d'assurance vieillesse des ministres du culte dans le régime général

Objet : *Cet article a pour objet de conduire à son terme l'intégration du régime des cultes au régime général, d'harmoniser les conditions d'âge de départ en retraite et de permettre aux ministres du cultes de s'affilier aux institutions de retraite complémentaires.*

I - Le dispositif proposé

Les ministres des cultes et membres des congrégations religieuses relèvent du régime général depuis 1987 pour l'assurance maladie, et depuis 2002 pour l'assurance invalidité. Ce rapprochement a toutefois été réalisé en préservant certaines spécificités en matière de cotisations et de prestations.

Créé par la loi n° 78-4 du 2 janvier 1978, le régime de retraites des ministres des cultes et membres des congrégations religieuses a d'abord été géré par la caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes (Camavic). Mais au cours des dix dernières années, la structure démographique particulièrement défavorable de ce régime spécial a rendu nécessaire deux évolutions majeures.

• **Son intégration financière au régime général** a été organisée par l'article 19 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, depuis le 1^{er} janvier 1998.

L'existence d'une caisse spécifique pour les ministres des cultes a été alors préservée, mais les conditions de calcul des cotisations ont été alignées pour l'avenir. Elles sont devenues proportionnelles (et non plus forfaitaires) et assises sur une base égale au SMIC ou sur les pensions d'invalidité. Les droits acquis depuis le 1^{er} janvier 1998 sont calculés en application des règles en vigueur dans le régime général pour ce qui concerne le calcul du montant de la pension, le montant minimal de cotisations pour la prise en compte des périodes d'assurance et la détermination du taux et du montant de la pension.

En tant que de besoin, une contribution de la CNAV vient abonder les ressources de la Camavic, ce qui assure la traduction juridique de l'intégration financière du régime de retraite des cultes au sein de la branche vieillesse du régime général. Au sein du régime général, la caisse des cultes fait l'objet d'une section spécifique permettant le suivi des données financières. Il convient également de relever que le régime général s'est vu attribuer les réserves de la Camavic.

• L'article 71 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a marqué la seconde étape du processus de modernisation du régime des cultes par la fusion de la Camavic et de la caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes (Camac) **afin de constituer la Cavimac**, caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.

Le présent article du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifie la place du régime des cultes dans le code de la sécurité sociale. En l'état actuel du droit, les articles afférents figurent, d'une part, dans un chapitre consacré aux personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges (articles L. 381-12 à L. 381-18-1), d'autre part, au titre II du livre VII du code relatif aux régimes divers de non-salariés et assimilés (articles L. 721-1 à L. 721-18).

Les **paragraphes I, II, III, IV et V A et V B** procèdent aux transferts nécessaires pour créer une nouvelle section intitulée « *ministres des cultes et membres des congrégations religieuses* » au sein du chapitre consacré aux personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques. Cette nouvelle section regroupera ces articles autour de quatre sous-sections, respectivement « *dispositions générales* », « *assurance maladie* », « *assurance invalidité* » et « *assurance vieillesse* ».

Il en résultera une grande simplification dans l'organisation du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe V C** vise à prévoir le remplacement, dès l'âge de soixante ans, d'une pension d'invalidité par une pension de vieillesse. Il s'agit ici de tirer les conséquences de l'abaissement à soixante ans de l'âge auquel les assurés peuvent liquider leur pension à taux plein, à l'instar de tous les autres régimes. Cette modification intervient dans le cadre de l'article L. 381-18-1 qui devient L. 382-24.

Les **1°, 2°, 4° à 6° du paragraphe V D** proposent d'autres renumérotations et transferts d'articles.

Le **3° du V D** ouvre le droit à liquider une pension à l'âge de soixante ans, ce qui était jusqu'ici refusé aux ministres de culte. Pour cela, l'article L. 721-6 devenu L. 380-27 est modifié pour viser désormais expressément le premier alinéa de l'article L. 351-1. Il est aussi proposé qu'un décret puisse désormais procéder à des adaptations au principe suivant lequel les périodes cotisées avant la date d'intégration du régime des cultes au régime

général, c'est-à-dire le 1^{er} janvier 1998, ouvrent uniquement le droit à des prestations déterminées sur la base des dispositions législatives et réglementaires prévalant jusqu'alors et qui étaient beaucoup moins favorables que le régime général.

Le **VI** procède à l'abrogation de dispositions devenues inutiles.

Le **VII** modifie l'article L. 921-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit l'affiliation obligatoire, par défaut, à l'Agirc et l'Arco des assurés sociaux qui ne disposent pas d'un autre régime complémentaire vieillesse. Il est proposé que les ministres du culte entrent dans le champ de ces dispositions.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre neuf amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant que le ministre en charge des cultes, c'est-à-dire le ministre de l'intérieur, siège au conseil de surveillance de la Cavimac.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite des dispositions du présent article dans la mesure où les ministres du culte perçoivent les plus faibles retraites de l'assurance vieillesse. Leur situation apparaît même comparativement plus défavorable encore que celle des exploitants agricoles.

Elle relève aussi que l'alignement des conditions de liquidation des pensions de la Camavic sur celles du régime général a été réalisé depuis le 1^{er} janvier 1998 mais que ses effets seront très progressifs car ils ne portent que sur les droits acquis depuis cette date. Il en ira de même pour l'affiliation aux régimes complémentaires.

Dans ces conditions, l'alignement ne sera réellement effectif que pour les retraites de base des ministres du culte liquidant leur pension à la fin des années 2030 et dix ans plus tard pour les retraites complémentaires.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 46

(art. L. 135-2, L. 816-1 du code de la sécurité sociale)

**Conditions de service des prestations de minimum vieillesse
aux personnes de nationalité étrangère**

Objet : Cet article a pour objet de supprimer une disposition du code de la sécurité sociale permettant aujourd'hui « d'exporter » le minimum vieillesse à l'étranger.

I - Le dispositif proposé

Le régime du minimum vieillesse est en passe d'être unifié et simplifié, mais il comporte encore une disposition qui s'avère être une faille coûteuse pour les finances sociales.

Le minimum vieillesse est un mécanisme à deux niveaux : le premier garantit un revenu minimum annuel égal au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), le second consiste en une allocation supplémentaire qui permet d'atteindre le minimum vieillesse. Ces deux niveaux rassemblent au total onze prestations qui sont attribuées en fonction des caractéristiques précises de la situation de chaque bénéficiaire.

La loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit a autorisé le Gouvernement à simplifier le minimum vieillesse. L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004, dont les dispositions doivent entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2006, a ainsi remplacé les anciennes prestations constitutives du minimum vieillesse par une allocation unique, l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Il s'agit d'une prestation unique, sous forme différentielle, comme pour le revenu minimum d'insertion (RMI), reposant sur la différence entre le montant du minimum de ressources garanti aux personnes âgées et le montant des ressources propres de la personne.

Le **paragraphe I** propose d'abroger le chapitre V *ter* du titre premier du livre VIII du code de la sécurité sociale qui ne comprend qu'un seul article L. 815-30 et dont la rédaction est issue de l'ordonnance précitée du 24 juin 2004.

Cet article prévoit qu'une personne étrangère qui a résidé sur le territoire français dans le passé, dans des conditions et pendant une durée fixées par décret, et dont les ressources sont inférieures à un seuil déterminé par voie réglementaire, est en droit de percevoir un complément de retraite.

Ce dispositif doit normalement entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Il remplace la majoration de l'ancien article L. 814-2, qui pouvait être versée à une personne sur un territoire étranger, et qui prévoyait elle aussi que les avantages attribués en vertu d'un régime de base étaient portés au premier niveau du minimum vieillesse, l'AVTS.

Le Gouvernement souhaite mettre fin à cette situation et soumettre les personnes de nationalité étrangère au dispositif général des allocations servies aux personnes âgées disposant d'un titre régulier de séjour sur le territoire national exposé au titre premier du livre VIII du code de la sécurité sociale. En conséquence, le versement du complément de retraite sera limité aux résidents sur le territoire national.

Le **paragraphe II** supprime de la liste des remboursements du FSV ceux correspondant aux dépenses d'allocation vieillesse non contributive des personnes de nationalité étrangère.

Le **paragraphe III** tend à réécrire l'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale de façon à accorder le complément de retraite aux étrangers, dans les conditions applicables à l'ouverture de leur droit au RMI, conformément aux articles L. 262-9 (personnes titulaires de la carte de résident ou du titre de séjour) et L. 262-9-1 (ressortissants des Etats membres de l'Union européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen) du code de l'action sociale et des familles.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

La perception du minimum vieillesse par des ressortissants étrangers résidant hors de France, alors même qu'ils n'y travaillent plus depuis longtemps ou qu'ils n'y ont séjourné qu'une courte période, pose un problème, d'autant plus que l'effet d'aubaine semble jouer à plein car il s'agit d'une allocation différentielle. 260.000 personnes bénéficient aujourd'hui de ce dispositif et les dépenses engagées à ce titre se sont élevées à 1 milliard d'euros au cours des six dernières années et progressent à un rythme annuel de 10 % à 15 %¹.

Votre commission partage le souci du Gouvernement de réaliser des économies sur des dépenses pouvant sembler injustifiées pour les assurés sociaux. Elle se demande toutefois si les économies effectives ne seront pas inférieures aux prévisions (entre 50 et 100 millions d'euros par an) dans la mesure où une partie de ces ressortissants pourrait être tentée de revenir séjourner en France pour continuer à percevoir cet avantage.

Sous cette réserve, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Cf. *Audition par la commission de M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, le 18 octobre 2005 - Tome I - équilibres généraux du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.*

Article 47

(art. L. 645-1 à L. 645-6 du code de la sécurité sociale)

**Réforme des régimes d'avantage social vieillesse
des professions de santé**

Objet : Cet article propose de créer les conditions du sauvetage financier des régimes de retraites ASV des professions médicales conventionnées en modifiant leurs règles de gouvernance.

I - Le dispositif proposé

Les régimes de retraite dits « avantage social vieillesse » (ASV) couvrent les professions médicales et paramédicales conventionnées. Ils sont gérés par les cinq sections de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) en charge de ces professions : la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes (CARCD), la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO), la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) pour les directeurs de laboratoire de biologie et la Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises (CARSAF).

Il s'agit de régimes de retraite obligatoires à cotisations définies et par points. Les assurés sociaux versent des cotisations forfaitaires, calculées par référence aux tarifs plafonds d'honoraires figurant dans les conventions régissant les tarifs de remboursement des prestations professionnelles de chacune des cinq professions (la « lettre C »). L'assurance maladie prend à sa charge les deux tiers des cotisations dues par les professionnels conventionnés.

Les cinq régimes ASV versent des prestations représentant entre 20 % et 40 % en moyenne du montant total de la retraite des professions conventionnées. Ils connaissent tous de graves difficultés financières qui s'expliquent par les raisons suivantes :

- ces régimes n'ont pas été pilotés dans un souci de long terme : facultatifs à l'origine, ils sont devenus obligatoires en 1972, dans une logique conventionnelle qui n'a pas été adaptée. Il en est résulté une « *imprévoyance grave* », selon les termes du rapport de la mission de l'Igas réalisé en décembre 2003, à la demande du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

Le mode de gouvernance des régimes ASV représente en effet un véritable cas d'école de « *répartition confuse des responsabilités* » et « *d'indécision chronique* ». Les statuts des sections professionnelles définissent les paramètres des régimes, et en particulier le coefficient

multiplicateur devant être appliqué à la lettre clef de la profession pour déterminer le montant des cotisations.

Les délibérations relatives à ces statuts sont adoptées à la majorité des deux tiers et doivent ensuite faire l'objet d'un agrément de l'Etat par arrêté ministériel.

L'assurance maladie négocie, pour sa part, avec les professions de santé la valeur des lettres clefs, sans prendre en compte prioritairement les besoins des régimes de retraite supplémentaires ;

- ces régimes arrivent à maturité sur fond de détérioration du rapport démographique : il y a encore aujourd'hui quatre cotisants pour un retraité, mais ce rapport devrait être d'un pour un en 2030. En valeur absolue, le nombre des retraités devrait plus que tripler sur la période considérée ;

- aucune mesure de redressement durable de ces régimes n'a été prise avant 1992, si bien que, pour le principal, celui des médecins, le solde technique a été négatif pendant quatorze années consécutives (entre 1980 et 1993) et que les réserves ont été épuisées en 1993. Selon l'Igas, « *jusqu'en 1992, la fixation des paramètres du régime a délibérément tourné le dos à la technique* » dans la mesure où les cotisations étaient trop faibles, tandis que la valeur des points distribués apparaissait beaucoup trop généreuse.

Les cotisations n'ont été appelées à 100 % que jusqu'en 1971. Le taux d'appel a ensuite été réduit à 80 % en 1972 puis 60 % jusqu'en 1981, avant d'être ramené progressivement à 100 % en 1988 et 1990. Le montant des forfaits a ensuite doublé entre 1992 et 1999.

Parallèlement, les prestations du généraliste ont fait l'objet de fortes revalorisations qui se sont traduites par l'attribution gratuite et rétroactive de points pour la période allant de 1960 à 1981.

En 1972-1973, au moment de la généralisation de l'ASV, le montant des pensions et des droits a ainsi été augmenté de près de 80 %, alors que la cotisation était abaissée de 22 %. En 1980 et 1981, le montant des pensions a été également relevé une nouvelle fois de près de 50 %.

La situation désastreuse dans laquelle se trouvent ces régimes était donc prévisible depuis longtemps. Si des mesures de redressement avaient été prises plus tôt, le choc actuel aurait été moins brutal.

L'arrivée à maturité du régime ASV va se traduire par une multiplication par quatre du nombre de points à servir, d'ici à 2030 pour les retraités de droit direct et d'ici à 2040 pour les conjoints bénéficiant d'une pension de réversion.

L'évolution spontanée du régime n'est donc pas soutenable : à horizon 2040, près des deux tiers des prestations ne pourraient être couverts, **soit environ 25 milliards d'euros sur un total de 40 milliards de**

prestations à verser. Ces chiffres ne concernent que le régime des médecins, mais les quatre autres sont tout autant déficitaires.

Tableau de synthèse de la situation des différents régimes ASV en 2004

	CARMF (médecins)	CARCD (dentistes)	CAVP (pharmaciens)	CARSAF (sages-femmes)	CARPIMKO (infirmiers, masseurs)
Année de déséquilibre technique	2007	2001	1995	1984	1999
Année d'extinction des réserves	2011	2009	2009	NC	2008
Montant des réserves en euros	8 mois de prestations	1 an de prestations	7 années de prestations ⁽¹⁾	8 mois de prestations	2 années de prestations
Déficit cumulé d'ici 2035 (en milliards euros)	25	4	0,56	NC	2,24

(1) Ce nombre d'années n'est pas significatif, dans la mesure où le solde technique est en déficit technique depuis 1995, ce qui se traduit par une ponction chaque année sur les réserves, et où les montants d'allocations à servir augmentent de 50 % entre 2002 et 2007.

Le rapport de la mission de l'Igas considère que l'ASV est une « construction conventionnelle consolidée par la loi et le règlement » et que « la nature du régime ASV est complexe, puisqu'il est à la fois un instrument de la convention médicale et un régime de retraite. Le lien avec la convention est réel mais indirect et univoque ».

Il est vrai que l'ASV est réservée aux médecins conventionnés et que la participation de l'assurance maladie dépend des engagements conventionnels du praticien : nulle pour le secteur 2, elle peut être réduite ou supprimée pour le secteur 1 en cas de non-respect de la convention.

L'ASV n'appartient pas pour autant à la convention médicale. Les prestations et les cotisations ne sont pas fixées par la convention, mais par décret ou règlement de la CARMF approuvé par arrêté. L'organisation de l'ASV est celle d'un régime de retraite public. Le lien entre l'ASV et la convention est donc à sens unique : l'accès à l'ASV est conditionné à la convention, mais la convention ne régit pas l'ASV.

L'objectif du présent article, tel qu'il figure dans l'exposé des motifs est triple :

- améliorer la gouvernance des régimes ASV ;
- ouvrir la possibilité, par voie réglementaire, de moduler la valeur des points selon leur période d'acquisition ;
- créer une cotisation d'ajustement non créatrice de droits marquant la solidarité des actifs vis à vis des retraités.

Il est également précisé que les cinq caisses demeureront les gestionnaires du régime de prestations complémentaire de vieillesse.

En conséquence, l'article 47 procède à la réécriture de la totalité de la section 1 du chapitre V du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale.

La plus grande partie des dispositions de l'actuel **article L. 645-1** est reprise dans la nouvelle rédaction proposée. L'affiliation des cinq professions de santé devient impérative. Les conditions d'attributions des prestations d'ASV supposeront que soit à l'avenir remplie une condition de durée minimale d'exercice de la profession dans le cadre d'une convention ou une adhésion personnelle au régime d'assurance maladie. Seront dispensés d'affiliation, sur leur demande, les professionnels dont l'activité professionnelle principale ou le revenu professionnel non salarié est inférieur à un montant fixé par décret.

Le **nouvel article L. 645-2** définit les ressources des régimes d'ASV sous la forme des cotisations annuelles obligatoires qui seront désormais définies par décret au lieu de figurer sous le statut de chaque régime.

Le **nouvel article L. 645-3** rend possible de créer, pour les cinq régimes, une cotisation d'ajustement destinée à faire face aux déséquilibres du passé.

Cette cotisation sera une simple faculté sur le plan juridique, même si elle semble inévitable dans les faits, compte tenu de l'ampleur des problèmes de financement. Toutefois, la rédaction choisie ouvre la voie à l'acquisition de points dans le futur. Enfin, il convient de relever que ladite cotisation sera proportionnelle au revenu, et non pas forfaitaire comme l'est aujourd'hui la cotisation qui repose sur la valeur de la « lettre C ».

Le **nouvel article L. 645-4** reprend les règles en vigueur pour les prestations complémentaires de vieillesse et les pensions de réversion et renvoie à un décret.

Le **nouvel article L. 645-5** traite de la question des points acquis dans le passé, mais non liquidés. Il sera possible de moduler la valeur de ceux-ci par voie réglementaire. Les valeurs des points déjà liquidés et de ceux qui seront acquis à partir du 1^{er} janvier prochain seront déterminées elles aussi par décret.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement précisant que les caisses d'assurance maladie « *participent au financement de la cotisation d'ajustement non créatrice de droit dans les conditions de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale* ». L'article visé constitue la disposition sur laquelle repose le partage actuel des cotisations, un tiers deux tiers, décidée par la voie conventionnelle.

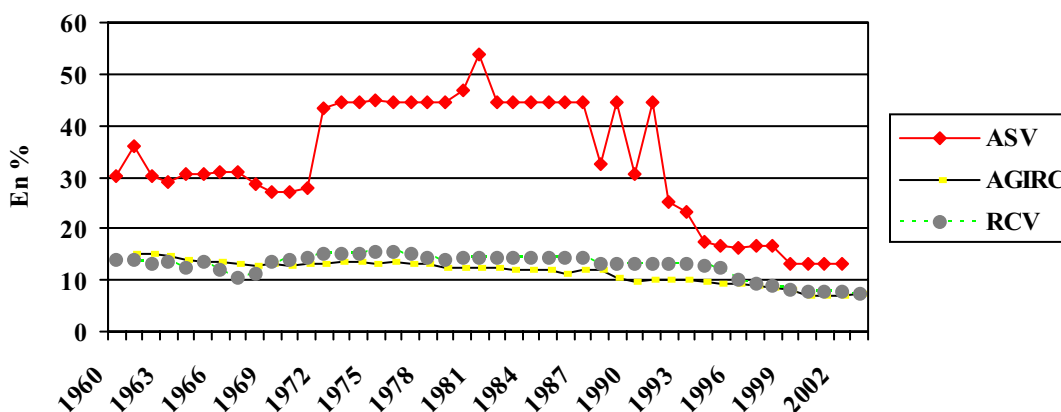
Elle a par ailleurs adopté une rectification d'erreur matérielle et une disposition réaffirmant le caractère forfaitaire de la cotisation annuelle obligatoire, créatrice de droits d'assurance vieillesse.

III - La position de votre commission

Votre commission comprend la vive préoccupation des professions médicales à l'égard de la simple perspective d'une réforme de l'ASV. Mais elle considère aussi que, dès lors que ces régimes se trouvent en situation de « *banqueroute virtuelle* », pour reprendre les termes employés par le Premier président de la Cour des comptes, il convient de tout faire pour sauver le régime et restaurer sa viabilité.

Elle observe au surplus que l'historique des paramètres de l'ASV fait apparaître des rendements exceptionnellement élevés et très supérieurs au rendement d'équilibre qui s'établit sur le long terme autour de 6 à 7 %. Cette situation justifie que des mesures exceptionnelles soient prises aujourd'hui par le Gouvernement.

Historique comparé des rendements instantanés du régime ASV des médecins, de l'AGIRC et du régime complémentaire des médecins (RCV)



Source : CARMF et DSS

Votre commission souligne que, dans un régime par répartition comme l'ASV, les assurés sociaux n'ont de créance qu'à hauteur des cotisations dont il dispose. Ce mode d'organisation autorise donc de modifier les paramètres du régime pour assurer son équilibre financier. Le Conseil constitutionnel a considéré ainsi qu'« aucune règle ni aucun principe constitutionnel ne garantit l'intangibilité des droits à retraite liquidés »¹. Sa

¹ N° 94-348 DC du 3 août 1994, point 14 (loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés).

jurisprudence constante sur le principe d'égalité n'interdit pas au législateur de régler de façon différente des situations différentes, ni de déroger à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport avec l'objet de la loi qui l'établit.

Votre commission prend acte et se félicite aussi du fait que les débats en séance publique à l'Assemblée nationale aient permis de clarifier l'implication de l'assurance maladie dans le sauvetage du dispositif ASV. Elle juge que tout doit être fait pour préserver le cadre conventionnel des professions médicales.

Le présent article ne fait que créer les conditions de la future réforme des paramètres financiers de l'ASV, qui aura lieu essentiellement par voie réglementaire et par le biais de négociations avec les partenaires sociaux. Mais il est néanmoins possible de se fonder sur les travaux de la Cour des comptes et de l'Igas pour éclairer les enjeux de ces négociations ultérieures.

Les principes communs des réformes à entreprendre selon la Cour des comptes

« Les indications qui précèdent impliquent que les pouvoirs publics et les caisses concernées adoptent des réformes ambitieuses qui pourraient, pour chaque régime ASV, distinguer trois catégories de droits :

- les droits déjà liquidés des actuels retraités, qui ont eu la chance de bénéficier de taux de rendement manifestement excessifs. A cet égard, il conviendrait, au minimum, de geler le montant de leurs allocations, s'il s'avérait impossible de réviser leurs modalités de liquidation ;

- les droits futurs, acquis après la réforme. Ceux-ci devraient être calculés de façon à ce que leur rendement soit aligné sur le rendement d'équilibre de chaque régime, en jouant de tous les paramètres possibles selon la combinaison choisie par chaque caisse (montant de la cotisation, taux d'appel, nombre de points ou de parts acquis par année de cotisation et valeur de service du point ou de la part) ;

- les droits en cours d'acquisition, autrement dit les points ou les parts déjà accumulés par les cotisants. Ceux-ci devraient être traités différemment selon leur période d'acquisition, en réduisant plus ceux des années au rendement le plus élevé, conformément aux mesures envisagées notamment par les chirurgiens-dentistes ou les directeurs de laboratoire. »

Source : Cour des comptes - Rapport de septembre 2005 sur la sécurité sociale

• Fallait-il fermer les régimes ASV ?

Certains représentants des professions conventionnées se sont prononcés en faveur de la fermeture de l'ASV. Ce n'est pas l'option choisie par le Gouvernement qui a suivi en cela les recommandations de l'Igas et de la Cour des comptes. Les magistrats financiers avaient estimé, pour leur part, que le scénario de fermeture des cinq régimes d'ASV ferait peser sur l'assurance maladie des charges exorbitantes et qui ne s'éteindraient que dans les années

2060. Par ailleurs, les jeunes générations de médecins auraient été pénalisées par rapport aux actuels retraités qui bénéficient des rendements très élevés des points acquis dans le passé.

• **Quelles pourraient être les bases financières de la réforme ?**

Dans son rapport, la mission de l'Igas a choisi de distinguer, au sein des pensions, quatre groupes distincts de points, tant pour les retraités que pour leurs conjoints :

- les points correspondant aux pensions liquidées avant le 1^{er} janvier 2004 ;
- les points attribués avant 1992 correspondant à des pensions non encore liquidées ;
- les points attribués entre 1992 et 2003 correspondant à des pensions non encore liquidées ;
- les points attribués après le 1^{er} janvier 2004.

Ces dates ont été choisies en fonction du rendement constaté du régime ASV.

Les scénarios étudiés par la mission mettent à contribution de manière variable les différents groupes de points :

« L'effort demandé aux pensions déjà liquidées ne peut guère être très élevé par rapport au scénario de référence, dans lequel le montant de ces pensions est déjà gelé. Il importe de maintenir pour ces points à venir un rendement suffisamment attractif pour les jeunes médecins. C'est donc sur les points déjà attribués mais correspondant à des pensions non encore liquidées que l'effort demandé est le plus important ; ce sont en effet ces points qui ont bénéficié des rendements instantanés les plus élevés ; leur alignement sur le rendement de régimes comparables (RCV ou Agirc) conduit à un dégonflement important du volume de ces points afin de se rapprocher de l'équité entre générations de médecins. »

Quel que soit le schéma qui sera retenu à l'issue des négociations qui vont s'engager avec les professionnels de santé conventionnés, votre commission considère que cette réforme courageuse devait être engagée. Elle souhaite que les débats en séance publique soient l'occasion de rassurer les professionnels de santé conventionnés et de mieux faire connaître la démarche qui sera adoptée sur le plan financier.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter le présent article sans modification.

Article 48

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2006

Objet : Cet article fixe à 161 milliards d'euros en 2006 l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

La branche vieillesse rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits dérivés.

Cet article fixe à 161 milliards d'euros l'objectif de dépenses 2006 de la branche vieillesse (qui inclut les dépenses d'invalidité au-delà de soixante ans) dont 83,1 milliards d'euros pour le seul régime général.

Ce montant est supérieur de plus de 3 milliards d'euros à la prévision de la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2005 (157,9 milliards d'euros). Cette différence résulte en fait de la prise en compte des autres dépenses des régimes (transferts, charges financières, charges de gestion administrative, ...) en plus des prestations *stricto sensu*.

Par ailleurs, la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a modifié le périmètre de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage pour inclure désormais les dépenses des régimes de moins de 20.000 cotisants. S'y ajoute l'impact exceptionnel pour le régime général, en 2005, de l'opération d'adossement du régime de retraite spécial des industries électriques et gazières sur les régimes de droit commun. Ces deux facteurs se conjuguent pour rendre impossible la comparaison *pro forma* de l'évolution passée de cet agrégat.

Périmètre de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage

Ces dépenses comprennent :

- les prestations sociales légales ou extralégales ;
- les prestations des services sociaux (notamment la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux) ;
- les frais de gestion engagés par les organismes de sécurité sociale ;
- les transferts entre régimes de protection sociale ;
- les frais financiers et les autres dépenses.

On relèvera néanmoins qu'au cours des dernières années, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse était rétrospectivement apparu réaliste : de 2001 à 2004, l'écart entre l'objectif initial du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année n et l'objectif révisé de l'année n + 1 avait ainsi oscillé entre - 0,12 % et + 0,34 %. L'année 2005, en revanche, sera caractérisée par un écart de 3,3 % entre l'objectif initial (160,5 milliards d'euros) et l'objectif révisé (155,2 milliards d'euros) en raison d'une surestimation des demandes réalisées dans le cadre du dispositif des carrières longues.

L'évolution des dépenses de la branche vieillesse au cours des années récentes ainsi que le montant de l'objectif de dépenses pour 2006 appelle trois observations majeures :

- on constate une accélération progressive des prestations versées, liée aux prémices du choc démographique provoqué par le départ en retraite des premières classes d'âge issues du baby boom d'après guerre. Les prestations vieillesse des régimes de base ont évolué à un rythme encore modéré mais croissant : + 3,4 % en 2003, + 4,5 % en 2004, + 5 % attendus en 2005. Cette évolution correspond aux départs en retraite des classes creuses nées pendant la Seconde Guerre mondiale (entre 500.000 et 600.000 par an). Dès 2006, avec les premières générations issues du « baby boom » dont l'effectif moyen sera supérieur à 800.000 personnes par an, les dépenses seront amenées à s'accroître rapidement. Tout juste observera-t-on une légère décélération en 2006 (+ 3,7 % seulement), en raison du pic des départs en carrières longues, observé en 2005 ;

- on apprécie l'impact financier, évalué à 1,4 milliard d'euros par an, du dispositif des carrières longues permettant désormais aux personnes ayant commencé à travailler à quatorze, quinze ou seize ans de liquider leur pension avant d'avoir atteint l'âge de soixante ans ;

- on mesure l'impact exceptionnel, sur le niveau des dépenses attendues de la CNAV pour l'année 2005, de l'adossement du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG). Sur une croissance globale de 7,5 % des prestations versées par le régime général par rapport à 2004, 2 % sont imputables à la prise en compte des assurés des IEG.

L'Assemblée nationale a adopté le présent article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission n'a pas d'observation particulière à formuler sur le niveau de dépense de la branche vieillesse proprement dit.

Elle regrette néanmoins que l'état d'avancement du dossier d'adossement du régime de retraite de la RATP n'ait pas permis de prendre en compte cette opération dans l'objectif de dépenses du régime général. Elle

rappelle que l'an passé, l'examen de l'objectif de dépenses pour 2005 avait donné lieu à une clarification bienvenue sur le montant de la soulte des IEG et son traitement comptable.

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

*Article additionnel après l'article 48
(art. L. 114-8 nouveau du code de la sécurité sociale)*

Publication, à partir de l'année 2008, des engagements de retraite futurs des caisses de retraite ayant plus de 20.000 cotisants

Objet : Cet article additionnel a pour objet de renforcer l'information du Parlement et des citoyens sur les engagements de retraite futurs des principaux régimes de retraite de base.

Votre commission souhaite créer les conditions permettant au Parlement de préparer, dans les meilleures conditions, la première clause de rendez-vous que la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites prévoit de tenir au cours de l'année 2008.

Pour cela, le présent article additionnel propose de prévoir que les principales caisses de retraite des régimes de base, c'est-à-dire celles qui rassemblent plus de 20.000 cotisants et retraités de droits propres, seront tenues à l'avenir de publier en annexe de leur rapport annuel une estimation de leurs engagements futurs de retraite. Ces dispositions pourraient être mises en œuvre à compter du premier trimestre 2008.

L'évaluation des engagements hors bilan correspondant aux retraites qui devront être versées, dans le futur, aux retraités, ainsi qu'aux personnes aujourd'hui actives, est pour l'heure trop partielle. Seules quelques données sont disponibles. L'Etat a ainsi publié pour la première fois en 2003, en annexe du projet de loi de finances pour 2004, une évaluation des engagements de retraite pour la fonction publique d'Etat. Sur la base d'un taux d'actualisation à 3 %, le montant correspondant s'établirait ainsi à 800 milliards d'euros.

Il convient d'ajouter que certains régimes spéciaux sont tenus de publier ces données dans leurs comptes, dans la mesure où il s'agit de régimes d'entreprises. Elles s'établissent comme suit :

- la RATP : 21 milliards d'euros ;
- la Banque de France : 9 milliards d'euros ;
- les entreprises électriques et gazières : 89 milliards d'euros.

Votre rapporteur a également obtenu cette information pour la SNCF (103 milliards d'euros) les agents publics de La Poste et de France Télécom et (respectivement 60 et 37 milliards d'euros).

Mais pour le reste, il n'existe pas de données publiques exploitables, pour les « grands » comme pour les « petits » régimes du secteur privé.

On peut d'ailleurs se demander comment il est possible, dans ces conditions, d'organiser le pilotage à long terme de l'assurance vieillesse, ainsi que de nourrir utilement le débat public sur les retraites dans notre pays.

L'article additionnel proposé souhaite combler cette lacune. En se fixant l'objectif de 2008, il laisse un délai de deux ans pour réaliser les travaux statistiques nécessaires à l'établissement des données.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

*Article additionnel après l'article 48
(art. L. 222-6 du code de la sécurité sociale)*

**Modalités d'information et de contrôle du Parlement
sur les opérations d'adossement**

Objet : Cet article additionnel vise à renforcer l'information et le contrôle du Parlement sur les opérations d'adossement des régimes spéciaux, d'une part, des régimes de retraite des entreprises publiques, d'autre part.

La CNAV, notamment par la voix de la présidente de son conseil d'administration, a fait part publiquement de sa préoccupation au sujet des dossiers d'adossement de la RATP et d'autres entreprises publiques susceptibles d'intervenir à l'avenir. Elle s'est élevée contre la perspective de se trouver *in fine* placée devant le fait accompli et de se voir imposer, par voie réglementaire, sans débat parlementaire, une opération d'adossement dans des conditions qui lui apparaîtraient éventuellement défavorables.

Votre commission souhaite répondre à cette demande de transparence en prévoyant explicitement, dans le code de la sécurité sociale, les modalités d'une information préalable des commissions parlementaires et éventuellement d'un contrôle de ces dernières sur les modalités des futurs adossements de régimes spéciaux (RATP, SNCF...) ou d'entreprise publique (La Poste).

Le Parlement doit pouvoir apprécier lui même si les précautions prises pour éviter que l'adossement des régimes spéciaux sur la CNAV, comme d'ailleurs sur les caisses de retraite complémentaire, ne mette à contribution les assurés sociaux du secteur privé. Cette précaution est essentielle dans la mesure où ces régimes spéciaux versent des prestations

supérieures aux régimes de droit commun, avec des ratios démographiques généralement moins favorables, tandis que le niveau des prestations servies demeure inchangé, y compris pour les nouveaux entrants. Il convient aussi de prendre en compte la marge d'incertitude des calculs des droits d'entrée qui sont effectués sur la base de dizaines de milliards d'euros d'engagements futurs de retraite, avec des hypothèses de projection sur des durées de vingt-cinq ans minimum.

Votre commission considère que le Parlement doit être informé sur les modalités de ces opérations, y compris lorsqu'elles sont réalisées par voie réglementaire. En outre, il ne doit pas s'agir d'une simple information *a posteriori* mentionnée, au passage, dans un tableau du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais d'une information préalable et suffisamment détaillée pour nourrir, le cas échéant, le débat au sein de la représentation nationale.

Dans cet esprit, l'amendement proposé par votre commission reprend certains termes de la nouvelle loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale et lui fait aussi directement référence. Il tend à réaffirmer les prérogatives des commissions des affaires sociales des deux assemblées, tout en veillant à assurer l'information de toutes les autres commissions concernées.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 48

(art. L. 222-7 nouveau du code de la sécurité sociale)

Codification des dispositions adoptées dans le cadre de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, sur la transparence et la neutralité financière des opérations d'adossement de régimes spéciaux de retraite

Objet : Cet article additionnel a pour objet, en s'inspirant du précédent des industries électriques et gazières, d'inscrire dans le code de la sécurité sociale les conditions générales d'adossement des régimes spéciaux sur les régimes de droit commun.

Votre commission souhaite tout à la fois assurer l'information du Parlement et des citoyens et confirmer les principes de neutralité et de transparence des opérations, fort complexes, d'adossement de régimes spéciaux sur le régime général..

Dans la mesure où cette technique d'adossement semble désormais en voie de généralisation à la RATP, et probablement ultérieurement à La Poste et à

la SNCF, il apparaît légitime de procéder aujourd'hui à la codification des dispositions qui avaient reçu un avis favorable du Gouvernement dans le cadre de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004, relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

En effet, malgré toutes les précautions qui sont prises, le calcul des droits d'entrée à acquitter par un régime spécial auprès du régime général et des institutions de retraite complémentaire constitue inévitablement un exercice délicat.

Tout en se félicitant que le Gouvernement exprime à nouveau, à l'occasion du dossier de la RATP, son attachement à ce que les assurés sociaux du secteur privé ne soient en rien lésés par ces opérations, votre commission propose d'inscrire, au sein du code de la sécurité sociale, les dispositions permettant de :

- réaffirmer, pour tous les adossements à venir, le respect du principe de neutralité qui constitue une garantie fondamentale pour les régimes de retraite du secteur privé, à commencer par la CNAV ;

- faire en sorte que les informations relatives aux prochains adossements de régimes spéciaux ou de régimes de retraite d'entreprises publiques fassent l'objet d'un suivi dans le temps, soient disponibles et publiées suivant une périodicité annuelle ;

- permettre au Parlement de disposer des informations à jour nécessaires au suivi de la mise en œuvre du principe de neutralité de ces adossements.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 48
(art. L. 161-22 et L 634-6 du code de la sécurité sociale)
**Assouplissement des limites au cumul emploi retraite
des salariés du secteur privé**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de transposer aux salariés du régime général et des régimes alignés les principales règles applicables aux trois fonctions publiques en matière de cumul emploi retraite.

Les règles relatives à la poursuite d'une activité professionnelle après la liquidation d'une pension de retraite sont aujourd'hui complexes.

Dans le régime général, conformément à l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, la liquidation et la perception d'une pension de retraite supposent la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou

à la cessation définitive de l'activité. Cette règle de principe a été confirmée par l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Ces dispositions n'ont pas été remises en cause, même si la réforme des retraites en avait offert l'occasion.

Votre commission souhaite rouvrir ce débat afin de contribuer à l'accroissement du taux d'activité des seniors et de consolider les grands équilibres de l'assurance vieillesse. Elle propose donc de supprimer les limites, aujourd'hui très restrictives, au cumul emploi-retraite pour les salariés du secteur privé en s'inspirant de la formulation très libérale du code des pensions civiles et militaires de retraite applicable aux trois fonctions publiques.

Dans le régime général, la réforme de 2003 a levé une partie des obstacles au cumul emploi-retraite. Elle autorise notamment le retraité à reprendre un emploi chez son ancien employeur après un délai de six mois.

Toutefois, le cumul de la pension et du revenu d'activité ne peut dépasser le dernier salaire d'activité, ce qui restreint singulièrement la portée pratique du dispositif.

Dans les régimes complémentaires (Agirc/Arrco), les règles de cumul ne sont pas strictement identiques à celles du régime général mais elles sont tout aussi restrictives puisqu'il faut avoir cessé toute activité salariée pour prétendre à sa ou ses retraites complémentaires. En revanche, les activités non salariées ne font pas obstacle au paiement de la retraite.

Par comparaison, le régime de la fonction publique est moins rigoureux : les revenus d'une activité salariée exercée auprès d'un employeur privé sont entièrement cumulables avec la perception d'une pension de retraite de fonctionnaire.

En outre, sont désormais considérés comme des employeurs privés, ce qui rend possible un cumul sans restriction, les établissements publics industriels et commerciaux, les entreprises publiques définies par décret et les organismes privés subventionnés à plus de la moitié de leur budget de fonctionnement par des fonds publics.

Dans ces conditions, il n'est guère surprenant que le nombre des assurés sociaux cumulant une pension et un salaire soit proportionnellement plus important dans le secteur public que dans le secteur privé et que le bénéfice de ces dispositions soit nettement plus avantageux dans le premier cas.

Pour ces raisons, et aussi pour répondre à la demande des Français, votre commission suggère de supprimer totalement, pour le régime général et les régimes alignés, la limite financière à partir de laquelle le cumul entraîne la suspension d'une partie ou de l'intégralité de la pension.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

*Article additionnel après l'article 48
(art. L. 137-10 du code de la sécurité sociale)*

**Assujettissement de l'ensemble des préretraites d'entreprise
à la contribution affectée au fonds de solidarité vieillesse**

Objet : Cet article additionnel propose d'assujettir toutes les préretraites d'entreprise à la contribution affectée au fonds de solidarité vieillesse.

Une partie des préretraites d'entreprise bénéficie d'un traitement privilégié sur le plan social, dans la mesure où elles ne sont pas assujetties à la contribution affectée au fonds de solidarité vieillesse qui a été créée par l'article 17 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Il est en effet possible pour un employeur, indépendamment des préretraites financées par l'Etat et le régime d'assurance chômage, de mettre en œuvre des dispositifs de préretraite d'entreprise, « préretraites maison » ou « congés de fin de carrière ». Ces dispositifs peuvent être créés soit par accord professionnel, ou par accord d'entreprise, soit à l'initiative du seul employeur. Ils sont institués surtout dans les grandes entreprises et s'adressent aux salariés remplissant des conditions d'âge (au moins cinquante ans) et d'ancienneté dans l'entreprise. Ils prennent des formes variables, mais reposent dans tous les cas sur le volontariat des salariés. Il n'existe à ce jour aucune statistique sur ces dispositifs, mais leur importance est loin d'être négligeable, notamment dans les grandes entreprises¹ :

Ces préretraites bénéficient d'un régime social variable, parfois très avantageux. Deux cas doivent ici être distingués :

- soit le contrat de travail est simplement **suspendu** et les avantages versés par l'entreprise au salarié ont alors le caractère de salaire et sont assujettis aux cotisations sociales dans les conditions de droit commun, comme l'a jugé la Cour de cassation² ;

- soit le contrat de travail est **rompu** et les avantages de préretraite bénéficient alors d'un régime social favorable, équivalant au régime applicable aux autres allocations de préretraite financées par l'Etat ou l'Unedic. Ainsi, les anciens salariés ne sont soumis qu'à la CSG (6,60 %), à la CRDS (0,5 %) et à une cotisation d'assurance maladie dont le taux est soit de 1,7 % lorsque la préretraite résulte d'accords conventionnels, soit de 1 % lorsqu'elle résulte d'une décision unilatérale de l'employeur. Jusqu'à la loi portant réforme des

¹ Sur ce point, cf. étude de la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares) - Premières informations et premières synthèses, novembre 2002, n° 45-1.

² Arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19 décembre 1991 « Société Elf-France C/Urssaf de Meurthe-et-Moselle ».

retraites, les employeurs n'étaient, pour leur part, redevables d'aucune cotisation ou contribution sur les allocations qu'ils financent.

L'article 17 de la loi portant réforme des retraites a institué, dans ce dernier cas de rupture du contrat de travail, une **contribution de l'employeur** sur les avantages qu'elle sert à ses anciens salariés dans un dispositif de préretraite d'entreprise. Cette contribution est à la charge de l'employeur et est affectée au FSV. Le taux de cette contribution est égal aux taux des cotisations salariales et patronales de la cotisation d'assurance vieillesse du régime général et de la cotisation plafonnée du régime complémentaire Arrco, soit 23,85 %. Le décret n° 2003-1316 du 30 décembre 2003 a fixé un taux réduit pour le régime général jusqu'au 31 mai 2008, pour le cas particulier des avantages versés dans le cadre d'un dispositif de préretraite prévoyant l'adhésion obligatoire à l'assurance volontaire invalidité, vieillesse et veuvage jusqu'à l'obtention du taux plein du régime général de la sécurité sociale et le maintien des cotisations aux régimes de retraite complémentaire.

L'assiette de cette contribution est constituée par « *les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité, versés, sous quelque forme que ce soit, directement par l'employeur, par l'intermédiaire d'un tiers, en vertu d'une convention, d'accord collectif, du contrat de travail, ou d'une décision unilatérale de l'employeur* ».

Sont donc assujettis à une telle contribution les seuls avantages de préretraite **pour lesquels le contrat de travail a été rompu** puisque sont ici visés les seuls « *anciens salariés* ». De fait, environ la moitié des préretraites d'entreprises ne serait pas concernée par une telle contribution puisque, dans la moitié des cas, le contrat de travail est simplement suspendu. En revanche, les préretraites se traduisant par une rupture du contrat sont toutes visées et ce, quelle que soit l'origine de la préretraite (accord collectif ou décision unilatérale de l'employeur), la forme de l'avantage (rente ou capital) et ses modalités de versement (direct ou indirect).

Le présent article additionnel propose d'instituer un traitement identique de ces deux formes de préretraite d'entreprise et d'assujettir celles qui ne le sont pas encore à la contribution affectée au fonds de solidarité vieillesse.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

*Article additionnel après l'article 48
(art. L. 122-14-13 du code du travail)*

**Limitation dans le temps de la dérogation permettant,
à l'initiative des employeurs, la mise à la retraite d'office
des salariés avant l'âge de soixante-cinq ans**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de limiter au 1^{er} janvier 2008 les effets juridiques des nouveaux accords collectifs dérogeant au report à soixante-cinq ans de l'âge auquel un salarié peut être mis à la retraite d'office par son employeur.

Le présent article additionnel a pour objet, en matière de cessation précoce d'activité, de fermer une brèche dans l'édifice de la réforme des retraites, et par là même de contribuer à la préservation des équilibres financiers de l'assurance vieillesse.

La loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social a défini un régime légal de mise à la retraite d'un salarié par l'employeur, introduisant ainsi un mode particulier de rupture du contrat de travail, distinct de la démission et du licenciement. La mise à la retraite ne pouvait intervenir que si le salarié avait dépassé l'âge de soixante ans et qu'il avait droit à une pension à taux plein. Si ces conditions n'étaient pas réunies, la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur constituait un licenciement.

L'article 16 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a modifié la rédaction de l'article L. 122-14-13 du code du travail pour rendre plus restrictives les conditions de ce dispositif. Le Gouvernement souhaitait remplacer cette double condition par une condition unique, en la limitant au cas où le salarié a atteint l'âge de soixante cinq ans.

L'objectif recherché était double :

- favoriser le maintien en activité des salariés âgés, les conditions de mise à la retraite d'office étant, comme le soulignait l'exposé des motifs de la loi précitée du 21 août 2003, « *contradictoires avec l'objectif de développement de l'activité des seniors* » ;

- tirer les conséquences de la création de la surcote pour les salariés poursuivant leur activité au-delà de la durée nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

Or, lors des débats parlementaires, un amendement a été adopté, en dépit des réserves exprimées par le Gouvernement, pour créer une dérogation au report à soixante-cinq ans de la possibilité de mise à la retraite par l'employeur et permettre qu'elle ait lieu dès l'âge de soixante ans. Cette faculté demeurerait ouverte si une convention ou un accord collectif étendu

fixait des « *contreparties en terme d'emploi ou de formation professionnelle* », sans autre précision.

Au total, la rédaction définitive de l'article 16 de la loi portant réforme des retraites :

- a défini la mise à la retraite d'office comme étant la possibilité donnée à l'employeur de rompre le contrat de travail d'un salarié ayant atteint l'âge de soixante-cinq ans ;

- a prévu que, dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif étendu conclu avant le 1^{er} janvier 2008, fixant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle, ou en cas de cessation d'activité en application d'un accord professionnel ou dans le cadre du bénéfice de tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la date de publication de la loi portant réforme des retraites, un âge inférieur peut être fixé dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein ;

- a précisé que cet âge ne pouvait être inférieur à celui de soixante ans ;

- a prévu que si les conditions de mise à la retraite ne sont pas réunies, la rupture du contrat de travail par l'employeur constitue un licenciement.

Depuis la promulgation de la loi, pas moins de **soixante-treize branches professionnelles, dont les plus importantes, ont conclu des accords sur cette base**. Par ses proportions, la dérogation tend donc à vider de sa substance les dispositions générales et l'exception risque de devenir la règle.

Votre commission considère que la mise à la retraite à soixante ans est incompatible avec l'objectif d'augmenter le taux d'emploi des salariés âgés. Elle observe aussi que cette disposition contredit l'esprit de la réforme qui vise à renforcer la liberté de choix et à ne plus considérer la retraite comme un couperet. Les personnes qui veulent travailler plus longtemps doivent pouvoir le faire, et ce d'autant plus que la mise à la retraite d'office à soixante ans pourrait empêcher un grand nombre de salariés de bénéficier de la surcote.

Elle propose donc de limiter dans le temps, jusqu'au 1^{er} janvier 2008, les effets juridiques des nouveaux accords collectifs qui pourraient être signés entre les partenaires sociaux dans ce cadre dérogatoire et de prévoir la remise au Parlement d'un rapport du Gouvernement destiné à faire sur ce point le bilan de l'application de cet article de la loi du 21 août 2003. Il s'agira par là même de préparer, dans de bonnes conditions, la clause de rendez-vous de la réforme, qui doit intervenir au cours de l'année 2008.

Ce faisant, les accords déjà signés par les partenaires sociaux ne seront pas affectés par ces nouvelles dispositions.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance des accidents du travail

Article 49

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva)

Objet : Cet article fixe à 700 millions d'euros, pour 2006, le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du Fcaata et à 315 millions d'euros sa contribution au Fiva.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** fixe le montant de la contribution de la branche au financement du Fcaata.

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a en effet prévu que serait fixé chaque année, dans la loi de financement, le montant de la contribution demandée à la branche AT-MP du régime général pour financer ce fonds, destiné à assurer une préretraite à certains salariés exposés à l'amiante.

Le Fcaata

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé une allocation de cessation anticipée d'activité (Acaata) destinée aux « travailleurs de l'amiante ». Le bénéfice de ce dispositif a d'abord été ouvert aux personnes de cinquante ans et plus :

- travaillant ou ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ;
- reconnues atteintes d'une maladie provoquée par l'amiante.

Les établissements ainsi que les maladies professionnelles en question ont été précisés par arrêté.

Le dispositif a été progressivement étendu :

- aux salariés et anciens salariés des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante ;

- aux salariés et anciens salariés des établissements de construction et de réparation navales ;
- aux dockers, dans la mesure où ils avaient exercé leur activité dans un port et pendant une période indiquée par arrêté ;
- aux salariés et anciens salariés du régime agricole reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante.

Un fonds spécifique, le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), prend en charge le financement des allocations et des cotisations de retraite complémentaire qui les accompagnent. Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, les prestations étant attribuées et servies par la CNAM.

Les recettes du fonds sont constituées par une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs, une contribution de la branche AT-MP du régime général de la sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, fixée chaque année, et une contribution versée par les employeurs dont des salariés sont admis au bénéfice de l'Acaata.

Ses dépenses sont, à ce jour, constituées par le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité et par la prise en charge des cotisations retraite des allocataires.

Un conseil de surveillance est chargé du suivi et du contrôle des activités du fonds et de son fonctionnement. Il examine les comptes et le rapport annuel d'activité, au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle de l'exercice concerné. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit que le rapport d'activité doit également être transmis au Gouvernement et au Parlement.

Le montant proposé est de 700 millions d'euros, en progression de 100 millions d'euros par rapport à 2005.

Le **paragraphe II** fixe le montant du versement de la branche au financement du Fiva.

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a en effet prévu que serait fixé, chaque année, dans la loi de financement de la sécurité sociale, le montant de la contribution demandée à la branche AT-MP du régime général pour financer ce fonds, dont la vocation est d'apporter aux personnes malades de l'amiante une réparation intégrale de leur préjudice.

Le Fiva

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) afin de faire bénéficier les salariés d'une indemnisation intégrale du préjudice né d'une exposition à l'amiante.

Ce dispositif intéresse tous les salariés qu'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Il concerne aussi les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture du risque accidents du travail/maladies professionnelles. Les ayants droit peuvent faire valoir leur préjudice propre.

Dès lors que la victime accepte l'offre de réparation du fonds, elle ne peut plus engager d'action en justice pour rechercher la faute inexcusable de l'employeur. L'acceptation n'a pas en revanche d'incidence sur d'éventuelles actions pénales.

Le fonds est financé pour partie par l'Etat et pour partie par la branche AT MP.

Le présent article fixe le montant de la contribution pour 2006 à 315 millions d'euros, après un versement de 200 millions d'euros en 2005.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de précision.

Le premier rappelle que le Fcaata a été créé par le III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Le second indique que le Fiva a été créé par le II de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

III - La position de votre commission

Votre commission a déjà analysé les conditions de financement du Fcaata et du Fiva¹.

Concernant le Fcaata, elle a observé que ses dépenses allaient progresser d'une centaine de millions d'euros en 2006, par rapport à 2005, et que ses réserves sont en voie d'épuisement. La proposition du Gouvernement d'augmenter son financement à hauteur de 100 millions d'euros correspond donc à un ordre de grandeur approprié.

Le Fiva a perçu ces dernières années des recettes inférieures à ses dépenses, ce qui l'a obligé à puiser dans les réserves qu'il avait constituées ; la diminution rapide de leur montant impose aujourd'hui un rattrapage des recettes, ce qui explique que le Gouvernement propose d'augmenter de 115 millions d'euros la contribution de la branche au Fiva, alors que la prévision d'augmentation des dépenses du fonds est limitée à une soixantaine de millions d'euros.

Si la nécessité d'accroître les recettes des fonds ne fait guère de doute au vu de ces éléments, votre commission s'interroge, en revanche, sur la **répartition des financements entre l'Etat et la sécurité sociale**. Dans ses conclusions, la mission sénatoriale d'information sur le bilan et les

¹ Cf. Tome V du présent rapport.

conséquences de la contamination par l'amiante¹ note en effet que la contribution de l'Etat n'est pas à la hauteur de ce que fut sa responsabilité, en tant qu'employeur et en tant que puissance publique, dans la réalisation du préjudice subi par les victimes de l'amiante et elle recommande que l'Etat prenne en charge **30 % du financement de ces fonds**. Elle observe aussi que l'augmentation des transferts au profit de ces fonds pénalise fortement la branche AT-MP du régime général, qui ne parvient plus à équilibrer ses comptes.

Or les propositions du Gouvernement pour 2006 conduiraient à mettre à la charge de l'Etat 6,5 % seulement des ressources des deux fonds.

Consciente qu'il est difficile pour l'Etat de dégager immédiatement les quelque 365 millions d'euros qui seraient nécessaires pour atteindre l'objectif de 30 %, votre commission souhaite néanmoins que l'Etat amorce, dès cette année, l'effort de rattrapage budgétaire qu'elle appelle de ses vœux en se concentrant sur le seul Fiva.

Elle propose, par amendement, que le versement à la charge de la branche soit diminué de 59,5 millions d'euros et invite l'Etat à accroître, en contrepartie, sa dotation budgétaire d'un montant équivalent. Fixée à 50 millions d'euros dans le projet de loi de finances la contribution de l'Etat serait ainsi portée à 109,5 millions d'euros, ce qui correspond précisément à 30 % des ressources attendues pour le Fiva en 2006 (365 millions d'euros).

Le versement de la branche au Fiva serait ainsi fixé à 255,5 millions d'euros en 2006.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

¹ *Rapport d'information n° 37 « Le drame de l'amiante en France. Comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir », 2005-2006.*

Article 50

**Montant du versement de la branche accidents du travail
à la branche maladie au titre de la sous-déclaration
des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Objet : Cet article détermine le montant du reversement forfaitaire de la branche AT-MP du régime général à la branche maladie, en 2006, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

I - Le dispositif proposé

L'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, codifié à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, a institué un reversement forfaitaire annuel de la branche AT-MP du régime général vers la branche maladie, afin de prendre en compte les dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge en application de la législation sur les maladies professionnelles, alors qu'elles ont une origine professionnelle. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a étendu ce mécanisme à la prise en compte de la sous-déclaration des accidents du travail.

On rappellera que l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, issu du même article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, dispose que le montant de ce versement est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale et qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remet, tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, après avis de la commission des AT-MP, un rapport évaluant « *le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles* ». Le dernier rapport de cette commission a été remis en juin 2005.

Le présent article fixe le montant de ce reversement pour 2006 à un montant identique à celui fixé depuis 2003, soit **330 millions d'euros**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà exposé la raison d'être et l'évolution de ce reversement forfaitaire qu'elle juge légitime même s'il pèse sur les comptes de la branche AT-MP¹.

Elle constate qu'il est proposé de **reconduire, une nouvelle fois, le montant de 330 millions d'euros voté chaque année en loi de financement**

¹ Cf. Tome V du présent rapport.

de la sécurité sociale depuis 2003. Le rapport de la commission Diricq évalue pourtant le coût de la sous-déclaration à au moins 355 millions d'euros et l'ampleur réelle du phénomène pourrait être bien supérieure.

En réalité, le maintien du reversement à ce niveau de 330 millions d'euros semble répondre davantage à une volonté de ne pas dégrader davantage la situation financière, déjà fragile, de la branche AT-MP, plutôt qu'à un souci d'évaluation objective des charges indûment supportées par l'assurance maladie.

Par cohérence avec la proposition formulée à l'article précédent, qui marque son attachement à l'équilibre de la branche, votre commission ne propose pas de revaloriser, cette année, le montant du reversement à l'assurance maladie branche ; elle souhaite cependant que l'amélioration des recettes qui devrait résulter de la reprise économique qui s'annonce soit mise à profit pour amener progressivement le montant de ce reversement à un niveau compatible avec les évaluations de la commission Diricq.

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

Article 51

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2005

Objet : Cet article fixe à 11,1 milliards d'euros en 2006 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP dont 9,9 milliards d'euros pour le seul régime général.

I - Le dispositif proposé

L'article 7 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a inséré dans le code de la sécurité sociale un article L.O. 111-7-1 qui dispose que « *dans la partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, ... chaque objectif de dépenses par branche, décomposé le cas échéant en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général* ».

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2006 à 11,1 milliards d'euros. L'objectif de dépenses est de 9,9 milliards d'euros pour le seul régime général.

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la construction de l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2006 se déroule en trois étapes :

- les comptes prévisionnels 2006 des branches AT-MP des différents régimes sont totalisés (régime général, régimes agricoles, régimes spéciaux, FCAT, Fcata) ;

- les transferts internes à la branche sont neutralisés : il s'agit principalement du versement de compensation du régime général vers le régime des salariés agricoles (111 millions d'euros) et le régime des mines (450 millions d'euros), de la contribution du régime général au FCAT (56 millions d'euros) et de la contribution des régimes agricoles au Fcata (82 millions d'euros) ;

- les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes sont enfin présentés en montants nets.

Construction de l'objectif de dépenses de la branche AT-MP

(en milliards d'euros)

Dépenses AT-MP de l'ensemble des régimes	12,3	dont 10,2 pour le régime général
Neutralisation des transferts internes à la branche AT-MP	0,7	
Sommes déduites pour le calcul des charges nettes	0,5	dont - 0,33 de reprises sur provisions pour prestations, - 0,11 de dotations aux provisions et pertes sur actifs circulants et - 0,02 de produits de gestion courante
Objectif de dépenses de la branche	11,1	

Source : Direction de la sécurité sociale

Pour le régime général, la construction de l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2006 est identique, à l'exception de la neutralisation des transferts internes qui n'ont bien sûr plus lieu d'être.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

L'objectif de dépenses tous régimes confondus s'inscrit en progression de 3,7 % par rapport à l'objectif voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. Votre commission souhaite que cet objectif raisonnable d'évolution des dépenses soit respecté afin de confirmer l'amélioration annoncée du besoin de financement de la branche.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 52

(art. L. 531-4, L. 532-2 et L. 552-1 du code de la sécurité sociale)

Adaptation du complément de libre choix d'activité

Objet : Cet article ouvre aux parents de trois enfants et plus, qui cessent leur activité professionnelle pour élever leurs enfants, un nouveau complément optionnel de libre choix d'activité, plus court mais mieux rémunéré.

I - Le dispositif proposé

Le rapport préparatoire à la Conférence pour la famille de septembre 2005 sur la question de l'accompagnement du désir d'enfant des familles¹ a mis en lumière les effets pervers liés à l'allocation parentale d'éducation et au complément de libre choix d'activité de la Paje qui en a pris le relais :

- la perception de ces deux allocations n'est pas liée au bénéficiaire du congé parental : même si elles sont versées sous une condition d'activité professionnelle antérieure, cela ne signifie pas qu'il faut être en activité au moment de la demande. On constate donc que 40 % des personnes entrant dans ces dispositifs ne sont pas en congé parental : 25 % des allocataires étaient au chômage avant de bénéficier de ces prestations. Sans lien avec l'entreprise, ces personnes ont beaucoup de mal à retrouver un emploi lorsque le versement de l'allocation prend fin ;

- leur montant, relativement faible, n'est pas incitatif pour des personnes à revenu intermédiaire : en effet, la perte de revenu est trop importante pour des ménages où le deuxième salaire est indispensable et suffisamment élevé. Par conséquent, le dispositif attire surtout des femmes dont le salaire est tellement faible que la perte de revenu engendrée par le passage d'un revenu d'activité à l'allocation n'est pas considérable, compte tenu notamment des économies réalisées avec les frais de garde des enfants ;

¹ « Enjeux démographiques et accompagnement du désir d'enfant des familles », Hubert Brin, rapport préparatoire à la Conférence de la famille pour 2005.

- dans ces conditions, le versement de ces allocations pendant une durée de trois ans devient un frein au retour à l'emploi car les femmes qui en font usage sont souvent en situation précaire vis-à-vis de l'emploi, et présentent un faible niveau de qualification.

Le **complément de libre choix d'activité de la Paje** a opéré une première amélioration par rapport à l'allocation parentale d'éducation en rendant plus strictes les conditions d'activité antérieure nécessaires pour bénéficier de la prestation : il faut ainsi avoir travaillé deux ans dans les deux ans qui précèdent la naissance d'un enfant de rang 1, dans les quatre ans s'il s'agit d'un deuxième enfant (dans les cinq ans dans l'ancien système) ou dans les cinq ans pour les enfants de rang 3 (dans les dix ans auparavant).

Ce resserrement des conditions d'activité a sans doute déjà réduit l'attractivité du dispositif pour les inactifs et les chômeurs, mais il reste insuffisant pour enrayer vraiment ses effets pervers.

C'est la raison pour laquelle le rapport Brin a préconisé la mise en place d'un nouveau complément optionnel de libre choix d'activité, plus court et mieux rémunéré. Il avançait l'idée d'une indemnité proportionnelle au salaire, avec un plancher et un plafond, dont le bénéficiaire serait mieux articulé avec le congé parental. Il limitait sa proposition aux enfants de rang trois et plus, à titre expérimental, sans toutefois cacher que ce dispositif avait vocation à être étendu à tous les enfants, quel que soit leur rang de naissance.

Le présent article s'inspire de ces propositions, sans toutefois aller aussi loin : il crée un nouveau complément de libre choix d'activité (Colca), raccourci à un an au lieu de trois, et rémunéré 750 euros par mois, là où le complément classique s'élève à 512 euros. Le coût du dispositif, pour l'année 2006, est évalué à 35 millions d'euros.

Le **paragraphe I** crée non pas une nouvelle prestation mais une nouvelle modalité d'exercice du complément de libre choix d'activité (CLCA), réservée aux personnes qui cessent toute activité professionnelle et qui ont trois enfants à charge ou plus. Cette nouvelle modalité d'exercice du complément de libre choix d'activité se présente sous la forme du versement d'une allocation majorée mais pendant une durée plus courte, qui serait fixée à un an selon l'exposé des motifs.

Cette possibilité est, comme pour le CLCA classique, ouverte sous condition d'une durée minimale d'activité antérieure, qui serait identique à ce qu'on exige pour le rang 3 de droit commun. Il est également précisé que l'option est définitive, afin d'éviter que les bénéficiaires tentent de profiter de la rémunération majorée pendant un an pour ensuite repasser dans l'ancien système pour encore deux ans.

Il est enfin prévu que, par exception au système général des prestations familiales, et notamment au CLCA classique, le droit à la prestation est ouvert à compter du mois de naissance de l'enfant et non à compter du mois suivant.

Le **paragraphe II** autorise le cumul du nouveau Colca avec les indemnités maternité pendant le mois où le versement de ces indemnités prend fin, afin d'éviter les ruptures de ressources pour les bénéficiaires. Par conséquent, si le droit à la prestation est ouvert à compter du mois de la naissance de l'enfant, date à laquelle débute le décompte de la durée de perception d'un an, l'allocation, elle, n'est versée qu'à compter de la fin du congé maternité indemnisé.

Le **paragraphe III** inscrit, par coordination, le nouveau Colca parmi les prestations énumérées à L. 552-1 du code de la sécurité sociale qui font exception à la règle générale des prestations familiales selon laquelle les prestations sont dues à compter du mois suivant celui les conditions d'ouverture sont réunies.

Le **paragraphe IV** précise les conditions d'entrée en vigueur du nouveau dispositif : celui-ci sera applicable aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} juillet 2006, ainsi qu'à ceux, nés prématurés, qui auraient dû naître après cette date.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement à cet article, autorisant le partage du nouveau Colca entre les deux parents. Dans la mesure où le bénéfice de nouveau complément est réservé aux personnes qui cessent totalement leur activité professionnelle, le partage entre les parents est nécessairement un partage successif dans le temps.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve les objectifs qui président à la réforme du complément de libre choix d'activité proposée par cet article : en attirant les parents vers ce congé plus court grâce à une meilleure rémunération, le nouveau dispositif devrait permettre de réduire les retraits de longue durée du marché du travail, pénalisants pour le retour ultérieur à l'emploi. L'indemnisation plus élevée devrait également pouvoir inciter des femmes - et des hommes - ayant un niveau de salaire un peu plus élevé.

On peut toutefois regretter que le texte n'aille pas plus loin dans la prise en compte de certaines observations du rapport Brin, notamment celles relative à l'amélioration de l'articulation entre CLCA et congé parental. Votre commission estime en effet qu'une telle amélioration irait dans le sens d'un moindre attrait de cette formule pour les personnes inactives ou au chômage.

Votre commission reste intéressée par les propositions de ce même rapport concernant la possibilité de créer une allocation proportionnelle au salaire antérieur, car elle serait de nature à ouvrir un véritable libre choix aux familles, quel que soit leur revenu.

Le Gouvernement avance qu'un tel système serait contraire au principe d'universalité de la branche famille. Votre commission reconnaît qu'il n'existe, au sein de la branche famille et contrairement aux autres branches, aucune prestation proportionnelle au salaire antérieur. Elle estime toutefois que l'interprétation du Gouvernement est extrêmement restrictive : en réalité, sous prétexte de respecter la lettre du principe d'universalité, on exclut dans les faits certaines familles de la prestation, celles n'ayant pas un vrai choix car la perte financière encourue serait trop forte. Votre commission objecte aussi que la mise sous condition de ressources est tout aussi contraire au principe d'universalité et que la branche famille est, dans ce domaine, coutumière du fait.

Mais elle est consciente du coût que représenterait un tel dispositif : dans le contexte financier actuel, il n'est bien entendu pas envisageable de l'instaurer.

Sous ces réserves, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 53

(art. L. 511-1, L. 544-1 à L. 544-9 du code de la sécurité sociale)

Allocation journalière de présence parentale

Objet : Cet article assouplit le régime du congé et de l'allocation de présence parentale, à travers la mise en place d'un compte crédit de 310 jours, à prendre selon la convenance des parents et en fonction des besoins d'accompagnement de l'enfant malade.

I - Le dispositif proposé

Créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le congé et l'allocation de présence parentale visent à permettre aux parents dont l'enfant est gravement malade, handicapé ou accidenté, de suspendre ou de réduire leur activité professionnelle pour rester auprès de lui et l'accompagner dans son parcours de soins.

Pour bénéficier du congé de présence parentale, le traitement de l'enfant doit avoir une durée prévisible supérieure à quatre mois. Quand cette condition est remplie, les parents bénéficient soit d'une possibilité de travail à temps partiel, soit d'un congé à temps plein d'une durée initiale de quatre mois, renouvelable deux fois, en fonction des besoins de l'enfant, par tranche incompressible de quatre mois. Ce congé peut être réparti entre les deux parents, soit dans le cadre de deux temps partiels, soit successivement dans le temps pour le congé à temps plein.

Pendant la durée du congé, le parent qui cesse son activité bénéficie d'une allocation mensuelle, d'un montant de 841 euros (majorée à 999 euros pour un parent isolé) s'il cesse totalement son activité. Le montant de l'allocation est naturellement réduit s'il opte pour le temps partiel.

Si le congé de présence parentale a représenté un réel progrès pour les parents d'enfants gravement malades, son fonctionnement reste très rigide : les parents doivent choisir *a priori* entre une cessation complète d'activité ou un temps partiel, il sont obligés de prendre, quel que soit leur choix ultérieur, un congé initial à temps plein de quatre mois et ils ne peuvent modifier leur choix (ou leur quotité de travail, dans le cadre d'un temps partiel) avant un délai de quatre mois.

Ces rigidités sont peu compatibles avec les exigences réelles liées à la maladie de l'enfant qui peut alterner des phases aiguës, qui exigent une présence constante des parents, avec des phases de rémission pendant lesquelles cette présence est moins nécessaire. De même, peuvent alterner des périodes d'hospitalisation pour l'enfant, avec des périodes – plus ou moins longues – de retour à domicile.

Toutes ces raisons expliquent sans doute le relativement faible succès de cette allocation : ainsi, au 30 juin 2005, seules 3.600 familles en bénéficiaient, alors que le public cible estimé lors de la création de l'allocation en 2001 était de 13.000 familles.

C'est la raison pour laquelle le présent article propose un assouplissement du dispositif, qui s'inspire en quelque sorte du régime des indemnités journalières maladie : les parents bénéficieront désormais d'un « compte crédit » de 310 jours de congé, indemnisés sur une base journalière, à prendre sur trois ans, en fonction des besoins d'accompagnement de l'enfant. Le nombre de bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) reste estimé à 13.000, pour un coût de 21 millions d'euros en 2006.

Le **paragraphe I** tire les conséquences du changement de dénomination de l'allocation dans diverses dispositions du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe II** propose une nouvelle rédaction du chapitre IV du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation de présence parentale : ce nouveau chapitre IV, désormais intitulé « *allocation journalière de présence parentale* » comporte neuf articles, numérotés de L. 544-1 à L. 544-9, qui remplacent les actuels articles L. 544-1 à L. 544-8.

Le nouvel **article L. 544-1** crée l'allocation journalière de présence parentale. Ses conditions d'attribution sont inchangées par rapport à l'actuelle allocation mensuelle : le droit est ouvert à raison de l'état de santé de l'enfant et d'une durée minimale de traitement, fixée à quatre mois, sauf en cas d'affection périnatale (deux mois). Son versement est également toujours lié au bénéfice du congé de présence parentale, ce qui signifie - sauf exceptions énumérées à l'article L 544-8 - que seuls les salariés bénéficient de l'AJPP.

L'**article L. 544-2** étouffe le certificat médical attestant de la nécessité d'une présence soutenue des parents ou de soins contraignants, en prévoyant l'obligation, pour le médecin, d'indiquer la durée prévisible du traitement.

Le droit à l'allocation est ouvert pour cette durée prévisionnelle, la situation de l'enfant étant systématiquement réexaminés au bout de six mois : si l'on constate, lors de ce réexamen, que l'enfant est guéri ou que le traitement est achevé, le droit à l'allocation est suspendu mais il peut être réactivé, en cas de rechute ou de récurrence, dans la limite des 310 jours prévus dans le compte crédit et du délai de trois ans prévu pour leur prise. Comme auparavant, le bénéfice de l'allocation est soumis à un avis favorable du contrôle médical

L'**article L. 544-3** pose le principe du compte crédit de 310 indemnités journalières – soit quatorze mois – à répartir sur une durée maximale de trois ans.

L'**article L. 544-4** prévoit la possibilité d'un partage de ces indemnités journalières entre les deux parents, le nombre total de jours pouvant être pris conjointement au cours d'un même mois étant toutefois limité : il s'agit vraisemblablement d'éviter que ce chiffre ne dépasse le nombre de jours ouvrés du mois.

Par dérogation au principe général des prestations familiales, qui prévoit que le droit aux prestations débute le mois suivant celui où les conditions d'ouverture sont réunies et cesse le mois où elles ne sont plus réunies, et conformément au régime antérieur de l'allocation de présence parentale, l'**article L. 544-5** dispose que le droit à l'AJPP est ouvert à compter du mois de dépôt de la demande et prend fin le mois suivant celui où les conditions de son versement ne sont plus réunies.

L'**article L. 544-6** renvoie à un décret le soin de fixer le montant de l'allocation journalière. Comme auparavant, ce montant est majoré pour un parent isolé. Les montants envisagés s'élèvent à 38,44 euros et 45,65 euros, soit un montant équivalent au montant mensuel antérieur, ramené à son équivalent journalier.

L'**article L. 544-7** crée un complément mensuel forfaitaire pour frais, versé aux parents dont l'enfant est hospitalisé loin du domicile familial lorsque les parents justifient d'un déplacement dans le mois d'une distance supérieure à un seuil fixé par décret.

Bien que le droit à l'AJPP soit lié au statut de salarié, l'**article L. 544-8** ouvre, à titre dérogatoire, le bénéfice de cette allocation aux voyageurs représentants placiers (VRP), aux employés de maison, aux non salariés, aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, aux exploitants agricoles et aux travailleurs privés d'emploi, selon des modalités fixées par décret.

S'agissant des chômeurs indemnisés, pour lesquels il est difficile de déterminer où finit l'exigence de présence auprès de l'enfant et où commence la présence qui est simplement due à l'inactivité du parent, le projet de loi prévoit un versement mensuel des indemnités journalières, sur la base d'un nombre de jours forfaitaire fixé par décret. Le bénéfice de l'AJPP suspend le décompte des droits au chômage. Celui-ci reprend à l'issue du congé de présence parentale.

L'article L. 544-9 interdit le cumul de l'AJPP avec des revenus de remplacement, qu'il s'agisse des indemnités de maternité, de paternité ou d'adoption, des indemnités maladie et accident du travail, des indemnités chômage, d'une pension d'invalidité ou de retraite, de l'allocation parentale d'éducation ou du complément de libre choix d'activité ou, enfin, de l'AAH.

Pour des raisons évidentes, le cumul est également interdit avec les compléments d'AES : ceux-ci ont en effet déjà pour objet d'indemniser une cessation d'activité des parents lorsque l'enfant nécessite la présence constante d'une tierce personne.

Un aménagement à ces règles de non cumul est toutefois prévu en cas de temps partiel : ainsi, si le parent n'a pas pris, au titre du congé de présence parentale, l'intégralité des jours ouvrables d'un mois donné, il peut cumuler l'AJPP avec les indemnités maladie et accident du travail, versées au titre de ces autres jours.

Le **paragraphe III** prévoit l'affiliation des bénéficiaires de l'AJPP à l'assurance vieillesse des parents au foyer. Ce droit était déjà ouvert aux bénéficiaires de l'actuelle allocation de présence parentale à temps plein. Dès lors que, dans le cadre d'un congé décompté en jours, il n'est plus possible de distinguer congé à temps partiel ou à temps plein, le projet de loi l'étend à tous les bénéficiaires de l'allocation.

Le **paragraphe IV** modifie les dispositions du code du travail relatives au congé de présence parentale. Par coordination avec les dispositions du code de la sécurité sociale sur l'allocation journalière de présence parentale, un congé maximal de 310 jours ouvrés non fractionnables à prendre sur trois ans est ouvert aux parents à raison d'une maladie grave de l'enfant, d'un handicap ou d'un accident, dès lors que celui-ci nécessite un traitement lourd de plus de quatre mois. La durée réelle du congé est fixée par le certificat médical établi par le médecin qui suit l'enfant, en référence à sa durée prévisible de traitement.

L'article L. 122-28-9 détaille également les formalités à accomplir par le salarié pour bénéficier du congé de présence parentale :

- il doit avertir son employeur, par lettre recommandée avec accusé de réception ou lettre en main propre contre décharge, accompagnée du certificat médical, de son intention d'avoir recours au congé de présence parentale. Il s'agit d'**un droit pour le salarié** : l'employeur ne peut s'opposer à la prise du

congé, dès lors que le salarié en remplit les conditions, ni lui demander de le repousser ;

- le salarié a l'obligation d'avertir l'employeur au moins 48 heures avant la prise de chaque jour de congé. Pour permettre à l'employeur de planifier au mieux les conséquences de l'absence de son salarié, il sera possible, avec l'accord de celui-ci, de passer une convention pour déterminer un calendrier prévisionnel et les modalités de prise des jours de congé.

Comme auparavant, le salarié en congé de présence parentale doit pouvoir retrouver, à son retour, un emploi équivalent, assorti de la même rémunération. Il est toutefois évident que cette garantie ne trouve à s'appliquer que si le salarié décide d'user de son droit à congé sous la forme d'une période continue de longue durée, ce qu'il n'est plus obligé de faire désormais.

De la même façon, le salarié se voit reconnaître la garantie de retrouver un emploi en cas de retour anticipé du fait du décès de l'enfant ou d'un changement important dans les ressources de la famille. Encore une fois, cette garantie ne trouve désormais à s'appliquer que si le salarié décide d'organiser son congé de telle sorte que l'employeur a été obligé de le remplacer pour une longue période. En effet, dans les autres cas, dans la mesure où il organise lui-même ses jours de congé, le salarié peut dorénavant décider de ne plus prendre aucun jour si sa situation l'exige.

Le **paragraphe V** tire les conséquences, dans certaines dispositions du code de la sécurité sociale la concernant, du changement de dénomination de l'allocation. Le **paragraphe VI** fait de même pour les intitulés de sections dans le même code.

Enfin, le **paragraphe VII** fixe au 1^{er} juillet 2006 l'entrée en vigueur de ce dispositif. Il prévoit également que les actuels bénéficiaires de l'allocation de présence parentale continuent d'être régis par les dispositions actuelle jusqu'au terme de leur congé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre deux amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a apporté deux modifications de fond au texte :

- la première traite des cas de récurrence ou de rechute au-delà du délai maximal de trois ans prévu pour la prise des jours de congé de présence parentale : en effet si, avant l'épuisement de ce délai, il est possible de puiser dans le compte crédit de 310 jours pour faire face à la situation, tel n'est plus le cas au-delà. L'amendement prévoit donc de rouvrir un droit complet de 310 jours, en cas de rechute ou de récurrence ;

- la seconde règle la question du bénéfice des prestations maladie et maternité pour les personnes en congé de présence parentale : l'actuel article L. 161-9-1 du code de la sécurité sociale prévoit un maintien des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité mais pas des

prestations en espèce. En abrogeant cet article, le bénéfice des deux types de prestation se trouve rétabli pour les personnes en congé de présence parentale, la période de congé étant alors assimilée au travail salarié.

Dans le même souci sont ensuite visés les cas où les parents bénéficient successivement d'un congé parental d'éducation (CPE) et d'un congé de présence parentale (ou inversement) : comme le bénéfice des prestations en espèce est suspendu pendant le CPE, il est précisé qu'en cas de reprise d'activité à l'issue des deux congés successifs, la personne concernée conserve le bénéfice des droits acquis antérieurement au CPE.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve cette réforme de l'allocation de présence parentale qui, en allant dans le sens d'une plus grande souplesse, répond de manière bien plus satisfaisante aux besoins des parents qui doivent affronter le drame de la maladie de leur enfant.

Elle souhaite toutefois l'**amender sur deux points** :

- pour préciser que la durée minimale dont il est question est bien la durée minimale de traitement prévisible de l'enfant : il ne s'agit en aucun cas d'imposer à nouveau, par un biais détourné, un congé minimal à temps plein pour les parents comme dans le système actuel.

Votre commission ne souhaite pas en revanche supprimer toute référence à une durée minimale de traitement, afin d'éviter que le dispositif du congé de présence parentale ne soit mobilisé pour des affections bénignes ou des opérations chirurgicales banales. La solution proposée par les associations, consistant à remplacer la référence à une durée minimale de traitement par une liste de pathologies ouvrant droit au bénéfice de l'allocation, lui paraît devoir être écartée, car il semble impossible de parvenir à une liste exhaustive et les conséquences d'une maladie sont très variables d'un individu à l'autre ;

- pour mieux définir les formalités que le salarié doit remplir pour bénéficier de son droit à congé : la rédaction proposée pour l'article L. 122-28-9 est ambiguë car, en insistant sur les exigences de l'employeur, elle laisse croire que si le salarié ne remplit pas l'obligation d'avertir son employeur dans les 48 heures, celui-ci peut s'opposer au congé ou que cette formalité permet à l'employeur de demander au salarié de repousser son congé.

Votre commission reconnaît que les absences ponctuelles, plus ou moins longues, du salarié ne sont pas faciles à gérer pour un employeur et que la plus élémentaire courtoisie impose au salarié d'informer son employeur de ses intentions d'absence. Mais il ne faudrait pas que la loi laisse entendre que les entreprises pourraient s'opposer de quelque manière que ce soit à l'exercice du droit à congé. Elle vous propose donc d'adopter une rédaction moins impérative, en prévoyant une simple information par le salarié.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 54

(article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004)

**Maintien des anciennes prestations de petite enfance
jusqu'en décembre 2009**

Objet : Cet article renonce à intégrer dans la Paje les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004 qui bénéficient toujours des anciennes prestations petite enfance.

I - Le dispositif proposé

L'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 organisait une montée en charge progressive de la Paje : applicable immédiatement aux enfants nés après le 1^{er} janvier 2004 ou qui, nés prématurés, auraient du naître après cette date, la Paje concernait également immédiatement les frères et sœurs plus âgés d'un enfant né après le 1^{er} janvier 2004.

En 2007, la montée en charge naturelle aurait été achevée pour la grande majorité des enfants. En effet, les prestations « petite enfance » sont en principe ouvertes jusqu'aux six ans de l'enfant, mais l'âge de la scolarisation en école maternelle fait que la plupart des bénéficiaires effectifs de ces prestations ont moins de trois ans. Or, en 2007, l'ensemble des enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004 auront plus de trois ans.

Restait donc à traiter le cas des enfants nés avant cette date et qui bénéficient encore, au titre de l'accueil périscolaire, de l'allocation pour la garde d'enfant à domicile (Aged) et de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (Afeama). On compte également quelques enfants, des triplés ou plus, pour lesquels les parents peuvent bénéficier jusqu'aux six ans des enfants, de l'allocation parentale d'éducation.

Pour ces enfants, deux solutions étaient envisageables : attendre l'extinction naturelle de leurs droits en 2010, soit les intégrer par anticipation dans la Paje. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avait fait ce dernier choix, décidant que l'ensemble des enfants de moins de six ans bénéficierait de la Paje à compter du 1^{er} janvier 2007.

C'est sur cet arbitrage que revient le présent article, en proposant finalement d'attendre l'extinction naturelle des bénéficiaires des anciennes prestations.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission souhaite tout d'abord rappeler que, contrairement à ce qu'on voudrait faire croire, le présent article ne remet pas en cause des situations acquises et qu'aucune famille ne verra ses allocations diminuées ou supprimées du fait de l'adoption de cet article. Les familles concernées ne bénéficieront pas de l'éventuel gain financier que leur aurait accordé l'intégration dans la Paje, mais elles conserveront les prestations qui étaient en vigueur à la naissance de leur enfant.

Elle souligne toutefois que la naissance d'un cadet après le 1^{er} janvier 2004 a entraîné le versement automatique de la Paje pour l'ensemble de la fratrie.

Enfin, elle rappelle que les enfants concernés par cette mesure sont des enfants scolarisés, pour lesquels les besoins en mode de garde sont beaucoup plus faibles.

Dans la mesure où ce nouvel arbitrage ne lèse en réalité aucune famille, votre commission comprend le souci d'économie du Gouvernement dans un contexte de finances dégradées pour la branche famille et de montée en charge plus coûteuse que prévue de la Paje : le non basculement des enfants de trois à six ans dans la Paje au 1^{er} janvier 2007, par définition neutre en 2006, permettra une économie de 180 millions d'euros en 2007 et en 2008, puis de 70 millions d'euros en 2009, soit un total 430 millions d'euros.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 55

(art. L. 223-1 du code de la sécurité sociale)

Financement des majorations de pensions pour enfants prises en charge par la branche famille

Objet : Cet article fixe définitivement à 60 % la part des majorations de pensions pour enfants prise en charge par la branche famille.

I - Le dispositif proposé

Les salariés qui ont élevé pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire trois enfants ou plus bénéficient d'une majoration de leur pension de retraite, versée sans condition de ressource, égale au dixième de leur pension de base. Ce dispositif, qui existe depuis 1945, vise à compenser les conséquences, sur le montant des pensions servies, du fort taux d'inactivité des mères de trois enfants et plus.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu la prise en charge progressive de ces majorations de pensions par la branche famille, jusqu'alors financées par le FSV, par tranche de 15 % chaque année, selon un calendrier devant aboutir à un transfert intégral en 2007, conformément à l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale.

En réalité, ce processus de transfert a été accéléré puisque dès 2003, le taux de prise en charge par la CNAF a été porté à 60 %. Depuis lors, il a été maintenu à 60 %, alors qu'il aurait du atteindre 90 % en 2006 si le calendrier initial avait été respecté.

Mais le principe fixé dans le code de la sécurité sociale restait toujours celui d'un financement intégral des majorations par la branche famille, au mépris d'ailleurs d'une décision du Conseil constitutionnel du 18 décembre 2001 qui avait considéré qu'une prise en charge exclusive par la CNAF constituerait une rupture d'égalité entre les familles ayant aujourd'hui des enfants à charge et celles qui bénéficient de pensions majorées en raison des enfants qu'elles ont eu par le passé.

Quatre ans plus tard, le présent article tire enfin les conséquences de cette décision du Conseil constitutionnel en fixant définitivement dans le code de la sécurité sociale le taux de prise en charge des majorations de pensions pour enfants par la branche famille à 60 %.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission reste toujours opposée, dans son principe, au transfert de charge opéré vers la branche famille sur cette question du financement des majorations de pensions pour enfants : s'agissant d'un avantage prévu dès la création du régime de retraite par répartition, il constitue la juste rétribution de ceux qui, par leur fécondité, contribuent aujourd'hui à l'équilibre des régimes de retraite. Elle continue d'estimer qu'il s'agit d'un avantage vieillesse qui ne devrait pas relever d'un financement par la branche famille.

Il reste que cette question est indétachable de celle de la situation financière du FSV. Or, celui-ci connaît, depuis plusieurs années, un déficit important, qui plus est de façon illégale, puisque le statut de ce fonds ne prévoit pas la possibilité pour celui-ci de recourir à des ressources de trésorerie. Supprimer le transfert de la branche famille reviendrait donc, par un système de vases communicants, à doubler le déficit du FSV. Mais il s'agit là d'une explication et non d'une justification : il a fallu que la branche famille se trouve elle aussi en déficit pour qu'on interrompe la poursuite du transfert.

Sous ces réserves, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 55
Déplafonnement des allocations familiales à Mayotte

Objet : Cet article additionnel supprime le plafonnement à trois enfants de la majoration des allocations familiales versée aux familles mahoraises.

L'ordonnance du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte a mis en place un régime de prestations familiales dans l'île, comprenant notamment des allocations familiales. Mais contrairement à ce qui se passe en métropole ou dans les départements d'outre-mer, celles-ci sont **plafonnées à trois enfants** par allocataire : au-delà, les naissances supplémentaires ne donnent lieu à aucune majoration.

A l'origine, ce plafonnement avait pour objectif de décourager la polygamie. Désormais, il constitue un facteur important d'émigration des Mahorais vers la Réunion, car ce plafonnement ne s'y applique pas et les montants servis y sont plus élevés.

Outre la nécessité de mettre fin à cet effet pervers, plusieurs arguments militent en faveur d'un déplafonnement des allocations familiales à Mayotte :

- dans la mesure où l'île a vocation à devenir un département, il n'est pas illégitime, dans ce domaine comme dans d'autres, d'aligner son statut sur le droit commun ;

- l'interdiction programmée de la polygamie à Mayotte a eu pour conséquence navrante la répudiation de nombreuses épouses accompagnées d'enfants à charge et dénuées de ressources. Or, les allocations familiales sont la seule prestation servie dans l'île qui soit destinée à l'entretien des enfants.

Le coût de la mesure proposée serait en outre relativement limité - de l'ordre de 3 millions d'euros **par an** - alors que le coût de la prise en charge des Mahorais à la Réunion s'élève à 3 millions d'euros **par mois**.

Il a certes été objecté que cette mesure devait être envisagée dans un cadre global, tenant compte notamment de la question de l'immigration comorienne vers Mayotte et des modalités d'acquisition de la nationalité française sur ce territoire¹.

Votre commission estime toutefois que, dès lors que le versement des prestations familiales est soumis à une condition de résidence régulière sur le

¹ *Audition de François Baroin, ministre de l'outre-mer par la commission des Affaires sociales le 19 octobre 2005.*

territoire français, le règlement de la question de leur plafonnement peut être détaché de celle de l'immigration clandestine dans l'île.

Il convient, en revanche, de procéder par étape dans l'alignement des prestations sur le droit commun, comme cela a d'ailleurs été fait dans le cas des départements d'outre-mer. Aussi, dans un premier temps, deux spécificités du régime des allocations familiales à Mayotte pourraient être conservées :

- le versement d'une allocation **dès le premier enfant** : à Mayotte, les allocations familiales ont pour spécificité d'être versées sur justification de la scolarisation de l'enfant, dès lors que celui-ci a atteint l'âge de six ans. Compte tenu des nombreux freins culturels à la scolarisation, supprimer les allocations familiales pour le premier enfant pourrait remettre en cause les efforts engagés pour convaincre les parents d'envoyer leurs enfants à l'école ;

- un montant des prestations **adapté au pouvoir d'achat local** : aujourd'hui, le montant des allocations familiales est inférieur à celui versé en métropole ou à La Réunion. Votre commission estime que cet ajustement doit être maintenu, ne serait-ce que pour éviter que ces prestations constituent un motif de fraude à la nationalité accru.

**Montant des allocations familiales versées en métropole,
dans les DOM et à Mayotte**

(en % de la BMAF)

	Métropole	DOM	Mayotte
1 enfant	-	À partir de trois ans 5,88	11,15
2 enfants	32	32	17,85
3 enfants	41	41	21,41
Enfant supplémentaire	41	41	-
Majoration pour âge			
- 11 ans	9	3,69	-
- 16 ans	16	5,67	-

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 56

Objectif de dépenses de la branche famille pour 2006

Objet : Cet article fixe à 53,3 milliards d'euros, dont 52,8 milliards pour le régime général, l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2006.

I - Le dispositif proposé

En application de l'article premier de la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, le présent article retrace pour la première fois l'intégralité des dépenses de la branche famille, et non plus uniquement celles des régimes de plus de 20.000 cotisants. Il précise également la part du régime général dans cet objectif.

En l'occurrence, pour la branche famille, le régime général représente 99 % des dépenses, puisque les comptes de la CNAF retracent l'ensemble des prestations légales servies par les différents organismes, ainsi que les charges annexes supportées par les organismes du régime général. Les prestations extralégales versées par d'autres régimes ainsi que leurs dépenses de fonctionnement sont également prises en compte. Seules les sommes versées par certains régimes spéciaux, qui ont un caractère de complément de salaire, ne sont pas intégrées dans l'agrégat de dépenses.

Plusieurs facteurs ont été pris en compte pour la fixation de ces objectifs de dépenses :

- **la revalorisation des prestations servies par la branche** : la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) en pourcentage de laquelle sont fixés les montants de l'ensemble des prestations familiales a été fixée à 1,8 %, soit exactement l'inflation prévisionnelle pour 2006 affichée par le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année prochaine ;

- **l'évolution prévisible du nombre d'allocataires des prestations familiales** : les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005 font état d'une croissance en volume de ces prestations de 0,7 % en 2006 ;

- **l'impact des mesures nouvelles** introduites par le projet de loi de financement de l'année et de celles des années précédentes qui poursuivent leur montée en charge cette année : la Paje, créée en 2004, entraîne une dépense supplémentaire estimée à 425 millions d'euros par la commission des comptes ; les mesures nouvelles pour 2006 coûteront 71 millions d'euros, soit 21 millions pour la réforme de l'allocation de présence parentale, 35 millions pour la mise en place du nouveau complément optionnel de libre choix d'activité et 15 millions pour le financement de la majoration d'AES pour parent isolé ;

- les objectifs des caisses d'allocations familiales en matière d'**action sociale** : la COG prévoit une progression de 8,6 % de ces dépenses en 2006.

En conséquence, l'objectif de dépenses de la branche famille est fixé à 53,3 milliards d'euros, dont 52,8 milliards au titre du régime général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission observe une fois encore que la revalorisation des prestations familiales reste strictement égale à l'inflation : si cette modération est compréhensible dans une période de déficit, elle rappelle que les excédents de la branche auraient pu être mobilisés pour améliorer ces prestations. Ce choix lui aurait paru plus légitime que celui consistant à faire supporter à la branche famille les majorations de pensions pour enfants.

Sous ces réserves, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque

Article 57

(art. L. 114-9 à L. 114-17, L. 161-1-4, L. 380-2 du code de la sécurité sociale, L. 99 et L. 152 du livre des procédures fiscales)

Contrôle et lutte contre la fraude aux prestations sociales

Objet : Cet article comporte un ensemble de mesures destinées à renforcer le contrôle et la lutte contre la fraude aux prestations sociales, en ayant le souci de l'harmonisation entre les différentes branches et régimes de la sécurité sociale et d'une meilleure transparence des dispositifs.

I - Le dispositif proposé

De nombreuses procédures de contrôle sont déjà mises en œuvre avant la mise en paiement des prestations. Le Gouvernement souhaite aujourd'hui, à travers cet article, que les organismes de sécurité sociale s'engagent plus clairement dans la lutte contre la fraude :

- en mettant en place une politique claire et facilement compréhensible avec des objectifs affichés et une communication auprès des usagers sur les résultats obtenus ;

- en ciblant les contrôles sur certaines prestations à risques, soit en raison du montant important des prestations versées, soit en raison des possibilités de fraude (comme par exemple la facilité à surfacturer les frais de transport pour la branche maladie) ;

- en sécurisant progressivement les outils informatiques de gestion des prestations ;

- en augmentant le volume des contrôles tant administratifs que médicaux sans oublier d'adopter une méthodologie « coûts/avantages » qui permettra de proportionner les moyens de contrôle aux risques de fraude.

Il convient donc de donner aux organismes compétents les prérogatives leur permettant de procéder à l'ensemble des contrôles, que ce soit auprès des bénéficiaires ou par des échanges d'informations entre administrations ou services publics, et de tirer les conséquences concernant les fraudes avérées, tant pour recouvrer les sommes indues que pour sanctionner l'auteur de la fraude, différents niveaux de sanctions pouvant être envisagés au regard de la gravité des faits.

Le **rapport de l'Igas sur les fraudes à l'assurance maladie** de juin 2004 a identifié d'importantes potentialités de fraude et formulé des propositions, dont certaines impliquent des mesures législatives. Plusieurs d'entre elles ont d'ores et déjà été adoptées. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit en effet de nouvelles dispositions sur la carte Vitale afin d'en sécuriser la délivrance et l'utilisation, ainsi qu'un mécanisme de pénalités administratives permettant de sanctionner le non-respect des règles prévues pour l'attribution des prestations d'assurance maladie par les usagers, qu'ils soient assurés, professionnels ou établissements de santé.

Le présent article vise à compléter les dispositions du code de la sécurité sociale sur la lutte contre la fraude et à les harmoniser, tout en tenant compte des différences existant entre les organismes chargés de la gestion des prestations et ceux en charge du recouvrement.

• **Obligations de contrôle et suivi national des fraudes détectées**

Le **paragraphe I** crée un nouveau chapitre IV *ter* dans le livre I^{er} du titre I^{er}, applicable à l'ensemble des régimes et branches intitulé « *contrôle et lutte contre la fraude* ».

Dans ce nouveau chapitre, l'**article L. 114-9** fait obligation aux directeurs de tous les organismes de sécurité sociale, ainsi qu'à ceux des organismes admis à encaisser ou servir des prestations, de réaliser les contrôles et enquêtes en cas de fraudes suspectées et d'en informer la tutelle. Il charge les organismes nationaux d'assurer un suivi et une synthèse des cas de fraudes, synthèse transmise au ministre.

La fraude doit être entendue au sens du code de la sécurité sociale, comme un acte « *visant à obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations de sécurité sociale qui ne sont pas dues* ».

La fraude se distingue des excès, par son caractère intentionnel, et des abus par la violation des règles d'attribution. Dans la pratique, il n'est pas toujours simple de distinguer la fraude d'autres comportements nuisibles à la maîtrise des dépenses, notamment dans la branche maladie où certaines surconsommations de soins sont problématiques.

Cet article met en place un dispositif global de lutte contre les fraudes aux prestations sociales et confère expressément aux directeurs la responsabilité de la mise en œuvre du dispositif de contrôle et de lutte contre les fraudes. Dans la pratique, les directeurs de caisses locales menaient déjà de telles actions mais les politiques de lutte contre la fraude n'étaient pas formalisées avec des objectifs, un suivi et une seule cellule centralisant les informations sur les fraudes.

Même si le texte ne prévoit pas expressément une obligation de signalement des cas de fraudes détectés par les organismes locaux auprès de la caisse nationale dont ils dépendent, il crée une obligation pour les organismes

nationaux d'établir une synthèse des cas de fraude constatés qui doit être transmise au ministre chargé de la sécurité sociale.

Il prévoit également, en cas de fraudes avérées, l'obligation d'engager des poursuites pénales, en dispensant l'organisme de consignation lorsqu'il se constitue partie civile. Ce troisième alinéa de l'article L. 114-9 est particulièrement novateur par rapport à la pratique actuelle car il crée une obligation de porter plainte avec constitution de partie civile alors que, jusqu'à présent, les directeurs de caisse étaient juges de l'opportunité d'engager des poursuites. Cette liberté d'appréciation laissée au directeur le mettait parfois en difficulté, notamment lorsqu'il s'agissait d'entamer une procédure à l'encontre d'une notabilité locale.

La dispense de consignation pour les organismes de sécurité sociale permettra d'unifier les pratiques des juges d'instruction et évitera des complications administratives et comptables. Cependant cette absence de consignation semble une pratique très courante d'après les organismes interrogés.

L'article L. 114-10 détermine les conditions dans lesquelles les directeurs des organismes désignent des agents chargés du contrôle, qui sont assermentés et agréés, pour réaliser l'ensemble des vérifications ou enquêtes administratives nécessaires au contrôle du respect des règles.

La définition claire des prérogatives et des devoirs de ces agents est un élément très important pour l'efficacité du contrôle.

Actuellement ces agents, lorsqu'ils se rendent au domicile d'un particulier, ne peuvent y pénétrer sans son consentement ni procéder à aucune vérification d'identité. Les circulaires des organismes conseillent d'ailleurs à leurs agents chargés du contrôle, la technique du rendez-vous préalable pour éviter tout risque de violation de domicile. Ce simple exemple montre bien les limites du contrôle à domicile qui ne peut pratiquement jamais être fait de manière inopinée.

Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 114-10 ouvrent la possibilité de faire réaliser par un agent un contrôle ou une vérification dans le ressort d'une autre caisse relevant de la même branche ou d'une autre branche (par exemple contrôle d'une caisse d'allocations familiales dans le ressort d'une autre caisse ou bien dans le ressort d'une caisse primaire d'assurance maladie). Le constat qui sera établi fera foi pour l'organisme ayant diligenté le contrôle mais également pour le ou les autres organismes dans le ressort desquels l'agent aura effectué son contrôle.

Enfin, cet article ouvre la possibilité de déléguer à un organisme l'intervention d'un agent chargé du contrôle. Les conditions de réalisation de ces contrôles seront définies par décret.

La possibilité de contrôles communs à plusieurs organismes ou transversaux est un apport majeur de ce texte car il permettra, dès le début de l'enquête, d'envisager l'impact de la fraude sur différents types de droits

sociaux : une fraude aux indemnités journalières d'assurance maladie a aussi des implications pour la branche vieillesse car elle entraîne la validation gratuite de trimestres d'assurance au titre de l'assurance vieillesse.

• **Vérifications de la réalité des dépenses engagées à l'étranger**

L'article L. 114-11 ouvre la possibilité aux organismes, dans le respect des conventions et règlements internationaux de sécurité sociale, de confier la réalisation de vérifications à l'étranger à des experts agréés par l'autorité consulaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ces experts, dont le rapport aura force probante, pourront par exemple être conduits à certifier la réalité des dépenses de soins engagés à l'étranger dont le remboursement est demandé à l'assurance maladie au titre de l'article L. 332-3.

Cet article vise notamment à vérifier la réalité des soins inopinés à l'étranger. En effet les articles L. 332-3 et R. 332-1 et 2 prévoient que les assurés affiliés à un régime français d'assurance maladie peuvent faire prendre en charge des soins médicaux qu'ils ont dû subir à l'étranger en raison de l'urgence, par leur caisse d'assurance maladie qui les rembourse alors de manière forfaitaire, sans que la somme perçue ne puisse dépasser le tarif de remboursement des mêmes soins pratiqués en France. De nombreux abus ont été constatés avec une pratique courante de surfacturations, voire des soins totalement fictifs.

• **Extension de la coopération entre les administrations sociales, l'administration fiscale et l'autorité judiciaire**

L'article L. 114-12 reprend les dispositions de l'actuel article L. 115-2, qui sont modifiées pour élargir les possibilités d'échange d'informations, aujourd'hui prévues entre organismes de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés (secteur du bâtiment) ainsi qu'aux organismes en charge de l'indemnisation du chômage. Il est complété par un 3° afin de permettre aussi les échanges nécessaires au contrôle et à la justification des prestations.

L'article L. 114-14 reprend, en les élargissant, les actuelles dispositions qui figurent au livre II du code de la sécurité sociale pour les échanges entre les organismes de sécurité sociale et l'administration fiscale, dans les dispositions relatives aux cotisations. La nouvelle rédaction proposée, inscrite au livre I^{er}, a pour finalité d'inclure tous les régimes et toutes les branches dans le dispositif et de moderniser les circuits de transmission. Cet article est le pendant de l'article L. 114-12 précité et vise à citer les dispositions du code général des impôts dans sa partie, « *Livre des procédures fiscales* » pour organiser les échanges d'information entre les administrations sociales et l'Administration fiscale.

L'article L. 114-16 reprend une disposition existante figurant à l'article L. 243-13-1 qui prévoit que l'autorité judiciaire est habilitée à

communiquer aux organismes de protection sociale toute indication de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale. Par rapport à la rédaction actuelle, le champ d'application est étendu à l'ensemble des organismes de protection sociale, ce qui inclut les régimes de retraite complémentaire et l'assurance chômage. Dans la pratique, ce sont plutôt les administrations sociales qui cherchent à obtenir des informations auprès de l'autorité judiciaire. Pour que cet article permette une réelle avancée, les organismes sociaux devront négocier avec le ministère de la justice une méthodologie de communication d'informations pour que les transmissions d'informations obtenues soient plus systématiques.

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre le travail dissimulé, **l'article 114-15** impose, aux agents habilités à lutter contre le travail illégal, le signalement systématique aux organismes attributaires de prestations sociales sous conditions de ressources ou d'activité, de l'exercice d'une activité dissimulée par un salarié qui a accepté, dans un but frauduleux, voire organisé, les conditions de cette activité. Ces organismes, au vu de ce signalement, engageront les procédures prévues par le code de la sécurité sociale pour ces situations, c'est-à-dire la nouvelle procédure de pénalité administrative de la branche maladie (article L. 162-1-14) ou la procédure de sanctions visant à retenir une partie des indemnités journalières dues en cas d'activité rémunérée non autorisée durant un arrêt de travail (article L. 326-6).

• **Nouvelle définition de la fraude et des sanctions pénales**

Actuellement, les sanctions à l'encontre des fraudes commises par les usagers de la sécurité sociale sont peu lisibles, mal proportionnées, réparties de façon peu lisible dans le code de la sécurité sociale et dans d'autres codes, tandis que des infractions semblables par leur nature sont passibles de peines différentes suivant les prestations. C'est ainsi, par exemple, que l'actuel article L. 377-1 du code de la sécurité sociale, qui traite des fraudes pour la branche maladie prévoit une amende de 3.750 euros alors que l'article L. 554-1, relatif à la branche famille prévoit pour le même type d'infraction une amende de 4.500 euros. Pour les allocataires de la couverture maladie universelle (CMU) ou du revenu minimum d'insertion (RMI), la sanction applicable est beaucoup plus lourde encore puisqu'il est fait référence à l'article L. 441-1 du code pénal avec une amende 45.000 euros et une peine de trois ans d'emprisonnement.

L'article L. 114-13 reprend la définition de la fraude que proposait l'article L. 377-1 mais harmonise le niveau des sanctions pénales applicables en cas de fraude ou de fausse déclaration en prévoyant une amende de 5.000 euros sans préjudice de peines résultant de l'application d'autres lois. Il existera donc désormais une seule définition et un seul régime de sanctions pour la fraude aux prestations versées par les organismes de protection sociale.

• Possibilités de pénalités administratives en cas de fraude

L'article L. 114-17 crée un dispositif nouveau permettant aux directeurs des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou de l'assurance vieillesse d'appliquer des pénalités lorsque les déclarations faites par les bénéficiaires apparaissent inexactes ou incomplètes, ou lorsque la personne n'a pas déclaré un changement de la situation ouvrant droit à la prestation. Un tel dispositif, inspiré de celui mis en place par l'article L. 162-1-14 issu de la loi du 13 août 2004, pour la branche maladie, est de nature à faciliter le respect des règles et à dissuader la fraude tout en ne recourant pas immédiatement à une sanction de caractère pénal.

Un décret en Conseil d'Etat fixera avec précision les cas dans lesquels cette procédure pourra être mise en œuvre ainsi que le barème des pénalités applicables.

Cette possibilité de sanction administrative a été introduite à la suite des travaux de l'Igas qui ont montré que les procédures contentieuses et particulièrement pénales sont longues et peu efficaces, les sanctions à l'encontre des assurés étant rarement supérieures à l'indu ou n'aboutissant pas, le caractère frauduleux de l'infraction n'ayant pu être prouvé.

A l'encontre des professionnels de santé, les mécanismes contentieux sont éclatés entre trois procédures (conventionnelles, ordinaires et juridictionnelles) et il n'existe pas de sanctions proportionnées pour des fraudes peu sérieuses, la seule sanction efficace étant l'interdiction d'exercice temporaire ou définitive.

C'est pourquoi la procédure de pénalité financière décidée par le directeur de l'organisme a été tout d'abord mise en place pour l'assurance maladie. Le décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 introduit ainsi dans le code de la sécurité sociale un barème de pénalités qui varie selon la gravité des faits et le montant des prestations indûment perçues (art. R 147-7 du code de la sécurité sociale). Un décret similaire devra être publié pour les autres branches de la sécurité sociale en application de cet article.

• Demande de pièces justificatives pour sécuriser le versement des prestations

Le **paragraphe II** insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 161-1-4 qui pose comme principe de conditionner le service des prestations à la production de pièces justificatives.

Cet article permet aux organismes de sécurité sociale de demander toute pièce justificative nécessaire au service d'une prestation, soit pour l'ouverture du droit, soit au cours du versement aux fins de contrôle. Une telle demande n'est pas faite lorsque l'organisme est en mesure de vérifier la situation auprès d'une autre administration (par exemple, vérification des ressources par les caisses d'allocations familiales auprès de la direction générale des impôts, par échange automatisé de fichiers). La non-fourniture

des pièces demandées entraîne soit la suspension de l'instruction du dossier, soit la suspension des prestations jusqu'à ce que la personne fournisse ces pièces.

L'article dispose également que le service des prestations sous conditions de ressources prend en compte toutes les ressources, y compris celles d'origine étrangère, et prévoit que la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Ce ou ces organismes pourront notamment recourir aux constatations probantes des personnes agréées conformément aux dispositions prévues à l'article L. 114-11.

Le **paragraphe III** complète l'article L. 380-2 pour prévoir, lorsque la CMU est attribuée sous réserve du paiement d'une cotisation trimestrielle, que le non-paiement de la cotisation, liquidée par la caisse primaire mais recouvrée par l'Urssaf, peut entraîner la suspension du service des prestations dans l'attente de la régularisation. L'Urssaf est tenue d'informer la caisse de ce non-paiement. La modification vise également à donner une base légale aux contrôles systématiques par croisement de fichiers avec d'autres administrations, afin de sécuriser et simplifier les procédures.

Le **paragraphe IV** modifie l'article L. 133-4 permettant à l'assurance maladie de recouvrer les indus auprès des professionnels de santé et des établissements, en prévoyant que la prescription est de trois ans. Cette modification permet de revenir à la position définie antérieurement par la jurisprudence qui permettait à la caisse d'agir pendant trois ans (par assimilation au recouvrement des cotisations).

Le **paragraphe V** prévoit, pour la domiciliation des personnes sans domicile fixe réalisée par des associations agréées en vue de bénéficier de la CMU, une disposition de nature à éviter un détournement de procédure. Il modifie à cet effet l'article L. 161-2-1 en exigeant l'intervention d'un assistant du service social dans cette procédure.

En effet, ces associations ne sont pas en mesure de vérifier la véracité des déclarations de ces personnes et il n'existe aujourd'hui aucune possibilité de contrôler qu'une même personne ne s'est pas inscrite auprès de plusieurs associations agréées relevant de CAF différentes. De même, les vérifications sur la réalité de la « résidence » en France sont très difficiles. C'est pourquoi le texte prévoit un entretien avec un travailleur social qui sera le mieux à même de détecter si la personne est réellement sans domicile fixe.

Le **paragraphe VI** procède à diverses modifications de références et abrogations liées aux nouvelles dispositions introduites par l'article.

Le **paragraphe VII** modifie l'article L. 152 du livre des procédures fiscales en cohérence avec les modifications proposées pour l'article L. 114-14 créé au I.

Le **paragraphe VIII** abroge le deuxième alinéa de l'article L. 99 du livre des procédures fiscales pour tenir compte des modifications apportées par l'article L. 114-14 aux échanges d'informations entre l'administration fiscale et les organismes de protection sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements ponctuels et supprimé le paragraphe IV qui fixe à trois ans le délai de prescription de l'action en recouvrement des professionnels de santé.

III - La position de votre commission

Votre commission souligne l'importance de cet article et de l'équilibre trouvé entre les différentes parties prenantes.

Elle vous propose **quatre amendements** ayant pour objet :

- de prévoir l'assermentation et l'agrément des praticiens conseils dans le cadre de leurs missions de contrôle médical à titre d'expert ;

- d'inscrire la non-déclaration par les assurés d'un changement de situation dans la liste des inobservations pouvant faire l'objet d'une sanction dans le cadre des prestations servies par l'assurance maladie, comme cela est prévu pour les branches famille et vieillesse ;

- de compléter les dispositions de coordination prévues au paragraphe VI de l'article ;

- de préciser le champ des échanges d'informations entre les administrations fiscales et les organismes sociaux.

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.

Article additionnel après l'article 57
(art. L. 314-1 du code de la sécurité sociale)

**Information par l'assurance maladie des organismes d'assurance
complémentaire en cas de constatation d'une anomalie**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de mettre en place un mécanisme d'information des organismes d'assurance complémentaire en cas de sanctions prises par les caisses d'assurance maladie dans le cadre du contrôle de l'ouverture des droits aux prestations d'assurance maladie.

L'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale permet aux caisses et au service médical de contrôler, à la réception des demandes de remboursement, le respect de divers dispositifs ayant pour objet la mise en place d'une maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

En cas de constatation d'une anomalie, il est fait application des procédures prévues dans le code de la sécurité sociale, notamment le prononcé de pénalités financières à la charge des professionnels de santé ou des assurés.

Afin d'assurer une meilleure coordination entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes d'assurance maladie complémentaire, il convient de mettre en place un mécanisme d'information par le régime obligatoire des organismes complémentaires sur la mise en œuvre de telles procédures.

C'est l'objet du présent article additionnel qui répond à la même logique que l'amendement proposé par votre commission à l'article 13 *bis* relatif aux procédures de recours contre tiers.

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

Article 58

**Charges prévisionnelles pour 2006 des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale**

Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2006 les prévisions de charges du fonds de solidarité vieillesse et du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du D du I)

D. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ;

En conformité avec le tableau d'équilibre présenté à l'article 22 ci-dessus, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles des deux organismes qui font partie en 2006 du périmètre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à savoir le FSV et le Ffipsa.

Pour le FSV, les charges prévisionnelles sont fixées à **14,6 milliards d'euros** en 2006, soit au même montant qu'en 2005.

Pour le Ffipsa, les charges s'élèveraient à **15,6 milliards d'euros**, au lieu de 15,4 milliards d'euros en 2005, ce qui représente une augmentation de 1,3 %.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de rectification d'une erreur matérielle.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 9 novembre 2005, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'examen du rapport sur le projet de loi n° n° 63 (2005-2006) de financement de la sécurité sociale pour 2006, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture : M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, M. André Lardeux, rapporteur pour la famille, M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, et M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a rappelé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 s'inscrit dans un cadre juridique entièrement rénové. La loi organique du 2 août 2005 a en effet posé de nouvelles règles pour la préparation, le contenu et les modalités d'examen du budget social de la Nation.

Désormais présentée en quatre parties, la loi de financement permet enfin de rapprocher les recettes et les dépenses par branche et d'obtenir des soldes, alors que jusqu'à présent, les recettes étaient présentées par catégorie et les dépenses par branche, ce qui rendait impossible l'analyse détaillée, et surtout le vote, de l'équilibre financier de chacune des branches. De plus, pour permettre une plus grande clarté dans la détermination des composantes de l'Ondam, la loi organique rend obligatoire sa déclinaison en au moins cinq sous-objectifs.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite indiqué que le champ de la loi de financement s'étend désormais non seulement aux organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale - fonds de solidarité vieillesse (FSV), fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa) -, mais également à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) , pour laquelle il faudra voter un objectif annuel d'amortissement de la dette, et au fonds de réserve pour les retraites (FRR), dont il faudra approuver le montant prévisionnel de l'abondement.

Par ailleurs, l'autonomie financière de la sécurité sociale est renforcée puisqu'il ne peut plus être dérogé à la règle de la compensation des exonérations de charges sociales en dehors de la loi de financement. Un article de cette loi doit approuver le montant total de la compensation, en parfaite harmonie avec ce qui est prévu dans la loi de finances. Ces dispositions sont essentielles compte tenu des montants en jeu et de leur poids dans les recettes de la sécurité sociale.

Enfin, le principe de sincérité, de régularité et de fidélité des comptes est clairement affirmé : la Cour des comptes est chargée de son contrôle et elle devra certifier les comptes du régime général à compter de l'année 2006.

Le rapporteur a souligné que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 met en œuvre ce nouveau cadre juridique pour la première fois, ce qui constitue une performance, deux mois à peine après l'adoption de la nouvelle loi organique. Or, l'examen détaillé du texte et de ses annexes fait apparaître un certain nombre d'insuffisances, bien naturelles pour une première application, mais qu'il paraît important de recenser pour qu'elles puissent être corrigées dans les prochaines lois de financement.

Il a notamment évoqué la nécessité de mieux justifier les évolutions envisagées pour les prévisions de dépenses, de recettes et d'équilibre, d'affiner la présentation comptable des montants inscrits dans le projet de loi et de chiffrer précisément les différentes mesures nouvelles proposées, en recettes comme en dépenses, comme cela existe pour le projet de loi de finances.

Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a indiqué que le projet de loi de financement demande l'approbation de l'arrêté des comptes 2004, qui enregistrent un déficit record de 11,9 milliards d'euros, et le traitement de son solde, c'est à dire la reprise de la dette de l'assurance maladie par la Cades, conformément à la loi portant réforme de l'assurance maladie.

Il a estimé que 2005 est l'année de la stabilisation. Le déficit du régime général s'établit à 11,9 milliards d'euros, soit au même montant qu'en 2004. Ce solde global couvre toutefois des évolutions divergentes : le déficit de l'assurance maladie est réduit de 25 %, soit de 3 milliards d'euros, mais les autres branches deviennent toutes déficitaires, notamment la branche vieillesse qui affiche un solde négatif de 2 milliards d'euros.

L'année 2006, enfin, sera celle du début du redressement. Comme en 2005, la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie a un impact réel et positif sur les comptes. On devrait donc assister à un nouveau recul du déficit de près de 3 milliards d'euros, ce déficit s'établissant à 8,9 milliards pour le régime général, dont 6,1 pour l'assurance maladie.

Les mesures de redressement prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 comprennent une hausse des recettes (anticipation des prélèvements sociaux sur les intérêts des plans d'épargne logement, hausse du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, extension du champ d'assujettissement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), réduction du plafond des indemnités de rupture de contrat de travail), une limitation des dépenses de santé (2 milliards d'économies sont attendus sur le médicament) et enfin, un renforcement de la lutte contre la fraude. La réduction durable des déficits suppose en outre le changement du comportement des assurés, des professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital, et des gestionnaires des caisses.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a présenté des propositions d'amendements qui s'ordonnent autour de quelques idées.

La première consiste à mettre l'accent sur la situation inquiétante du FSV et du Ffipsa, dont les déficits s'accumulent sans qu'aucune mesure de l'Etat ne vienne y apporter une solution, alors même que la Cour des comptes a jugé ces situations illégales.

La seconde est de renforcer la coordination entre l'assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire, notamment dans le cas des procédures de recours contre tiers ou de sanction financière à l'encontre d'un assuré.

*Après avoir présenté les principaux éléments financiers contenus dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a concentré ses propos sur les dispositions du volet assurance maladie.*

Ces dernières peuvent être regroupées autour d'une ambition, celle de consolider les comptes, et d'une nécessité, celle de procéder à de légers ajustements de la réforme afin de faciliter l'entrée en vigueur des dispositifs prévus par la loi du 13 août 2004.

La mesure phare est la fixation d'un taux de progression volontairement exigeant de 2,5 % pour l'Ondam. Pour atteindre cet objectif, les outils de maîtrise médicalisée mis en œuvre depuis la loi du 13 août 2004 devront faire la preuve de leur efficacité. Près de 2 milliards d'économies sont attendus de ces mécanismes d'optimisation des dépenses, répartis entre les soins ambulatoires et l'hôpital.

Ensuite, dans le cadre du plan médicament, un nouveau taux de remboursement de 15 % a été instauré. L'ensemble des mesures concernant les produits de santé devrait également permettre une économie de 2 milliards d'euros.

A ces mesures, viennent s'ajouter d'autres dispositions comme l'instauration d'un ticket modérateur de 18 euros pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros, la modification des règles de hiérarchisation des actes de biologie, ainsi que des mesures destinées à optimiser les dépenses, notamment en prévoyant l'établissement de référentiels sous l'égide de la haute autorité de santé.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a fait valoir que le projet de loi de financement de la sécurité sociale offre l'occasion de procéder à des ajustements techniques, destinés à favoriser la mise en place de la réforme de l'assurance maladie, pour le dispositif du médecin traitant et pour les contrats responsables. Sur ce point, il a souhaité soumettre les contrats couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C) aux mêmes obligations que les contrats responsables, c'est-à-dire au respect des règles du parcours de soins.

Puis il a fait état des transferts de charge auxquels procède le Gouvernement à l'occasion du présent projet de loi : l'assurance maladie se voit transférer la charge des centres d'accueil et d'accompagnement de la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD) et des lits « halte soins santé », ainsi que le financement de l'indemnisation des personnes contaminées par le VIH par voie transfusionnelle ; elle est également mise à contribution pour financer les fonds de lutte contre les menaces sanitaires, soit 175 millions d'euros en 2006 et 766,6 millions d'euros depuis 2001.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite abordé la question de l'hôpital. Le projet de loi de financement comporte plusieurs mesures techniques destinées à faciliter la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité (T2A), afin d'accorder un peu de stabilité aux établissements.

La préoccupation principale du Gouvernement porte sur la détermination des modalités de convergence des tarifs entre les établissements publics et privés : il estime les études préalables à la réforme insuffisantes pour comprendre les écarts de coût entre secteurs public et privé et souhaite supprimer l'obligation d'une étape de convergence intermédiaire en 2008.

Sur ce point, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a estimé nécessaire le maintien de cette étape, même s'il faut convenir qu'elle est plus symbolique que normative.

Enfin, il a souhaité que la commission réaffirme son attachement à la mise en œuvre de la T2A et qu'elle permette à l'assurance maladie, c'est-à-dire au payeur, d'y être mieux associée. Plusieurs amendements sont proposés dans ce sens.

La commission est ensuite passée à l'examen des dispositions relatives à la famille dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

***M. André Lardeux, rapporteur pour la famille,** a indiqué que, pour la troisième année consécutive, les comptes de la branche famille afficheraient un déficit, estimé à 1,2 milliard d'euros, sensiblement égal à celui attendu pour 2005. Ces prévisions sont plus réalistes que celles établies l'an passé, dans la mesure où le Gouvernement table sur une simple stabilisation, et non sur un retour immédiat à l'équilibre, qui n'est plus envisagé avant 2009.*

Ce déficit est essentiellement conjoncturel : il est dû à la progression plus importante que prévu des dépenses liées à la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

Le deuxième facteur de déficit de la branche famille résulte du fait qu'elle assume le financement des majorations de pensions pour enfants qui pèse sur ses comptes pour plus de 2 milliards d'euros en 2005. Le maintien de cette charge, induite pour la branche famille, s'explique par le déficit important du FSV : revenir sur ce transfert reviendrait à doubler le déficit de ce fonds. Le rapporteur a donc pris acte du fait que le taux de prise en charge de ces majorations par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) est désormais définitivement fixé à 60 %, ce qui écarte le risque d'un glissement progressif jusqu'à leur financement intégral.

Au total, le déficit de la branche famille est moins inquiétant que celui des autres branches, car ses dépenses sont indexées sur l'inflation alors que ses recettes suivent l'évolution de la masse salariale. Il ne doit toutefois pas être banalisé car il absorbe peu à peu les réserves de la branche : celles-ci ont fondu de plus de 15 % en deux ans et vont continuer de le faire puisque des déficits sont attendus jusqu'en 2009. Les marges de manœuvre de la branche s'en trouvent réduites pour financer des mesures nouvelles, la revalorisation des prestations ou encore les plans « crèche ».

*Abordant la question des recettes de la branche famille, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille,** a indiqué que celles-ci devraient s'élever, en 2006, à 52,2 milliards, en progression de 3,6 % par rapport à l'année précédente. Mais cette prévision s'appuie sur une hypothèse de croissance des cotisations sociales optimiste, dans la mesure où celles-ci n'ont progressé que de 2,9 % en 2005.*

Il a noté que la CNAF allait enfin bénéficier de l'augmentation du taux de cotisation de l'Etat employeur : en effet, si ce dernier lui avait bien transféré la gestion des prestations familiales des fonctionnaires au 1^{er} juillet 2005, il n'avait pas encore pris le décret majorant la cotisation de l'Etat à due

concurrence, faisant de ce fait peser, pendant un an, cette gestion sur la trésorerie de la branche famille, sans contrepartie.

S'agissant des recettes de CSG, il a souligné que la branche famille bénéficiera, comme les autres, de la taxe perçue sur les plans d'épargne logement de plus de dix ans, soit une recette supplémentaire de 113 millions d'euros, et qu'elle recevra également, à compter de 2006, de nouvelles recettes fiscales, en remplacement de la dotation budgétaire qui venait jusqu'à présent compenser les allègements de charges sociales.

Il a enfin expliqué que la CNAF perçoit une troisième catégorie de recettes : une dotation de l'Etat en remboursement des dépenses d'allocation aux adultes handicapés (AAH) et d'allocation de parent isolé (API), versées pour son compte. Toutefois, le projet de loi de finances pour l'année 2006 ne prévoit que 6,1 milliards d'euros, alors que la commission des comptes de la sécurité sociale estime cette charge à 6,3 milliards d'euros, ce qui laisse entendre que l'exercice 2006 se terminera, comme chaque année, sur une situation débitrice de l'Etat à l'égard de la CNAF : au 31 décembre 2005, la dette de l'Etat au titre de ces deux allocations s'élèvera à 337 millions d'euros si aucun apurement n'est effectué dans le collectif budgétaire.

*Puis, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, a présenté les prévisions de dépenses pour 2006, qui semblent fragiles car les hypothèses d'évolution du nombre d'allocataires paraissent très optimistes.*

Pour les charges de la branche famille, l'objectif de dépenses est de 53,3 milliards d'euros et correspond, pour 70 %, aux dépenses de prestations légales. Celles-ci connaissent des évolutions très contrastées : les prestations d'entretien traditionnelles (allocations familiales et complément familial), reculent en raison de la diminution de la taille des familles et de la faible revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) ; les prestations en faveur de la petite enfance augmentent, avec le succès de la Paje et la revalorisation des prestations d'aide à la garde des jeunes enfants, de même que les prestations en faveur des personnes handicapées, et notamment l'allocation d'éducation spéciale (AES) à laquelle s'ajoutera, à compter de 2006, la nouvelle majoration pour parent isolé qui lui sera remboursée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La seconde source de dépenses de la branche famille est l'action sociale, pour 3,5 milliards d'euros. La CNAF y est particulièrement attachée et cet intérêt trouve sa traduction dans sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) 2005-2008 qui planifie une progression des moyens de l'action sociale de 7,5 % par an sur la période, notamment en faveur du développement des services aux familles et de l'accompagnement des familles en difficulté.

*Enfin, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, a rappelé que la branche famille intervient dans le domaine des aides au logement : elle les verse dans leur intégralité et elle finance directement l'allocation de logement familiale (ALF) et une partie de l'aide personnalisée au logement (APL) ; ses*

dépenses à ce titre s'élèveraient à 7,2 milliards d'euros en 2006. Leur progression continue conduit le Gouvernement à rechercher des mesures d'économies à travers la réintégration, dans la base ressources de ces allocations, des majorations de pensions pour enfant, soit une économie de 4 millions d'euros. En contrepartie la modification récente de l'indice de référence de l'évolution des loyers devrait désormais retracer plus fidèlement la charge de logement pour les familles.

M. André Lardeux, rapporteur pour la famille, a ensuite souligné que la priorité de la politique familiale reste l'accueil du jeune enfant.

Après avoir évoqué l'originalité du modèle français caractérisé par le fait que le fort taux d'activité des femmes pénalise moins qu'ailleurs la fécondité, il a observé que la natalité reste insuffisante pour renouveler les générations, ce qui justifie d'agir pour lever les obstacles à la réalisation des désirs d'enfant des familles et de mieux concilier vie familiale et professionnelle.

En ce sens, le présent projet de loi de financement met en œuvre plusieurs mesures proposées par le groupe de travail présidé par M. Hubert Brin, dans son rapport préparatoire à la conférence de la famille et, en particulier, la création d'un nouveau complément optionnel de libre choix d'activité (Colca), d'une durée plus courte (un an au lieu de trois) et mieux rémunéré (750 euros contre 512 euros actuellement) pour un coût en année pleine de 140 millions d'euros. Ce dispositif devrait éviter que les personnes, souvent peu qualifiées, qui cessent de travailler pour élever leurs enfants, s'éloignent trop longtemps du marché du travail.

De même, des améliorations sont apportées au régime de l'allocation de présence parentale, pour les parents qui doivent accompagner un enfant gravement malade : au lieu de prendre un congé par tranche incompressible de quatre mois, ceux-ci disposeront désormais d'un « compte crédit » de 310 jours de congé à prendre librement sur trois ans, en fonction des contraintes du traitement de l'enfant. Cette réforme, d'un coût de 79 millions d'euros en année pleine, devrait aider les 13.000 familles qui affrontent chaque année cette situation douloureuse.

Dans le même esprit, il a proposé de compléter ce dispositif par un amendement concernant la situation des mères d'enfants prématurés, en prévoyant l'indemnisation du congé maternité prolongé créé à leur profit par la loi du 11 février 2005.

Puis, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, a présenté la politique suivie en matière d'offre de garde, à travers la mise en œuvre d'un quatrième plan crèches de 15.000 places, financé par la CNAF à hauteur de 165 millions d'euros ; le Fonds national d'action sociale (Fnas) permettra de financer le fonctionnement de ces places nouvelles, soit 55 millions d'euros ; l'application généralisée de la prestation de service unique (PSU) devrait enfin optimiser le taux d'occupation des places existantes.

Après avoir rappelé que l'année 2006 verrait également l'entrée en vigueur de la réforme du statut des assistantes maternelles, il s'est félicité de l'amélioration de la solvabilisation du recours à ce mode de garde prévu par le Gouvernement, grâce à un doublement du crédit d'impôt pour frais de garde.

En guise de conclusion, il a évoqué les nouveaux sujets que la branche famille devra aborder à l'avenir : celui de la lutte contre la pauvreté des familles et celui de la protection de l'enfant contre les dangers de l'Internet. S'agissant des familles vulnérables, il a rappelé le chiffre de deux millions d'enfants pauvres cité par le rapport du conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (CERC) et indiqué que le risque de pauvreté est accru pour les familles monoparentales et les familles nombreuses.

Abordant le sujet de la protection des enfants contre les dangers de l'Internet, notamment celui de la pédo-pornographie, il a indiqué que les axes de travail retenus par le Gouvernement portent sur la mise en place d'outils de contrôle parental par les fournisseurs d'accès, la création d'un label « famille » pour recenser les sites respectueux des règles de protection de l'enfant et, surtout, le lancement d'une campagne de sensibilisation destinée au grand public pour encourager un usage raisonné de l'Internet par les enfants.

La commission est ensuite passée à l'examen des dispositions relatives à la vieillesse dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

***M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a observé que ce projet de loi de financement pourrait sembler, à première vue, n'être qu'un texte de transition pour l'assurance vieillesse, dans la mesure où il ne consacre que quatre articles aux retraites. Mais cette impression est inexacte car deux mesures importantes et symboliques y figurent : l'intégration de la caisse des cultes au régime général et la réforme du régime des retraites avantage social vieillesse (ASV) des professions médicales conventionnées.*

Il s'est réjoui que les ministres du culte voient leurs conditions d'âge de départ en retraite alignées sur les autres régimes, car ils perçoivent les plus faibles pensions parmi toutes les catégories d'assurés sociaux et sont les seuls aujourd'hui à ne pouvoir liquider leur pension avant soixante-cinq ans.

*Après avoir rappelé la gravité de la situation financière des régimes ASV que le Premier président de la Cour des comptes, M. Philippe Seguin, a qualifié de « banqueroute virtuelle », **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a souligné l'urgence d'agir. Il s'est félicité qu'il soit mis fin à trois décennies d'inaction et de dilution des responsabilités entre les pouvoirs publics, les caisses de retraite concernées et les partenaires conventionnels, car ces cinq régimes sont effectivement au bord de la cessation de paiement.*

Il a observé que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale fournit également l'opportunité, d'une part, d'entamer la réflexion préalable à la première clause de rendez-vous de la réforme des retraites de 2003, prévue pour 2008, d'autre part, de faire le point sur la perspective de nouveaux adossements de régimes spéciaux sur le modèle de celui des industries électriques et gazières (IEG), à commencer par celui de la RATP, et enfin, de formuler des propositions sur l'emploi des seniors.

***M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a considéré qu'avant d'engager dans de bonnes conditions la réflexion sur la prochaine étape de la réforme des retraites, l'amélioration de la situation financière gravement déficitaire du FSV s'impose comme une priorité.*

Préparer la prochaine étape de la réforme suppose aussi de renforcer la transparence et la diffusion de l'information sur l'assurance vieillesse : la méconnaissance du niveau des engagements de retraite est problématique et la mise en œuvre du droit à l'information des assurés sociaux sur leur situation personnelle au regard de la retraite prend du retard. Dans cet objectif, il a annoncé qu'il proposera un amendement pour que les principales caisses de retraite publient, à partir de l'année 2008, une estimation de leurs engagements futurs de retraite et en rendent compte aux deux assemblées. De même, l'évolution du taux de remplacement des futurs retraités constitue le paramètre majeur à prendre en compte en vue de la prochaine étape de la réforme des retraites.

Le rapporteur a ensuite souligné l'importance que revêt le phénomène de la généralisation des adossements de régimes spéciaux sur les régimes de droit commun du secteur privé. Ces opérations s'expliquent par l'entrée en vigueur des nouvelles normes comptables internationales qui obligent les grandes entreprises publiques à provisionner la totalité des engagements de retraite de leurs régimes d'entreprise. La branche des IEG en général, et EDF et GDF en particulier, ont ouvert la voie avec une déconsolidation de leur bilan de plus de 70 milliards d'euros sur un total de 89 milliards, c'est-à-dire une somme trois fois supérieure à leurs fonds propres.

Il a rappelé que la commission s'était fermement prononcée en 2004 en faveur de la neutralité de ces opérations pour les assurés sociaux du secteur privé, dès lors que les régimes de droit commun versent des prestations moins favorables que les régimes spéciaux. La généralisation prévisible de la technique d'adossement rend cette exigence plus aiguë encore car les engagements de retraite des entreprises publiques sont très élevés : 103 milliards d'euros à la SNCF, 60 milliards d'euros à La Poste et 21 milliards à la RATP. Le risque de voir mis en péril l'équilibre de ses comptes a été souligné par la présidente de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et son conseil d'administration, qui ont émis de fortes réserves sur les modalités suivant lesquelles l'Etat envisagerait de traiter le dossier de l'adossement de régime de retraite de la RATP. Le rapporteur a donc proposé d'inscrire, dans le code de la sécurité sociale, le principe de la

stricte neutralité financière des opérations d'adossement et de renforcer l'information et les moyens de contrôle des commissions parlementaires.

*Puis **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a souligné qu'avec 37 % seulement, la France reste malheureusement l'un des pays ayant le plus faible taux d'activité en Europe pour les personnes âgés de plus de cinquante-cinq ans. Atteindre le seuil de 50 % en 2010, conformément aux objectifs que s'est assigné l'Union européenne lors des sommets de Lisbonne et de Stockholm, semble aujourd'hui difficile, d'autant que les dernières statistiques laissent craindre une nouvelle baisse du taux d'activité des seniors.*

Il a regretté que le consensus national implicite sur la cessation précoce d'activité demeure aussi solide. Si la réforme des retraites de 2003 a rendu l'accès aux dispositifs de cessation précoce d'activité plus sévères, les possibilités de contournement restent très nombreuses : préretraites publiques, préretraites d'entreprise, préretraites Unedic, dispenses de recherche d'emploi des chômeurs âgés conjuguent ici leurs effets défavorables. S'y ajoute l'importance, dans les fonctions publiques, des liquidations de pension avant soixante ans qui représentent 70 % des flux de départs annuels. Enfin, même s'il répond à une autre logique, le dispositif des carrières longues représente une autre cause majeure de cessation d'activité avant soixante ans.

*Après avoir constaté que d'autres pays, comme la Finlande, ont su mettre en œuvre une politique publique volontariste de promotion de l'emploi des seniors, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, s'est félicité de l'accord national interprofessionnel du 13 octobre 2005 qui traduit la prise de conscience des partenaires sociaux sur la nécessité de sortir du statu quo actuel. Il conviendrait aussi d'en tenir compte lors des négociations sur la pénibilité, notion qui recouvre une réalité incontestable mais à définir avec beaucoup de subtilité pour qu'elle ne remette pas en cause, d'une manière injustifiée, l'allongement de la durée d'activité résultant de la réforme de 2003.*

La faiblesse du taux d'emploi des seniors constitue le véritable talon d'Achille de la réforme des retraites de 2003 et, en l'absence d'un changement radical des comportements collectifs et individuels, il sera impossible de poursuivre le sauvetage de l'assurance vieillesse. En effet, l'opinion publique ne comprendrait pas la nécessité d'autres efforts, si l'âge moyen de cessation d'activité dans le secteur privé continue à ne pas dépasser cinquante-sept ans. Le rapporteur s'est donc prononcé en faveur de la suppression totale de la contribution Delalande, du report à soixante ans de l'âge de la dispense de recherche d'emploi des chômeurs âgés, du renchérissement du coût des préretraites « maison » et de la restriction du recours aux préretraites pour cessation d'activité des travailleurs salariés (CATS).

Au-delà de ces mesures, qui relèvent directement des pouvoirs publics, trois autres chantiers participent du même objectif, mais sont du ressort exclusif des partenaires sociaux : l'amélioration de la santé au travail, la mise en œuvre de la formation professionnelle tout au long de la vie et la nécessité d'une modification radicale de l'approche de la gestion des âges dans les entreprises, pour les salariés âgés de plus de quarante-cinq ans.

***M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a proposé à la commission d'intervenir dans ce débat en déposant trois amendements ayant précisément pour objectif de favoriser l'emploi des seniors : le premier pour transposer aux salariés du secteur privé les règles, beaucoup plus souples, applicables aux trois fonctions publiques en matière de cumul emploi-retraite ; le second pour conforter le principe suivant lequel un salarié ne peut être mis d'office à la retraite par son employeur qu'à partir de soixante-cinq ans, en réduisant les possibilités d'y déroger dès soixante ans ; le troisième pour assujettir l'ensemble des préretraites d'entreprises à la contribution créée en 2003 en faveur du FSV.*

En conclusion, il a souhaité engager la réflexion sur la nouvelle étape de la réforme des retraites, en s'inspirant par exemple du modèle suédois fondé sur un système par points et comptes notionnels.

Enfin, la commission a examiné les dispositions relatives à la branche accidents du travail-maladies professionnelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

***M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles,** a présenté les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de la sécurité sociale, dont les dépenses devraient s'élever à environ 11,1 milliards d'euros en 2006. Le projet de loi de financement ne contient pas de mesures nouvelles concernant cette branche, afin de laisser le champ libre à la négociation qui doit s'ouvrir, dans les prochaines semaines, entre les partenaires sociaux.*

Il a souligné que le nombre d'accidents du travail continue de diminuer, confirmant ainsi une tendance de longue durée, alors que le nombre de personnes reconnues atteintes de maladies professionnelles progresse ces dernières années, en raison de l'augmentation des maladies périarticulaires et des maladies causées par l'amiante.

Toutefois, les statistiques relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles doivent être interprétées avec prudence dans la mesure où une part significative d'entre eux ne sont pas déclarés ou reconnus. Cela justifie que la branche AT-MP compense, chaque année, à la branche maladie les charges que celle-ci supporte indûment du fait de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance. Une commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, a récemment évalué ces charges indues entre 356 et 749 millions d'euros.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a ensuite présenté la situation financière de la branche. Elle s'est nettement dégradée entre 2004 et 2005, puisque le déficit est passé de 184 à 534 millions d'euros, en raison d'une croissance des dépenses plus rapide que celle de ces recettes.

En 2006, ce déficit devrait être ramené à 152 millions d'euros. Si les dépenses de prestations ne devraient connaître qu'une progression modérée, de l'ordre de 2 %, les dépenses de transfert au profit des fonds de l'amiante devraient encore croître de 215 millions d'euros. L'élément nouveau est l'augmentation du taux de cotisation, qui est actuellement en moyenne de 2,185 points et qui va être accru, par décret, de 0,1 point, ce qui devrait rapporter environ 415 millions. En l'absence de cette hausse de cotisation, la commission des comptes de la sécurité sociale estime que le déficit se serait encore légèrement creusé, pour atteindre 566 millions d'euros.

Le versement à la branche maladie, au titre de la sous-déclaration, reste stable à 330 millions d'euros, en dépit des conclusions de la commission d'évaluation, afin de ne pas compromettre l'amélioration attendue des comptes de la branche.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a ensuite présenté les avancées obtenues dans la période récente, à l'initiative des pouvoirs publics, en matière de prévention des risques professionnels, ainsi que les enjeux de la négociation à venir. L'Etat et la branche ont signé une COG, dont les principaux axes sont l'amélioration de la prévention des risques professionnels, l'accompagnement des victimes en vue de leur réinsertion professionnelle, la lutte contre la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et la modernisation de l'appareil statistique et du système d'information de la branche, pour qu'elle puisse mieux piloter son réseau.

Par ailleurs, le Gouvernement a rendu public, en février 2005, le plan « santé au travail », organisé autour de quatre objectifs structurants, qui recoupent parfois les axes de travail retenus dans la COG : le premier objectif est celui de l'amélioration de la connaissance des dangers, des risques et des expositions nocives en milieu professionnel, avec notamment la création de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale et du travail (Afsset) ; le deuxième porte sur le renforcement de l'efficacité des contrôles, grâce à la création de cellules d'appui, où les inspecteurs du travail pourront trouver les compétences techniques qui leur permettront d'être plus efficaces, et grâce à la définition de plans d'action territoriaux pour mieux cibler les contrôles ; le troisième objectif est le décloisonnement des administrations et la réforme du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, pour moderniser le pilotage de la politique publique dans ce domaine ; enfin, pour encourager les entreprises à devenir des acteurs de la santé au travail, le Gouvernement entend notamment engager une réflexion sur la réforme de la tarification des cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles et sur la notion d'aptitude au poste de travail.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a rappelé que la négociation qui va s'ouvrir entre les partenaires sociaux a été demandée par le Parlement lors du vote de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Trois questions seront vraisemblablement au centre des discussions : la question de la gouvernance de la branche avec la création éventuelle d'un véritable conseil d'administration ; la réforme de la tarification pour la rendre plus incitative à la prévention ; les conditions de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, enfin.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a également souhaité qu'une réforme des fonds de l'amiante soit menée en 2006, à la suite des récentes conclusions de la mission sénatoriale d'information commune sur le bilan et les conséquences de la contamination par l'amiante dont il était le rapporteur. La réflexion se poursuit à l'Assemblée nationale et le Gouvernement a par ailleurs demandé à l'Igas de travailler sur la réforme du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata). Compte tenu du bref délai qui s'est écoulé depuis la présentation des conclusions de la mission, il ne lui a pas été possible de traduire ses préconisations sous forme d'amendements, à l'exception d'une disposition à caractère financier, mais il a fait part de son intention de préparer une proposition de loi en ce sens, en y associant les sénateurs intéressés.

A l'issue de cette présentation générale, **Mme Bernadette Dupont** s'est inquiétée des conditions de l'accompagnement financier de la prestation de service unique (PSU). Elle a ensuite évoqué une difficulté posée par le statut des assistantes maternelles qui ne sont autorisées à accueillir que trois enfants au plus, même dans l'hypothèse où l'un d'entre eux n'est présent que pendant une partie de la journée ; elles souhaiteraient donc pouvoir accueillir un enfant supplémentaire pendant ces heures d'absence.

Mme Isabelle Debré s'est interrogée sur le devenir de la contribution Delalande, qui devait dissuader le licenciement des salariés âgés mais a eu d'importants effets pervers, aujourd'hui reconnus par un grand nombre de parlementaires et de partenaires sociaux. Elle a demandé si la majorité avait l'intention de demander sa suppression.

M. François Autain a contesté l'affirmation selon laquelle l'Ondam serait respecté en 2005, estimant que la progression des dépenses s'établirait à 3,8 %, au-delà de l'objectif fixé l'an dernier à 3,2 %. Il a jugé irréalistes les prévisions relatives à l'évolution de l'Ondam jusqu'en 2009 et a mis en doute, citant les conclusions du récent rapport présenté par M. Jean-Jacques Jégou au nom de la commission des finances, la possibilité de mettre en œuvre le dossier médical personnel dans les délais annoncés, alors que ce nouvel outil devait, théoriquement, permettre de réaliser trois milliards d'euros d'économies à partir de 2007.

Il a ensuite insisté sur le niveau élevé du déficit du Ffipsa, dont le code rural impose pourtant qu'il soit à l'équilibre. Il a estimé que l'adossement de régimes spéciaux de retraite au régime général serait vraisemblablement l'occasion de remettre en cause les droits à pension des ressortissants de ces régimes.

S'adressant à M. Gérard Dériot, il a indiqué que le Gouvernement s'était effectivement montré prudent sur le volet accidents du travail et maladies professionnelles, mais que cela ne l'avait pas empêché de décider un relèvement des cotisations, pénalisant pour les salariés.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a rappelé que le financement de la branche AT-MP repose entièrement sur des cotisations patronales et que les salariés ne seront donc nullement affectés par cette mesure.

Mme Raymonde Le Texier a considéré que l'insistance de M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille, sur le rôle de la politique familiale dans la lutte contre la pauvreté entre en contradiction avec la décision du Gouvernement d'intégrer la majoration pour enfant dans le calcul du seuil retenu pour le versement des aides au logement. Elle a jugé que cette décision traduit une forme de pingrerie, d'autant moins justifiée que les économies réalisées seront faibles.

Evoquant le nouveau complément optionnel de libre choix d'activité (Colca), elle s'est dite sensible à l'argument, qui justifie la réduction à un an de la durée de versement de la prestation, selon lequel ses bénéficiaires auraient du mal à retrouver un emploi s'ils s'éloignent trop longtemps du marché du travail. Elle s'est néanmoins demandé si les modifications apportées par le projet de loi de financement à cette allocation ne permettraient pas, au total, de réaliser des économies budgétaires. Elle a indiqué que la Suède et la Lituanie versent des prestations plus généreuses, équivalentes à 70 % du salaire du parent qui fait le choix d'arrêter de travailler pour élever son enfant, et qu'il en a résulté une remontée du taux de natalité et, incidemment, une diminution du nombre de divorces. Elle a souhaité que la France s'inspire de ces mesures pour donner une nouvelle ambition à sa politique familiale.

M. Nicolas About, président, a fait observer que le taux de natalité dans les pays nouvellement membres de l'Union européenne est très faible et que leur situation n'est pas comparable avec le taux de natalité élevé observé en France.

Mme Valérie Létard a rappelé qu'une délégation de la commission avait effectué une mission à la Réunion et à Mayotte au mois de septembre dernier, ce qui lui avait permis de prendre conscience du problème posé par le plafonnement des allocations familiales à Mayotte. Elle a présenté, au nom de Mme Anne-Marie Payet, un amendement prévoyant le déplafonnement des allocations familiales sur ce territoire, qui pourrait être utilement repris par

la commission dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement pour 2006.

M. Nicolas About, président, a jugé qu'une telle proposition pourrait être judicieuse : on observe en effet aujourd'hui que de nombreuses mères mahoraises s'installent à la Réunion, où s'appliquent les règles de droit commun, pour bénéficier d'un montant plus élevé d'allocations familiales.

Soulignant au préalable que la tâche des rapporteurs est rendue d'autant plus ardue que les branches de la sécurité sociale seront en 2005, et pour la première fois, toutes les quatre en déficit, **M. Claude Domeizel** a considéré que la réforme des retraites de 2003 n'a pas résolu les problèmes de l'assurance vieillesse. Il a estimé que la présentation faite par **M. Dominique Leclerc** donne même plutôt à croire que la véritable réforme n'a pas encore commencé et jugé que le dispositif des carrières longues présente un caractère trop limité pour constituer une avancée sociale. Considérant que les futurs adossements ou intégrations de régimes de retraite spéciaux au régime général s'annoncent difficile à réaliser, il a déploré que le Gouvernement semble ne pas vouloir réserver au législateur le soin de fixer les règles de ces opérations.

Mme Sylvie Desmarescaux a souhaité s'associer à l'initiative prise par **M. Gérard Dériot** pour déposer une proposition de loi à la suite du rapport de la mission commune d'information du Sénat sur le drame de l'amiante. Elle a précisé que les victimes, avec lesquelles elle s'est entretenue de cette grave question de santé publique, lui ont fait part de leur espoir de voir leurs demandes aboutir grâce aux travaux sénatoriaux. Elle a regretté que l'un des groupes politiques du Sénat ait choisi, contre l'usage parlementaire, d'organiser une conférence de presse à la veille du jour retenu pour la présentation du rapport de la mission.

M. Guy Fischer a indiqué que le groupe communiste républicain et citoyen (CRC) s'opposera avec force aux dispositions de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Après avoir souligné que les objectifs annoncés lors des réformes des retraites et de l'assurance maladie ne seront pas atteints et que le retour à l'équilibre des comptes sociaux, initialement prévu pour 2007, se trouve désormais repoussé à 2009, il s'est inquiété de la fragilité des hypothèses macroéconomiques retenues par le Gouvernement : la croissance prévue pour l'économie est de 2,25 % et celle de la masse salariale de 3,7 %, ce qui semble trop élevé. Il a considéré que les déficits abyssaux des comptes sociaux, que l'on a laissé s'accumuler, vont se traduire par une mise à contribution très importante des assurés sociaux, par une diminution des moyens alloués à l'hôpital et par des transferts de charges sur les organismes complémentaires.

Il s'est opposé à la mise en œuvre d'un forfait de 18 euros pour les patients qui ont recours à des actes médicaux d'un montant supérieur à 91 euros, mesure que le ministre de la santé et des solidarités n'avait pas évoquée lors de sa conférence de presse de présentation du projet de loi de

financement de la sécurité sociale pour 2006. Il a souligné que ce projet de loi est le révélateur des nombreuses promesses qui ne seront finalement pas tenues : l'extension de la Paje aux enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004 ne sera pas réalisée, la politique du médicament sera revue pour imposer de nouvelles contraintes aux pharmaciens, comme aux laboratoires. Il s'est inquiété de la situation financière très dégradée du Ffipsa, en raison d'un déficit structurel atteignant 1,7 milliard d'euros en 2005 et de sa dette supérieure à 3,2 milliards d'euros.

*Faisant suite au rapport de M. Dominique Leclerc, **M. Guy Fischer** a jugé que le thème de l'emploi des seniors ne préjuge rien de positif pour les retraités, sinon la volonté de reporter l'âge du départ à la retraite à soixante-cinq ans, comme en Allemagne où le contrat de la nouvelle coalition gouvernementale envisage même un report à soixante-sept ans accompagné d'un gel des retraites d'une durée de quatre années.*

***Mme Marie-Thérèse Hermange** a approuvé la mesure d'indemnisation du congé maternité prolongé pour les mères d'enfants prématurés. Elle a insisté sur l'importance de l'accompagnement des jeunes accouchées, pour les aider à construire leur relation avec leur enfant. Elle a regretté la complexité des dispositifs d'accueil du jeune enfant, estimant que la combinaison de la PSU en faveur des crèches et de la Paje n'est pas optimale. Elle a plaidé pour que soit étudiée la création d'une allocation unique versée à toutes les mères, quel que soit leur choix en termes de mode de garde ou d'activité.*

***M. Francis Giraud** a estimé que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale aurait pu, au-delà des données strictement financières, donner une place plus importante aux problèmes de santé publique. Après avoir considéré qu'il ne faut pas opposer les personnels et les structures de soins des secteurs publics et privé, il a jugé que l'institution hospitalière, à laquelle il a consacré sa vie, n'est sans doute pas suffisamment imprégnée par les notions d'économies et de contraintes financières car la formation des médecins n'a probablement pas été assez orientée sur ces questions. Il a souhaité que des efforts soient engagés pour permettre une meilleure gestion des deniers publics dans le respect de la médecine.*

*En réponse à Mme Sylvie Desmarescaux, **M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles**, a confirmé vouloir faire aboutir les recommandations de la mission d'information relative à l'amiante.*

*En réponse à Mme Isabelle Debré, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a précisé que la contribution Delalande semble aujourd'hui largement remise en question, y compris par les partenaires sociaux. Mais sa suppression n'a pas encore été décidée dans la mesure où, d'une part, l'on manque encore d'une évaluation exacte de son impact et où, d'autre part, elle apporte une recette sociale de plusieurs centaines de millions d'euros par an.*

Il a réaffirmé que les futurs adossements de régimes spéciaux devront être réalisés en respectant les principes de neutralité et de transparence pour les assurés sociaux du secteur privé, que la commission a d'ailleurs contribué à inscrire dans la loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux industries électriques et gazières (IEG). Il a annoncé à ce sujet qu'il proposera à la commission deux nouveaux amendements, afin de tenir compte de la généralisation probable du schéma des IEG aux autres entreprises publiques.

A M. Claude Domeizel, il a précisé que la différence entre adossement et intégration classique réside dans le maintien, pour l'avenir, du niveau des prestations du régime adossé, y compris pour les nouveaux entrants. Le mode de calcul proprement dit des droits d'entrée, c'est-à-dire de la soulte, à acquitter auprès du régime général ne saurait être contesté, dans la mesure où il obéit aux règles actuarielles universellement acceptées. En revanche, les hypothèses de projection financière retenues sur une durée de vingt-cinq ans comportent inévitablement une marge d'incertitude, notamment en ce qui concerne le niveau prévisionnel des effectifs de ces entreprises publiques. Ce point semble d'ailleurs poser un problème dans le cas de la RATP.

Puis M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, s'est félicité également de la suppression progressive du mécanisme de surcompensation démographique, décidée par le législateur à l'occasion du vote de la réforme des retraites de 2003.

En réponse aux préoccupations soulevées par M. Guy Fischer, il a précisé que l'amendement qu'il entend proposer à la commission ne vise naturellement pas à reporter à soixante-cinq ans l'âge de départ à la retraite des assurés sociaux, mais bien à mettre fin à une dérogation au principe suivant lequel un employeur ne peut décider lui-même d'une mise à la retraite d'office d'un salarié avant que ce dernier n'ait atteint cet âge.

M. André Lardeux, rapporteur pour la famille, a souligné que la quasi-totalité des structures d'accueil de la petite enfance a désormais adopté la PSU. Reconnaissant que sa mise en œuvre peut soulever des difficultés pour les crèches familiales, il a indiqué que la commission d'action sociale de la CNAF a autorisé les caisses à proposer des plans personnalisés d'accompagnement pour les structures en difficulté.

Revenant sur la question de la réintégration des majorations de pensions pour enfants dans la base ressources des allocations logement, il a fait observer que cette mesure ne pénalise pas les familles avec enfants. Il a ensuite précisé que la création du Colca coûtera 140 millions d'euros, le Gouvernement faisant l'hypothèse que l'effet de l'augmentation du nombre de familles due à l'amélioration de la rémunération l'emporterait sur les économies résultant du raccourcissement de la durée de versement de la prestation.

Il s'est déclaré prudent en matière de comparaisons internationales, estimant que l'exemple lituanien de promotion du congé parental masculin est difficilement transposable en France et s'explique par la situation démographique particulièrement déprimée de ce pays. Par ailleurs, il s'est dit favorable au déplaçonnement des allocations familiales à Mayotte et a proposé que la commission reprenne cette mesure à son compte.

Il a insisté sur le fait que la non-extension de la Paje aux enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004 n'entraînera aucune baisse de revenu pour les familles concernées qui conservent le bénéfice des anciennes allocations. Il a ensuite observé que la mise en place d'une allocation unique pour toutes les mères de jeunes enfants est rendue difficile par le fait que, dans les crèches, l'aide de la collectivité est plus importante. De plus, le passage d'un système de subvention versé au gestionnaire à un système d'allocation suppose de demander aux parents de faire l'avance des frais de garde, ce qui peut pénaliser les familles les plus modestes.

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie,** a fait part à son tour des préoccupations que lui inspire la perspective d'une généralisation du schéma d'adossement des IEG aux autres entreprises publiques. Rappelant que la réforme des retraites avait précisément fait le choix de laisser de côté les régimes spéciaux, il a regretté que ces opérations fassent l'économie d'une harmonisation des droits qui seront acquis dans le futur. Il a jugé que, si le respect des droits acquis dans le passé apparaît justifié, il semble difficilement concevable qu'à l'avenir, cohabitent des assurés sociaux, partant en retraite à cinquante-cinq ans dans des conditions favorables, avec d'autres, liquidant leur pension dix ans plus tard et sur la base de prestations très inférieures. Il a souhaité, par ailleurs, que la France s'inspire des pays nordiques, notamment de la Finlande, pour leur politique de stimulation du taux d'emploi des seniors.*

*Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie,** s'est interrogé, avec un an de recul, sur la neutralité effective du transfert à la CNAF de la gestion des prestations familiales des fonctionnaires. Il a regretté que la bulle immobilière actuelle et l'augmentation régulière des prix des loyers viennent éroder le pouvoir d'achat des familles. En matière de lutte contre la pornographie sur l'Internet, il s'est prononcé en faveur de sanctions contre les hébergeurs de site, d'autant plus strictes que les enfants des couples de personnes actives apparaissent particulièrement exposés à ces dangers.*

Après avoir indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 comporte des inexactitudes que la commission signalera au ministre en séance publique, il a rejeté l'accusation d'insincérité, tant pour l'année 2006 que pour les données prospectives relatives à la période de 2006 à 2009. Il s'est également déclaré en désaccord avec M. François Autain sur la question de la convergence en matière de tarification à l'activité.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie, a jugé que les organismes mutualistes de protection sociale complémentaire devraient réaliser environ 700 millions d'euros d'économies grâce aux effets positifs de la réforme de l'assurance maladie, ce qui doit leur donner les moyens de ne pas recourir à des augmentations de tarifs aux dépens des assurés sociaux.

Il a réaffirmé que la situation financière dramatique du Ffipsa et du FSV rend indispensable des mesures radicales et précisé que la commission le fera savoir au Gouvernement lors des débats en séance publique. Il a ensuite fait part de son accord avec M. Francis Giraud sur la nécessité de promouvoir les règles de bon usage et de saine gestion afin de changer les comportements à l'hôpital.

Puis la commission a procédé à l'examen des articles et des amendements présentés par les rapporteurs.

Elle a adopté sans modification les articles 1 (approbation au titre de l'exercice 2004 des tableaux d'équilibre), 2 (approbation du rapport figurant en annexe A et précisant les modalités d'affectation des excédents ou de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2004), 3 (rectification pour 2005 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général), 4 (rectification pour 2005 des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base), 5 (rectification pour 2005 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale - rectification pour 2005 des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites), 6 (contribution pour 2005 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave), 6 bis nouveau (prise en compte du « plan autisme » dans les dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), 7 (rectification pour l'année 2005 des objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base), 8 (rectification pour 2005 de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie), 9 (approbation du rapport figurant en annexe B et décrivant pour 2006-2009 les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement), 10 (conditions d'assujettissement des intérêts des plans d'épargne logement aux prélèvements sociaux), 11 (fin de l'abattement de cotisations patronales accordé au titre des salariés embauchés à temps partiel avant l'application des trente-cinq heures) et 12 (conditions d'assujettissement à l'impôt sur le revenu et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés à l'occasion de la rupture du contrat de travail).

A l'article 13 (clarification de la définition de l'assiette des cotisations sociales), elle a adopté un amendement tendant à exclure de l'assiette des cotisations sociales les contributions versées par les employeurs aux régimes de retraite complémentaires en application d'un accord de branche ou d'entreprise.

A l'article 13 bis (aménagement de la procédure du recours contre tiers), elle a adopté un amendement visant à prévoir que les organisations les plus représentatives des organismes d'assurance maladie complémentaire pourront signer, au côté des caisses d'assurance maladie et des assureurs, la convention définissant les modalités de mise en œuvre de la procédure du recours contre tiers.

Après l'article 13 bis, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel pour permettre l'évaluation exacte du montant de l'exonération devant donner lieu à compensation par l'Etat dans le cadre du dispositif d'attribution gratuite d'actions aux salariés et aux mandataires sociaux.

A l'article 13 ter (versement d'un bonus exceptionnel de 1.000 euros par salarié), la commission a adopté quatre amendements ayant pour objet la modulation du bonus selon des critères objectifs, l'exonération d'impôt sur le revenu du bonus dès lors qu'il est affecté par le salarié à un plan d'épargne entreprise, la possibilité d'inscrire les modalités de versement du bonus dans l'accord salarial, enfin une clarification rédactionnelle.

A l'article 15 (spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments rétrocedés - taxe sur les dépenses de promotion - contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur le chiffre d'affaires), elle a adopté deux amendements tendant à prévoir des modalités particulières d'application pour la première année de mise en œuvre du dispositif et à exclure de l'assiette de la taxe sur le chiffre d'affaires tous les médicaments orphelins, quelle que soit la date d'obtention de leur autorisation de mise sur le marché.

Après l'article 15, elle a adopté deux amendements tendant à insérer des articles additionnels, le premier pour transférer de l'Acoss aux Urssaf le recouvrement de la contribution sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur, le second pour tirer les conséquences de la nouvelle affectation du produit du droit de consommation sur les tabacs issu de l'article 42 du projet de loi de finances pour 2006.

A l'article 17 (dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé), elle a adopté un amendement modifiant la méthode de calcul de l'annulation d'exonération de cotisations sociales pouvant être décidée en cas de travail dissimulé, afin d'éviter de pénaliser les petites entreprises.

Après l'article 22, elle a adopté deux amendements tendant à insérer des articles additionnels, afin de demander la remise de deux rapports par le Gouvernement au Parlement, sur les modalités de couverture du déficit cumulé, d'une part du FSV, d'autre part du Ffipsa.

A l'article 24 (procédure de certification des comptes des régimes autres que le régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base), elle a adopté un amendement tendant à corriger une erreur de référence.

A l'article 24 bis (responsabilité des agents comptables des organismes de sécurité sociale), la commission a adopté deux amendements de clarification rédactionnelle.

Elle a adopté sans modification les articles 26 (prestations en espèces des détenus libérés et des chômeurs reprenant une activité - fin de la majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois), 26 bis (prise en charge des assurés sociaux souffrant d'une affection de longue durée) et 26 ter (élargissement des compétences attribuées aux conciliateurs exerçant dans les caisses locales d'assurance maladie).

A l'article 26 quater (saisine des médiateurs des caisses locales d'assurance maladie en cas de contestation des dépassements d'honoraires pratiqués par un professionnel de santé), elle a adopté un amendement rédactionnel.

Elle a adopté sans modification les articles 28 (dispositif de régulation des prix des médicaments et des produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour), 28 bis (création d'un taux de remboursement spécifique de 15 % pour les produits de santé) et 29 (dispositions diverses relatives au dispositif du médecin traitant et aux médecins remplaçants).

A l'article 30 (dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé), elle a adopté neuf amendements visant :

- à accorder une validation législative aux avances consenties par l'assurance maladie aux établissements de santé privés dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A et de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;

- à étendre à trois ans la période durant laquelle l'assurance maladie peut demander le recouvrement de sommes indûment perçues par un établissement de santé ;

- à associer l'assurance maladie à la signature des contrats de bon usage des médicaments conclus entre les ARH et les établissements de santé ;

- à prévoir que les sanctions financières applicables aux établissements de santé sont régies par l'article L. 162-1-14 du code la sécurité sociale qui détermine déjà les sanctions financières applicables aux médecins employeurs et assurés en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale ;

- à supprimer l'article L. 162-22-18 du code la sécurité sociale qui prévoit que les sanctions financières applicables aux établissements de santé sont prises par la commission exécutive de l'agence régionale d'hospitalisation ;

- à étendre les pouvoirs du service du contrôle médical en matière de lutte contre les fraudes ;

- à obliger les établissements de santé à transmettre à l'agence régionale de santé et à l'assurance maladie les documents nécessaires au contrôle de leurs activités et de leurs facturations ;

- à prévoir que les décisions budgétaires arrêtées par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation sont prises après avis favorable de la commission exécutive pris à la majorité des deux tiers ;

- enfin, à prévoir que le directeur de la caisse régionale de l'assurance maladie peut demander au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation d'engager des sanctions à l'encontre d'un établissement de santé et qu'en cas de refus, le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation doit présenter un avis motivé à la commission exécutive de l'agence.

Elle a adopté sans modification les articles 31 (répartition des crédits finançant la prise en charge des patients en unités de soins de longue durée), 31 bis (participation des professionnels de santé libéraux à la prise en charge des soins palliatifs à domicile), 32 (convention pluriannuelle, forfait soins des établissements médico-sociaux et fonctionnement des pharmacies à usage interne) et a proposé la suppression de l'article 32 bis.

A l'article 33 (transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues et des lits halte soins santé à l'assurance maladie - création d'un nouvel objectif médico-social), elle a adopté un amendement rédactionnel. Elle a adopté deux amendements de codification à l'article 34 (financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des groupements d'entraide mutuelle, de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et des services de soins infirmiers à domicile).

Elle a adopté sans modification les articles 35 (modalités du financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle) et 36 (financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie).

A l'article 36 bis nouveau, elle a adopté trois amendements, tendant à préciser que les contrats de prolongation ouverts, de droit et pour une période de un an, aux assurés qui quittent le dispositif CMU-C doivent être mis en conformité avec les règles relatives aux contrats responsables, à étendre à l'ensemble des contrats offrant des garanties partielles un délai supplémentaire d'adaptation à la législation relative aux contrats responsables et à soumettre les contrats CMU-C aux mêmes obligations que les contrats responsables.

Avant l'article 37 (dispositions relatives à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire), elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel, prévoyant que l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam)

puisse exprimer un avis sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et au financement de la sécurité sociale.

Elle a adopté sans modification l'article 37 (modification de la règle d'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros).

A l'article 38 (messages à caractère sanitaire dans les publicités alimentaires), elle a adopté un amendement précisant que l'obligation d'information à caractère sanitaire s'impose à toute promotion de produits alimentaires visés à l'article L. 2133-1 du code de la santé publique, lorsqu'elle est effectuée par voie d'imprimés et de publications périodiques édités par les producteurs ou distributeurs de ces produits.

Après l'article 38 (rapport au Parlement sur la possibilité de subventionner les fruits et légumes dans le cadre de la lutte contre l'obésité), elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel pour demander au Gouvernement un rapport sur les différents instruments fiscaux permettant de diminuer le prix relatif des fruits et légumes et sur leur efficacité comparée.

Elle a adopté sans modification les articles 39 (dotation de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville), 40 (financement et missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés [FMESPP]) et 41 (contribution pour 2006 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave).

A l'article 41 bis (lutte contre la fraude), elle a adopté un amendement visant à préciser la date d'entrée en vigueur des nouvelles modalités de contrôle des cartes Vitale.

Elle a adopté sans modification les articles 42 (fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2006), 43 (fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2005), 43 bis (modalités d'établissement de l'objectif quantifié national applicable à certaines activités exercées par les établissements de santé privés) et 44 (transmission au Parlement des propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à l'évolution prévisible des charges et des produits des régimes d'assurance maladie).

A l'article 44 bis (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie), elle a adopté un amendement prévoyant que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie est financé par des crédits inscrits au budget des ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Après l'article 44 bis (indemnisation du congé maternité prolongé pour les mamans d'enfants prématurés), elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel prévoyant que les mères d'enfants nés prématurés peuvent bénéficier d'une indemnité journalière de repos,

augmentée du nombre de jours courant entre la naissance de l'enfant et six semaines avant la date présumée de l'accouchement.

Elle a adopté sans modification les articles 45 (intégration du régime d'assurance vieillesse des ministres du culte dans le régime général), 46 (conditions de service des prestations de minimum vieillesse aux personnes de nationalité étrangère), 47 (réforme des régimes d'avantage social vieillesse des professions de santé) et 48 (objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2006).

Après l'article 48, elle a adopté six amendements tendant à insérer six articles additionnels. Le premier prévoit que les caisses de retraite ayant plus de 20.000 cotisants ou retraités publient régulièrement, à partir du premier trimestre 2008, une évaluation du niveau des engagements de retraite qu'elles auront à servir dans le futur. Le deuxième institue une information préalable du Parlement sur les futurs adossements de régimes spéciaux sur les régimes de retraite de droit commun. Le troisième insère dans le code de la sécurité sociale les principes de neutralité et de transparence applicables aux opérations d'adossement. Le quatrième aligne les conditions du cumul emploi-retraite des salariés du secteur privé sur celles applicables aux trois fonctions publiques. Le cinquième propose de limiter au 1^{er} janvier 2008 les effets juridiques des nouveaux accords collectifs qui pourraient être signés entre les partenaires sociaux, afin de déroger au principe du report à soixante-cinq ans de l'âge auquel un employeur peut mettre un salarié à la retraite d'office. Le dernier a pour objet d'assujettir l'ensemble des préretraites d'entreprise à la contribution créée en 2003 en faveur du FSV.

A l'article 49 (contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante [Fiva]), elle a adopté un amendement réduisant de 59,5 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) et invitant l'Etat à augmenter à due proportion sa contribution à ce fonds.

A l'article 53 (allocation journalière de présence parentale), la commission a adopté un amendement visant à préciser que la durée minimale ouvrant droit à l'allocation journalière de présence parentale est la durée du traitement de l'enfant et non une durée minimale de congé imposée aux parents. Elle a également adopté un amendement tendant à prévoir l'information de l'employeur par son salarié dans un délai raisonnable, avant chaque jour de congé de présence parentale, ainsi qu'un amendement de coordination.

Après l'article 55, la commission a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel et prévoyant le déplaçonnement des allocations familiales à Mayotte.

A l'article 57 (contrôle et lutte contre la fraude aux prestations sociales), la commission a adopté quatre amendements tendant à prévoir l'assermentation et l'agrément des praticiens conseils dans le cadre de leur mission de contrôle médical à titre d'experts, à ajouter l'absence de déclaration par les assurés d'un changement de leur situation dans la liste des inobservations pouvant faire l'objet d'une sanction, à préciser les modalités d'échanges d'informations entre les agents de l'administration fiscale et les organismes sociaux, ainsi qu'à compléter les dispositions de coordination prévues par l'article.

Après l'article 57, elle a adopté un amendement portant article additionnel pour mettre en place un mécanisme d'information par le régime obligatoire des organismes complémentaires, en cas de constatation d'une anomalie.

A l'article 58 (charges prévisionnelles pour 2006 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale), elle a adopté un amendement de correction d'une erreur matérielle.

*La commission a **adopté le projet de loi ainsi amendé.***