

N° 59

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2006-2007

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 novembre 2006

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2007, 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 Campion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, 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 Étienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, 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-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi, André Vézinhét.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^e législ.) : 3362, 3384, 3388 et T.A. 613

Sénat : 51 et 60 (2006-2007)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

Pages

EXAMEN DES ARTICLES	11
PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2005	11
• <i>Article premier</i> Approbation au titre de l'exercice 2005 des tableaux d'équilibre	11
• <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 2005	15
DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2006	19
Section 1 - Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale	19
• <i>Article 3</i> Rectification pour 2006 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	19
• <i>Article 4 (article 60 de la loi n° 2005-1579 de financement de la sécurité sociale pour 2006)</i> Rectification du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville	23
• <i>Article 5</i> Contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires hors taxes 2006 due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques	24
• <i>Article 6</i> Rectification pour 2006 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale - Rectification pour 2006 des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites	26
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses	28
• <i>Article 7</i> Rectification pour 2006 des objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général	28
• <i>Article 8</i> Rectification pour 2006 du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	30
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2007	33
• <i>Article 9</i> Approbation du rapport figurant en annexe B et décrivant pour 2007-2010 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.....	38
• <i>Article 10 (art. L. 131-6, L. 136-3, L. 136-4 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-15 du code rural, art. 50-0 et 102 ter du code général des impôts)</i> Assiette des cotisations et contributions sociales des professions indépendantes.....	38
• <i>Article 10 bis (art. L. 136-6 du code de la sécurité sociale et art. 1600-0 H du code général des impôts)</i> Extension de l'assiette de CSG et de CRDS à l'ensemble des revenus non dénommés ou établis d'office.....	44
• <i>Article additionnel avant l'article 11</i> Réduction d'une perte d'assiette sociale.....	45
• <i>Article 11 (art. L. 531-24 du code du travail, L. 161-1 et 461-1-1 du code de la sécurité sociale)</i> Extension du bénéfice de l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise.....	46
• <i>Article 12 (art. L. 129-1 du code du travail, art. L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale et art. L. 741-27 du code rural)</i> Elargissement du champ de l'agrément des structures prestataires ou mandataires de services à la personne et bénéficiaires, à ce titre, d'exonérations sociales.....	49
• <i>Article additionnel après l'article 12 (art. 83 et 199 septies du code général des impôts, art. L. 242-1 et 911-2 du code de la sécurité sociale)</i> Mesures fiscales et d'exonération des cotisations sociales en faveur du financement de l'assurance dépendance.....	51
• <i>Article 12 bis</i> Validation de l'accord collectif du 13 juillet 2004 fixant la durée de travail hebdomadaire dans le secteur de l'hôtellerie-restauration.....	54
• <i>Article 13 (art. L. 320-2 du code du travail, art. 80 duodecies du code général des impôts, art. L. 242-1 et L. 136-2 du code de la sécurité sociale et art. L. 741-10 du code rural)</i> Indemnités de départ volontaire.....	57
• <i>Article 13 bis (art. L. 122-14-13 du code du travail)</i> Exonération généralisée de cotisations sociales des indemnités de départ à la retraite.....	61
• <i>Article 14 (art. L. 131-8 du code de la sécurité sociale)</i> Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie de l'excédent du panier de recettes fiscales destinées à compenser les allègements généraux de charges.....	63
• <i>Article 15 (art. L. 1126-1 et L. 2222-21 du code de la propriété des personnes publiques, art. L. 114-1 du code des assurances, art. L. 135-7 et L. 135-10-1 nouveau du code de la sécurité sociale)</i> Affectation au fonds de réserve pour les retraites des avoirs non réclamés issus de contrats d'assurance vie.....	66
• <i>Article 15 bis (art. L. 135-10 du code de la sécurité sociale)</i> Modalités de gestion du fonds de réserve des retraites.....	70
• <i>Article 16 (art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale, art. L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et art. 154 quinquies du code général des impôts)</i> Modalités de versement de l'acompte versé par les établissements financiers au titre des contributions sociales dues sur les revenus des placements.....	73
• <i>Article 17 (art. L. 139-1 du code de la sécurité sociale)</i> Répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie du produit de la contribution sociale généralisée.....	75
• <i>Article 18 (art. L. 245-6 du code de la sécurité sociale)</i> Taux de la contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur leur chiffre d'affaires.....	77
• <i>Article 19 (art. L. 376-1, L. 455-2 et L. 583-4 code de la sécurité sociale et art. 475-1 du code de procédure pénale)</i> Affectation du produit net comptable des cessions des terrains et des bâtiments des établissements de santé à la Caisse nationale d'assurance maladie.....	78
• <i>Article 20 (art. L. 137-11 du code de la sécurité sociale, L. 741-10 et L. 741-10-1 nouveau du code rural)</i> Recours des caisses contre les tiers responsables de dommages occasionnés à un assuré social.....	80

• <i>Article additionnel après l'article 20 (art. L. 731-4 du code rural)</i> Equilibre du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	83
• <i>Article 20 bis</i> Alignement de règles du code rural sur celles du code de la sécurité sociale	84
• <i>Article 20 ter</i> Habilitation des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales à la vérification de l'assiette des cotisations des régimes de retraite complémentaire et des contributions d'assurance chômage	85
• <i>Article 21 (art. L. 161-1-1 et L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale)</i> Absence de compensation par l'Etat des pertes de recettes pour la sécurité sociale des mesures relatives à l'assujettissement des stagiaires en entreprise, au contrat de transition professionnelle et à l'extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises	87
• <i>Article 22</i> Approbation du montant des compensations des exonérations, des réductions ou des abattements d'assiette de cotisations ou de contributions de sécurité sociale	89
Section 2 - Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	96
• <i>Article 23</i> Prévisions pour 2007 des recettes des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement de la sécurité sociale	96
• <i>Article 24</i> Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale	101
• <i>Article 25</i> Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre du régime général	103
• <i>Article 26</i> Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	104
• <i>Article 27</i> Objectif pour l'année 2007 d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale - Prévisions pour 2007 des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites	106
• <i>Article 28 (art. L. 213-3 du code monétaire et financier)</i> Autorisation donnée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale d'émettre des titres de créances négociables	108
• <i>Article additionnel après l'article 28 (art. L. 139-2 du code de la sécurité sociale)</i> Prise en charge par l'Etat des intérêts de sa dette à l'égard des régimes obligatoires de base	109
• <i>Article additionnel après l'article 28</i> Mise en œuvre du principe de neutralité financière des flux de trésorerie entre l'Etat et la sécurité sociale	111
• <i>Article 29</i>	112
• <i>(art. 2425 du code civil, art. L. 234-5 du code de la sécurité sociale)</i> Règles d'inscription du privilège	112
• <i>Article 30 (art. L. 243-14, L. 651-5-3, L. 651-7 et L. 651-9 du code de la sécurité sociale)</i> Dématérialisation des déclarations et des paiements de cotisations, contributions ou taxes sociales	116
• <i>Article 30 bis (art. L. 134-2 du code des juridictions financières, art. L. 154-1, L. 154-2 du code de la sécurité sociale, art. 723-7 du code du travail)</i> Réforme du mode d'approbation des comptes des organismes de sécurité sociale	118
• <i>Article 30 ter</i> Aménagement du statut de la caisse de sécurité sociale de Mayotte	120
• <i>Article 31</i> Habilitation pour 2007 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à des ressources non permanentes	121

QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	126
Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	126
• Article 32 (art. L. 323-6 du code de la sécurité sociale) Définition par voie réglementaire des règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt de travail	126
• Article 32 bis (art. L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale) Situation des travailleurs frontaliers occupés en Suisse au regard de l'assurance maladie obligatoire	128
• Article 33 (art. L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale) Relèvement du plafond annuel de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé	129
• Article 34 (art. L. 4311-1 du code de la santé publique) Possibilité pour les infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux	132
• Article 35 (art. L. 162-16-5-1 et L. 162-17-2 nouveaux et L. 182-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 5121-12 du code de la santé publique) Encadrement du prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation - Conditions dérogatoires de prise en charge pour certains médicaments, produits ou prestations	133
• Article 36 (art. L. 5121-9-1 nouveau et L. 5123-2 du code de la santé publique, art. L. 162-16-5 du code la sécurité sociale) Conditions d'autorisation de mise sur le marché et de fixation du prix de certains médicaments autorisés dans un autre Etat membre et non en France	138
• Article 36 bis (art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale) Compétences de la Haute Autorité de santé	139
• Article 37 (art. L. 162-4-2-1 du code de la sécurité sociale) Conditions de prise en charge des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, abusif ou de mésusage	140
• Article 38 (art. L. 165-8 nouveau du code de la sécurité sociale) Renforcement de l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux auprès du grand public	141
• Article 39 (art. L. 123-1, L. 132-1, L. 162-22-10, L. 174-1-1, L. 174-1 et L. 174-15-1 nouveau du code de la sécurité sociale, art. L. 314-6 du code de l'action sociale et article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004) Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité	143
• Article 39 bis (art. L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique) Sanctions applicables en cas de dépassement des objectifs quantifiés prévus dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	147
• Article 39 ter (art. L. 2-21-3 nouveau du code de la sécurité sociale) Création d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée	148
• Article 39 quater (art. L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale) Fixation des tarifs des activités de soins de santé ou de réadaptation et des activités de psychiatrie	150
• Article 39 quinquies (articles 89 et 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière) Compétences de l'établissement public chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers	151
• Article 39 sexies (art. L. 6122-19 et L. 6412-1 du code de la santé publique) Extension de la T2A aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation	152
• Article 40 (art. L. 6152-4 du code de la santé publique) Possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés	153

• Article 40 bis (art. L. 1511-8 du code général des collectivités locales) Aide à l'installation des médecins	154
• Article 41 (art. L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique) Conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne	155
• Article 42 (article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006) Répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée	166
• Article 43 (art. L. 312-8 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux	167
• Article 44 Amortissement des investissements immobiliers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	170
• Article 45 (art. L. 5126-6-1 nouveau du code de la santé publique art. L. 313-12 et L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles et art. L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale) Conventions entre les pharmaciens d'officine et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur - Forfaits soins de ces établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Accès du médecin coordonnateur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au dossier médical personnel des résidents	171
• Article 46 (art. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Gestion des crédits de promotion des actions innovantes et de renforcement de la professionnalisation par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	173
• Article 47 (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale) Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans	175
• Article 48 (art. L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 3311-2, L. 3411-2, L. 3411-5 du code de la santé publique, et art. L. 313-1, L. 314-3-3, L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles) Création de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	177
• Article 49 (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	179
• Article 50 (art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale) Fixation pour 2007 du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville et prolongation de sa participation à la mise en œuvre du dossier médical personnel	181
• Article 51 (art. L. 3110-5-1 à L. 3110-5-3 et art L. 3110-10 du code de la santé publique) Création d'un fonds de prévention des risques sanitaires	183
• Article 52 Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2007	193
• Article 53 Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2007	194
• Article 53 bis (art. L. 6314-1 du code de la santé publique) Permanence des soins	195
Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse.....	197
• Article 54 (art. L. 161-22 du code de la sécurité sociale et art. L. 992-9 nouveau du code du travail) Assouplissement des règles de cumul emploi-retraite	197
• Article 55 (art. L. 122-14-13 du code du travail) Extinction de la faculté conventionnelle de mise à la retraite d'office avant soixante-cinq ans	200
• Article 55 bis (art. L. 732-54-1, L. 732-54-2 et L. 732-54-3 du code rural) Amélioration des petites retraites agricoles	204

- *Article 56 (articles 5 et 22 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites)* **Garantie des conditions d'ouverture des droits à pension de retraite pour les assurés sociaux âgés de plus de soixante ans**207
- *Article 57* **Affiliation des moniteurs de ski à l'assurance vieillesse obligatoire des professions libérales**209
- *Article 58* **Participation des employeurs à la constitution des droits à retraite des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires**214
- *Article 59* **Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2007**218
- *Article additionnel après l'article 59 (art. L. 222-8 nouveau du code de la sécurité sociale)* **Possibilité pour la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de demander l'intégration d'une clause de révision plafonnée du montant des droits d'entrée des opérations d'adossment de régime spéciaux**220
- *Article additionnel après l'article 59 (art. L. 222-1 du code de la sécurité sociale)* **Compétence du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sur les opérations d'adossment**.....221
- *Article additionnel après l'article 59 (art. L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale)* **Rachat des années études et des années de cotisations incomplètes pour bénéficier du mécanisme des carrières longues**222
- *Article additionnel après l'article 59 (art. L. 114-2 du code de la sécurité sociale)* **Composition du conseil d'orientation des retraites**223
- *Article additionnel après l'article 59 (art. L. 114-8-1 nouveau du code de la sécurité sociale)* **Publication, à partir de l'année 2008, des prospectives financières des caisses de retraite ayant plus de 20.000 cotisants**.....224
- *Article additionnel après l'article 59 (art. L. 137-10 du code de la sécurité sociale)* **Assujettissement de l'ensemble des préretraités d'entreprise à la contribution affectée au fonds de solidarité vieillesse**225

Section 3 - Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et maladies professionnelles227

- *Article 60* **Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**.....227
- *Article additionnel après l'article 60 (article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005)* **Modification du plafond de la contribution mise à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante**.....230
- *Article additionnel après l'article 60* **Augmentation progressive de la participation de l'Etat au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**231
- *Article 61* **Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles**.....232
- *Article 62* **Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2007**233

Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille235

- *Article 63 (art. L. 531-6 du code de la sécurité sociale)* **Attribution du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant aux familles ayant recours à des établissements d'accueil expérimentaux**235

• Article 64 (art. L. 531-3 et L. 552-1 du code de la sécurité sociale) Report de la date de versement de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant	237
• Article 65 (art. L. 331-4, L. 331-7 et L. 521-2 du code de la sécurité sociale) Possibilité de partage des allocations familiales entre les parents séparés en cas de garde alternée des enfants	239
• Article 66 (art. L. 225-20 à L. 225-27, L. 933-1 du code du travail, L. 378-1 et L. 381-1 du code de la sécurité sociale, L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Création du congé de soutien familial	241
• Article 67 Création d'un prêt à taux zéro pour les jeunes qui entrent dans la vie active	247
• Article additionnel avant l'article 68 (art. L. 223-4 du code de la sécurité sociale) Neutralité des opérations d'adossment pour la branche famille	249
• Article 68 Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2007	251
• Article additionnel avant l'article 69 Sanction de l'incitation au non-paiement des cotisations sociales	253
Section 5 - Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	254
• Article 69 Situation des travailleurs détachés temporairement en France au regard du rattachement au régime général et du droit aux prestations familiales	254
• Article 69 bis Contrôle des conditions d'ouverture de droits à prestations pour les personnes résidant à l'étranger	255
• Article 69 ter Renforcement du contrôle des droits à l'ouverture de prestations sous condition de ressources	257
• Article 70 Indemnités journalières des indépendants	258
• Article 70 bis Création d'un répertoire commun aux organismes sociaux	259
• Article 70 ter Mutualisation des ressources des organismes de sécurité sociale	261
• Article 70 quater Création à titre expérimental d'une caisse multi-branches de sécurité sociale	264
• Article additionnel avant l'article 71 Prise en charge par l'Etat d'un dispositif de protection sociale en faveur des volontaires associatifs	266
Section 6 - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	267
• Article 71 Charges prévisionnelles pour 2007 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	267
TRAVAUX DE LA COMMISSION	269

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2005

Article premier

Approbation au titre de l'exercice 2005 des tableaux d'équilibre

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2005, 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 aux dispositions 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 **11,4 milliards d'euros**, au lieu de 11,5 milliards d'euros en 2004, soit une quasi-stabilité.

Cette situation de résultat très dégradé, pour la deuxième année consécutive, est due pour l'essentiel à la branche maladie qui enregistre un déficit de 8,1 milliards d'euros, auxquels s'ajoutent les déficits des branches vieillesse (1,6 milliard), famille (1,2 milliard) et accidents du travail-maladies professionnelles (0,4 milliard).

En dehors du régime général, il convient de noter la mauvaise situation du régime des exploitants agricoles, avec un résultat négatif de 1,5 milliard d'euros. A l'inverse, d'autres régimes affichent des résultats excédentaires : la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) avec + 0,5 milliard et la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (Canam) avec + 0,3 milliard.

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 %.

Ce régime affiche un déficit global de **11,6 milliards d'euros** en 2005, au lieu de 11,9 milliards en 2004. Ce léger retrait masque toutefois des évolutions divergentes selon les branches.

- Ainsi, si l'essentiel du déficit provient toujours de la branche maladie, dont le solde négatif atteint 8 milliards d'euros, celle-ci amorce un **réel redressement** par rapport à 2004 lorsqu'elle affichait un déficit de 11,6 milliards d'euros, soit son plus haut niveau historique. Cette amélioration est la conséquence directe de la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie comportant, à la fois, des hausses de recettes et une modération des dépenses, particulièrement marquée pour les soins de ville grâce aux diverses mesures de « maîtrise médicalisée » des dépenses.

- La branche famille enregistre une très nette dégradation de sa situation avec un déficit de 1,3 milliard d'euros, à comparer au solde de - 0,4 milliard de 2004 qui constituait le premier déficit de la branche depuis 1998. Ce résultat traduit pour l'essentiel la montée en charge rapide de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

- La branche accidents du travail-maladies professionnelles voit son déficit s'accroître passant de 0,2 milliard d'euros en 2004 à 0,4 milliard, en raison de la forte augmentation des dotations aux fonds amiante.

- La branche vieillesse qui était excédentaire en 2004, à hauteur de 0,25 milliard, devient nettement déficitaire avec un solde négatif de 1,9 milliard. Cette dégradation provient de la montée en charge des retraites anticipées, pour un coût de 1,35 milliard en 2005, de l'impact du « papy boom » et d'un changement de comportement des salariés qui ont, dans une proportion supérieure à ce qui était prévu, anticipé leur départ en retraite.

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

Ce tableau concerne trois organismes 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).

- Le FSV affiche un solde négatif de **2 milliards d'euros** au lieu de - 0,6 milliard en 2004. Cette dégradation résulte, d'une part, de moindres rentrées de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), en retrait de 1,1 milliard par rapport à 2004, d'autre part, d'une augmentation des charges, en grande partie liée à la hausse du Smic de 5,5 % au 1^{er} juillet 2005.

- Le Ffipsa, créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004 pour succéder au Bapsa à compter du 1^{er} janvier 2005, connaît un déficit de **1,4 milliard d'euros**. L'écart entre l'évolution des charges (+ 2,2 %) et celle des produits (- 1,3 %) creuse le déficit du régime qui, de plus, ne bénéficie pas de subvention d'équilibre en provenance du budget.

- 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 handicapées, et non au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le solde de ses recettes et dépenses à ce titre est équilibré.

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 2005 à 134,9 milliards d'euros. L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a maintenu cet objectif au même montant.

Le présent article établit le montant des dépenses constatées en 2005 à un niveau quasiment identique, soit **135,1 milliards d'euros**.

Pour la première fois depuis 1997, l'Ondam est respecté en montant, ce qui doit être souligné. L'augmentation des dépenses est de 3,9 % par rapport aux réalisations de 2004, poursuivant ainsi la décélération engagée après les augmentations très fortes de la période 2001-2003.

Ce résultat d'ensemble recouvre toutefois des évolutions différentes selon les postes de dépenses : les dépenses ont été inférieures pour les soins de ville (- 430 millions) et le secteur médico-social (- 190 millions) mais un dépassement important a été constaté dans les versements aux établissements de santé (+ 670 millions d'euros).

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

Le montant de la dotation affectée au fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2005 est fixé par cet article à **1,5 milliard d'euros**, au lieu de 2,2 milliards en 2004.

Il correspond, d'une part, au versement de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) enregistré en 2004, soit 255 millions d'euros, d'autre part, au produit d'une fraction du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, à hauteur de 1,27 milliard d'euros.

Au 31 décembre 2005, les réserves hors plus-values latentes du FRR atteignaient 21,2 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 2005, soit **2,6 milliards d'euros**, au lieu de 3,3 milliards d'euros en 2004.

Cette somme correspond à la différence entre le produit de la CRDS enregistré en 2005, soit 5,2 milliards d'euros, et la charge d'intérêt de la dette portée par la Cades (2,6 milliards).

La diminution du montant de la dette amortie en 2005 est liée à la forte croissance des charges d'intérêt du fait, pour l'essentiel, de la reprise de dette de 35 milliards de l'assurance maladie à la fin 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.

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 2005**

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 2005, 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 aux dispositions 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 2005, présentés à l'article premier, font apparaître des déficits pour l'ensemble des branches, que ce soit pour les régimes obligatoires de base ou le régime général, ainsi que pour le FSV et le Ffipsa. Seule la CNSA, pour sa partie relevant du champ de la loi de financement, affiche un équilibre.

Aussi, le rapport de l'annexe A a pour objet essentiel de décrire les modalités de couverture des déficits constatés en 2005.

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 8 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 (Acoss) 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, une régularisation d'un montant de 1,7 milliard a été opérée lors de la reprise du déficit 2005 de la branche maladie, également prévue par la loi du 13 août 2004. Celle-ci a en effet prévu que les déficits prévisionnels des années 2005 et 2006 seraient repris par la Cades dans la limite de 15 milliards d'euros.

En conséquence, la reprise du déficit 2005, évalué par la loi de financement pour 2006 à 8,3 milliards, a tenu compte de la régularisation de 1,7 milliard sur l'exercice précédent. Elle s'est donc traduite par un versement de la Cades de 6,6 milliards le 7 octobre 2005.

Or, comme le déficit constaté de la branche maladie en 2005 est *in fine* inférieur à ce qui avait été prévu, une nouvelle régularisation de 300 millions sera opérée par la Cades lors du versement correspondant à la reprise du déficit prévisionnel de la branche maladie au titre de 2006.

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

Les déficits enregistrés par ces trois branches en 2005 sont, respectivement, de 1,876 milliard d'euros pour la vieillesse, de 1,315 milliard d'euros pour la famille et de 438 millions d'euros pour la branche AT-MP.

Ces déficits ont été couverts par les emprunts de trésorerie que peut conclure l'Acoss auprès de la Caisse des dépôts et des consignations dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, soit 13 milliards pour 2005 et 18,5 milliards pour 2006.

2°) Les organismes concourant au financement des régimes

Contrairement à 2004, année pour laquelle seul le fonds de solidarité vieillesse (FSV) figurait dans cette annexe, en 2005 les trois organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale sont concernés.

• Couverture du déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le déficit du FSV en 2005 est de 2 milliards d'euros. Il ne peut plus être compensé par les réserves de l'organisme, celles-ci étant épuisées depuis 2003.

Par ailleurs, la loi n'autorise pas le FSV à recourir à des avances de trésorerie ou à emprunter mais elle impose l'équilibre des recettes et des dépenses de l'organisme.

Comme aucune dotation d'équilibre n'est apportée par l'Etat, malgré les observations de la Cour des comptes qui a demandé à plusieurs reprises que des ressources nécessaires au rééquilibrage des comptes soient dégagées dans la loi de financement de la sécurité sociale, le conseil d'administration du FSV a choisi de réguler les versements aux régimes de sécurité sociale au titre du chômage.

Ainsi, le fonds se retrouve, comme le précise l'annexe, « *largement en position de débiteur* » vis-à-vis de la Cnav, à hauteur de 2,7 milliards d'euros au 31 décembre 2005, et de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, pour 60 millions d'euros à la même date.

Ces montants sont donc financés par les emprunts de trésorerie de l'Acoss, dans les mêmes conditions que les autres déficits de la Cnav, et, plus marginalement, par les emprunts de la CCMSA.

Le déficit cumulé du FSV qui s'élève à **3,7 milliards d'euros** au 31 décembre 2007 est inscrit au bilan de l'organisme en fonds de roulement négatif.

• Couverture du déficit du fonds de financement de la protection sociale agricole (Ffipsa)

Le Ffipsa s'est substitué au budget annexe des prestations sociales agricoles (Bapsa) à compter du 1^{er} janvier 2005. Il a hérité de la dette du Bapsa qui s'élevait, à la clôture de l'exercice 2004, à 3,2 milliards d'euros.

Cette dette a été partiellement apurée par un versement de 2,5 milliards d'euros de l'agence France Trésor en janvier 2006. Une dette résiduelle de 660 millions d'euros demeure donc à financer.

En 2005, le Ffipsa a enregistré un déficit de 1,4 milliard d'euros. Celui-ci est financé par les emprunts de trésorerie que peut conclure le Ffipsa dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, soit 6,2 milliards pour 2005 et 7,1 milliards pour 2006.

Dans la pratique, c'est la CCMSA qui gère, pour le compte du Ffipsa, la trésorerie et les relations avec les banques. C'est auprès du consortium CALYON que sont effectués les emprunts de trésorerie.

• **la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

Les activités de la CNSA qui entrent 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 handicapées, sont par construction **équilibrées**, ainsi que le montre d'ailleurs le tableau d'équilibre proposé au 3° de l'article premier.

Aussi, la présentation dans l'annexe A du résultat de la CNSA, pour l'ensemble de ses activités, apparaît un peu paradoxale. Il y est indiqué qu'en 2005 la CNSA a enregistré un excédent de 0,5 milliard d'euros et que ce montant a été reporté sur l'exercice 2006 pour y être affecté au financement d'investissements dans les établissements médico-sociaux, notamment pour des mises aux normes techniques.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre commission

En soulignant, comme l'année dernière, la clarté et la précision de cette annexe, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2006

Section 1

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

Article 3

Rectification pour 2006 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2006, 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 aux dispositions 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 trois tableaux, le premier pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le deuxième pour le régime général, le troisième pour les organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale.

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

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le déficit rectifié pour 2006 s'établit à **8,8 milliards d'euros**, au lieu de 10,1 milliards dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2006.

L'essentiel de la différence constatée provient d'une modification technique. En effet, contrairement à ce qui avait été fait l'an dernier, le déséquilibre du financement du régime des exploitants agricoles n'apparaît plus qu'une seule fois, au sein du Ffipsa et non à la fois dans les comptes de la CCMSA-exploitants agricoles, intégrés à l'agrégat tous régimes, et dans ceux du Ffipsa. **Cette modification affecte le solde de l'ensemble des régimes obligatoires à hauteur de 1,8 milliard d'euros**, expliquant ainsi la réduction du déficit présentée dans cet article.

Une deuxième modification technique intervient également dans la présentation des tableaux. Elle résulte d'un nouveau schéma de comptabilisation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En effet, en 2006, celle-ci n'est plus considérée comme un organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Ses produits et ses charges relatifs à l'Ondam médico-social sont intégrés dans les comptes de la branche maladie qui, de ce fait, tant pour les régimes obligatoires de base que pour le régime général, sont accrus d'environ 11 milliards d'euros. Cette opération qui accroît symétriquement les recettes et les dépenses de la branche est neutre pour le solde.

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

Le régime général devrait enregistrer un déficit de **9,7 milliards d'euros** en 2006, au lieu de 8,9 milliards dans les prévisions initiales. Le tableau ci-après fournit le détail par branche.

Soldes par branche du régime général en 2006

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2006	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007
Maladie	- 6,1	- 6,0
Vieillesse	- 1,4	- 2,4
Famille	- 1,2	- 1,3
Accidents du travail	- 0,2	0,0
Total régime général	- 8,9	- 9,7

Le niveau global du déficit du régime général est ainsi accru de 800 millions d'euros. Cette évolution recouvre toutefois des évolutions différentes selon les branches :

- la branche maladie voit son déficit maintenu à 6 milliards, ce qui témoigne à la fois de la justesse des prévisions initiales et des efforts réalisés pour contenir les dépenses au niveau envisagé ;

- la branche vieillesse enregistre une dégradation de son résultat de 1 milliard d'euros, du fait notamment de la dynamique des départs anticipés, les bénéficiaires de cette mesure étant en nombre plus élevé qu'initialement prévu ;

- la branche famille voit également son déficit légèrement accru, la branche AT-MP revenant, pour sa part, à l'équilibre.

Au total en 2006, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits est de 96,5 %**, en progression par rapport à 2005 où ce taux s'établissait à 95,5 %.

Taux de couverture des charges par les produits pour les branches du régime général en 2006

	Produits nets (en milliards d'euros)	Charges nettes (en milliards d'euros)	Taux de couverture
Maladie	128,5	134,5	95,5 %
Vieillesse	82,4	84,8	97,2 %
Famille	52,3	53,6	97,6 %
Accidents du travail	9,8	9,8	99,6 %
Régime général	266,9	276,6	96,5 %

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

Deux organismes concourent au financement des régimes de sécurité sociale en 2006 : le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) n'ayant plus ce statut, ainsi que cela a été dit précédemment.

Leur déficit global est fixé par le présent article à **3,1 milliards d'euros pour 2006**, au lieu de 3,2 milliards dans les prévisions de la loi de financement pour 2006.

• Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le FSV voit sa situation s'améliorer plus rapidement que prévu, le déficit initialement fixé à 1,5 milliard d'euros étant rectifié à **1,2 milliard**.

Le FSV qui a été constamment déficitaire à partir de 2001 et connaît un solde cumulé négatif depuis 2002 a vu son déficit s'aggraver entre 2003 et 2005 du fait d'une forte croissance des dépenses liée à la montée du chômage et aux revalorisations du Smic.

En 2006, le déficit du fonds se réduit grâce à l'amélioration de la conjoncture économique à laquelle son résultat est très sensible. Il bénéficie en particulier d'une progression soutenue de la CSG, qui constitue 80 % de ses produits, tandis que ses charges, dont une partie importante est liée à l'évolution du chômage, se stabilisent.

• Le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa)

Pour le Ffipsa, la situation est inverse puisque la prévision rectifiée fait apparaître un léger creusement du déficit qui passerait de 1,7 milliard d'euros en loi de financement initiale à **1,9 milliard**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission qui avait regretté l'année dernière l'absence d'exposé des motifs pour cet article se félicite que ses remarques aient été prises en compte cette année et que les principales évolutions entre les prévisions du projet de loi de financement pour 2006 et les montants rectifiés figurant dans cet article soient, au moins brièvement, expliquées.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 4
(article 60 de la loi n° 2005-1579 de financement
de la sécurité sociale pour 2006)

**Rectification du montant de la dotation et du plafond de dépenses
du fonds d'aide à la qualité des soins de ville**

Objet : Cet article modifie le montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), pour 2006.

I - Le dispositif proposé

Confronté à un risque de dépassement de l'Ondam 2006 suffisamment élevé pour entraîner automatiquement une intervention du comité d'alerte, le Gouvernement a présenté, le 5 septembre dernier, un plan de régulation des dépenses d'assurance maladie dont le montant s'élève à 350 millions d'euros.

Ces mesures d'économies frappent le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) à hauteur de 50 millions d'euros. Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cette mesure de régulation est rendue possible, « *compte tenu de la sous-consommation des crédits* ».

La dotation et le plafond de dépenses du FAQSV étant fixés par la loi de financement de la sécurité sociale, le présent article ajuste les montants en cause. En conséquence, le montant de la dotation et du plafond de dépenses est minoré de 50 millions d'euros (60 millions au lieu de 110 et 115 millions au lieu de 165).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà eu l'occasion, l'année dernière, de réaffirmer son attachement au rôle joué par le FAQSV dans le financement des actions expérimentales destinées à améliorer la qualité des soins de ville.

Elle constate que le plan de régulation mis en œuvre par le Gouvernement au quatrième trimestre 2006, réduit d'environ 30 % la dotation de ce fonds par rapport à son montant initial en 2006. Elle s'étonne que l'exposé des motifs du présent projet de loi justifie cette décision par la sous-consommation des crédits du fonds alors que les compétences du FAQSV ont été élargies l'année dernière et qu'un certain nombre d'acteurs locaux ont fait expressément part de leur souhait de bénéficier d'une aide financière supplémentaire.

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

Article 5

Contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires hors taxes 2006 due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques

Objet : Cet article institue une contribution exceptionnelle de régulation sur les ventes en gros de produits pharmaceutiques en 2006.

I - Le dispositif proposé

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, le présent article veut tirer les conséquences des observations faites par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport annuel de juin 2006. Celui-ci souligne en effet **le coût important de la distribution de médicaments en France** et la nécessité de réguler davantage les marges de distribution. Il précise que le coût du système de distribution représente environ 30 % du prix des médicaments délivrés en officine.

Dans ce contexte, le Gouvernement indique qu'« *une baisse des marges de distribution en gros et au détail du médicament serait justifiée* » mais il considère qu'une telle mesure ne peut avoir de rendement significatif en 2006 du fait des délais de « revignettage » et d'écoulement des stocks aux anciens prix. Aussi a-t-il choisi de créer une contribution.

Le régime de cette contribution exceptionnelle, prévu par le présent article, est en tout point calqué sur celui de la contribution en vigueur sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques, régi par les articles L. 138-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le **premier alinéa** prévoit que la contribution, qualifiée de **mesure exceptionnelle de régulation**, est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes pour l'année civile 2006 réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par certains laboratoires qui effectuent directement des ventes en gros de médicaments.

Le **deuxième alinéa** exclut de l'assiette de la contribution les ventes de médicaments orphelins.

Le **troisième alinéa** prévoit que l'assiette ne tient compte que de la partie du prix de vente hors taxes inférieure à 150 euros augmentée de la marge maximale que les entreprises concernées peuvent percevoir. Selon les éclairages donnés par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2006, cette limite de 150 euros permet de taxer la part du prix du produit sur laquelle la marge est la plus importante.

Le **quatrième alinéa** indique que l'assiette de la contribution est composée de deux parts :

- la première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année 2006 ; le montant de la contribution est calculé en lui appliquant **un taux de 0,28 %** ;

- la seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de 2006 et celui réalisé au cours de l'année 2005 ; le montant de la contribution est calculé en lui appliquant **un taux de 1,5 %** ; si cette seconde part est négative, son produit par le taux de la taxe s'impute sur le montant de la première partie de la contribution ; la contribution totale ne peut être négative.

Le **cinquième alinéa** précise que la contribution est recouvrée le 1^{er} septembre 2007 dans les mêmes conditions que celles de la taxe en vigueur. Son montant est réparti entre les divers régimes d'assurance maladie dans les conditions habituelles, définies à l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale.

Le produit attendu de cette taxe exceptionnelle est de **50 millions d'euros**, à la charge à la fois des grossistes, des dépositaires et de certains laboratoires pharmaceutiques. L'essentiel, soit 35 à 40 millions, devrait être financé par les grossistes.

Ce rendement est à rapprocher de celui de la contribution perçue chaque année, soit 370 millions en 2005, 387 millions en 2006 et 331 millions (montant estimé) pour 2007. La majoration de la taxe entraînerait donc une hausse d'environ 15 % du produit de la contribution.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à corriger une erreur matérielle.

III - La position de votre commission

Les termes du quatrième alinéa entretenant, en l'état, une certaine confusion, votre commission vous propose **un amendement de clarification rédactionnelle** afin de bien préciser que le produit de la seconde part de la contribution s'impute sur le produit de sa première part lorsque le chiffre d'affaires de l'année 2006 est inférieur à celui de 2005.

De même, rien n'est prévu pour le cas où des entreprises auraient démarré leur activité de vente en gros de produits pharmaceutiques au cours des années 2005 ou 2006. Votre commission vous propose donc d'adopter **un amendement visant à rendre applicable le dispositif de la taxe à ces entreprises**.

Enfin, votre commission insiste sur la nécessité de considérer cette mesure exceptionnelle comme **un appel à la régulation des marges de la distribution du médicament**. Le recours à la taxation n'est en effet pas la meilleure manière de faire évoluer les choses et ne peut, en tout état de cause, fournir la solution du problème.

Aussi, l'année 2007 devra être mise à profit pour, comme le suggère le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « *procéder à une analyse de fond du système, pour en vérifier le bien-fondé et en actualiser les fondements et mesures de mise en œuvre* ».

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

Article 6

**Rectification pour 2006 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale
par la Caisse d'amortissement de la dette sociale -
Rectification pour 2006 des prévisions de recettes affectées
au fonds de réserve pour les retraites**

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2006, 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 aux dispositions 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 rectifie :

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

Cet objectif est fixé à **2,8 milliards d'euros**, au lieu de 2,4 milliards dans la loi de financement initiale.

Cette sensible révision à la hausse intervient sous l'effet de deux facteurs : des recettes de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) plus importantes que prévues, en particulier du fait de la mesure PEL, et une reprise du déficit de l'assurance maladie de l'exercice 2005 inférieure à celle envisagée initialement.

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

Ce montant est fixé à **1,6 milliard d'euros**, au lieu de 1,4 milliard dans la loi de financement initiale.

Cette rectification est liée à la hausse de la fraction du produit du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital qui lui est affectée, en raison, d'une part, de la bonne tenue des marchés financiers, d'autre part, des effets de la mesure PEL.

Par ailleurs, comme cela avait été envisagé, le FRR ne recevra aucun versement en 2006 en provenance du FSV ou de la Cnav, ces deux organismes étant déficitaires.

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

II - La position de votre commission

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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

Rectification pour 2006 des objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2006, exercice en cours, les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions 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, les tableaux présentés dans cet article rectifient les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base et du régime général pour 2006.

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

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

Objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base en 2006

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	153,4	165,2	+ 11,8	+ 7,7
Vieillesse	161,0	162,7	+ 1,7	+ 1,1
Famille	53,3	53,6	+ 0,3	+ 0,6
AT-MP	11,1	11,1	-	-
Toutes branches	373,7	387,6	+ 13,9	+ 3,7

Au total, la rectification des dépenses avoisine **14 milliards d'euros**.

Elle résulte avant tout du nouveau schéma de comptabilisation de la CNSA. Neutre pour le solde, cette modification accroît symétriquement les recettes et les dépenses de la branche maladie du montant de l'Ondam médico-social, soit de 11 milliards d'euros.

Mais cette révision à la hausse traduit également :

- pour la branche maladie, l'augmentation de 740 millions de l'Ondam ;

- pour la branche vieillesse, un accroissement de 1,7 milliard des dépenses, lié au dynamisme des départs à la retraite et notamment des départs anticipés ;

- pour la branche famille, une augmentation des dépenses de 300 millions, au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) et des dépenses d'action sociale.

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

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

Objectifs de dépenses par branche du régime général en 2006

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	131,9	142,7	+ 10,8	+ 8,2
Vieillesse	83,1	84,7	+ 1,6	+ 1,9
Famille	52,8	53,3	+ 0,5	+ 0,9
AT-MP	9,9	9,8	- 0,1	- 1,0
Toutes branches	272,7	285,6	+ 12,9	+ 4,7

Au total, la rectification des dépenses est proche de **13 milliards d'euros**, soit un montant très élevé.

Toutefois, comme pour le tableau précédent, elle résulte avant tout du nouveau schéma de comptabilisation de la CNSA.

Elle traduit également le dépassement d'un peu plus de 700 millions de l'Ondam ainsi que le dynamisme des dépenses de la branche vieillesse et de la branche famille.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission qui avait regretté l'année dernière l'absence d'exposé des motifs pour cet article se félicite que ses remarques aient été prises en compte cette année et que les principales évolutions entre les prévisions du projet de loi de financement pour 2006 et les montants rectifiés figurant dans cet article soient, au moins brièvement, expliquées.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 8

Rectification pour 2006 du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Objet : Cet article a pour objet de rectifier l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2006.

I - Le dispositif proposé

Cet article doit obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément à la loi organique du 2 août 2005 et aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

L'examen du présent projet de loi de financement donne sa pleine mesure à cette disposition. En effet, l'an dernier, la rectification de l'Ondam pour 2005 opérée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 avait été réalisée alors que la présentation de l'Ondam n'était pas encore décomposée en six sous-objectifs. Pour la première fois cette année, cette consolidation portera sur les sous-objectifs constitutifs de l'Ondam.

Les prévisions publiées par la commission des comptes retiennent un dépassement de 740 millions d'euros pour 2006.

Le Gouvernement et la commission des comptes s'accordent à considérer que ce dépassement serait dû à un double mouvement :

- d'une part, un infléchissement moins net que prévu des dépenses de soins de ville qui se traduit par un dépassement d'environ 650 millions d'euros sur ce seul poste. Ces dépenses progresseraient de 1,5 % en 2006, ce qui représente un très net ralentissement par rapport aux années précédentes (3,1 % en 2005, 4,3 % en 2004) tandis que la croissance prévue des dépenses de produits de santé serait très proche de 0 % ;

- d'autre part, un dépassement des versements de l'assurance maladie aux établissements de santé. L'augmentation rapide (+ 11 % depuis le début de l'année) des dépenses des cliniques privées est la raison la plus souvent avancée pour justifier ce dépassement, dont le montant est évalué à 200 millions d'euros.

Enfin, bien que la commission des comptes n'ait constaté aucun dépassement de l'Ondam médico-social, le Gouvernement estime nécessaire de prévoir un dépassement de l'ordre de 100 millions d'euros pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

Ces prévisions intègrent l'impact des mesures d'économies annoncées le 5 septembre dernier par le ministre de la santé et des solidarités, soit 350 millions.

Le présent article propose donc de modifier en conséquence les différents sous-objectifs de l'Ondam pour 2006.

(en milliards d'euros)

	Objectif initial (PLFSS 2006)	Objectif rectifié (PLFFS 2007)
Dépenses de soins de ville	65,3	66
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8	46
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,9	17,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3	4,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7	0,6
Total	140,7	141,3

En raison des données chiffrées en milliards d'euros, les 650 millions de dépassement dans le domaine des soins de ville se traduisent par une majoration de 700 millions du sous-objectif afférent.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification

II - La position de votre commission

L'année dernière déjà, votre commission réclamait que les objectifs de dépenses figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale soient présentés en millions d'euros et non en milliards arrondis à la centaine de millions car cette excessive simplification allait à l'encontre de la sincérité et de la précision des comptes.

Malheureusement, ses remarques n'ont pas été prises en compte par le Gouvernement pour la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cette imprécision est particulièrement regrettable ici car elle rend difficilement compréhensibles les mesures de rectification de l'Ondam 2006.

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

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2007

Article 9

Approbation du rapport figurant en annexe B et décrivant pour 2007-2010 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 2007 à 2010.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

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

Le rapport qu'il est proposé d'approuver et qui figure à l'annexe B du 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 2007.

Il s'appuie sur les hypothèses d'évolution économique présentées dans ce dernier rapport et retient, à l'instar de celui-ci, un scénario bas et un scénario haut.

Les hypothèses retenues pour ces deux scénarios sont détaillées dans le tableau ci-après.

Hypothèses d'évolution en moyenne annuelle sur la période 2008-2010

	Scénario bas	Scénario haut
PIB volume	+ 2,25 %	+ 3,0 %
Masse salariale du secteur privé	+ 4,4 %	+ 5,2 %
Ondam	+ 2,2 %	+ 2,5 %
Inflation hors tabac	+ 1,75 %	+ 1,75 %

Une première analyse de ces hypothèses fait apparaître **sinon un certain irréalisme, pour le moins un très fort volontarisme**. Deux hypothèses en particulier suscitent des interrogations :

- **la masse salariale**

Dans les deux scénarios, la masse salariale connaît une progression très dynamique, de + 4,4 % par an en moyenne dans le scénario bas à 5,2 % dans le scénario haut, soit **une progression supérieure de plus de deux points à celle du PIB**. Cela permet d'afficher une progression des recettes très élevée. Or, un tel niveau d'augmentation de façon continue sur une durée de quatre ans paraît difficile à atteindre.

- **l'Ondam**

De même, les hypothèses retenues pour la progression de l'Ondam, qui serait contenue à 2,2 % par an en moyenne dans le scénario bas et à 2,5 % dans le scénario haut, nécessiteront de très grands efforts dans la poursuite de la maîtrise des dépenses. En effet, on peut s'interroger sur la durabilité **d'une progression des dépenses d'assurance maladie inférieure à celle du PIB**. Ce n'est guère cohérent avec ce qui est constaté non seulement en France mais également dans la plupart des autres pays européens.

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 et dégager des excédents, à l'exception

toutefois de la branche vieillesse dont le déficit finirait par se stabiliser dans le scénario bas et s'améliorerait légèrement dans le scénario haut.

Les tableaux ci-après fournissent 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 2007-2010

Scénario bas

(en milliards d'euros)

	2007		2008		2009		2010	
	ROB	RG	ROB	RG	ROB	RG	ROB	RG
Maladie	- 4,0	- 3,9	- 2,7	- 2,2	- 0,4	- 0,1	+ 2,0	+ 2,4
AT-MP	+ 0,1	+ 0,1	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,7	+ 0,7
Famille	- 0,7	- 0,8	+ 0,1	0,0	+ 1,1	+ 1,0	+ 2,1	+ 2,0
Vieillesse	- 2,9	- 3,5	- 4,2	- 4,5	- 4,9	- 5,1	- 5,1	- 5,1
Toutes branches consolidées	- 7,5	- 8,0	- 6,6	- 6,6	- 3,8	- 3,7	- 0,3	- 0,1

ROB = régimes obligatoires de base

RG = régime général

Scénario haut

(en milliards d'euros)

	2007		2008		2009		2010	
	ROB	RG	ROB	RG	ROB	RG	ROB	RG
Maladie	- 4,0	- 3,9	- 1,9	- 1,4	+ 1,1	+ 1,4	+ 3,6	+ 4,0
AT-MP	+ 0,1	+ 0,1	+ 0,3	+ 0,2	+ 0,6	+ 0,5	+ 1,0	+ 0,9
Famille	- 0,7	- 0,8	+ 0,4	+ 0,3	+ 1,7	+ 1,6	+ 3,0	+ 2,9
Vieillesse	- 2,9	- 3,5	- 3,7	- 4,1	- 3,7	- 3,8	- 3,0	- 3,3
Toutes branches consolidées	- 7,5	- 8,0	- 4,9	- 4,9	- 0,3	- 0,2	+ 4,3	+ 4,5

ROB = régimes obligatoires de base

RG = régime général

L'annexe B présente également des prévisions sur la situation des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

Dans les deux scénarios, **le FSV reviendrait à l'équilibre dès 2009, tandis que le Ffipsa connaîtrait une situation très stable avec un déficit annuel situé entre 2,1 et 2,2 milliards d'euros.**

Par rapport aux prévisions quadriennales annexées à la loi de financement pour 2006, plusieurs différences sensibles apparaissent dans les tableaux de cette année :

- **une réelle dégradation du solde de la branche vieillesse** que les explications de l'annexe imputent à l'anticipation du départ en retraite de certains travailleurs et au grand nombre de bénéficiaires de la mesure « carrière longue », ces projections ne tenant naturellement pas compte d'éventuelles mesures qui pourraient être prises dans le cadre du « rendez-vous de 2008 » sur la réforme des retraites ;

- **une très rapide amélioration des comptes de la branche maladie** qui redeviendrait excédentaire dès 2009 dans le scénario haut et en 2010 dans le scénario bas, en enregistrant, dans le premier cas, un excédent de 4 milliards d'euros en 2010 et, dans le deuxième, un excédent de 2,4 milliards ;

- **un retour de la branche famille à une situation excédentaire** dès 2008 dans les deux scénarios ;

- **un accroissement continu de l'excédent de la branche AT-MP** tout au long de la période ;

- **un retour plus rapide que prévu du FSV à l'équilibre** puisque dans les projections de l'année dernière, celui-ci devait encore connaître un déficit de 500 millions en 2009.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel ainsi qu'un amendement du Gouvernement tendant à rectifier légèrement les prévisions de recettes et de dépenses inscrites dans l'ensemble des tableaux de l'annexe pour tenir compte, d'une part, du relèvement de l'Ondam soins de ville de 0,8 à 1,1 %, d'autre part, de l'amendement voté à l'article 16 qui entraîne une augmentation des recettes de 270 millions d'euros en 2007.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite, en premier lieu, que **deux scénarios** aient été développés dans l'annexe de cette année, en lien direct avec les deux scénarios du rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances, et non un seul scénario intermédiaire comme cela était le cas l'année dernière. Cela répond à une demande exprimée l'an dernier par votre rapporteur.

Toutefois, cette annexe devra encore être améliorée au cours des prochains exercices. En particulier, les prévisions de résultats présentées par branche devront faire l'objet d'argumentations plus étayées. En effet, **le faible niveau de détail de l'annexe empêche votre commission de formuler,**

au-delà de propos très généraux, des observations précises et réellement pertinentes pour le débat.

C'est pourquoi votre commission vous propose **un amendement** tendant à prévoir, qu'à compter de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, l'annexe B devra comprendre la présentation détaillée des hypothèses, des méthodes et des résultats des projections sur la base desquelles sont établis le projet de loi de financement de l'année à venir, ainsi que les perspectives d'évolution pour les quatre années suivantes.

Par ailleurs, 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 2010.

Votre commission souhaite vivement que le rapport annexé à la loi de financement de l'année prochaine corrige cette lacune qu'elle avait déjà signalée l'an dernier.

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

Section 1

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

Article 10

*(art. L. 131-6, L. 136-3, L. 136-4 du code de la sécurité sociale,
art. L. 731-15 du code rural, art. 50-0 et 102 ter du code général des impôts)*

Assiette des cotisations et contributions sociales des professions indépendantes

Objet : Cet article a pour objet d'adapter l'assiette des cotisations et des contributions de sécurité sociale des professions indépendantes aux évolutions récentes de la législation applicable aux revenus de ces professions.

I - Le dispositif proposé

Le dispositif comprend deux séries de mesures distinctes :

- il vise en premier lieu à neutraliser la hausse de l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale qui sera la conséquence mécanique de la réforme de l'impôt sur le revenu entrant en vigueur en 2007, pour les revenus de 2006 ;

- il ajoute, en second lieu, à cette assiette divers revenus exonérés.

Le **paragraphe IV** du présent article précise, par cohérence, que ce dispositif s'applique pour la première fois pour l'imposition des revenus et le calcul des cotisations et contributions assises sur les revenus de l'année 2006.

• La neutralisation des effets de la réforme de l'impôt sur le revenu

a) La neutralisation des effets du coefficient multiplicateur de 1,25

Dans le cadre de la réforme de l'impôt sur le revenu, l'article 76 de la loi de finances pour 2006 a supprimé, à compter de l'imposition des revenus de 2006 (c'est-à-dire de l'impôt payé en 2007), l'abattement de 20 % applicable aux traitements, salaires, pensions et rentes viagères, ainsi que l'abattement de 20 % applicable aux revenus professionnels des adhérents d'un centre de gestion ou d'une association agréés. Cette suppression

s'accompagne d'une diminution à due concurrence des taux marginaux et d'un ajustement des limites des tranches de l'impôt sur le revenu.

En contrepartie, le législateur a prévu des mesures de rehaussement des revenus imposables qui ne bénéficient pas aujourd'hui de l'abattement de 20 %. Elles concernent les titulaires de revenus passibles de l'impôt sur le revenu, dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC), des bénéficiaires non commerciaux (BNC) ou des bénéficiaires agricoles (BA), réalisés par des contribuables soumis à un régime réel d'imposition **qui ne sont pas adhérents d'un centre de gestion ou d'une association agréés**, ainsi que les **chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du régime du forfait**.

En application du 7 de l'article 158 du code général des impôts, le montant des revenus de ces catégories de contribuables, retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sera dorénavant multiplié par **un coefficient de 1,25**.

Le revenu professionnel de référence pour l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale des professions indépendantes correspond approximativement au revenu retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Afin de ne pas pénaliser les travailleurs indépendants concernés par l'introduction du coefficient multiplicateur (personnes non adhérentes à un centre ou à une association de gestion agréés, chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du régime du forfait), le présent article neutralise la hausse mécanique de l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale qui en résulterait en posant **le principe selon lequel il n'est pas tenu compte du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts pour le calcul de cette assiette**.

Cette précision est insérée dans :

- l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale (cotisations assises sur les revenus d'activité des travailleurs non salariés des professions non agricoles) ;

- l'article L. 136-3 du même code (contribution sociale généralisée - CSG - assise sur les revenus professionnels des employeurs et travailleurs indépendants) ;

- l'article L. 136-4 du même code (CSG assise sur les revenus des personnes non salariées des professions agricoles) ;

- l'article L. 731-15 du code rural (cotisations assises sur les revenus des personnes non salariées des professions agricoles).

Dans un esprit de simplification et de meilleure lisibilité de la loi, le **B du paragraphe I** du présent article procède en outre à une refonte de la rédaction de l'article L. 136-3 du code général des impôts, en précisant que l'assiette de la CSG des professions indépendantes est la même que celle des contributions sociales (article L. 131-6 du même code). Actuellement en effet, cette identité des deux assiettes découle d'un système de renvois compliqué, puisqu'elle passe par une référence, au sein de l'article L. 136-3, à l'article

L. 242-11 du code général des impôts, lequel renvoie à son tour à l'article L. 131-6.

b) Le relèvement des taux d'abattement forfaitaires des « micro-entreprises »

La loi de finances pour 2006 a également dû tirer les conséquences de la suppression de l'abattement de 20 % pour une autre catégorie de revenus exclus du bénéfice de cet abattement : les « micro-entreprises » soumises à un régime d'imposition forfaitaire.

Il existe deux régimes « micro ».

Le régime des micro-entreprises, dit **régime « micro-BIC »**, défini par l'article 50-0 du code général des impôts, s'applique aux entreprises individuelles exonérées ou en franchise de TVA dont le chiffre d'affaires n'excède pas 76.300 euros hors taxes s'il s'agit d'entreprises dont le commerce principal est de vendre des marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place, ou de fournir le logement, ou 27.000 euros hors taxes s'il s'agit d'autres entreprises. Le résultat imposable de ces entreprises est égal au montant du chiffre d'affaires hors taxes diminué d'un abattement de :

- 72 % pour les activités de vente de marchandises ;
- 52% pour les activités de services.

Afin de compenser la baisse de 20 % du nouveau barème de l'impôt sur le revenu, consécutive à la suppression de l'abattement de 20 %, la loi de finances pour 2006 a ramené à 68 % l'abattement de 72 % et à 45 % l'abattement de 52 %. Cette diminution des coefficients d'abattement a mécaniquement pour effet de relever de 14,3 % le bénéfice imposable tiré de la vente de marchandises et de 14,6 % celui tiré des activités de service.

Ce rehaussement est inférieur au coefficient de revalorisation de 1,25 qui permettrait d'assurer la neutralité fiscale au regard de l'impôt sur le revenu. Toutefois, l'accroissement de la fraction du résultat imposable entraîne mécaniquement un relèvement de la CSG et de la CRDS dues par la micro-entreprise. A défaut de neutralité fiscale, la baisse des abattements doit donc permettre, selon le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, une neutralité globale « fiscalo-sociale », c'est-à-dire du solde des effets de la mesure sur les produits respectifs de l'impôt sur le revenu d'un côté, de la CSG et de la CRDS de l'autre.

Le même raisonnement a été appliqué à l'autre régime de déclaration et d'imposition simplifiées, dit régime déclaratif spécial ou régime « micro-BNC », défini par l'article 102 *ter* du code général des impôts, qui s'applique aux entreprises individuelles dont les recettes ne dépassent pas 27.000 euros par an. Le bénéfice net soumis au barème de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des BNC est déterminé en appliquant au montant des recettes un abattement forfaitaire représentatif des charges de 37 %.

La loi de finances pour 2006 a prévu de ramener ce taux d'abattement à 25 % à partir de 2007, ce qui aura pour effet mécanique de relever de 19 % le bénéfice net imposable.

Là aussi, la neutralité fiscal-social sera atteinte grâce à la hausse de CSG et de CRDS induite par cet accroissement d'assiette, venant compenser les pertes d'IR liées à la baisse du barème de 20 %.

Dans ses calculs, toutefois, le ministère des finances a **omis** l'an dernier de tenir compte du **relèvement automatique du niveau des cotisations sociales** résultant de la mesure. Le résultat obtenu par la diminution des taux d'abattement ne garantit donc pas en fait la neutralité « fiscal-social » recherchée.

Le **paragraphe III** du présent projet de loi vise par conséquent à intégrer dans le calcul du taux d'abattement dont bénéficient les micro-entreprises l'effet de la remontée automatique des cotisations sociales, ce qui implique de revenir à des taux proches, quoique inférieurs, de ceux en vigueur jusqu'à cette année.

En effet, il est proposé de rehausser :

- de 68 % à 71 % (au lieu de 72 % aujourd'hui) le taux d'abattement applicable aux « micro-BIC » pour les activités de vente de marchandises ;

- de 45 % à 50 % (au lieu de 52 % aujourd'hui) le taux d'abattement applicable aux « micro-BIC » pour les activités de service ;

- de 25 % à 34 % (au lieu de 37 % aujourd'hui) le taux d'abattement applicable aux « micro-BNC ».

• **Les ajouts proposés à l'assiette des cotisations et contributions sociales**

Ils sont de deux ordres.

a) L'intéressement des mandataires sociaux relevant des régimes des travailleurs non salariés, agricoles et non agricoles

La loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie a étendu le bénéfice des dispositions des accords d'**intéressement**, dans les entreprises dont l'effectif habituel comprend au moins un et au plus cent salariés, aux **mandataires sociaux** ainsi qu'au conjoint du chef d'entreprise s'il a le statut de conjoint collaborateur ou de conjoint associé.

Les sommes provenant de l'intéressement sont exonérées de cotisations sociales. Elles sont en revanche soumises à la CSG, en ce qui concerne les salariés, en application du 1° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale.

Par mesure d'équité, le présent article prévoit l'**assujettissement à la CSG des sommes attribuées au titre de l'intéressement aux mandataires sociaux** visés par la loi de modernisation de 2005, qu'ils relèvent du régime

des employeurs et travailleurs indépendants (article L. 136-3 du code de la sécurité sociale modifié par le B du I du présent article) ou du régime des professions non salariées agricoles (article L. 136-4 du code de la sécurité sociale modifié par le C du I du présent article).

On relèvera par ailleurs que les sommes versées sur un plan d'épargne d'entreprise au bénéfice des mandataires sociaux (article L. 443-8 du code du travail) sont d'ores et déjà assujetties à la CSG.

b) Les revenus des dirigeants des entreprises installées dans des zones franches urbaines et dans les pôles de compétitivité

Pour le calcul de leurs cotisations et contributions à caractère social, l'assiette du revenu des travailleurs non salariés, agricoles et non agricoles, est en principe, on l'a vu, le revenu servant lui-même de base pour l'impôt sur le revenu. Ce revenu est toutefois celui établi **avant** un certain nombre de déductions, abattements et autres exonérations, lesquels figurent donc dans l'assiette des cotisations et contributions sociales. On citera à ce titre notamment :

- les exonérations applicables à certaines entreprises nouvelles (articles 44 *sexies* et 44 *septies* du code général des impôts) ;

- l'exonération applicable aux entreprises implantées dans les zones franches urbaines (article 44 *octies* du même code) ;

- la déduction des cotisations sociales complémentaires facultatives (article 154 *bis*).

Par cohérence, le présent article propose d'inclure à l'avenir dans l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale des professions indépendantes :

- les revenus des dirigeants des entreprises installées en **zone franche urbaine** (ZFU), bénéficiant des dispositions du nouvel article 44 *octies* A, issu de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances, qui prendront progressivement le relais des dispositions de l'article 44 *octies*¹ ;

- les revenus des dirigeants des entreprises implantées dans un pôle de compétitivité, bénéficiant des dispositions de l'article 44 *undecies*, inséré dans le code général des impôts par la loi de finances pour 2005.

Le présent article procède, au passage, à la mise à jour de références devenues obsolètes ou sans objet dans la liste des déductions, abattements et exonérations ajoutés au revenu pour établir l'assiette des cotisations et contributions sociales :

- l'article 44 *quater* du code général des impôts (disposition relative aux entreprises nouvelles, périmée depuis 1995) ;

¹ Ce complément d'assiette ne concerne évidemment pas les non-salariés agricoles.

- l'article 44 *septies* du même code (régime des sociétés créées pour reprendre une entreprise industrielle en difficulté, mis en extinction à partir de 2006, et qui ne concerne de toute façon que les entreprises soumises à l'impôt sur les sociétés) ;

- l'article 158 du même code (abattement de 20 % sur les revenus imposables à l'IR) ;

- les articles 238 *bis* HA et 238 *bis* HC du même code (devenus les articles 217 *undecies* et 217 *duodecies*, qui constituent le dispositif d'aide à l'investissement outre-mer, mais ne concernent plus que les entreprises soumises à l'impôt sur les sociétés depuis la loi de finances pour 2001).

Ce travail de mise à jour apparaît cependant inachevé, dans la mesure où le Gouvernement semble avoir omis d'insérer dans la liste des nouveaux dispositifs d'exonération d'impôt sur le revenu qui doivent être ajoutés à l'assiette des cotisations et contributions sociales deux nouveaux régimes de création récente :

- celui des **jeunes entreprises innovantes** (article 44 *sexies* A du code général des impôts) ;

- le régime prévu par l'article 35 de la loi de finances rectificative pour 2005 et codifié sous l'article 151 *septies* A, qui a transposé au bénéfice des employeurs et travailleurs indépendants les dispositions d'exonération des plus-values de cession d'éléments de l'actif immobilisé applicables jusqu'alors aux titres des sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés.

L'exonération vise l'impôt sur le revenu dû au titre des plus-values réalisées par les chefs d'entreprise en cas de départ à la retraite, lors de la cessation de leur activité.

L'article 35 a bien prévu de neutraliser l'effet en cascade de cette exonération sur la CSG prélevée sur les revenus du patrimoine en modifiant l'article 136-6 de la sécurité sociale, en ce qui concerne les plus-values de long terme. Cependant, il a omis de tenir compte des spécificités du régime des plus-values à court terme, certes relativement minoritaires, mais qui ne font pas partie des revenus du patrimoine car elles s'intègrent dans l'assiette des revenus d'activité des employeurs et travailleurs indépendants.

Un amendement vous est donc proposé pour réparer cet oubli.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de portée rédactionnelle sur cet article.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose un amendement tendant à réparer certaines omissions et vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 10 bis

*(art. L. 136-6 du code de la sécurité sociale
et art. 1600-0 H du code général des impôts)*

**Extension de l'assiette de CSG et de CRDS à l'ensemble
des revenus non dénommés ou établis d'office**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'étendre le champ d'application de la CSG et de la CRDS à tous les revenus dont l'origine n'est pas déterminée.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et l'article 13 de la loi de financement de sécurité sociale pour 1997 ont prévu l'assujettissement, respectivement à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et à la contribution sociale généralisée (CSG), des revenus taxés d'office à l'impôt sur le revenu en cas de défaut de réponse à une demande d'éclaircissements ou de justifications émise par l'administration fiscale (article L. 69 du livre des procédures fiscales).

Le présent article, inséré sur proposition du rapporteur pour avis de la commission des finances, Yves Bur, et adopté à l'unanimité avec l'accord du Gouvernement, étend ce principe d'assujettissement à la CSG et à la CRDS, dans un souci d'harmonisation et d'équité, aux revenus d'origine indéterminée imposés à l'impôt sur le revenu sur le fondement :

- de l'article 168 du code général des impôts (taxation forfaitaire du revenu imposable d'après certains éléments du train de vie) ;
- de l'article 1649 A du même code (taxation d'office des sommes, titres ou valeurs transférés à l'étranger ou en provenance de l'étranger par l'intermédiaire de comptes non déclarés) ;
- de l'article 1649 *quater* A du même code (taxation d'office des sommes, titres ou valeurs transférés à l'étranger ou en provenance de l'étranger en l'absence de déclaration en douane) ;
- du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales (taxation d'office de l'ensemble des revenus, gains nets et plus-values en cas de défaut ou de retard dans le dépôt des déclarations).

Ces dispositions s'appliqueraient à compter de l'imposition des revenus de l'année 2006. D'après les informations fournies en séance, cette mesure est susceptible de rapporter entre 5 et 10 millions d'euros.

Le texte proposé procède pour le reste à une mise à jour de dispositions devenues obsolètes.

II- La position de votre commission

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

Article additionnel avant l'article 11
Réduction d'une perte d'assiette sociale

Objet : Cet article additionnel a pour objet de soumettre aux cotisations et contributions sociales les stock-options, selon certaines modalités.

Cet article additionnel a pour objet **d'engager un débat sur les « niches sociales »**. En effet, le coût de l'ensemble des dispositifs dérogatoires, qui entraînent des pertes d'assiette sociale massives, est très élevé. Hors allègements généraux de charges sociales, ce coût est actuellement estimé à environ **20 milliards d'euros**.

De nombreux dispositifs pourraient donc être revus.

Parmi ceux-ci, le présent article additionnel propose de **soumettre aux cotisations et contributions de sécurité sociale la plus-value d'acquisition réalisée lors de la levée de l'option**, soit lorsque le délai minimal d'indisponibilité de quatre ans prévu par le code général des impôts n'est pas respecté, soit, en cas de respect de ce délai, lorsque cette plus-value dépasse un montant d'environ 150.000 euros par bénéficiaire et par an.

Il vise également à assimiler à une rémunération le rabais consenti lors de l'attribution des titres, actuellement exclu de l'assiette sociale lorsqu'il est inférieur à 5 %.

Ces mesures tendent à modifier la politique de rémunération des cadres dirigeants dans un sens plus favorable aux salaires et donc à réduire les pertes d'assiette sociale résultant de la législation actuelle.

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

Article 11

(art. L. 531-24 du code du travail,

L. 161-1 et 461-1-1 du code de la sécurité sociale)

**Extension du bénéfice de l'aide aux chômeurs créateurs
et repreneurs d'entreprise**

Objet : Cet article étend le bénéfice de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (Accre) à de nouveaux bénéficiaires et modifie le régime des exonérations applicable à cette aide.

I - Le dispositif proposé

Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la politique du Gouvernement en faveur de la création d'entreprise et de la troisième phase de la bataille pour l'emploi en direction des publics et des territoires les plus touchés par le chômage. Elle concrétise des engagements pris à l'occasion du comité interministériel de lutte contre l'exclusion du 12 mai 2006 et du séminaire gouvernemental de Troyes du 31 août 2006.

Un tiers des entreprises sont actuellement créées par des chômeurs qui, outre la création de leur propre emploi, sont amenés à recruter rapidement de nouveaux collaborateurs. Aussi, pour faciliter encore l'émergence de nouvelles entreprises, il est apparu nécessaire, entre autres mesures, d'améliorer et de simplifier le régime de l'Accre.

• Le droit actuel

Le régime de l'Accre est défini à **l'article L. 351-24 du code du travail** qui prévoit que l'Etat peut accorder des aides et exonérations aux personnes qui créent ou reprennent une activité économique industrielle, commerciale, artisanale, agricole ou libérale, soit à titre individuel, soit sous la forme d'une société si elles en exercent effectivement le contrôle, ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée. Les personnes visées sont :

- 1° Les demandeurs d'emploi indemnisés ;
- 2° Les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à l'agence nationale pour l'emploi six mois au cours des dix-huit derniers mois ;
- 3° Les bénéficiaires de l'allocation de revenu minimum d'insertion, de l'allocation de solidarité spécifique ou de l'allocation de parent isolé ;
- 4° Les personnes éligibles aux nouveaux services emplois-jeunes ;
- 5° Les personnes bénéficiant des nouveaux services emplois-jeunes et dont le contrat se trouve rompu avant le terme de l'aide prévue ;
- 6° Les personnes salariées ou licenciées d'une entreprise en redressement ou liquidation judiciaire qui reprennent tout ou partie de cette

entreprise dès lors qu'elles s'engagent à investir en capital la totalité des aides et à réunir des apports complémentaires en capital au moins égaux à la moitié des aides accordées ;

7° Les personnes visées aux précédents alinéas ayant conclu un contrat d'appui au projet d'entreprise.

Pour l'ensemble de ces bénéficiaires, **deux dispositifs distincts d'exonération** sont actuellement applicables :

- l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit le maintien des droits auprès du régime de sécurité sociale antérieur à la création de l'entreprise et une exonération totale de cotisations sociales au titre des douze premiers mois d'activité ;

- l'article L. 161-1-1 du même code qui prévoit une exonération plafonnée des cotisations sociales au titre des douze premiers mois d'activité (dans la limite du 120 % du Smic), ainsi qu'une possibilité de prolongation de l'exonération pour une durée de vingt-quatre mois pour les personnes soumises aux régimes d'imposition de la micro-entreprise ou du régime déclaratif spécial des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC).

• **Les modifications proposées**

Le **paragraphe I** du présent article étend le régime de l'Accre à **deux nouvelles catégories de bénéficiaires** :

- les personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible ;

- les allocataires du complément de libre choix d'activité.

Le **paragraphe II harmonise le dispositif des exonérations**. A cet effet, il abroge l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale et supprime tout motif de confusion avec les dispositions de l'article L. 161-1-1 qui seront désormais les seules à s'appliquer.

Ainsi, les bénéficiaires de l'Accre (y compris les deux nouvelles catégories) seront immédiatement affiliés au régime de protection sociale dont ils dépendent en fonction de leur statut, régime social des indépendants ou régime général, et ils pourront bénéficier des mesures d'exonération totale ou partielle de cotisations sociales prévues par l'article L. 161-1-1 ainsi que de leur éventuelle prolongation.

Le **paragraphe III** institue une **disposition transitoire** pour les personnes dont l'année d'exonération de cotisations prévue par l'article L. 161-1 n'est pas achevée à la date du 1^{er} janvier 2007, en leur permettant de bénéficier, si elles en remplissent les conditions, de la prolongation d'exonération mentionnée à l'article L. 161-1-1.

Le **paragraphe IV** tire les conséquences de l'abrogation de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale au sein de l'article L. 351-24 du code du travail.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement pour corriger une erreur de décompte d'alinéas.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite du **souci de simplification** qui a inspiré cette mesure. Désormais, il n'y aura plus qu'un seul régime d'exonération applicable dans le cadre de l'Accre, ce qui est naturellement très positif, comme l'est également l'annonce, dans l'exposé des motifs du projet de loi, de mesures réglementaires pour simplifier le dossier de demande de l'Accre.

Votre rapporteur rappelle néanmoins que **cette exonération n'est pas compensée**. En effet, l'Accre a été créée en 1979, soit avant l'entrée en vigueur de la loi Veil du 25 juillet 1994 qui a posé le principe de la compensation des exonérations de charges sociales. Or, le manque à gagner qu'elle représente pour la sécurité sociale n'est pas négligeable.

En 2005, le coût de l'exonération a été de 76 millions d'euros pour un nombre de bénéficiaires d'environ 70.000. Pour 2006, le coût estimé de l'exonération est de 94 millions d'euros.

L'extension proposée par le présent article est chiffrée à **100 millions d'euros**, dont 85 millions de moindres rentrées pour le régime des indépendants et 15 millions pour la Cnaf qui prend en charge les cotisations et les prestations famille pour l'ensemble des régimes.

L'article 21 du présent projet prévoit explicitement que cette mesure d'extension ne sera pas compensée à la sécurité sociale, ce que votre rapporteur déplore vivement.

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

Article 12

*(art. L. 129-1 du code du travail,
art. L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles,
art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale et art. L. 741-27 du code rural)*

**Elargissement du champ de l'agrément des structures prestataires
ou mandataires de services à la personne et bénéficiaires, à ce titre,
d'exonérations sociales**

Objet : Cet article vise à étendre l'agrément et l'exonération institués dans le cadre de la politique de développement des services à la personne à certains organismes publics et aux résidences-services pour personnes âgées.

I - Le dispositif proposé

Cet article s'inscrit dans le cadre de la politique conduite par le Gouvernement pour développer les services à la personne, notamment en faveur des publics vulnérables que sont les personnes âgées, les personnes handicapées et les jeunes enfants. Il propose, pour l'essentiel, un aménagement des règles fixées par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne.

En effet, il est apparu nécessaire à la fois de donner une sécurité juridique à différentes structures, intervenants « historiques » dans le domaine de l'aide à domicile et jouant un rôle essentiel auprès des publics vulnérables, et d'encourager le développement de nouvelles formes de logement comme les résidences-services pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées, conformément aux objectifs du plan de solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006.

Actuellement, **l'article L. 129-1 du code du travail** dispose que peuvent être agréés par l'Etat :

- les associations et entreprises dont l'activité porte sur la garde des enfants ou l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide à domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile ;

- les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS) au titre de leur activité de garde d'enfants de moins de trois ans à domicile.

L'agrément est délivré au regard de critères de qualité de service à condition que l'association ou l'entreprise se consacre **exclusivement** aux activités mentionnées à l'article L. 129-1. Toutefois, les associations intermédiaires et, lorsque leurs activités comprennent également l'assistance à domicile aux personnes âgées ou handicapées, les établissements publics assurant l'hébergement des personnes âgées peuvent être agréés.

Le **paragraphe I** du présent article a pour objet **d'étendre cet agrément** en modifiant les dispositions de l'article L. 129-1 de façon à inclure sans ambiguïté dans le champ de l'agrément, au titre de leur activité d'aide à domicile :

- les communes ;
- les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;
- les établissements publics de coopération intercommunale compétents au titre des services à la personne ;
- les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service social et médico-social.

Ce paragraphe prévoit également que pourront être agréés au titre de leur activité d'aide à domicile rendue aux personnes âgées, handicapées ou aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité :

- les établissements de santé ;
- les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service d'accueil des enfants de moins de six ans ;
- les résidences-services.

Pour toutes ces nouvelles structures qui entrent dans le champ de l'agrément, **la condition d'activité exclusive**, antérieurement obligatoire, **disparaît**.

L'exposé des motifs du projet de loi précise que cette disposition permettra à des organismes, qui sont parfois en zone rurale les seuls opérateurs à offrir un service d'aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées, de bénéficier de l'agrément.

Le **paragraphe II** de l'article permet aux organismes concernés **de bénéficier des exonérations de charges sociales** prévues au III *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale pour les rémunérations des salariés employés par des associations ou des entreprises de services à la personne agréées dans les conditions de l'article L. 129-1 du code du travail.

Ainsi, désormais, l'exonération sera également accordée aux communes, aux centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, aux établissements publics de coopération intercommunale compétents au titre des services à la personne et aux résidences-services lorsqu'ils seront agréés.

Le **paragraphe III** modifie, par coordination, l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, en supprimant la condition d'activité exclusive et en renvoyant à la procédure d'agrément de l'article L. 129-1 du code du travail.

Le **paragraphe IV** transpose, par coordination, les dispositions du II en matière d'exonérations de charges sociales au régime de protection sociale agricole et modifie en ce sens le IV de l'article L. 741-27 du code rural.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement de forme, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements pour **étendre le bénéfice de l'article**, d'une part, aux organismes mutualistes gestionnaires d'établissements, d'autre part, aux gestionnaires de centres de soins infirmiers et de services d'hospitalisation à domicile.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite de ces dispositions qui auront le mérite d'apporter un peu de clarté et de sécurité juridique aux organismes intervenant dans le secteur des services à la personne.

Elle vous propose **un amendement** pour améliorer la cohérence et la lisibilité des dérogations à la condition d'activité exclusive requise des organismes sollicitant un agrément. Il s'agit en effet de revoir la rédaction de l'amendement adopté à l'Assemblée nationale afin que la possibilité pour les organismes mutualistes de bénéficier d'une dispense de condition d'activité exclusive ne soit pas seulement liée à leur statut.

La mesure d'exonération de charges sociales attribuée au personnel salarié des organismes agréés est une mesure compensée par le budget de l'Etat. Son coût est estimé à 160 millions d'euros pour 2007.

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

*Article additionnel après l'article 12
(art. 83 et 199 septies du code général des impôts,
art. L. 242-1 et 911-2 du code de la sécurité sociale)*
**Mesures fiscales et d'exonération des cotisations sociales
en faveur du financement de l'assurance dépendance**

Objet : Cet article additionnel propose la création d'une assurance dépendance.

Partant du constat que la prise en charge de la dépendance sur des ressources publiques ne serait, à plus ou moins court terme, ni supportable financièrement pour la collectivité, ni suffisante pour la plupart de ses bénéficiaires, votre rapporteur et soixante-dix-sept de ses collègues ont déposé

en janvier 2004 une proposition de loi tendant à favoriser le développement d'un système assurantiel encourageant la population à se prémunir et à se couvrir contre ce risque¹.

Cette proposition de loi contenait des incitations fiscales et, notamment, une réduction d'impôt en cas de souscription de contrat d'assurance dépendance. Elle proposait de modifier le code de la sécurité sociale afin d'exclure de l'assiette des cotisations sociales les contributions des employeurs afférentes à un contrat collectif d'assurance dépendance.

La proposition de loi prévoyait également un dispositif de prise en charge totale ou partielle par le conseil général des cotisations des personnes n'ayant pas ou plus les moyens de cotiser à un contrat d'assurance dépendance.

Elle proposait de compléter le code des assurances afin de tenir compte du développement des contrats d'assurance dépendance. Enfin, elle contenait des dispositions diverses tendant à permettre le transfert de droit d'un contrat à un autre, en cas de chômage, de faillite de l'entreprise ou de mise à la retraite.

Lors de l'examen du projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, en mai 2004, votre commission avait décidé de reprendre, sous forme d'amendements portant articles additionnels, les mesures fiscales et d'exonération des cotisations sociales incluses dans la proposition de loi².

Les autres articles n'avaient pas été retenus, dans la mesure où la législation en vigueur apparaissait d'ores et déjà suffisante pour permettre leur mise en œuvre (par exemple, le régime de l'aide sociale facultative des conseils généraux pour la prise en charge des cotisations des personnes les plus démunies). D'autres mesures non reprises supposaient en revanche une concertation approfondie avec les professionnels de l'assurance et les représentants des assurés.

L'effort proposé par votre commission était concentré sur les dispositions fiscales et sociales permettant l'émergence d'un véritable « pilier » dépendance au sein du système assurantiel.

Au cours des débats devant le Sénat, Hubert Falco, alors ministre délégué aux personnes âgées, avait souligné le « *caractère très complet des dispositifs proposés* ». Pour autant, il avait jugé « *prématurée* » leur introduction dans le projet de loi sur l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, estimant que « *la mise en place de tels mécanismes doit faire l'objet d'une étude préalable approfondie prenant en considération*

¹ Proposition de loi relative à la création d'une assurance dépendance, présentée par Alain Vasselle et plusieurs de ses collègues – n° 145 (session ordinaire de 2003-2004) – annexée au procès-verbal de la séance du 13 janvier 2004.

² Rapport fait par André Lardeux au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées – Sénat n° 313 (session ordinaire de 2003-2004).

les besoins mais aussi le champ des personnes concernées, l'effet sur d'autres dispositifs, ainsi que le coût fiscal et social à court et à moyen terme de ces mesures ».

Il avait ajouté, en particulier, qu'il fallait « *être certain que ces dispositifs allégeraient le coût de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ».*

En conséquence, le ministre avait promis de « *faire réaliser très rapidement par [ses] services une étude d'impact très précise avant toute initiative des pouvoirs publics en la matière. Le Sénat devra naturellement être associé à cette réflexion. »*

Le rapporteur de la commission des affaires sociales, André Lardeux, avait retiré les amendements en séance, en échange de cette promesse.

Par la suite, Catherine Vautrin, succédant à Hubert Falco au poste de secrétaire d'Etat aux personnes âgées, avait indiqué qu'une mission commune de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances Igas/IGF serait diligentée pour examiner la faisabilité d'un dispositif d'assurance dépendance en France et sur les exemples étrangers dans ce domaine.

Deux rapports sont venus entre-temps souligner la pertinence des propositions de votre commission :

- le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) consacré à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, établi par Cécile Gallez, députée, en juillet 2005¹ ;

- le rapport particulier de la Cour des comptes relatif aux personnes âgées dépendantes de novembre 2005.

L'ensemble de ces données ont été rappelées par votre rapporteur, en séance publique, le 12 avril dernier, dans le cadre d'une question orale² posée au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Dans sa réponse, Philippe Bas, n'a donné aucune indication relative à la mission conjointe des inspections générales. En guise de piste de réflexion, il a souligné que, quel que soit le mode de couverture retenu pour la dépendance, il impliquerait « *nécessairement une dépense fiscale ou une dépense publique* », ajoutant : « *dès lors, il faut se poser la question de savoir comment nous financerons la nouvelle dépense induite par la couverture, en effet nécessaire, de ce risque car, même si nous faisons appel à un système d'assurance complémentaire venant s'ajouter au système de l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prise en charge des personnes âgées dépendantes par les structures médicosociales, nous devons aussi trouver la bonne ressource pour assurer sa montée en régime* ».

¹ Rapport Assemblée nationale n° 2454 (douzième législature) – Rapport Sénat n° 466 (Session extraordinaire de 2004-2005) – Juillet 2005.

² Question orale sans débat n° 1007S d'Alain Vasselle – JO du 30 mars 2006, p. 889.

A ce sujet, le ministre a estimé qu'il était possible de faire coïncider la baisse tendancielle des dépenses liées à un chômage en voie de régression et la nécessaire augmentation des dépenses liées à la prise en charge des personnes âgées.

Il n'a toutefois esquissé aucun dispositif concret.

Votre commission juge donc nécessaire de relancer le débat, alors que deux ans et demi viennent à nouveau d'être perdus depuis la discussion de la loi autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le présent article additionnel propose de reprendre les quatre dispositifs présentés par votre commission lors de l'examen de ce texte et retirés en échange de la promesse, non tenue, d'un examen approfondi par les services concernés. Il prévoit :

- une diminution de l'assiette de l'impôt sur le revenu des salariés à due concurrence des cotisations versées au titre d'un contrat individuel d'assurance dépendance ; cet abattement d'assiette est limité à 4 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;

- un dispositif identique pour les cotisations versées par les descendants directs du bénéficiaire jusqu'au deuxième degré ;

- une réduction d'impôt de 25 % des primes versées dans le cadre d'un contrat d'assurance dépendance, sous plafond de versements annuels égal à 1.525 euros, porté à 3.050 euros pour les contribuables mariés soumis à imposition commune ;

- enfin, une exonération de cotisations sociales pour les contributions patronales destinées au financement de prestations dépendance.

Votre commission vous propose d'adopter le présent article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 12 bis

**Validation de l'accord collectif du 13 juillet 2004
fixant la durée de travail hebdomadaire
dans le secteur de l'hôtellerie-restauration**

Objet : Issu des travaux de l'Assemblée nationale, cet article tire les conséquences de l'annulation par le Conseil d'Etat du décret ayant repris les termes de l'accord collectif du 13 juillet 2004 sur la durée de travail hebdomadaire dans le secteur de l'hôtellerie-restauration.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Un avenant du 13 juillet 2004 à la convention collective des hôtels, cafés et restaurants a fixé la durée hebdomadaire de travail « *équivalente à la durée légale* » à trente-neuf heures pour toutes les entreprises du secteur, à

l'exception de celles ayant plus de vingt salariés pour lesquelles elle a été fixée à trente-sept heures.

La fédération des services CFDT, qui n'était pas signataire de cet avenant, a demandé au Conseil d'Etat de prononcer l'annulation de l'arrêté ministériel du 30 décembre 2004 décidant l'extension de l'avenant à l'ensemble des entreprises du secteur ainsi que du décret du même jour validant le régime d'équivalence à la durée légale du travail ainsi institué.

Dans sa **décision du 18 octobre 2006**, le Conseil d'Etat a fait droit à ces requêtes. Il a tout d'abord rappelé les termes de l'article L. 212-4 du code du travail, selon lesquels un décret pris après conclusion d'une convention ou d'un accord de branche, ou à défaut un décret en Conseil d'Etat, peut instituer une durée équivalente à la durée légale, mais seulement « *dans les professions et pour des emplois déterminés comportant des périodes d'inaction* ». Le Conseil d'Etat a ensuite constaté que le décret attaqué avait méconnu ces dispositions, dès lors qu'il avait entendu soumettre au même régime d'équivalence non pas les seuls emplois ou professions comportant des périodes d'inaction, mais l'ensemble des salariés du secteur de l'hôtellerie-restauration, sans distinction.

Après avoir annulé le décret du 30 décembre 2004 pour ce motif, le Conseil d'Etat a statué sur la requête tendant à l'annulation de l'arrêté d'extension du même jour. A cet égard, il a tout d'abord relevé que si, en application de l'article L. 133-8 du code du travail, le ministre chargé du travail peut décider de rendre une convention de branche ou un accord professionnel obligatoire pour l'ensemble des salariés et employeurs concernés, il ne peut procéder à cette extension que sous réserve, s'agissant des clauses relatives à l'institution d'un régime d'équivalence, de l'intervention du décret prévu à l'article L. 212-4 précité du même code. Or, dès lors qu'il était fait droit, par ailleurs, à la requête de la fédération des services CFDT tendant à l'annulation du décret du 30 décembre 2004, ce dernier était réputé n'être jamais intervenu. Par voie de conséquence, l'arrêté attaqué se trouvait entaché d'illégalité et devait donc être annulé en tant qu'il étendait le régime d'équivalence prévu par l'accord du 13 juillet 2004.

La décision du Conseil d'Etat précise enfin « *qu'il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de donner un effet différé aux annulations prononcées* ».

Cette décision a immédiatement provoqué de vives inquiétudes dans le secteur de l'hôtellerie-restauration car elle remet en cause l'équilibre trouvé en 2004, applicable depuis le 1^{er} janvier 2005.

Elle crée surtout une situation de profonde confusion juridique, à laquelle s'ajoutent la préoccupation des salariés et une menace de survie pour un certain nombre d'entreprises du secteur.

C'est pourquoi **cet article propose deux mesures** :

- la validation de l'accord de 2004 afin notamment de permettre aux salariés de bénéficier d'une semaine de congés payés supplémentaires ainsi que de deux jours fériés ;

- l'incitation à la conclusion, par les partenaires sociaux, d'un nouvel accord de branche et cela avant le 31 janvier 2007.

Le présent article reprend donc l'essentiel des dispositions de l'accord de 2004. Il détermine la durée hebdomadaire du travail, soit trente-neuf heures, et trente-sept heures pour les entreprises et unités de plus de vingt salariés. Les salariés de l'ensemble de ces entreprises bénéficient de six jours ouvrables supplémentaires de congés ainsi que d'un premier jour férié supplémentaire à partir du 1^{er} juillet 2006 et d'un second jour férié supplémentaire à compter du 1^{er} juillet 2007. Ces dispositions s'appliquent de la même façon aux salariés à temps complet et aux salariés à temps partiel.

Afin de permettre la discussion de cet article dans le présent projet de loi, **les trois présidents de commission de l'Assemblée nationale, signataires de l'amendement**, ont prévu de préciser que le mécanisme de réduction des cotisations sociales intervient dans les conditions de droit commun. Cela signifie que les heures comprises entre la durée légale (trente-cinq heures) et la durée équivalente (trente-sept heures ou trente-neuf heures) ouvrent droit aux mêmes exonérations que les heures comprises dans la durée légale du travail.

II - La position de votre commission

Votre commission comprend la nécessité juridique de cette mesure de validation. Elle s'interroge toutefois sur sa recevabilité. Elle souligne aussi le caractère réellement non satisfaisant d'une application rétroactive au 1^{er} janvier 2005.

Aussi, elle souhaite vivement qu'un nouvel accord de branche soit rapidement conclu dans le secteur de l'hôtellerie-restauration.

« Nécessité faisant loi », elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 13

(art. L. 320-2 du code du travail, art. 80 duodecimes du code général des impôts, art. L. 242-1 et L. 136-2 du code de la sécurité sociale et art. L. 741-10 du code rural)

Indemnités de départ volontaire

Objet : Cet article institue une exonération d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux, dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale, pour les bénéficiaires des indemnités de départ volontaire versées dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

I - Le dispositif proposé

L'article 72 de la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale a ajouté au champ des négociations à caractère obligatoire au sein de l'entreprise une **négociation triennale en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences** (GPEC - article L. 320-2 du code du travail).

Sont concernées par cette obligation :

- les entreprises et groupes d'entreprises occupant au moins trois cents salariés ;
- les entreprises et groupes de dimension communautaire comportant au moins un établissement ou une entreprise de cent cinquante salariés en France.

Si un accord de groupe est conclu sur ce thème, les entreprises comprises dans le périmètre de l'accord de groupe sont réputées avoir satisfait à leur obligation.

Le domaine de la négociation que l'employeur est tenu d'engager tous les trois ans comprend :

- les modalités d'information et de consultation du comité d'entreprise sur la stratégie de l'entreprise et ses effets prévisibles sur l'emploi ainsi que sur les salaires ;
- la mise en place d'un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et les mesures d'accompagnement susceptibles de lui être associées, en particulier en matière de formation, de validation des acquis de l'expérience, de bilan de compétences ainsi que d'accompagnement de la mobilité professionnelle et géographique des salariés.

La négociation peut aussi porter sur les modalités d'information et de consultation du comité d'entreprise applicables lorsque l'employeur projette de prononcer le licenciement économique d'au moins dix salariés sur une même période de trente jours (article L. 320-3 du code du travail).

La négociation porte enfin également sur les conditions d'accès et de maintien dans l'emploi des salariés âgés, ainsi que de leur accès à la formation professionnelle (article L. 132-27 du code du travail).

Le législateur impose seulement à l'employeur d'engager la négociation. Lorsque l'accord n'est pas conclu, l'employeur est tenu d'engager au moins une fois tous les trois ans une nouvelle négociation.

Le **paragraphe I** du présent article complète l'article L. 320-2 du code du travail pour ajouter une **nouvelle matière facultative** au sein de la négociation triennale obligatoire relative à la GPEC : « *la qualification des catégories d'emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques* ».

Cette négociation peut déboucher sur un **accord collectif spécifique** qui définit ces catégories d'emplois et peut prévoir le recours à des départs volontaires pour les salariés occupant un emploi classé dans l'une de ces catégories.

Afin de favoriser ce type d'accords tendant à l'anticipation des restructurations et à la reconversion des emplois menacés, le présent article institue un **traitement fiscal et social favorable** de l'indemnité de départ versée au salarié dans ce cadre, tout en l'entourant d'un certain nombre de **conditions**.

Le **paragraphe II** du présent article complète l'article 80 *duodecies* du code général des impôts afin d'exclure des bases d'imposition à l'impôt sur le revenu « *la fraction des indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les conditions prévues au II de l'article L. 320-2 du code du travail, n'excédant pas quatre fois le plafond* » de la sécurité sociale. En d'autres termes, il est prévu une exonération d'impôt sur le revenu, **dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale**, pour les indemnités de départ volontaire versées aux salariés.

Cette exonération s'applique également, sous les mêmes limites, aux **cotisations de sécurité sociale du régime général (paragraphe III** du présent article complétant l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ainsi qu'aux cotisations dues au titre des **assurances sociales agricoles (paragraphe V** complétant l'article L. 741-10 du code rural). Votre commission vous proposera d'améliorer la rédaction relative à ces exonérations de cotisations sociales.

Le régime d'exonération de la **contribution sociale généralisée (paragraphe IV** complétant le 5° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale) obéit en revanche à des règles légèrement moins favorables.

Dans sa rédaction actuellement en vigueur, en effet, le 5° du II de l'article L. 136-2 prévoit l'assujettissement à la CSG de la fraction des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, quel qu'en soit le motif, qui excède le montant prévu par la convention collective de

branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, qui excède le montant prévu par la loi. A défaut de montant conventionnel ou légal, la fraction assujettie à la CSG est la fraction soumise à l'impôt sur le revenu en application des dispositions de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts.

Dans la mesure où les montants des indemnités de départ volontaires versées dans le cadre d'accords de GPEC ne seront déterminés ni par des conventions collectives, ni par des accords professionnels ou interprofessionnels, ni par la loi, mais par les accords eux-mêmes, le simple maintien du texte du 5° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale aurait entraîné l'assujettissement à la CSG de ce type d'indemnités pour la fraction soumise à l'impôt sur le revenu en application des dispositions de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts, c'est-à-dire pour la fraction située au-delà de quatre fois le plafond de la sécurité sociale. La cohérence aurait été parfaite entre les assiettes d'impôt sur le revenu, de cotisations et de contributions sociales.

Toutefois, le présent article modifie ce dispositif, pour prévoir qu'en l'absence de montant légal ou conventionnel pour l'indemnité de rupture du contrat de travail - ce qui sera le cas des contrats de travail volontairement rompus à la suite d'un accord de GPEC - le plafond de non assujettissement à la CSG sera l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, ce plafond ne pourra pas être supérieur au plafond de non assujettissement défini par l'article 80 *duodecies*, c'est-à-dire quatre fois le plafond de la sécurité sociale.

Il est possible, voire probable, que le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement servant de référence pour l'exonération de CSG sera au final inférieur au montant de l'indemnité de départ volontaire accordée dans le cadre d'un accord de GPEC.

Cette rédaction aboutit donc à prévoir deux assiettes d'exonération : l'une pour l'impôt sur le revenu et les cotisations sociales (quatre fois le plafond de la sécurité sociale), l'autre pour la CSG (l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement).

Le régime d'exonération est soumis au respect de **quatre conditions** entourant l'accord collectif négocié entre les partenaires sociaux et ses conditions de mise en œuvre :

- **l'absence d'opposition de l'autorité administrative** : l'autorité administrative compétente doit ne pas s'être opposée au contenu de l'accord collectif en ce qui concerne la qualification des catégories d'emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques ;

- **l'accès du salarié à un emploi stable** : le salarié dont le contrat de travail est rompu doit avoir occupé effectivement un emploi classé dans une catégorie d'emplois menacés définie par l'accord collectif et avoir retrouvé un emploi stable à la date de rupture de son contrat de travail ;

- la mise en place d'un **comité de suivi** par l'accord collectif ;

- **la validation, par le comité de suivi, du projet de reclassement** du salarié dans un emploi stable : il reviendra en effet au comité de suivi de reconnaître la stabilité de l'emploi de reclassement.

Le projet de loi de financement renvoie à un **décret** la mise en œuvre de ce dispositif, notamment ce qui concerne la définition des caractéristiques de l'emploi de reclassement ainsi que les principes d'organisation du comité de suivi.

L'exposé des motifs ajoute que le décret précisera également les modalités de contrôle exercé par l'autorité administrative sur la définition des emplois menacés dans l'accord collectif.

Pour ce qui est de la notion de « reclassement en emploi stable », l'exposé des motifs donne des indications sur le contenu du décret : le retour à un emploi stable supposerait d'avoir retrouvé un emploi en contrat de travail à durée indéterminée, en contrat à durée déterminée de six mois et plus, en contrat de travail temporaire de six mois et plus, ou d'avoir créé ou repris une entreprise. Ces éléments ont été confirmés à l'Assemblée nationale par le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Gérard Larcher.

L'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale indique expressément que **la mesure fera l'objet d'une compensation**, sans toutefois préciser son montant (fiche n° 52). Cette absence d'information s'explique, semble-t-il, par le caractère différé de l'impact de la mesure ainsi que par un coût qui resterait relativement modeste. D'après les indications fournies à votre commission, en effet, la mesure ne coûterait que quelques millions d'euros à l'Etat en compensation de charges sociales, financés par simple redéploiement des crédits de la politique de l'emploi.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Comme l'indique l'exposé des motifs, le dispositif contenu dans le présent article vise à accompagner les restructurations de notre tissu économique et à favoriser l'émergence de solutions nouvelles en anticipant les mutations de l'emploi. Il incite les partenaires sociaux à prendre les décisions « à froid », en amont d'un éventuel plan de licenciement. Gérard Larcher a ainsi indiqué à l'Assemblée nationale : *« dans la logique de la loi de cohésion sociale, il paraît préférable de traiter à froid les adaptations et les restructurations plutôt que d'attendre la crise, de mettre en place un plan de sauvegarde de l'emploi et de devoir gérer dans la précipitation et le drame l'avenir d'hommes et de femmes et celui d'un bassin d'emploi ».*

Votre commission ne peut qu'approuver la philosophie qui sous-tend cette mesure tout en s'interrogeant sur l'effet d'aubaine dont pourraient profiter certaines grandes entreprises.

Elle vous propose d'adopter cet article modifié par un amendement de portée rédactionnelle.

Article 13 bis

(art. L. 122-14-13 du code du travail)

**Exonération généralisée de cotisations sociales
des indemnités de départ à la retraite**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de créer un nouveau cas d'exonération de cotisations sociales pour les indemnités de départ en retraite.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article est issu d'un amendement présenté par les députés Bruno Gilles, Dominique Tian et Philippe Vitel, adopté par l'Assemblée nationale avec l'avis défavorable du Gouvernement et de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Il tend *de facto* à généraliser à **l'ensemble des indemnités de départ en retraite et pour tous les salariés** le bénéfice des exonérations de cotisations sociales accordées aujourd'hui aux mises à la retraite d'office.

Les mises à la retraite d'office bénéficient actuellement d'un statut fiscal et social très avantageux, tant pour l'entreprise que pour les salariés. L'indemnité versée au salarié est assimilée à une indemnité de rupture du contrat de travail et, à ce titre, elle n'est soumise ni à impôts, ni à cotisations sociales en dessous d'un plafond de 155.340 euros.

L'article 56 du présent projet de loi de financement prévoit, d'ici deux ans, la mise en extinction du dispositif des mises à la retraite d'office avant l'âge de soixante-cinq ans. Cette mesure, destinée à accroître le taux d'emploi des seniors, s'accompagne nécessairement de la fin des avantages fiscaux et sociaux qui leur étaient liés.

Paradoxalement, le présent article aboutit, en modifiant la rédaction de l'article L. 122-14-13 du code du travail, à neutraliser entièrement, pour les entreprises et les salariés concernés, le surcoût correspondant à la fin de ces avantages.

Le **paragraphe I** vise à créer un nouveau mode de départ en retraite, le « départ décidé en commun » par l'employeur et le salarié, qui viendrait ainsi s'ajouter aux deux dispositifs actuels, le départ volontaire et la mise à la

retraite d'office. Ce nouveau cas de cessation d'activité serait assimilé, pour ses effets, à une mise à la retraite.

Toutefois, la nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 122-14-13 comporte une erreur de conception qui rend le dispositif inapplicable en l'état.

Les conditions d'éligibilité au dispositif ne sont pas exigeantes : le salarié doit avoir au minimum soixante ans et disposer d'une durée d'assurance de quarante ans pour pouvoir bénéficier du taux plein.

Le **paragraphe II** propose de compenser les pertes de recettes correspondantes pour les organismes de sécurité sociale et pour l'État par la création de taxes additionnelles sur les boissons alcoolisées. Ce gage n'ayant pas été levé par le Gouvernement, l'adoption du présent article entraînerait donc mécaniquement une forte hausse du prix des alcools.

II - La position de votre commission

Votre commission est tout à fait opposée à l'économie générale de cet article. Si ce texte était voté et sa rédaction corrigée de façon à être parfaitement applicable, son adoption entraînerait des pertes de recettes très élevées pour la sécurité sociale, de l'ordre de 470 à 700 millions d'euros par an.

Les assurés sociaux sont en réalité davantage pénalisés lorsqu'on leur impose une cessation précoce d'activité, ce qui les empêche de choisir librement leur âge de départ en retraite ou de bénéficier de la surcote, que par la suppression des mises à la retraite d'office avant soixante-cinq ans. Si, aujourd'hui, les salariés et les entreprises bénéficient d'un cadre très avantageux, les charges correspondantes sont reportées sur l'ensemble des contribuables et des assurés sociaux. D'ailleurs, le renchérissement des mises à la retraite d'office est destiné à être compensé, dans le plan national d'action concerté en faveur des seniors, par la suppression de la contribution Delalande, qui permettra une économie de 500 millions d'euros par an pour les entreprises à partir de 2010.

Votre commission estime que les dispositions de cet article viennent contredire la politique en faveur de l'emploi des personnes âgées de plus de cinquante ans et notamment le « plan seniors » élaboré en concertation avec les partenaires sociaux. En outre, elles sont contraires à l'esprit de l'article 56 du présent projet de loi qui met fin aux possibilités de mise à la retraite d'office avant soixante-cinq ans.

Votre commission constate enfin que le taux d'activité des seniors demeure très bas et que les comportements individuels et collectifs tardent à s'adapter à la nouvelle donne posée par la réforme de 2003. Le présent article aurait un effet radicalement inverse à l'objectif poursuivi par la réforme.

Pour ces raisons, votre commission vous propose de supprimer cet article.

Article 14

(art. L. 131-8 du code de la sécurité sociale)

**Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie de l'excédent
du panier de recettes fiscales destinées à compenser
les allègements généraux de charges**

Objet : Cet article a pour objet d'affecter à la Cnam l'éventuel surplus entre le produit des impôts et taxes affectés à la compensation des allègements généraux de charges et les pertes de cotisations liées à ces allègements.

I - Le dispositif proposé

Cet article vient compléter le dispositif de **l'article 56 de la loi de finances pour 2006** qui a institué le financement des allègements généraux de cotisations sociales par l'affectation à la sécurité sociale d'un panier de neuf recettes fiscales.

L'article L. 131-8 de la sécurité sociale, introduit par l'article 56 de la loi de finances pour 2006, a en effet mis en place, à compter du 1^{er} janvier 2006, un nouveau mode de financement des allègements généraux de cotisations, non plus par crédits budgétaires, mais par une série de neuf impôts et taxes :

- la taxe sur les salaires, à hauteur de 95 %,
- le droit assis sur les bières et les boissons non alcoolisées,
- le droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels,
- le droit de consommation sur les produits intermédiaires,
- les droits de consommation sur les alcools,
- la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire,
- la taxe sur les primes d'assurance automobile,
- la TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques,
- la TVA brute collectée par les fournisseurs de tabacs.

Le rendement actuellement prévu de ces recettes pour 2006 est de **19,4 milliards d'euros**, alors que les allègements à compenser devraient s'élever à **19,1 milliards**. On constate donc un écart entre les deux montants prévus de 300 millions au bénéfice du panier de recettes.

Or, pour l'année 2006, le IV de l'article L. 131-8 a prévu une compensation des allègements à l'euro près. Cela signifie qu'un écart positif au titre des recettes devrait revenir à l'Etat.

L'article 23 du projet de loi de finances pour 2007 prévoit néanmoins une destination différente pour ce surplus, à savoir un reversement, en 2007, à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

Le présent article vise à **étendre cette mesure à 2007 et aux années suivantes**. A cet effet, il complète l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale pour y préciser que, à compter de 2007, en cas d'écart positif entre le produit des recettes transférées et le montant des allègements généraux, le montant correspondant sera transféré à la Cnam.

Ainsi, en 2007, la Cnam devrait recevoir :

- 330 millions au titre de l'excédent de 2006, sur lesquels néanmoins 230 millions seront prélevés pour accroître le financement du fonds de financement de la CMU-C ;

- 250 millions au titre de l'excédent de 2007, selon les estimations fournies dans l'exposé des motifs du présent article.

On rappellera qu'en cas d'écart négatif en 2007 et 2008, l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale a prévu un rapport du Gouvernement au Parlement et, si l'écart est supérieur à 2 %, la saisine d'une commission sous l'égide d'un magistrat de la Cour des comptes qui rendrait un avis sur d'éventuelles mesures d'ajustement. Rien n'est prévu pour les années suivantes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a précisé que la mesure d'affectation du surplus du panier de recettes à la seule Cnam ne serait valable que pour 2007. A partir de 2008, si un surplus est constaté, il sera affecté **à l'ensemble des branches de la sécurité sociale** dans des conditions fixées par la loi de financement.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite que le calibrage du panier de recettes transférées à la sécurité sociale pour compenser les allègements généraux de cotisations sociales ait été correct. Elle approuve le choix de reverser l'excédent constaté à la Cnam, compte tenu de la situation actuellement dégradée de la branche maladie. Elle regrette cependant qu'une partie du versement soit aussitôt prélevée pour alimenter le budget de l'Etat, sur la ligne toujours insuffisamment dotée du fonds CMU-C.

Les perspectives pour les années suivantes restent fragiles, surtout depuis l'annonce de l'extension du dispositif d'exonération à l'ensemble des cotisations patronales au niveau du Smic (hors cotisation patronale AT-MP) pour les entreprises de moins de vingt salariés, une mesure qui aura un coût de 320 millions en 2007 mais qui pourrait approcher 600 millions en année pleine.

Aussi, afin de **garantir une compensation à l'euro près des allègements généraux de charges pour les régimes de sécurité sociale**, votre commission vous propose de compléter l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale en précisant qu'en cas d'écart négatif entre le produit des impôts et taxes et le montant des dépenses d'allègement, l'écart fasse l'objet d'une régularisation dans la plus prochaine loi de finances.

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

Article 15

(art. L. 1126-1 et L. 2222-21 du code de la propriété des personnes publiques, art. L. 114-1 du code des assurances, art. L. 135-7 et L. 135-10-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

**Affectation au fonds de réserve pour les retraites
des avoirs non réclamés issus de contrats d'assurance vie**

Objet : Cet article a pour objet d'affecter au fonds de réserve des retraites le produit des contrats d'assurance vie en déshérence.

I - Le dispositif proposé

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le fonds de réserve des retraites (FRR) a pour mission d'alimenter, de 2020 à 2040, les différents régimes de retraite grâce à des sommes qui auront été préalablement mises en réserve.

Cet article prévoit d'apporter au FRR une nouvelle ressource : l'affectation des avoirs en déshérence de l'assurance vie qui sont aujourd'hui « acquis à la communauté des assurés ».

L'exposé des motifs fournit quelques indications sur l'esprit général et le chiffrage de cette mesure : « (...) *la proximité de l'assurance vie avec les produits d'épargne devrait conduire à leur réserver le même traitement que les avoirs et dépôts. Il est donc proposé que les contrats d'assurance vie suivent sur ce point le droit commun des produits d'épargne et que leur valeur de rachat ou de transfert soit acquise à l'Etat au bout de trente ans, délai de prescription de droit commun en matière successorale. Ces sommes seraient alors reversées au FRR. Selon des travaux conduits par les établissements financiers, le montant des avoirs d'assurance vie en déshérence pourrait atteindre entre 1 et 2 milliards d'euros.* »

Le **paragraphe I** propose de compléter l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques (**1°**) et, par cohérence, de modifier les renvois correspondants dans l'article L. 2222-21 du même code (**2°**).

L'article L. 1126-1 énumère la liste des biens qui sont acquis à l'Etat, Son champ d'application actuel couvre, à l'issue d'une prescription trentenaire ou conventionnelle :

- les actions, parts de fondateur, obligations et autres valeurs mobilières ;
- les dépôts de sommes d'argent et les avoirs en espèces dans les banques et les établissements de crédit ;
- les dépôts de titres.

Les montants des coupons, intérêts ou dividendes y figurent également, mais dans le cadre d'une prescription quinquennale ou conventionnelle.

Le projet de loi prévoit d'y ajouter désormais les sommes dues au titre de contrats d'assurance sur la vie comportant des valeurs de rachat ou de transfert, si elles n'ont fait l'objet d'aucune demande de prestation auprès de l'organisme d'assurance dans un délai de trente années. Ce délai est décompté à partir de la date de décès de l'assuré ou du terme du contrat.

Par coordination, il est ensuite proposé d'ajouter un renvoi technique dans la rédaction de l'article L. 2222-21 qui habilite la puissance publique à prendre connaissance des documents établis par les banques et les établissements financiers. Cette possibilité de contrôle sur pièces et sur place est relativement large : elle s'étend à l'ensemble des sommes et des titres qui peuvent être remis à l'Etat.

Le **paragraphe II** tend à compléter l'article L. 114-1 du code des assurances qui énonce les règles applicables en matière de prescription. Le principe général consiste à ce que toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance soient prescrites au bout de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Il est toutefois possible d'y déroger en cas de sinistre, de déclaration fautive ou inexacte ou lorsque l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers.

Ce délai est porté à dix ans dans les contrats d'assurance vie, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur.

Le projet de loi propose d'ajouter à ces dispositions un nouveau cas, dérogatoire cette fois, pour les contrats d'assurance vie. Sauf cas de sinistre, la prescription sera de trente ans à compter du décès de l'assuré.

Le **paragraphe III** tend à apporter trois modifications dans le code de la sécurité sociale.

La première concerne l'article L. 135-7, qui énumère les neuf ressources du FRR. Seule l'une d'entre-elles, la fraction de 65 % du prélèvement sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, est de nature récurrente ; les autres présentent un caractère aléatoire (excédents du FSV ou de la Cnav) ou exceptionnel (fraction du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés). Le 1^o du présent article se borne à proposer d'y ajouter désormais les sommes acquises à l'État au titre des avoirs non réclamés issus de contrats d'assurance vie.

Les comptes du FRR

	2003	2004	2005	2006	2007
PRODUITS	3.645,7	2.533,6	2.877,0	2.828,0	3.301,5
Abondements	3.326,4	2.158,0	1.529,3	1.568,0	1.601,5
Excédent Cnav (N-1)	1.659,0	945,9	254,6	0,0	0,0
Prélèvement de 2 % sur les revenus du capital	1.152,9	1.211,6	1.271,4	1.566,0	1.581,5
Assurance vie en déshérence					20,0
Caisses d'épargne	432,5				
Réserves de la CPS de Mayotte	81,8				
Produits financiers	319,3	375,6	1.347,7	1.260,0	1.700,0
Produits de trésorerie courante	319,3	306,7	175,2	120,0	
Produits de gestion financière		68,4	1.172,5	1.140,0	
Soulte IEG			3.060,0		
Produits exceptionnels		0,5	0,8	0,2	
CHARGES	13,7	33,4	622,6	540,0	550,0
Frais de gestion administrative	13,7	17,7	60,4	66,0	
Fiscalité	0,0	0,0	0,0		
Charges de gestion financière		15,7	562,0	474,0	
Charges exceptionnelles			0,2		
Compte de résultat	305,6	342,2	725,1	720,0	1.150,0
Solde annuel hors soulte et hors plus-values latentes	3.632,0	2.500,2	2.254,4	2.288,0	2.751,5
Solde cumulé hors soulte et hors plus-values latentes	16.445,5	18.945,6	21.200,1	23.488,1	26.239,6
Performance de placement		Depuis le 28 juin 2004	Sur l'année 2005	Sur le premier semestre 2006	
Performance de l'actif (y compris trésorerie)		15,70 %	12,40 %	1,9 %	
Performance des mandats investis		29,30 %	19,20 %	1 %	

Source : PLFSS annexe 8

Le 2° prévoit ensuite de créer un nouvel article L. 135-10-1 au sein du code de la sécurité sociale précisant que, par exception aux règles générales de la gestion financière du FRR en matière de règles des marchés publics et de sélection des mandats de gestion, les ressources tirées des contrats d'assurance vie en déshérence seront placées directement en titres de créances négociables, c'est-à-dire en obligations, titres participatifs de société du secteur public ou emprunts d'Etat. Par ailleurs, leur gestion sera confiée, sous l'autorité du directoire, à la Caisse des dépôts et consignations.

Le 3° modifie la rédaction de l'article L. 932-13 du code la sécurité social pour intégrer les règles introduites à l'article L. 144-1 du code des assurances, en ce qui concerne la prescription trentenaire des contrats d'assurance. Il s'agit donc d'une disposition miroir.

Le **paragraphe IV** prévoit que les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats d'assurance vie en cours à la date de publication de la présente loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé l'obligation pour le FRR d'investir ces avoirs exclusivement en titres de créance négociable. Elle a considéré que, compte tenu de la faiblesse relative des montants en cause, il serait inopportun de réserver un sort particulier aux avoirs non réclamés de l'assurance vie.

En conséquence, ces avoirs seront fondus dans la masse globale des actifs gérés par le fonds, ce qui devrait permettre de les investir dans des produits financiers plus dynamiques.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve l'économie générale de cet article ainsi que la modification apportée par l'Assemblée nationale.

Elle observe toutefois que les fonds en déshérence font désormais l'objet d'une recherche informatisée et auront ainsi tendance à se tarir à l'avenir. La loi n° 2003-706 du 1^{er} août 2003 de sécurité financière a en effet instauré une obligation d'information annuelle pour les contrats d'assurance vie, que le souscripteur ait payé des primes ou non au cours de l'année. En outre, les articles 6, 7 et 8 de la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance ont créé un dispositif de recherche des bénéficiaires en cas de décès.

Par ailleurs, ce transfert de ressources au FRR est de portée limitée, que l'annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale chiffre à 20 millions d'euros pour l'année 2007. Le montant compris entre 1 et 2 milliards d'euros évoqué dans l'exposé des motifs du projet de loi doit donc être interprété avec prudence. Il est d'ailleurs fait référence ici à une évaluation du stock de ces actifs, pas à un flux annuel.

La question du tarissement des ressources du FRR reste entière. Ses actifs ne devraient s'élever qu'à 23,5 milliards d'euros à la fin 2006, contre 16,4 milliards trois ans plus tôt. Le problème réside essentiellement dans le caractère exceptionnel des abondements et dans la diminution régulière de leur montant annuel.

Votre commission souhaite que la clause de rendez-vous de la réforme des retraites qui doit intervenir en 2008 soit l'occasion de s'interroger sur l'avenir de ce fonds.

Les instances dirigeantes du FRR demandent désormais elles aussi une clarification aux pouvoirs publics. Elles estiment qu'avec seulement 1,3 milliard d'euros de dotation par an de 2006 à 2020, soit sensiblement son niveau actuel, le fonds ne pourrait couvrir que 22 % des besoins de financement des régimes concernés, alors qu'il serait souhaitable qu'il soit en mesure de couvrir la moitié, et indispensable qu'il en couvre au moins le tiers. Il lui faudrait recevoir, en moyenne, au minimum 3,7 milliards d'euros par an de 2006 à 2020¹.

Malgré ce démarrage particulièrement poussif, votre commission estime que deux raisons plaident encore en faveur du maintien du FRR : son caractère vertueux et le niveau de la rémunération des capitaux placés. Mais en l'absence d'abondement provenant par exemple de recettes de futures privatisations, sa légitimité risque de se trouver posée rapidement, la taille critique n'ayant plus aucune chance d'être atteinte en 2020.

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

Article 15 bis

(art. L. 135-10 du code de la sécurité sociale)

Modalités de gestion du fonds de réserve des retraites

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, vise à assouplir le cadre de gestion du fonds de réserve des retraites.

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à répondre à une demande formulée par les instances dirigeantes du fonds de réserve des retraites (FRR) pour adapter son cadre de gestion à l'évolution des marchés financiers, en lui donnant une plus grande souplesse et une meilleure réactivité, sans modifier sa politique d'investissement.

Le FRR considère en effet que la recherche d'un rendement optimal pour son portefeuille d'actifs nécessite de disposer des mêmes possibilités d'agir que celles dont disposent les fonds de réserve européens (Suède, Norvège, Finlande, Irlande, Luxembourg) ayant des missions identiques.

¹ *Audition de Raoul Briet, président du conseil de surveillance du FRR, par la commission des finances du Sénat, le 14 juin 2006.*

Le présent article propose en conséquence de remanier la rédaction de l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités de la gestion administrative et financière du fonds par la Caisse des dépôts et consignations.

Le **paragraphe I** autorise le FRR à placer ses actifs auprès de prestataires de services d'investissement, au lieu des seules entreprises d'investissement comme la loi le prévoit actuellement. Il s'agit donc d'élargir le champ de la gestion financière déléguée.

Il est également proposé de supprimer la disposition prévoyant l'obligation pour ces établissements d'assurer un service de gestion à titre principal. En effet, il est presque impossible pour le FRR de contrôler cette condition quand le placement est fait en dehors de la zone euro. Lorsque les autorités réglementaires de l'Etat d'origine délivrent un agrément permettant d'exercer un service de gestion de portefeuille pour le compte de tiers, elles ne distinguent pas si ce service est exercé ou non à titre principal. Et dans le cadre de la procédure de reconnaissance mutuelle, les autorités réglementaires françaises ne font d'ailleurs pas davantage la distinction posée en principe par le texte actuellement en vigueur.

Le **paragraphe II** propose une nouvelle rédaction de l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale qui porte sur les possibilités d'action dérogatoire, que le FRR est susceptible de mettre en œuvre à titre exceptionnel et temporaire.

Le FRR peut en effet assumer aujourd'hui directement la gestion des ses actifs sans recourir aux entreprises d'investissement et dans des conditions déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale.

Il est prévu de remplacer ces dispositions par des modalités beaucoup plus détaillées, en indiquant qu'une gestion directe est possible dans des conditions définies par voie réglementaire ;

- ou bien dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds ;

- ou bien lorsque le FRR décide d'investir ses actifs dans des parts ou dans des actions d'organismes de placement collectif français ou étrangers.

Cette rédaction plus précise permettra de se prémunir contre d'éventuels problèmes ultérieurs d'interprétation des textes et sécurisera les relations contractuelles avec les partenaires du fonds.

En l'occurrence, il s'agit également pour le FRR de saisir des opportunités occasionnelles d'investissement, ou inversement de désinvestissement, sans recourir à la très longue procédure d'attribution des mandats de gestion qui obéit au formalisme du code des marchés publics.

D'après les renseignements disponibles, cet assouplissement sera étroitement encadré par un arrêté ministériel et contrôlé par le directoire du FRR, après avis du comité de sélection des gérants du fonds.

Le **paragraphe III** introduit une mesure technique destinée à permettre au FRR de placer ses actifs dans des instruments innovants couramment employés dans le domaine du capital risque.

Dans sa version actuelle, l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale prévoit que le FRR est autorisé à détenir ou à utiliser les instruments financiers énumérés au I de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier :

- les actions et les autres titres donnant ou pouvant donner accès, directement ou indirectement, au capital ou au droit de vote ;
- les titres de créance représentant chacun un droit de créance sur la personne morale ou le fonds commun de créances qui les émet ;
- les parts ou les actions d'organismes de placements collectifs ;
- les instruments financiers à terme ;
- tous les instruments financiers équivalents qui sont émis sur le fondement de droits étrangers.

Les instances dirigeantes du FRR craignent que cette formulation ne soit interprétée de façon trop restrictive et lui impose d'investir ses actifs sur ces seuls supports. Pour renforcer leur latitude d'action dans le domaine du capital risque et éviter toute ambiguïté, il est donc proposé d'inclure expressément, dans cet article, la possibilité pour le FRR d'investir ses actifs dans des droits représentatifs d'un placement financier.

III - La position de votre commission

Votre commission constate que le FRR, créé en 1999, n'est devenu opérationnel qu'avec beaucoup de retard, en juin 2004. Ce délai, beaucoup trop long, s'explique par la complexité du montage administratif rendu indispensable par la nécessité de respecter le formalisme des marchés publics.

Elle juge donc essentiel de lui donner les moyens d'effectuer des placements efficaces pour améliorer ses performances.

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

Article 16

*(art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale,
art. L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles
et art. 154 quinquies du code général des impôts)*

**Modalités de versement de l'acompte versé par les établissements
financiers au titre des contributions sociales dues
sur les revenus des placements**

Objet : Cet article ajuste les modalités de versement par les établissements financiers des contributions sociales sur les revenus de placement afin d'appliquer pleinement la règle des droits constatés.

I - Le dispositif proposé

Contrairement aux contributions sociales dues sur les revenus du patrimoine, prélevées après déclaration des revenus, les contributions sociales sur les produits de placements sont versées à l'administration fiscale par les banques et les assurances pour le compte de leurs clients. L'Agence centrale comptable du Trésor centralise cette recette pour toutes les trésoreries générales et la reverse à l'Acoss, en principe le 5 et le 25 de chaque mois.

A ce système s'ajoute un mécanisme d'acomptes pour la CSG due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et de janvier. Ce mécanisme a été institué pour prendre en compte une éventuelle baisse du produit de la CSG. Les acomptes sont calculés sur 90 % des revenus de l'année précédente. Ils sont reversés au régime général pour 7/9^{èmes} en septembre et pour 2/9^{èmes} en novembre. Une fois les montants de produits de placements connus pour l'année écoulée, le solde éventuel est versé en début d'année.

Le présent article propose d'ajuster le mécanisme des acomptes afin d'appliquer pleinement le principe des droits constatés et d'étendre ce dispositif à l'ensemble des produits de placement.

Le **paragraphe I** modifie le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale qui fixe les règles de versement des acomptes dus par les établissements payeurs.

Désormais, conformément au **A**, la CSG sur les revenus de placement due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sera déterminée sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la CSG au titre de ces deux mois, donc sur 100 % et non plus 90 % des revenus en question.

Par ailleurs, les acomptes versés seront de 80 % du montant le 25 septembre et de 20 % le 25 novembre. L'Etat doit reverser ces sommes dans un délai de dix jours francs aux organismes affectataires.

Le **B** du même paragraphe prévoit que lorsque l'établissement payeur estime que le versement dû est supérieur à la contribution dont il sera finalement redevable au titre des mois de décembre et de janvier, il peut réduire son versement à due concurrence. Il s'agit, par cette disposition, de transposer au domaine social ce qui existe pour l'impôt sur les sociétés et d'apporter un peu de souplesse au bénéfice des établissements payeurs.

Toutefois, si la CSG réellement due au titre de ces deux mois est supérieure au versement réduit de l'établissement payeur, le **C** du même paragraphe prévoit que la majoration mentionnée au 1 de l'article 1731 du code général des impôts, soit une majoration de 5 % sur les sommes dues, s'applique à cette différence.

Le paragraphe **II** effectue une coordination rédactionnelle dans le code de l'action sociale et des familles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement pour accroître d'environ 270 millions le produit attendu de cet article, estimé à un peu plus de 365 millions d'euros pour le régime général. Cet amendement constitue le « gage » de l'augmentation de l'Ondam soins de ville pour 2007 de 0,8 % à 1,1 %.

Il a pour objet d'anticiper les contributions sociales dues sur les revenus de placement en généralisant leur prélèvement à la source par les organismes financiers. En effet, si les épargnants choisissent l'imposition selon le barème de l'impôt sur le revenu plutôt que le prélèvement libératoire, le prélèvement des contributions sociales, dont le montant est identique quel que soit le mode de paiement, est décalé d'un an.

Grâce à cet amendement, des recettes supplémentaires de 270 millions d'euros sont attendues. La CSG qui sera collectée au titre de cette mesure, soit 200 millions d'euros, sera, à titre exceptionnel en 2007, entièrement reversée à la Cnam.

III - La position de votre commission

La disposition relative à l'affectation aux régimes d'assurance maladie de la totalité de la CSG supplémentaire qui sera collectée par anticipation en 2007 manque de précision (VIII nouveau de l'article). Aussi, votre commission vous propose **une nouvelle rédaction** de ce paragraphe afin de déterminer, uniquement pour 2007, une clé de répartition de la CSG assise sur les produits du capital permettant d'en partager le montant entre les caisses, de manière à affecter 195 à 200 millions de recettes nouvelles à la Cnam.

Sur un plan plus général, votre commission approuve ces mesures qui n'ont pas d'impact direct pour les particuliers et concernent pour l'essentiel les établissements financiers. Elles permettront en outre d'améliorer la gestion de la trésorerie du régime général, ce qui est positif.

Mais votre commission estime important de souligner que ces mesures d'ajustement et d'anticipation des prélèvements sociaux sont des **mesures à effet unique**, dont l'incidence financière n'interviendra qu'en 2007. Elles ne permettent donc en aucune manière de résoudre le problème du financement, par des ressources durables, de la sécurité sociale.

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

Article 17

(art. L. 139-1 du code de la sécurité sociale)

Répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie du produit de la contribution sociale généralisée

Objet : Cet article a pour objet d'aménager les modalités de la répartition de la fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Le produit de la CSG est attribué, pour un peu plus de 70 %, à l'assurance maladie, le reste se répartissant pratiquement à parts égales entre la branche famille et le fonds de solidarité vieillesse.

La CSG attribuée au risque maladie est partagée entre le régime général, pour plus de 87 % du total, et les autres régimes obligatoires.

Cette répartition est effectuée conformément aux dispositions de **l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale**. Le mécanisme mis en œuvre a évolué à plusieurs reprises ; il découle actuellement de mesures votées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Ainsi, l'attribution de la CSG aux régimes obligatoires d'assurance maladie autres que le régime général est réalisée sur la base du montant alloué à ces régimes au titre de la répartition de 1998. Chaque année, ensuite, le montant affecté à ces régimes est calculé à partir du montant de l'année précédente auquel est appliqué le taux d'évolution de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement entre les deux derniers exercices connus. Les montants attribués sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation de la commission de répartition de la CSG.

La Cnam perçoit le solde des recettes de CSG maladie.

Afin d'apprécier la pertinence de ce dispositif, le législateur a prévu un **mécanisme d'évaluation** au terme d'un délai de cinq ans. Ce bilan a été dressé en 2005 et discuté lors de la réunion de la commission de la répartition de la CSG du 29 novembre 2005. Les aménagements proposés par le présent article en sont directement issus.

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale sur deux points :

- le 1° vise à garantir que la Cnam soit bien destinataire du surplus des recettes de CSG créées par l'article 72 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Cet article 72 a ramené de 5 % à 3 % le taux forfaitaire de la réduction d'assiette de la CSG sur les salaires afin d'améliorer le rendement de cette recette en faveur de la Cnam.

Aussi, afin de ne pas reporter l'impact de cette majoration d'assiette sur la réactualisation des montants de CSG attribués aux autres régimes obligatoires, il est proposé de préciser que cette réactualisation est calculée en fonction de l'évolution, sur les deux derniers exercices connus, de l'assiette de la CSG, avant application de la réduction forfaitaire pour frais professionnels.

- le 2° insère un mécanisme permettant aux régimes qui en font la demande d'obtenir, sous certaines conditions, une majoration du montant de la CSG qu'ils perçoivent.

Le bilan effectué par la commission de la répartition de la CSG a fait ressortir que certains régimes sont financièrement défavorisés par la règle actuelle de répartition de la CSG, l'assiette de leurs cotisations maladie évoluant plus vite que celle de la CSG maladie. Un **dispositif de rebasage** des montants de CSG maladie attribués aux régimes d'assurance maladie dont le dynamisme de la masse salariale est nettement supérieur aux évolutions de la CSG prises en compte pour la revalorisation annuelle de leurs attributions, a donc été ici proposé.

Il s'agit d'insérer un mécanisme permettant, tous les trois ans, aux régimes qui en font la demande, d'obtenir une majoration du montant de CSG maladie qui leur est attribué, lorsqu'ils pourront justifier d'une évolution, sur les trois exercices précédents, de l'assiette de leurs cotisations maladie supérieure à l'évolution de la CSG.

Selon l'exposé des motifs, ce mécanisme devrait en particulier bénéficier à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) qui, du fait de la structure démographique de ses affiliés, enregistre une évolution très dynamique de la masse salariale de ses cotisants.

En conséquence de ce dispositif de rebasage, toute majoration de la part de CSG attribuée à un régime viendra minorer d'autant le reliquat affecté à la Cnam.

Le **paragraphe II** fixe les dates d'application de ces nouvelles dispositions. Pour le 1^o, la première application des nouvelles mesures interviendra pour les attributions de CSG au titre de l'année 2007. Pour le mécanisme visé au 2^o, les nouvelles dispositions s'appliqueront pour les attributions de CSG relatives à l'exercice 2008.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre commission

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

Article 18

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

Taux de la contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur leur chiffre d'affaires

Objet : Cet article a pour objet de fixer à 1 % le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires de 2007 des laboratoires pharmaceutiques.

I - Le dispositif proposé

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a institué, au profit de la Cnam, une contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques dont le régime est déterminé par l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Le taux de la contribution a été fixé à **0,6 %** du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France.

L'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a porté, à titre exceptionnel, ce taux à **1,76 %** pour le chiffre d'affaires réalisé par les laboratoires pharmaceutiques au cours de l'année 2006.

Le présent article propose à nouveau une majoration exceptionnelle du taux de 0,6 %, en le fixant à **1 %** pour le chiffre d'affaires réalisé en 2007. L'exposé des motifs du projet de loi justifie cette mesure par l'évolution de la dépense de médicaments.

Le rendement de cette contribution s'est élevé à 143 millions d'euros en 2005. Il est estimé à 368 millions d'euros en 2006.

Pour 2007, l'annexe chiffrant l'impact des mesures nouvelles indique que l'augmentation du taux de la contribution de 0,6 % à 1 % entraînera une recette supplémentaire de 100 millions d'euros. Le rapport sur les

prélèvements obligatoires et leur évolution chiffre à 170 millions d'euros la perte imputable au passage de 1,76 % à 1 % du taux de la contribution.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel visant à renforcer la mention du caractère exceptionnel de la majoration du taux de la contribution.

III - La position de votre commission

Tout en constatant que le Gouvernement propose à nouveau cette année une majoration de la contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, votre commission se félicite de voir que le Gouvernement a bien pris en compte le caractère exceptionnel de la majoration de l'an dernier. Elle prend acte avec satisfaction de la diminution du taux proposé pour le calcul de la contribution due sur les résultats de 2007.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 19

*(art. L. 376-1, L. 455-2 et L. 583-4 code de la sécurité sociale
et art. 475-1 du code de procédure pénale)*

**Affectation du produit net comptable des cessions des terrains
et des bâtiments des établissements de santé
à la Caisse nationale d'assurance maladie**

Objet : Cet article a pour objet de permettre aux établissements de santé de reverser à la Cnam une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments.

I - Le dispositif proposé

Cet article s'insère dans le cadre plus général du plan « Hôpital 2007 » doté de 10 milliards d'euros, qui a entraîné une relance massive de l'investissement hospitalier. De fait, l'effort consenti, aujourd'hui engagé à plus de 80 %, a déjà permis de rattraper le retard accumulé, notamment en matière de mise aux normes, et de contribuer à l'amélioration de l'offre de soins.

Le dispositif proposé par le présent article vise à compléter cet effort d'investissement et à encourager les établissements de santé à mieux valoriser leur patrimoine, « à l'instar de ce qui est réalisé par l'Etat » comme le précise l'exposé des motifs du projet de loi.

Il prévoit que les établissements de santé peuvent - ce n'est pas une obligation - reverser à la Cnam une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments.

Le reversement attendu pour 2007 au titre de ces cessions est de **115 millions d'euros**. Il est à rapprocher du montant moyen des cessions d'immobilisations par les établissements de santé observé au cours des dix dernières années, soit environ 100 millions d'euros par an.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à préciser que les recettes attendues de ces cessions immobilières devront contribuer au financement des investissements hospitaliers.

III - La position de votre commission

Votre commission **s'interroge sur la portée réelle de cet article**. Les établissements de santé choisiront-ils vraiment de reverser une partie du produit de leurs cessions à la Cnam sans qu'aucune forme d'incitation ne soit prévue ? Certes, la Cnam contribue au financement des investissements hospitaliers, notamment à travers le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Mais ne sera-t-il pas plus attractif pour les établissements de santé de valoriser leur patrimoine immobilier à leur seul profit ?

A cet égard, l'amendement voté à l'Assemblée nationale n'ajoute aucune disposition normative et l'article en reste au stade de la pétition de principe.

Or, pour être effectif, il faudrait que les modalités de mise en œuvre soient moins imprécises et que, pour le moins, l'affectation se fasse sur un compte de la Cnam spécifiquement dédié à l'investissement hospitalier. Cela suppose aussi une concertation préalable avec les représentants des établissements de santé.

Aussi, renonçant à supprimer purement et simplement cet article, votre commission estime néanmoins nécessaire de prévoir que les sommes reversées à la Cnam au titre du produit des cessions immobilières seront **exclusivement affectées au financement des investissements hospitaliers**.

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

Article 20

*(art. L. 137-11 du code de la sécurité sociale,
L. 741-10 et L. 741-10-1 nouveau du code rural)*

**Recours des caisses contre les tiers responsables
de dommages occasionnés à un assuré social**

Objet : Cet article propose divers aménagements en matière de recours par les caisses de sécurité sociale contre les tiers responsables de dommages envers un assuré social.

I - Le dispositif proposé

L'utilisation de la procédure du recours contre tiers permet aux caisses de sécurité sociale de récupérer auprès du responsable de l'accident ou de son assureur les sommes correspondant aux prestations versées aux victimes.

Afin de remédier au caractère relativement disparate des dispositions juridiques régissant cette procédure, le présent article comporte trois séries de mesures pour améliorer les conditions des recours des caisses de sécurité sociale contre les tiers responsables de dommages envers un assuré social :

• des mesures d'harmonisation législative

Le **paragraphe I** modifie l'**article L. 376-1 du code de la sécurité sociale** afin de rendre obligatoire l'information de la victime par la caisse de sécurité sociale du recours de celle-ci contre le tiers responsable. Cette obligation existe en matière d'accidents du travail, aux termes des dispositions de l'article L. 455-2. Il est proposé de la prévoir, de la même manière, pour les assurances sociales du régime général.

Le **paragraphe V** apporte la même précision à l'**article L. 752-23 du code rural**.

Le **paragraphe II** étend au recours contre tiers exercé dans le cadre des accidents du travail la disposition qui prévoit, pour les assurances du régime général, que si la caisse n'est pas appelée en déclaration de jugement commun, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à laquelle le jugement est devenu définitif. Le troisième alinéa de l'**article L. 455-2** du code de la sécurité sociale est donc complété par l'ajout d'une phrase ayant cet objet.

• la possibilité pour les caisses d'allocations familiales d'exercer un recours contre le tiers responsable des dommages afin de récupérer les prestations familiales versées à la suite de ces dommages

Le **paragraphe III** insère un nouvel **article L. 583-4 dans le code de la sécurité sociale** afin de permettre aux caisses d'allocations familiales d'exercer un recours contre le tiers responsable des dommages résultant d'une

atteinte à la personne (dans le cadre de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures) aux fins de récupérer les prestations familiales versées à la suite de ces dommages. Cette mesure est justifiée, dans l'exposé des motifs du projet de loi, par le fait que « *le code de la sécurité sociale ne contient aucune disposition spécifique indiquant que les prestations familiales peuvent faire l'objet d'une récupération auprès des tiers responsables des dommages* ».

Un décret devra définir les prestations familiales qui ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Il s'agit, pour le ministère de la santé et des solidarités, de lever l'ambiguïté résultant de la jurisprudence de la Cour de cassation qui a écarté la possibilité pour les caisses d'allocations familiales d'exercer un recours subrogatoire à l'encontre de la personne tenue à réparation, et donc de permettre expressément aux Caf d'exercer ce recours en vue d'obtenir le remboursement des prestations qu'elles ont versées en lien avec le préjudice causé.

• **la possibilité pour les organismes sociaux de récupérer les frais de procédure devant les tribunaux répressifs**

Le **paragraphe IV** complète l'article 475-1 du code de procédure pénale afin de prévoir explicitement que les juridictions pénales peuvent condamner l'auteur de l'infraction à payer à la partie intervenante, c'est-à-dire aux organismes sociaux, les sommes qu'ils ont pu exposer au titre des frais non payés par l'Etat. Il s'agit simplement de transposer en matière pénale les dispositions de l'article 700 du code de procédure civile qui autorisent déjà les organismes sociaux à récupérer les frais autres que les dépens devant les juridictions civiles.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve les mesures d'harmonisation législative contenues dans cet article.

Elle est toutefois **plus réservée sur les dispositions de récupération des prestations familiales**. En effet, si le principe n'est pas contestable, les dispositions prévues apparaissent en contradiction avec les conclusions de deux rapports récents¹ qui ont fait l'objet d'un très large consensus parmi les différentes parties intéressées (victimes et leurs associations, magistrats, assureurs, puissance publique), ainsi qu'avec le programme d'action en faveur

¹ *Rapport du groupe de travail sur l'indemnisation du dommage corporel présidé par Yvonne Lambert-Faivre (juin 2003). Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels présidé par Jean-Pierre Dintilhac (octobre 2005).*

des victimes présenté en conseil des ministres par le Garde des Sceaux le 18 septembre 2003. Il ne semble dès lors pas souhaitable de légiférer sur un seul aspect de la question du recours contre tiers au détour d'un article du projet de loi de financement, sans prendre en compte l'ensemble de la question et en dehors de toute cohérence législative.

Une réforme plus globale du recours des tiers payeurs a également été proposée par le Médiateur de la République dans sa proposition de réforme 03-R10. Il y suggère que l'on corrige certaines conséquences inéquitables apparues dans l'exercice du recours subrogatoire des organismes sociaux à l'égard du montant des indemnités allouées aux victimes de dommages corporels. Il estime en effet **nécessaire de mieux déterminer l'étendue du recours des tiers payeurs**, en procédant notamment à une évaluation poste par poste et en établissant, à l'intention des juridictions administratives et judiciaires, une nomenclature des chefs de préjudice ainsi qu'une table de concordance entre les prestations versées par les tiers payeurs et les postes de préjudice sur lesquels ils peuvent s'imputer.

S'inspirant de cette proposition de réforme, **votre commission vous propose de remplacer le paragraphe III de l'article** par deux paragraphes visant à modifier, d'une part, l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, d'autre part, l'article 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

Ces dispositions prévoient :

- que les recours subrogatoires s'exercent **poste par poste** sur les seules indemnités qui réparent des préjudices que les caisses ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel ;

- la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante lorsqu'elle n'a été indemnisée qu'en partie ; dans ce cas, la victime peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée ;

- si le tiers payeur établit qu'il a préalablement versé à la victime une prestation indemnisant un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice.

Votre commission émet enfin des doutes sur le **chiffrage** de la mesure qui ouvrirait des ressources supplémentaires pour les caisses de sécurité sociale évaluées à 150 millions d'euros.

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

*Article additionnel après l'article 20
(art. L. 731-4 du code rural)*

**Equilibre du fonds de financement des prestations sociales
des non-salariés agricoles**

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'affirmer le principe selon lequel la responsabilité de l'équilibre du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa) incombe in fine à l'Etat.

Cet article additionnel répond à la nécessité de trouver une solution au lancinant problème du déséquilibre financier désormais structurel du Ffipsa. Le déficit cumulé de ce fonds devrait en effet s'établir à **3,9 milliards d'euros** à la fin de l'année 2006. En l'absence de mesure de redressement, son déficit prévisionnel pour l'année 2007 est évalué à 2,1 milliards d'euros, soit près de 15 % des prestations versées par le régime des exploitants agricoles.

Dans son rapport de septembre 2006 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes s'est inquiétée de la gravité de la situation. Les magistrats financiers ont ainsi souligné :

- que l'article 117 de la loi de finances rectificative pour 2005 n'a autorisé la reprise par l'Etat que d'une partie seulement (2,5 milliards d'euros) de la créance détenue par le Ffipsa sur la puissance publique ;

- que cette opération « *laisse subsister dans les comptes [du Ffipsa] une créance nette de 618 millions d'euros* » ;

- que le Ffipsa « *est une structure dont l'Etat a la responsabilité du rééquilibrage [financier] dans le silence de la loi, car il le contrôle* » ;

- que le ministre des finances considère que « *le postulat selon lequel il revient à l'Etat d'assurer l'équilibre des établissements publics n'apparaît pas établi a priori* » et que « *cette orientation montre que l'Etat n'est pas disposé à régler rapidement et de manière transparente cette question* ».

En conséquence, la Cour des comptes recommande la suppression de ce fonds. Pour éviter d'en arriver à pareille extrémité, votre commission souhaite revenir à la situation qui prévalait entre 1959 et 2004, lorsque l'Etat assurait le bouclage financier de la protection sociale agricole en comblant chaque année le déficit du budget annexe des prestations sociales agricoles (Bapsa).

Dans cet objectif, le présent article propose de modifier la rédaction de l'article L. 731-4 du code rural énonçant les différentes ressources du Ffipsa. Dans sa rédaction actuelle, issue de l'article 40 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003, il est fait référence à la « *dotations budgétaires de l'Etat destinées, le cas échéant, à équilibrer le fonds* ». Votre commission propose de

supprimer les mots « *le cas échéant* » afin de lever toute ambiguïté sur la participation financière de la puissance publique.

Après avoir établi la responsabilité de l'Etat, dans le sens souhaité par la Cour des comptes, il ne sera plus possible de différer davantage le rééquilibrage de ce fonds, aujourd'hui notoirement sous-financé.

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

Article 20 bis

Alignement de règles du code rural sur celles du code de la sécurité sociale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'étendre aux salariés agricoles régis par le code rural certaines dispositions récemment inscrites dans le code de la sécurité sociale.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article procède à plusieurs coordinations entre le code de la sécurité sociale et le code rural afin de rendre applicables aux salariés agricoles certaines évolutions récemment inscrites dans le code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe I** précise que l'exonération de cotisations de la contribution des employeurs aux régimes de retraite supplémentaires concerne également le secteur agricole.

Le **paragraphe II** et le 3° du **paragraphe III** fixent les conditions d'exonération de cotisations sociales des sommes versées au titre des contrats de prévoyance collectifs obligatoires couvrant des personnes du secteur agricole. Le **paragraphe VI** précise que ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2007 aux contrats nouveaux ou reconduits.

Le 1° du **paragraphe III** dispose que la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail entre dans l'assiette des cotisations sociales.

Le 2° du **paragraphe III** précise les modalités d'exclusion de l'assiette des cotisations sociales des contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires.

Le 4° du **paragraphe III** introduit dans le code rural les modalités d'exclusion de l'assiette des assurances sociales agricoles des actions gratuites attribuées aux salariés et aux mandataires sociaux.

Le **paragraphe IV** précise le régime social des sommes réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat d'une infraction de travail dissimulé.

Le **paragraphe V** assouplit les conditions fixées par l'article 27 de la loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006 pour permettre aux groupements d'employeurs multisectoriels de bénéficier des allègements de cotisations pour l'emploi de travailleurs occasionnels.

II - La position de votre commission

Votre commission estime qu'il serait préférable d'harmoniser les dispositions du code rural avec celles du code de la sécurité sociale au moment où ce dernier est modifié ou fait l'objet d'évolutions.

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

Article 20 ter

Habilitation des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales à la vérification de l'assiette des cotisations des régimes de retraite complémentaire et des contributions d'assurance chômage

Objet : Introduit à l'Assemblée nationale, cet article a pour objet d'optimiser les ressources de la protection sociale en habilitant les inspecteurs du recouvrement à vérifier le calcul des cotisations dues aux organismes de retraite complémentaire ainsi que le calcul des contributions d'assurance chômage.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article tire les conséquences du constat selon lequel les régimes de retraite complémentaire et d'assurance chômage ne diligentent pas eux-mêmes de contrôles et se privent donc de recettes non négligeables, évaluées à environ 200 millions d'euros par an.

Or, comme l'assiette des cotisations dues aux régimes de retraite complémentaire est similaire à celle ces régimes obligatoires de base, le travail de vérification, effectué par les agents des Urssaf chargés du contrôle, pourrait s'appliquer à l'ensemble de ces cotisations et contributions.

Le **premier alinéa** de l'article prévoit donc que les Urssaf sont habilitées, dans le cadre de leurs contrôles, à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations de retraite complémentaire obligatoire, d'une part, et des

contributions d'assurance chômage et des cotisations de l'association pour la garantie des salaires (AGS), d'autre part.

Il précise que le résultat de ces vérifications est transmis aux institutions concernées aux fins de recouvrement.

Parmi les organismes qui pourraient bénéficier de la mesure, figurent la caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants placiers à cartes multiples (CCVRP), l'association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (Agessa), la maison des artistes, le fonds CMU, le syndicat de transports ou encore l'institution de retraite complémentaire des employés de maison (Ircem), autant d'organismes qui ne disposent pas de leur propre corps d'inspection.

Le **deuxième alinéa** de l'article dispose qu'une convention conclue entre les Urssaf et les organismes de retraite complémentaire et d'assurance chômage fixe les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les Urssaf.

II - La position de votre commission

Votre commission se félicite de cette initiative qui va permettre d'accroître les ressources d'un certain nombre d'organismes de protection sociale tout en réalisant des économies d'échelle grâce à l'utilisation d'un seul corps d'inspecteurs. Cette formule présentera en outre l'avantage d'assurer au cotisant un seul interlocuteur.

Par ailleurs, pour rendre effective une disposition votée à l'article 22 de la loi de financement pour 2006, votre commission vous propose **un amendement** tendant à **reporter d'un an** le transfert de l'Acoss aux Urssaf du recouvrement de la contribution sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur. Il paraît en effet préférable que ce transfert intervienne concurremment avec le réaménagement de la gestion des comptes des grandes entreprises par la branche recouvrement. Le transfert n'interviendra donc que le 1^{er} janvier 2008.

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

Article 21

(art. L. 161-1-1 et L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale)

Absence de compensation par l'Etat des pertes de recettes pour la sécurité sociale des mesures relatives à l'assujettissement des stagiaires en entreprise, au contrat de transition professionnelle et à l'extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises

Objet : Cet article prévoit, par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la non-compensation de trois mesures d'exonération de charges sociales.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale dispose : « Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. »

A défaut d'avoir pu élever au niveau organique ce principe de la compensation obligatoire par l'Etat des exonérations de charges sociales, issu de la loi Veil du 25 juillet 1994, votre commission a souhaité que la loi organique précise que toute dérogation à ce principe devra être expressément autorisée par une loi de financement. Ainsi, désormais, l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale indique, dans son IV : « Seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base. »

En application de ces dispositions, le présent article prévoit la non-compensation de trois mesures relatives aux stages en entreprise, au contrat de transition professionnelle et à l'extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises (Accre).

Le **paragraphe I** complète l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale par un alinéa tendant à préciser que les règles relatives à l'assujettissement des stagiaires en entreprise ne donnent pas lieu à l'application de l'article L. 131-7, autrement dit ne sont pas compensées.

La loi relative à l'égalité des chances du 31 mars 2006 a en effet revu le dispositif des stages en entreprise en rendant obligatoire une convention tripartite entre le stagiaire, l'entreprise d'accueil et l'établissement d'enseignement. Elle a également introduit une franchise de cotisations et contributions sociales pour les sommes versées aux stagiaires dans la limite de 12,5 % du plafond horaire de la sécurité sociale, c'est-à-dire 360 euros en 2006, dans le cas où la durée de présence du stagiaire est égale à la durée légale du travail.

Ni les effectifs concernés, ni le coût de la mesure ne sont renseignés dans l'annexe 5 du présent projet de loi de financement, compte tenu de sa récente entrée en vigueur. En revanche, l'exposé des motifs du projet de loi estime que ce dispositif devrait être financièrement équivalent, pour la sécurité sociale, à l'ancien dispositif.

Le **paragraphe II** précise que la non-compensation du dispositif de franchise de cotisations sociales des stagiaires en entreprises s'applique dès la publication de la loi du 31 mars 2006 relative à l'égalité des chances.

Le **paragraphe III** prévoit que la mise en œuvre des exonérations liées au contrat de transition professionnelle (CTP) ne donne pas lieu à compensation.

Mis en place à titre expérimental par l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006, le contrat de transition professionnelle s'adresse aux salariés dont le licenciement pour cause économique est envisagé dans sept bassins d'emploi précisément délimités (Charleville-Mézières, Montbéliard, Morlaix, Saint-Dié, Toulon, Vitré, Valenciennes), où il se substitue à la convention de reclassement personnalisé.

Pendant la durée du contrat, qui est au maximum de douze mois, l'intéressé perçoit une allocation de transition professionnelle égale à 80 % de son salaire brut antérieur. Cette allocation n'entre pas dans l'assiette de la CSG et de la CRDS.

La non-compensation de cette mesure s'applique à compter de la publication de l'ordonnance du 13 avril 2006 et au plus tard jusqu'au 31 mai 2008, une évaluation du dispositif étant en effet prévue en juin 2008.

Compte tenu du caractère expérimental de la mesure et des faibles effectifs concernés (cent bénéficiaires au 30 juin 2006), la non-compensation n'aura qu'un impact financier assez faible.

Le **paragraphe IV** prévoit que la mesure d'extension de l'Accre proposée à l'article 11 ne sera pas compensée.

Actuellement, les exonérations incluses dans le dispositif des aides aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises ne donnent pas lieu à compensation. En effet, créée en 1979, soit avant la loi Veil du 25 juillet 1994, l'Accre n'entre pas dans le périmètre des mesures dont la compensation par l'Etat est obligatoire. Son coût n'est toutefois pas négligeable : il atteint près de 100 millions d'euros en 2006 pour un nombre de bénéficiaires d'environ 70.000.

Le choix de ne pas compenser l'extension de l'Accre prévue à l'article 11 se justifie par un souci de cohérence et de clarté : la mise en place de deux régimes différents d'exonérations, l'un compensé pour certains bénéficiaires, l'autre non pour les autres bénéficiaires, serait à l'évidence inutilement lourde et complexe. Mais il faut souligner que le choix de la non-compensation n'est pas systématiquement retenu lorsqu'un complément

de mesures intervient. Par exemple, l'abattement de quinze points accordé aux particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle mise en place en 2006 est compensé alors que les exonérations antérieures pour les aides à domicile ne le sont pas.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Même si les mesures prévues par cet article n'auront pas un impact financier extrêmement important pour la sécurité sociale, votre commission regrette vivement, une fois de plus, que certaines réductions ou exonérations de charges sociales ne soient pas compensées par l'Etat à la sécurité sociale.

Cela revient en effet à **mettre à la charge de la sécurité sociale des politiques qui sont celles de l'Etat**, comme, dans le cas présent, le soutien au reclassement des licenciés économiques ou l'aide à la création d'entreprise.

La multiplication des dispositifs d'exonération et le caractère non systématique de leur compensation, en dépit du principe posé dans l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, ne sont pas acceptables pour votre commission.

Elle vous demande donc de supprimer cet article.

Article 22

Approbation du montant des compensations 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 dites « ciblées », soit 2,9 milliards d'euros, leur détail figurant dans l'annexe 5 du projet de loi de financement.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

c) Elle approuve le montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 5° du III de l'article 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. Lors de la discussion de la nouvelle loi organique, elle avait en effet souhaité voir le principe de la compensation élevé au niveau organique.

L'article propose d'approuver le montant des compensations pour 2007, en le fixant à **2,9 milliards d'euros**. Ce chiffre correspond cette année uniquement aux **dispositifs ciblés**, les allègements généraux étant financés par un panier de neuf recettes fiscales affecté à ce titre au régime général en application de l'article 56 de la loi de finances pour 2006. Les allègements ciblés sont compensés par des crédits budgétaires.

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

Présentation des dispositifs d'exonération de cotisations ou contributions sociales

- Allègement général sur les bas salaires (« réduction Fillon ») ;
- mesures visant à promouvoir l'apprentissage, la qualification et les stages ;
- mesures destinées à favoriser l'emploi de publics en difficulté : jeunes et titulaires de minima sociaux ;
- mesures ciblées sur les services à la personne ;
- dispositifs propres à l'emploi dans le secteur agricole ;
- exonérations ciblées sur certains territoires (zones de revitalisation rurale ou urbaine, zones franches urbaines, Dom) ;
- exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité (hôtels, cafés, restaurants, jeunes entreprises innovantes, marins salariés) ;
- exonérations applicables aux travailleurs non salariés non agricoles ;
- mesures applicables aux différents types de volontariat ;
- mesures de réductions ou d'abattement de l'assiette des cotisations ou contributions de sécurité sociale entrées en vigueur postérieurement à la loi du 13 août 2004 (Cesu préfinancé, attribution gratuite d'actions, bonus exceptionnel de 1.000 euros).

Dans l'annexe au projet de loi de financement pour 2006, ces dispositifs étaient au nombre de 46, il y en a **54 dans le document de cette année**, ce qui témoigne d'un recours de plus en plus fréquent au mécanisme d'exonération de charges.

Les principales mesures nouvelles déjà votées et applicables en 2006 et 2007 ont été introduites par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et la loi du 5 janvier 2006 d'orientation agricole. Elles représentent un enjeu financier estimé **entre 200 et 300 millions d'euros**.

Les mesures nouvelles entrées en vigueur en 2006

- Exonérations issues de la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne ;
- exonérations de la loi n°2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole ;
- bonus exceptionnel susceptible d'être alloué aux salariés en 2006 ;
- réforme de la protection sociale des stagiaires en entreprises ;
- mise en œuvre, à titre expérimental, du contrat de transition professionnelle ;
- instauration du volontariat associatif.

En 2007, les dispositifs existants devraient à nouveau être complétés par de **nouvelles exonérations**. L'encadré ci-dessous fournit la liste de ce qui est actuellement envisagé. Selon l'annexe 5, « *il est difficile de faire à ce stade une évaluation des montants financiers à compenser. En conséquence aucun crédit n'a encore été inscrit dans le projet de loi de finances pour 2007* ».

Les mesures dont l'adoption est envisagée pour 2007

- extension de l'exonération générale de cotisations patronales au niveau du Smic pour les entreprises de moins de vingt salariés - article 23 du projet de loi de finances ;

- extension du dispositif d'exonération de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises (Accre) - article 11 du présent projet ;

- extension des exonérations « services à la personne » aux CCAS et à certains organismes sociaux et médico-sociaux - article 12 du présent projet ;

- modification du régime social des indemnités versées dans le cadre d'un accord de gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) - article 13 du présent projet ;

- diverses mesures du projet de loi pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié (mesures non compensées) ;

- mise en œuvre du chèque transport (ajouté au projet de loi pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié) ;

- exonérations applicables aux sommes versées aux arbitres sportifs (proposition de loi portant diverses dispositions relatives aux arbitres).

Le montant de l'ensemble de ces mesures d'exonérations - générales et ciblées - est non seulement élevé, mais il progresse fortement entre 2005 et 2007.

Le tableau ci-après fournit une synthèse du coût des exonérations pour les exercices 2005, 2006 et 2007. Il affiche aussi le montant des mesures d'exonération non compensées, également en augmentation au cours de la période.

Coût des exonérations

(en millions d'euros)

Dispositifs	2005	2006	2007
Allègements généraux	17.438	19.082	20.163
Allègements ciblés	2.825	3.465	2.884
<i>dont mesures nouvelles 2006</i>		292	183
Total mesures compensées	20.263	22.547	23.047
Mesures non compensées	2.146	2.392	2.568
Total exonérations compensées et non compensées	22.408	24.939	25.616

Ce tableau fait notamment apparaître :

- le coût très élevé de la politique d'allègement de charges sociales, qui dépasse 25,6 milliards d'euros en 2007 ;

- le poids des mesures non compensées, qui sera supérieur à 2,5 milliards d'euros en 2007, soit à peine moins que les mesures d'allègement ciblés et compensées.

La compensation des exonérations ciblés, évaluée à 2,9 milliards d'euros pour 2007, se fait par crédits budgétaires. Quatre missions y contribuent pour l'essentiel ainsi que le montre le tableau ci-après.

(en millions d'euros)

Compensation budgétaire	2005 Exécution	2006 LFI	2007 PLF
Mission Travail	1.291	1.511	1.529
Mission Outre-mer	713	867	823
Mission Ville	399	359	333
Mission Industrie	39	105	105
Total des allègements ciblés compensés	2.442	2.885	2.884

Pour la mission Travail, il s'agit principalement de compenser les exonérations liées au contrat d'apprentissage (700 millions inscrits dans le projet de loi de finances pour 2007) et au contrat de professionnalisation (400 millions) ainsi qu'au développement des services à la personne. La mission Outre-mer finance la franchise de cotisations patronales pour les entreprises implantées dans les départements d'outre-mer, mesure la plus importante en termes de volume financier, soit 800 millions. La mission Ville compense les exonérations liées aux zones franches urbaines, la mission Industrie celles relatives aux jeunes entreprises innovantes.

Ces crédits se révèlent être, année après année, **insuffisants**. En 2005, l'insuffisance constatée a été de **600 millions d'euros**, notamment au titre des exonérations outre-mer. Pour 2006, par rapport aux prévisions des régimes actualisées au 31 août 2006, les insuffisances de crédits s'élèveraient à **580 millions** dont 200 millions sur les exonérations outre-mer, 150 millions sur les contrats d'apprentissage et 130 millions au titre du plan services à la personne.

Dans ces conditions, tout laisse à penser que les prévisions budgétaires pour 2007, quasiment identiques à celles de 2006, ne permettront pas de faire face aux besoins financiers de la compensation.

En conséquence, les créances détenues à ce titre par les régimes de sécurité sociale sur l'Etat ne pourront que perdurer.

Au 31 décembre 2005, le montant total des créances sur l'Etat des régimes de sécurité sociale au titre des mesures d'exonération de charges sociales pour les exercices 2005 et antérieurs s'élevait à 3,11 milliards d'euros. Ce montant était de **3,07 milliards au 30 juin 2006**, compte tenu de versements de l'Etat intervenus entre ces dates.

Devant le poids accru de la charge financière liée à cette dette de l'Etat pour les régimes de sécurité sociale, le Gouvernement a décidé de prendre en charge les frais financiers correspondants. L'article 23 du projet de loi de finances prévoit ainsi d'affecter en 2007 **une quote-part de droits tabacs**, à savoir 1,69 %, soit **160 millions d'euros**, aux caisses du régime général afin de couvrir les frais financiers de l'année 2007 liés à la dette de l'Etat sur les exercices précédents.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission constate une nouvelle fois cette année **l'inflation des dispositifs d'allègement de charges sociales**. Nombre de réformes sont en effet aujourd'hui systématiquement accompagnées d'un volet « exonérations sociales », toujours au détriment de la sécurité sociale. Cela montre avec évidence que **les équilibres financiers de la sécurité sociale ne sont jamais la priorité**, passant toujours après les enjeux de la politique de l'emploi ou de telle ou telle politique sectorielle.

Elle dénonce par ailleurs **les insuffisances de crédits budgétaires et les retards de versement de ces crédits** destiné à compenser les mesures d'allègement ciblées pour lesquelles une telle compensation est prévue. Ces défaillances de l'Etat entraînent en effet **un besoin de financement accru pour la sécurité sociale** ainsi que des charges financières significatives pour celle-ci.

L'annonce par le Gouvernement de la prise en charge de ces frais financiers est certes un élément positif mais il serait plus satisfaisant que l'Etat règle sa créance vis-à-vis de la sécurité sociale et surtout que les crédits budgétaires des allègements ciblés soient correctement estimés en loi de finances initiale.

Votre commission insiste sur la nécessaire mise en œuvre effective de l'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale qui pose **le principe de la neutralité des flux de trésorerie dans les relations financières entre l'Etat et les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.**

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

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

Prévisions pour 2007 des recettes des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement de la sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de fixer les prévisions de recettes pour 2007 de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général, ainsi que des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Les recettes attendues pour 2007 s'élèvent à **394,6 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,2 % par rapport à 2006. Pour le régime général, ce montant est de **287,3 milliards d'euros**, en augmentation de 4,1 % par rapport à 2006.

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 deux 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 :

- **Les cotisations**

En 2007, les cotisations s'élèveraient à **207,7 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,3 % par rapport à 2006 et à **165,2 milliards d'euros** pour le régime général, en hausse de 4,4 %.

Depuis la substitution de la CSG aux cotisations d'assurance maladie et malgré la montée en charge des mesures d'allègement de charges, les cotisations patronales assurent l'essentiel des cotisations, soit 73,3 % de leur ensemble en 2007, contre seulement 20,1 % pour les cotisations salariales.

Près de la moitié des cotisations sont affectées à la branche vieillesse (45,7 % du montant total des cotisations pour l'ensemble des régimes de base). Viennent ensuite la branche maladie avec 35,7 %, la famille pour 15,5 % et les accidents du travail pour 4,2 %.

Selon les calculs de la commission des comptes de la sécurité sociale, la valeur d'un point de cotisation pourrait représenter en 2007 **4,7 milliards d'euros** pour le régime général au titre des salariés du secteur privé.

- **Les impôts et taxes affectées**

En 2007, les impôts et taxes affectés aux régimes de base s'élèveraient à **101,2 milliards d'euros**, en augmentation de 2,6 % par rapport à 2006. Sur ce total, les impôts et taxes affectés au régime général représenteraient **83,6 milliards d'euros**, en hausse également de 2,6 % par rapport à 2006.

Cette catégorie a considérablement augmenté en 2006 en raison de l'affectation de nouvelles recettes - un panier de neuf recettes fiscales d'un montant total proche de 20 milliards d'euros - en compensation des allègements généraux de charges sociales.

La branche maladie est la première bénéficiaire de ces recettes, avec 73 % de l'ensemble, principalement du fait que la majeure partie de la CSG lui est affectée, soit 55,1 milliards d'euros sur un produit total de 78,3 milliards.

Le reste des impôts et taxes affectés est essentiellement marqué par l'évolution des droits tabacs et de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), soit des recettes attendues respectivement pour 2007 de 3,07 et 3,86 milliards d'euros.

• Les contributions publiques

La catégorie « contributions publiques » comporte trois ensembles : les subventions d'équilibre à divers régimes, les remboursements de prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat, enfin les remboursements de cotisations.

Le total de ces contributions atteindrait, pour l'ensemble des régimes de base, **17,3 milliards d'euros** en 2007, en augmentation de 5,5 % par rapport à 2006.

Les subventions d'équilibre à divers régimes, destinées à assurer l'équilibre de certains régimes spéciaux, pourraient s'élever à **5,6 milliards**, dont 2,8 milliards pour la SNCF (soit 49,8 % de l'ensemble), 936 millions pour le régime des ouvriers de l'Etat, 924 millions pour le régime des marins et 765 millions pour le régime minier. Depuis 2005, le régime des exploitants agricoles ne reçoit plus de subvention d'équilibre.

Les remboursements de prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat pourraient s'élever à **6,96 milliards d'euros** en 2007, dont 5,53 milliards au titre de l'allocation adulte handicapés et 1,12 milliard pour l'allocation de parent isolé, servies par la Cnaf.

Enfin, les remboursements de cotisations atteindraient **3,96 milliards d'euros** correspondant au financement des exonérations ciblées de charges sociales, en augmentation de 7,4 % par rapport à 2006, sous l'effet de nouvelles exonérations et de la montée en charge du dispositif relatif aux services à la personne.

• Les transferts

Les transferts reçus par les régimes de sécurité sociale seraient globalement stables en 2007. Ils atteindraient **27,5 milliards** pour les régimes de base et **24,3 milliards d'euros** pour le régime général.

Pour les deux organismes concourant au financement des régimes obligatoires de bases, le FSV et le Ffipsa, les recettes ne font pas appel à toutes ces catégories :

- les recettes du FSV

Les prévisions de recettes du FSV pour 2007 inscrites dans cet article atteignent **13,9 milliards**, au lieu de 13,4 milliards d'euros en 2006, soit une progression de 3,7 %.

Ces recettes sont, conformément à l'annexe C, pour l'essentiel des impôts et taxe affectées, pour un montant de 11,6 milliards d'euros, dont 10,8 au titre de la CSG. La mesure de l'article 16, relative au mode de prélèvement des contributions sociales sur les revenus de placement, procurerait, selon les chiffres du Gouvernement, 73 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. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a figé ce taux à 60 % pour les années 2006 et suivantes. Pour 2007, 2,3 milliards d'euros sont attendus de ce transfert.

- les recettes du Ffipsa

Les recettes attendues pour le Ffipsa en 2007 s'élèvent à **14,5 milliards d'euros**, en augmentation de 0,7 % par rapport à 2006. L'annexe C en fournit le détail.

Les cotisations ne représenteraient que 1,6 milliard d'euros, soit en légère diminution par rapport à 2006. 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 près de 1 milliard d'euros de CSG. Enfin, 6,3 milliards d'euros proviendraient de transferts, principalement au titre des transferts de compensation inter-régimes, pour 5,5 milliards d'euros.

Le tableau ci-après détaille l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2007 sur les recettes.

Mesures nouvelles 2007 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures nouvelles 2007 sur les recettes	1.265	1.180
Harmonisation des règles de versement et de comptabilisation des prélèvements sociaux sur les revenus de placement	365	365
Baisse du taux de la taxe sur le CA des laboratoires de 1,76 % à 1 %	100	100
Affectation de droits tabacs/frais financiers liés aux créances sur l'Etat	160	160
Extension de l'exonération Accre	- 15	- 100
Allègements de charges pour les entreprises de moins de vingt salariés	- 302	- 320
Affectation de droits tabacs/compensation des allègements de charges pour les entreprises de moins de vingt salariés	302	320
Surplus de recettes fiscales affectées pour la compensation des allègements généraux (2006 et 2007)	350	350
Amélioration du recours contre tiers	150	150
Application à la caisse de Mayotte des règles relatives aux réserves de trésorerie	40	40

Au titre du présent projet de loi de financement, les mesures nouvelles ayant le plus fort impact sont l'ajustement des modalités de versement par les établissements financiers des contributions sociales sur les revenus de placement, prévu à l'article 16, pour environ 500 millions d'euros, la fixation à 1 % du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques, prévue à l'article 18, pour 100 millions d'euros, la valorisation du patrimoine immobilier hospitalier, qui figure à l'article 19, pour un rendement estimé à 115 millions d'euros en 2007 et l'aménagement du recours contre tiers prévu à l'article 20, avec un gain attendu de 150 millions.

Parmi les autres sources de recettes, il faut noter le surplus de recettes fiscales affectées au financement des allègements de cotisations sociales en 2006 et 2007 qui sera affecté à la Cnam. Pour 2006, ce surplus est estimé à 330 millions d'euros, mais la Cnam devra en reverser 230 millions au fonds CMU. Pour 2007, le surplus est évalué à 250 millions d'euros. Enfin, l'article 23 du projet de loi de finances prévoit d'affecter 160 millions d'euros de droits sur les tabacs aux caisses de sécurité sociale au titre de la charge financière liée aux dettes de l'Etat.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a voté un amendement pour tirer les conséquences dans chacun des tableaux concernés de l'amendement voté à l'article 16 qui a augmenté les recettes de 270 millions dont 200 millions au titre de la CSG.

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 2007.

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.

Cela est d'autant plus flagrant pour l'équilibre de 2007 que certaines recettes apparaissent relativement aléatoires, comme les montants prévus de cessions immobilières du patrimoine hospitalier au profit de la Cnam ou le produit des aménagements de la procédure de recours contre tiers.

Enfin et surtout, votre commission constate - et le regrette vivement - que nombre des recettes supplémentaires prévues sont des **mesures à effet unique** comme, par exemple, le changement des modalités de versement des prélèvements sociaux sur les placements financiers, qui prend en quelque sorte la suite de la mesure PEL de l'an dernier.

Ces mesures n'ont qu'un impact ponctuel sur les comptes de l'année et ne permettent pas de résoudre de façon durable le problème du financement de la sécurité sociale.

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

Article 24

Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2007 de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Ce tableau fait apparaître un déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires, en 2007, de **7,5 milliards d'euros** au lieu de 8,8 milliards pour l'année en cours.

A l'exception de la branche accidents du travail-maladies professionnelles qui connaîtrait un excédent proche de 100 millions, toutes les branches seraient déficitaires, l'essentiel étant imputable à la branche maladie, pour 4 milliards d'euros, les déficits des branches vieillesse et famille s'établissant respectivement à 2,9 milliards et à 700 millions d'euros.

En dehors du régime général, les autres régimes obligatoires devraient être globalement équilibrés et même légèrement excédentaires pour la branche vieillesse.

Le tableau d'équilibre, qui est présenté dans cet article, est issu du rapprochement entre les prévisions de recettes pour 2007, examinées à l'article 23 ci-dessus, et les objectifs de dépenses commentés aux articles 52 pour la branche maladie, 59 pour la branche vieillesse, 62 pour la branche accidents du travail et 68 pour la branche famille.

S'agissant des dépenses, le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2007 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2007 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	2.376	2.828
Mesures d'économies sur les soins de ville	1.992	2.371
Produits de santé hors maîtrise médicalisée	1.177	1.401
Hors produits de santé hors maîtrise médicalisée	50	60
Prescriptions hospitalières en ville	84	100
Maîtrise médicalisée	596	710
Lutte contre la fraude à la condition de résidence	84	100
Mesures d'économies sur les établissements de santé	384	457
Revalorisation du forfait journalier	84	100
Mise en œuvre des 18 euros	67	80
Economies du plan assurance maladie	233	277
Mesures nouvelles 2007 sur les autres branches	60	60
Subsidiarité de l'API sur l'ASF	- 115	- 115
Date d'ouverture du droit à l'allocation de base de la Paje	100	100
Prêt avenir jeunes	- 15	- 15
Fonds de financement de la protection de l'enfance	- 30	- 30
Lutte contre la fraude et meilleur recouvrement des indus	120	120

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2007, comme les années précédentes, de l'assurance maladie, les économies atteignant un total de 2,8 milliards d'euros, dont 1,4 milliard au titre des produits de santé, 710 millions de maîtrise médicalisée et 457 millions d'économies sur les établissements de santé. Ces montants sont toutefois nettement inférieurs à ceux qui figuraient dans la loi de financement pour 2006.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement pour tirer les conséquences, dans le tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base présenté à cet article, de ses votes sur le relèvement de l'Ondam soins de ville de 0,8 % à 1,1 % et l'augmentation des recettes de 270 millions d'euros.

Compte tenu de ces modifications et des règles d'arrondis, le déficit global des régimes obligatoires de base s'établirait en 2007 à **7,4 milliards d'euros**.

III - La position de votre commission

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

Article 25

Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre du régime général

Objet : Cet article a pour objet de déterminer, par branche, le tableau d'équilibre pour 2007 du régime général.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées à l'article 24 ci-dessus.

Le tableau d'équilibre du régime général pour 2007, dont l'approbation est demandée à cet article, fait apparaître un **déficit de 8 milliards d'euros** décomposé comme suit :

- 3,9 milliards pour l'assurance maladie ;
- 3,5 milliards pour la branche vieillesse ;
- 0,7 milliard pour la branche famille ;
- + 0,1 milliard pour la branche accidents du travail - maladies professionnelles.

Ce déficit est en baisse de 1,7 milliard d'euros par rapport au déficit du régime général de 2006 et de 3,6 milliards par rapport à celui de 2005.

Les évolutions les plus marquées concernent :

- l'assurance maladie qui voit son déficit ramené à 3,9 milliards d'euros, soit une division par trois par rapport au déficit de 2004 ;

- l'assurance vieillesse qui connaît un creusement de son déficit sous l'effet combiné des départs anticipés pour carrière longue et de l'arrivée à l'âge de la retraite des premières classes nombreuses du « baby boom ».

Le déficit de la branche famille est réduit de moitié en 2007, à 700 millions d'euros, grâce à la diminution des effets de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje). La branche accidents du travail sera très légèrement excédentaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement pour tirer les conséquences, dans le tableau d'équilibre du régime général présenté à cet article, de ses votes sur le relèvement de l'Ondam soins de ville de 0,8 % à 1,1 % et l'augmentation des recettes de 270 millions d'euros.

Ces modifications n'ont pas d'impact sur le solde du régime général arrondi au million d'euros. Celui-ci est donc maintenu à **- 8 milliards d'euros**.

III - La position de votre commission

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

Article 26

Prévisions pour 2007 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 à la loi organique du 2 août 2005 et des dispositions du C du I de l'article L.O. 111-3 rappelées précédemment à l'article 24.

Le tableau d'équilibre qu'il présente fait apparaître un déficit de 600 millions d'euros pour le FSV et de 2,1 milliards pour le Ffipsa.

Il est le résultat du rapprochement entre les prévisions de recettes, examinées à l'article 23, et les prévisions de charges, commentées à l'article 71, prévues pour chacun de ces deux organismes.

- **Le fonds de solidarité vieillesse**

Le FSV afficherait un solde négatif de **600 millions d'euros** en 2007, soit nettement moins élevé que celui de 2006, exercice au cours duquel il devrait s'établir à 1,2 milliard d'euros (selon les prévisions rectifiées commentées à l'article 3), ainsi que par rapport à 2005, où le déficit du FSV a atteint le niveau record de 2 milliards d'euros.

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

Le Ffipsa connaîtrait un déficit de **2,1 milliards d'euros** en 2007, soit un montant sensiblement supérieur à ceux enregistrés en 2006 et 2005, respectivement 1,9 milliard et 1,4 milliard d'euros.

Comme l'année dernière, 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 une nouvelle fois acte, pour le regretter, du fait qu'aucune mesure n'est prévue pour le traitement de ces déficits.

A la fin de 2007, **les déficits cumulés du FSV atteindront en effet 5,6 milliards d'euros et ceux du Ffipsa 5,8 milliards**, soit un total proche de 11,5 milliards d'euros.

Votre commission s'étonne de cette situation, compte tenu notamment des observations renouvelées de la Cour des comptes à ce sujet.

Dans son dernier rapport sur la situation de la sécurité sociale, celle-ci affirme en effet, s'agissant du FSV : *« La Cour constate que les pouvoirs publics n'ont, en aucune manière, pris la mesure de ce problème. Elle ne peut donc que réitérer sa recommandation visant à ce que les modalités d'un retour rapide à l'équilibre du FSV soient prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. »*

A propos du Ffipsa, la Cour indique que « *le Ffipsa est une structure dont l'Etat a la responsabilité du rééquilibrage financier* ». Mais elle constate que « *l'Etat n'est pas disposé à régler rapidement et de manière transparente cette question* », ce qui la conduit à faire un certain nombre de propositions.

Votre commission, à son tour, renouvelle l'impérieuse nécessité pour l'Etat de régler rapidement la question du financement des déficits du FSV et du Ffipsa. Il faut cesser de reporter la résolution de ce problème car cela a pour conséquence d'en transférer la charge sur les générations futures, ce qui n'est pas acceptable.

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

Article 27

Objectif pour l'année 2007 d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale - Prévisions pour 2007 des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites

Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2007 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 aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Cet article a deux objets :

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

Le présent article fixe à **2,5 milliards d'euros** l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2007, en baisse de 300 millions d'euros par rapport à 2006.

Au cours des années antérieures à 2005, 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.

En 2007, ce montant diminue par rapport à 2006 du fait de l'augmentation des dépenses de remboursement des intérêts, due à la fois à la reprise du déficit prévisionnel de l'assurance maladie pour 2006 et à la hausse des taux d'intérêt.

Au 31 décembre 2007, 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 **107,98 milliards d'euros**, dont 73,54 resteraient à rembourser, l'amortissement cumulé s'établissant à cette date à 34,43 milliards d'euros.

Désormais, conformément à l'article 20 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, aucune nouvelle dette ne pourra être transférée à la Cades sans l'affectation des ressources nécessaires pour y faire face.

• **l'affectation de recettes au FRR**

Pour 2007, il est prévu d'affecter **1,6 milliard d'euros** au FRR. Cette somme correspond au montant estimé de la fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement qui lui revient.

En effet, aucun versement d'excédent n'est prévu. De fait, tant la Cnav que le FSV affichent des déficits en 2006, ce qui rend évidemment impossible tout versement d'excédent au FRR.

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.

La seule modification qui intervient cette année est **l'affectation au FRR des contrats d'assurance vie en déshérence**, en application de l'article 15 du présent projet. Pour la première année, l'exposé des motifs

évaluée à 20 millions d'euros la somme qui pourrait accroître les recettes du FRR à ce titre, soit un montant très faible par rapport aux réserves du fonds.

A la fin de 2007, ces réserves devraient s'élever à 25,4 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 28

(art. L. 213-3 du code monétaire et financier)

Autorisation donnée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale d'émettre des titres de créances négociables

Objet : Cet article a pour objet de diversifier les moyens de financement de l'Acoss en l'autorisant à émettre des billets de trésorerie.

I - Le dispositif proposé

Le présent article modifie l'**article L. 213-3 du code monétaire et financier**, qui comporte la liste des organismes habilités à émettre des titres de créances négociables, en y ajoutant l'Acoss.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et l'Acoss pour la période 2006-2009, aux termes de laquelle *« une réflexion sera engagée avec l'Etat sur l'opportunité d'une diversification des modes de couverture de ce besoin de financement que ce soit en termes de contreparties bancaires ou d'instruments. La Caisse des dépôts et consignations continuera à jouer un rôle majeur en accompagnant l'Acoss dans cette modernisation de la gestion active de la trésorerie commune du régime général »*.

L'intérêt de diversifier les modes de financement de l'Acoss est triple :

- réduire les coûts de financement des besoins de trésorerie du régime général : de fait, en 2007, les économies pourraient être de l'ordre de 500.000 euros pour un programme d'émission de billets de trésorerie de un milliard d'euros ;

- compléter le financement négocié avec la Caisse des dépôts et consignations ;

- optimiser la gestion de trésorerie de l'Acoss, en accord avec le souci du Gouvernement d'optimiser la gestion de trésorerie des administrations publiques afin de réduire l'endettement public.

L'Acoss a prévu de mettre en place d'ici la fin de l'année un programme d'émission de billets de trésorerie. Aussi, afin de respecter les dispositions du code monétaire et financier, elle devra établir une documentation financière qui sera déposée auprès de la Banque de France, recourir à une agence de notation, retenir un arrangeur qui organisera la venue de l'Acoss sur le marché des billets de trésorerie, choisir des agents placeurs. Les billets de trésorerie seront domiciliés à la Caisse des dépôts qui a accepté d'être l'intermédiaire habilité de l'Acoss. La nouvelle procédure est d'ailleurs en cohérence avec la nouvelle convention bancaire signée avec la Caisse des dépôts le 21 septembre 2006.

Cette procédure a un coût non négligeable, notamment pour sa mise en œuvre, mais le gain qui résultera de l'émission des billets de trésorerie sera bien supérieur.

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.

*Article additionnel après l'article 28
(art. L. 139-2 du code de la sécurité sociale)*

Prise en charge par l'Etat des intérêts de sa dette à l'égard des régimes obligatoires de base

Objet : Cet article additionnel crée, à compter de 2008, un mécanisme pérenne de prise en charge par l'Etat et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) des intérêts de la dette qu'ils ont contractée à l'égard des régimes obligatoires de base.

L'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale pose le principe de la neutralité des flux de trésorerie dans les relations financières :

- entre l'Etat et les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ;
- entre l'Etat et ces régimes obligatoires de base ;

- entre les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base et ces régimes obligatoires de base.

Toutefois, en raison de l'accumulation de dettes de l'Etat et du FSV à l'égard de la sécurité sociale, ce principe de neutralité financière n'est pas en pratique respecté puisque ce sont **les régimes obligatoires de base eux-mêmes qui supportent les intérêts de trésorerie liés à ces dettes**¹.

• Or, **la dette de l'Etat** contractée à l'égard des régimes obligatoires de base porte, on le sait, sur des montants substantiels, correspondant à des exonérations non compensées ainsi qu'à des prestations non remboursées. Elle s'élevait au 31 décembre 2005 à plus de 5 milliards d'euros, dont 3,4 milliards vis-à-vis du régime général². Dans son rapport de septembre 2006, la Commission des comptes de la sécurité sociale estime que ce solde devrait s'alourdir de 1,25 milliard d'euros de dettes supplémentaires cours de l'exercice 2006, soit une progression de 25 % en un an.

Ces dettes pèsent très lourdement sur la trésorerie, notamment sur celle du régime général pour lequel **150 millions d'euros d'intérêts** environ seront payés en 2006.

• **La dette du fonds de solidarité vieillesse**, quant à elle, correspondant au cumul de ses déficits des derniers exercices, s'élevait au 1^{er} janvier 2006 à 3,7 milliards d'euros et devrait atteindre 4,9 milliards d'euros à la fin de l'année, engendrant des charges financières d'un montant également évalué à **150 millions d'euros** en 2006.

Ce sont donc au total environ 300 millions d'euros de charges financières qui devraient résulter, en 2006, des carences de l'Etat dans ses relations financières avec les caisses du régime général de sécurité sociale, mais aussi du fait de son refus persistant d'assurer l'équilibre du FSV, en dépit de l'obligation qui lui incombe à ce titre.

Pour l'année 2007, **l'article 23 du projet de loi de finances pour 2007** a certes prévu d'affecter au régime général (mais pas aux autres régimes obligatoires de base) une part de droits sur les tabacs, à hauteur de 160 millions d'euros environ (1,69 % du produit de ces droits), pour le soulager des charges d'intérêt liées à la seule dette de l'Etat (la dette du FSV n'est pas comprise dans cette opération de couverture).

Cette mesure a toutefois un caractère exceptionnel limité à l'exercice 2007.

L'objet du présent article additionnel est de **pérenniser** et d'**étendre**, à compter du 1^{er} janvier 2008, le principe de la couverture des frais financiers générés par la dette de l'Etat et des organismes concourant au financement des

¹ *Rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) : « La dette sociale : Mieux la connaître pour mieux l'affronter » - n° 345 (2005-2006) – Pages 32-41.*

² *Données révisées – Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale – Tome I – Pages 126-127 – Septembre 2006.*

régimes obligatoires de base. Le mécanisme mis en place concernerait **l'ensemble de la dette** (Etat et FSV) et bénéficierait à tous les régimes obligatoires de base, au lieu d'être limité au seul régime général.

Le montant des intérêts de retard serait calculé mensuellement en appliquant aux sommes dues le taux moyen mensuel, du mois considéré, des taux de rendement actuariel des adjudications de bons du Trésor à taux fixe à treize semaines. Il s'agit du **taux de l'intérêt légal** tel qu'il est défini à l'article L. 313-2 du code monétaire et financier. Ce taux est en pratique celui auquel l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) se refinance auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) lorsqu'elle recourt à des avances à 24 heures.

On rappellera, pour conclure, que le principe de compensation des charges d'intérêt s'applique d'ores et déjà au bénéfice des organismes payeurs du revenu minimum d'insertion (RMI), c'est-à-dire les caisses d'allocations familiales, en cas de retard dans le versement des acomptes mensuels de RMI par les départements (articles L. 262-31 et D. 262-67 du code de l'action sociale et des familles).

Votre commission vous propose d'adopter le présent article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 28

Mise en œuvre du principe de neutralité financière des flux de trésorerie entre l'Etat et la sécurité sociale

Objet : Cet article additionnel a pour objet de permettre un meilleur respect du principe de neutralité financière des flux de trésorerie entre l'Etat et la sécurité sociale.

L'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale qui pose le principe de la neutralité des flux de trésorerie dans les relations entre l'Etat et la sécurité sociale dispose :

« Les relations financières entre l'Etat et les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, d'une part, l'Etat et ces régimes, d'autre part, les organismes concourant à leur financement et les régimes obligatoires de base, enfin, sont régies par des conventions qui garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes obligatoires de base. »

Ce principe n'est toutefois pas pleinement respecté, ce qui pose de graves problèmes de trésorerie au régime général.

Plusieurs difficultés sont intervenues ces derniers temps, notamment un retard dans la signature des conventions pour 2005 et 2006 avec certains ministères, ce qui a naturellement entraîné des retards de paiement au détriment du régime général. De façon plus grave, il est arrivé que des échéances importantes n'aient pas été réglées, l'Acoss n'ayant pas toujours été prévenue et n'ayant donc pu les intégrer dans ses prévisions de trésorerie.

On peut citer, par exemple, le non-versement de 238 millions d'euros, attendu par l'Acoss le 10 octobre dernier, au titre de la compensation des exonérations ciblées, liées au contrat d'apprentissage et au contrat de professionnalisation, crédits inscrits sur la mission Travail de la loi de finances.

C'est pourquoi, le présent article propose d'appliquer aux retards de paiement de l'Etat les mêmes pénalités que celles qui sont appliquées à l'Acoss en cas d'écart entre ses prévisions et ses besoins réels de financement, c'est-à-dire les pénalités prévues dans la convention signée entre l'Acoss et la Caisse des dépôts et consignations pour la période 2006-2010.

Par exemple, un retard de paiement d'un montant de plus de 250 millions d'euros se verra appliquer une pénalité supplémentaire de 0,15 % par rapport au coût normal de financement de l'Acoss.

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

Article 29

(art. 2425 du code civil, art. L. 234-5 du code de la sécurité sociale)

Règles d'inscription du privilège

Objet : Cet article aménage les règles d'inscription de privilèges et d'hypothèques par les organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article comporte **deux mesures, consécutives aux évolutions législatives récentes en matière de droit de l'hypothèque**, issues de la loi n° 2005-845 du 26 juillet 2005 de sauvegarde des entreprises et de l'ordonnance n° 2006-346 du 23 mars 2006 relative aux sûretés mobilières et immobilières.

Le **paragraphe I** insère un nouvel alinéa dans **l'article 2425 du code civil**, issu de l'ordonnance du 23 mars 2006, qui a instauré un dispositif d'hypothèque rechargeable.

En mettant en œuvre ce nouveau dispositif qui permet la transformation des hypothèques déjà inscrites en hypothèques rechargeables, les pouvoirs publics avaient pour objectif le développement du crédit hypothécaire et la relance de la consommation. En effet, le recours au crédit hypothécaire par les particuliers se limite actuellement le plus souvent à garantir l'acquisition d'immeubles.

Aux termes des nouvelles dispositions du code civil (article 2422), une hypothèque conventionnelle « rechargeable » peut être ultérieurement affectée à la garantie de créances autres que celles mentionnées par l'acte constitutif pourvu que celui-ci le prévoie expressément. Le rechargement consiste pour l'emprunteur à réutiliser sans nouvelle formalité, hormis une inscription en marge de l'inscription initiale, une hypothèque initialement inscrite à l'appui d'un premier prêt le plus souvent immobilier. Le remboursement partiel du prêt initial dégage une nouvelle « surface de garantie » qui permet d'obtenir un nouveau prêt dans des conditions peu onéreuses. Cette recharge peut avoir pour bénéficiaire le même créancier ou un autre créancier.

Dans le cadre de ce nouvel environnement juridique, la disposition proposée a pour objet de **préserv**er le **rang des inscriptions hypothécaires des organismes de sécurité sociale** et donc de prévoir une antériorité de rang d'inscription de ces organismes par rapport au rang des conventions de rechargement des hypothèques lorsque la publicité de ces conventions est postérieure à l'inscription de l'hypothèque en cause. A défaut d'une telle mesure, les conventions de rechargement prendraient rang à la date de l'inscription initiale et pourraient ainsi primer sur les hypothèques des organismes de sécurité sociale.

Cette disposition est similaire à celle qui figure à l'article 4 du projet de loi de finances pour 2007 pour les hypothèques du Trésor.

Le **paragraphe II** de l'article modifie l'**article L. 243-5 du code de la sécurité sociale** sur deux points :

- en précisant, dans un nouvel alinéa, que la règle d'antériorité de l'inscription hypothécaire définie au paragraphe I ci-dessus, insérée dans l'article 2425 du code civil, s'applique également aux hypothèques légales et judiciaires des Urssaf ;

- en **rétablissant un seuil pour l'inscription obligatoire des privilèges**.

L'inscription obligatoire du privilège des organismes de sécurité sociale découle des articles L. 243-4 et L. 243-5 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 243-4 prévoit que les cotisations, majorations et pénalités de retard sont garanties pendant un an à compter de leur date d'exigibilité par un privilège sur les biens meubles du débiteur et par une hypothèque légale sur ses biens immobiliers.

L'article L. 243-5 dispose que les sommes ainsi privilégiées dues par un commerçant, un artisan ou une personne morale de droit privé non commerçante doivent être inscrites à un registre public tenu au greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance dans le délai de six mois suivant leur date limite de paiement.

La loi du 26 juillet 2005 de sauvegarde des entreprises a modifié ce dernier article en supprimant le seuil - qui était fixé à 12.000 euros - au-dessus duquel les organismes de sécurité sociale devaient inscrire leur privilège dans un délai de six mois pour le conserver.

L'intention du législateur était de permettre aux tribunaux de détecter en amont les difficultés des entreprises, quelle que soit leur taille.

Or, selon les informations recueillies par votre rapporteur, cette suppression du seuil d'inscription des privilèges a entraîné une augmentation sensible du volume des inscriptions prises par les organismes de recouvrement sans pour autant permettre une réponse efficace au souci du législateur qui était celui d'une détection précoce des difficultés des entreprises.

Quatre séries d'inconvénients ont été relevées :

- les tribunaux de commerce sont dans l'impossibilité matérielle d'exploiter utilement l'ensemble des situations détectées et donc de différencier les difficultés passagères des difficultés plus sérieuses et durables ;

- la publicité immédiate des difficultés passagères rencontrées par un débiteur risque de porter atteinte à son crédit à l'égard de ses fournisseurs et de ses banquiers ;

- ces dispositions entraînent une détérioration de la relation entre les organismes de recouvrement et les cotisants alors que la priorité actuelle est à l'amélioration du service et de ses relations ;

- le budget des Urssaf est affecté puisque l'avance des frais d'inscription des privilèges et leur coût définitif restent souvent à la charge des organismes de sécurité sociale.

L'ensemble de ces arguments justifie sans conteste le rétablissement d'un seuil, ce que l'article 102 de la loi de finances rectificative pour 2005 a d'ailleurs fait pour le privilège fiscal.

En conséquence, le présent article prévoit **la référence à un montant de créances pour l'inscription obligatoire du privilège**. Ce montant sera fixé par décret « *en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise* ». Cela signifie que des seuils différents seront fixés pour les travailleurs indépendants et pour les entreprises en fonction du nombre de salariés.

En modulant l'obligation d'inscription en fonction de seuils différents, la mesure proposée vise, comme le souligne l'exposé des motifs, à « *rétablir l'équilibre entre les deux objectifs assignés à la publicité du*

privilège, tant sur le plan de la garantie donnée aux organismes de sécurité sociale d'un paiement privilégié que de celui de l'information donnée aux tiers sur l'état d'endettement des entreprises. Elle contribue également à réduire le coût, pour l'entreprise débitrice, des frais d'inscription et de radiation du privilège. »

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision, présenté par Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, ayant un **triple objet** :

- harmoniser les dispositions de l'article avec celles de l'article 4 du projet de loi de finances pour 2007 en ce qui concerne le régime de l'hypothèque rechargeable ;
- coordonner ce nouveau dispositif avec les règles spécifiques existant en Alsace-Moselle ;
- prévoir l'entrée en vigueur de l'article au 1^{er} janvier 2007.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve ces mesures qui permettent de remédier aux effets pervers, tant pour les entreprises que pour les organismes sociaux, de l'une des dispositions de la loi de sauvegarde des entreprises du 26 juillet 2005, dont l'intention était bonne mais la mise en œuvre complexe avec pour résultat d'aboutir à l'effet inverse de l'objet initial.

Les précisions votées par l'Assemblée nationale apportent, par ailleurs, une meilleure sécurité juridique au dispositif.

Aussi, votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 30
(art. L. 243-14, L. 651-5-3, L. 651-7 et L. 651-9
du code de la sécurité sociale)

**Dématérialisation des déclarations et des paiements de cotisations,
contributions ou taxes sociales**

Objet : Cet article a pour objet d'accélérer le processus de dématérialisation des déclarations et des paiements de cotisations sociales.

I - Le dispositif proposé

Le texte de cet article s'inscrit dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et l'Acoss le 31 mai dernier pour la période 2006-2009. Celle-ci prévoit en effet de nouveaux objectifs en matière de dématérialisation de façon, à la fois, de simplifier les démarches des entreprises tout en leur offrant une meilleure qualité de service et de permettre des gains de productivité pour la branche recouvrement. Ces gains de productivité ont été évalués par l'Acoss à 220 emplois équivalents temps plein à la fin de 2009, soit un gain de ressources appréciable que l'agence espère pouvoir redéployer vers les activités de contrôle et de lutte contre la fraude.

Actuellement, conformément aux dispositions de l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale, les entreprises ou les établissements d'une entreprise qui acquittent annuellement plus de 150.000 euros de cotisations auprès de l'Urssaf doivent procéder au paiement de ces sommes par virement ou par tout autre moyen dématérialisé.

Le présent article vient préciser et compléter cette obligation.

Le **paragraphe I** modifie l'intitulé de la section 5 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale afin d'ajouter au terme « encaissement » la notion de « déclaration des cotisations ».

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 243-14 du code sur deux points :

- il précise que lorsque le montant des cotisations, contributions et taxes qui doivent être acquittées au titre d'une année dépasse 7 millions d'euros, **le mode de paiement dématérialisé est obligatoirement le virement bancaire.**

Il s'agit, par ce biais, d'accélérer l'encaissement effectif des sommes et donc d'optimiser la gestion de la trésorerie du régime général. En effet, le virement entraîne un encaissement immédiat, alors que le téléversement est encaissé à l'échéance.

Selon les chiffres fournis par l'Acoss, le seuil de 7 millions d'euros concernerait environ 2.500 entreprises pour 67 milliards d'euros, soit 56 % du

total des virements. Aujourd'hui, environ 925 d'entre elles utilisent le téléversement pour 14 milliards d'euros.

• il institue **une obligation des déclarations sociales par voie électronique** pour les entreprises qui acquittent un montant de cotisations, contributions et taxes au titre d'une année supérieur à 800.000 euros.

Le **paragraphe III** prévoit de **faire évoluer progressivement l'obligation de télédéclaration**. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2008, cette obligation s'appliquera aux entreprises redevables d'un montant de cotisations, contributions et taxes supérieur à 400.000 euros ; à compter du 1^{er} janvier 2009, cette obligation s'appliquera aux entreprises redevables de plus de 150.000 euros.

Le **paragraphe IV** prévoit **des mesures analogues pour la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)**. A cet effet, il insère un article L. 651-5-3 dans le code de la sécurité sociale qui impose aux sociétés et entreprises dont le chiffre d'affaires est supérieur à 5 millions d'euros d'effectuer leur déclaration et le paiement de cette contribution par voie électronique.

Cette double obligation est assortie de sanctions : si la déclaration ou le versement n'ont pas été effectués par voie électronique, une majoration de 0,2 % du montant de la C3S sera appliquée à la société ou l'entreprise redevable.

Le **paragraphe V**, en conséquence du précédent, effectue une **coordination** au sein de l'article L. 651-7 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe VI** modifie l'article L. 651-9 du même code par **coordination** avec le même paragraphe IV en précisant que le décret qui fixe les modalités de recouvrement de la C3S et des majorations de retard fixe également les règles applicables à la majoration de 0,2 %.

Le **paragraphe VII** prévoit que les dispositions des paragraphes IV, V et VI, relatifs à la C3S, seront applicables pour la première fois à la C3S due à compter du 1^{er} janvier 2007.

Le **paragraphe VIII** met en œuvre une **évolution progressive du dispositif**, la somme de 5 millions d'euros fixée au paragraphe IV devenant 1,5 million d'euros à compter du 1^{er} janvier 2008 et 760.000 euros à compter du 1^{er} janvier 2009.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement pour reporter l'application de l'obligation de télédéclaration portant sur les entreprises acquittant plus de 800.000 euros de cotisations du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2007. Ce **délai supplémentaire** doit permettre, le cas échéant, aux entreprises d'adapter leurs équipements informatiques.

III - La position de votre commission

Votre commission estime très utile que les mesures de télédéclaration et de télépaiement soient organisées dans un cadre clair et lisible. Même si une nette évolution a été observée dans le développement de ces procédures au cours des dernières années, il est important de poursuivre dans cette voie, de franchir une nouvelle étape et de permettre à l'Acoss d'améliorer encore ses performances dans la gestion de la trésorerie du régime général.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 30 bis

(art. L. 134-2 du code des juridictions financières, art. L. 154-1, L. 154-2 du code de la sécurité sociale, art. 723-7 du code du travail)

Réforme du mode d'approbation des comptes des organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article, introduit par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, tire les conséquences de la loi organique du 2 août 2005 et de l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 à l'égard du régime d'approbation des comptes des organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Jusqu'à présent, l'approbation des comptes des organismes de sécurité sociale était prononcée par l'autorité compétente de l'Etat sur avis du comité régional d'examen des comptes (Corec).

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et le décret n° 2005-1771 du 30 décembre 2005 relatif à la validation des comptes par l'agent comptable de la caisse nationale ont défini les conditions de validation des comptes des organismes de sécurité sociale de base par leurs organismes nationaux et les conditions de certification des comptes combinés des régimes et branches de sécurité sociale.

Aux termes de ce nouveau dispositif normatif, les comptes des organismes de sécurité sociale doivent désormais être établis et contrôlés selon un référentiel de validation pré-établi.

Parallèlement, la Cour des comptes a développé un réseau d'alerte lui permettant de mieux cibler les contrôles qu'elle exerce sur les organismes de sécurité sociale, soit directement, soit avec le concours des administrations de tutelle.

Dans ce contexte, le maintien de la procédure d'approbation des comptes par la tutelle, d'une part, et du contrôle préalable des comptes par les Corec, d'autre part, n'est plus justifié.

En conséquence, le **paragraphe I** abroge l'article L. 134-2 du code des juridictions financières qui dispose que les comptes annuels des organismes de sécurité sociale sont vérifiés, sous la surveillance de la Cour des comptes, par les comités régionaux ou départementaux d'examen des comptes.

Le **paragraphe II** supprime deux dispositions devenues sans objet :

- la dernière phrase de l'article L. 154-1 du code de la sécurité sociale, qui indique que les sanctions qui pourront être appliquées à la suite du contrôle de la Cour des comptes seront prévues par une loi ultérieure ;

- le dernier alinéa de l'article L. 154-2, selon lequel les frais du contrôle institué par l'article L. 154-1 sont supportés par le budget général.

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 723-7 du code rural afin de préciser que les budgets et comptes annuels des unions d'économie sociale, groupements d'intérêt économique et sociétés civiles immobilières dont une participation majoritaire est détenue par un organisme de mutualité sociale agricole ne seront plus soumis à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat mais à l'approbation de l'organisme de mutualité sociale détenant la participation majoritaire.

Le **paragraphe IV** prévoit une entrée en vigueur de l'article à partir du 1^{er} janvier 2008.

II - La position de votre commission

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

Article 30 ter

Aménagement du statut de la caisse de sécurité sociale de Mayotte

Objet : Cet article, introduit par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, aménage le statut de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

La caisse de sécurité sociale de Mayotte a été rattachée, pour sa gestion administrative puis pour ses dépenses d'intervention, aux caisses nationales (Cnam, Cnav et Acoass) par les ordonnances du 12 juillet 2004 et du 26 janvier 2005. Ces évolutions vers le droit commun, engagées en 2002 et souhaitées par la caisse de sécurité sociale de Mayotte, s'inscrivent dans le processus d'intégration progressive du régime applicable à Mayotte au régime général de sécurité sociale.

Depuis ces ordonnances, la caisse se trouve donc, sur le plan budgétaire, dans une situation proche du droit commun et reçoit des contributions des caisses nationales pour couvrir ses dépenses ou équilibrer ses risques (75 millions d'euros en 2006 pour le risque maladie).

Afin de parachever cette évolution, le **paragraphe II** de cet article prévoit de rattacher la caisse de Mayotte au circuit de trésorerie national géré par l'Acoass.

En conséquence, la caisse de Mayotte, à l'instar des autres caisses, n'aura plus besoin de disposer de réserves pour assurer sa trésorerie. C'est pourquoi cet article affecte au financement du régime maladie de Mayotte les réserves financières constituées par la caisse de sécurité sociale de Mayotte au titre des excédents des exercices antérieurs des régimes et actions autres que le risque vieillesse. L'affectation de ces réserves viendra en diminution de la contribution annuelle versée par la Cnam pour financer le régime maladie-maternité de Mayotte. Toutefois, une partie des réserves sera conservée pour financer le programme immobilier de la caisse de Mayotte.

Le **paragraphe I** corrige une erreur de référence.

II - La position de votre commission

Une mission de la commission des affaires sociales s'est rendue à Mayotte au mois de septembre 2005. En se penchant sur les divers problèmes sociaux de l'île, elle a pu observer l'évolution de la protection sociale à Mayotte et étudier les spécificités bien réelles de son régime d'assurance maladie-maternité. Elle a également constaté avec satisfaction qu'une caisse de sécurité sociale se met en place peu à peu, ainsi qu'un système de cotisations.

Votre commission se félicite qu'il soit prévu, grâce à cet article, de franchir une nouvelle étape dans le rapprochement du système mahorais avec le droit commun.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 31

**Habilitation pour 2007 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 2007.

I - Le dispositif proposé

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

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

(extraits du C du I)

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

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

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

Sept organismes sont habilités par cet article à recourir en 2007 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 2006.

Plafonds d'avance de trésorerie pour 2006 et 2007

(en millions d'euros)

	2006	2007
Régime général	18.500	28.000
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa)	7.100	7.100
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	550	350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)	150	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	300	200
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	475	500
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens (CRPRATP)	50	50

1°) Le régime général

Pour le régime général, le plafond des ressources non permanentes proposé pour 2007 s'élève à **28 milliards d'euros**. Ce plafond a beaucoup varié au cours des dernières années, ainsi que le montre le tableau ci-après.

Année	Plafond en milliards d'euros
2004	33
2005	13
2006	18,5
2007	28

La trésorerie des différentes branches du régime général, gérée par l'Acoss, s'opère via le compte unique de disponibilités courantes de l'Acoss auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

En 2006, la trésorerie du régime général a connu un solde négatif dès le 1^{er} janvier, ce qui a obligé l'Acoss à recourir aux avances de la Caisse des dépôts presque quotidiennement, **le nombre de jours négatifs s'étant élevé à 360**, au lieu de 206 en 2005. Le point le plus haut a été atteint le 7 février avec + 774 millions d'euros, tandis que le point le plus bas a été atteint le 2 octobre avec - 16,9 milliards d'euros. Ce point bas est intervenu à la veille de la reprise de 5,7 milliards de déficits de la branche maladie par la Cades. En fin d'année, le solde devrait s'établir à **- 14,4 milliards**.

En 2007, aucune reprise de déficit n'est envisagée, ce qui entraînera **un solde constamment négatif** de la trésorerie du régime général. Le profil de trésorerie envisagé, compte tenu des hypothèses du présent projet de loi de financement, est un solde moyen au cours de l'exercice de - 18,08 milliards

avec un point haut le 7 février à - 6 milliards et un point bas au 31 décembre à **- 27,8 milliards**.

Au regard de ces éléments, le plafond d'avances fixé par le présent article est de 28 milliards d'euros pour le régime général. Sa prévision reste extrêmement **dépendante des hypothèses du projet de loi**. Ainsi, une augmentation plus faible que prévue de la masse salariale aurait un impact sur les recettes du régime général. De même, un rythme de progression des dépenses d'assurance maladie supérieur aux anticipations augmenterait les besoins. Enfin, ces prévisions sont très sensibles aux aléas de calendrier, notamment en termes d'encaissements et de décaissements. Cela signifie que des retards de versement de l'Etat peuvent avoir un impact important sur la trésorerie de l'Acoss.

2°) Le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles

Pour le Ffipsa, le montant élevé du plafond demandé, soit **7,1 milliards d'euros**, au même niveau que le plafond demandé pour 2006, est justifié par la situation très dégradée des comptes. Le déficit prévu pour 2007 est en effet de 2,1 milliards.

Selon l'annexe 9 du présent projet de loi, la trésorerie 2007 du Ffipsa partirait d'un montant de - 3,88 milliards d'euros en début d'année pour atteindre au 31 décembre un solde de - 6,18 milliards.

Au regard de ces chiffres, le plafond de 7,1 milliards permet de laisser une **marge de sécurité** de 780 millions d'euros afin de prendre en compte les aléas liés à l'évolution des recettes, des dépenses et au rythme des encaissements.

3°) La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

En 2007, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) devrait dégager un solde positif, comme au cours des années précédentes. Pour couvrir ses charges de trésorerie, elle est habilitée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de **350 millions d'euros**, au lieu de 550 millions en 2006.

L'amélioration de la situation financière de la CNRACL justifie cette baisse du plafond. Quelques incertitudes pèsent néanmoins sur cette prévision liées notamment au transfert de certaines catégories d'agents de l'Etat à la fonction publique territoriale dans le cadre de la décentralisation et au comportement des collectivités en matière de versement des cotisations à la suite de la mise en place du règlement par virement bancaire.

4°) Le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat

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. Toutefois, en 2006, un plafond d'avance de 150 millions d'euros a été ouvert à titre de précaution, en raison des incertitudes pesant sur le nouveau système de gestion mis en place dans le cadre de la Lolf avec la création du compte d'affectation spéciale « Pensions ». La principale inconnue est celle du calendrier de versement des subventions.

Pour 2007, le dispositif de recouvrement des subventions n'étant pas encore arrêté, il est proposé de demander le même plafond d'avances, soit **150 millions d'euros**, ce qui correspond au montant d'une échéance de pension.

5°) La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) serait autorisée en 2007 à contracter des emprunts dans la limite de **200 millions d'euros**, au lieu de 300 millions en 2006.

En 2006, la CANSSM n'a pas eu besoin de recourir à des emprunts de trésorerie, une modification du calendrier de versement de la surcompensation vieillesse ayant permis à la caisse de rester excédentaire tout au long de l'année.

Pour 2007, le point bas de la trésorerie devrait atteindre - 130 millions en décembre. C'est pourquoi il est demandé un plafond d'avances de 200 millions. La **marge de sécurité** de 70 millions est justifiée par l'incertitude de la date de réalisation des ventes immobilières qui sont programmées à la fin de 2007.

6°) La Caisse nationale des industries électriques et gazières

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 affiche en principe un résultat net égal à zéro. Toutefois, afin de faire face au décalage entre les encaissements et les décaissements, la CNIEG est autorisée à contracter des emprunts. En 2006, leur plafond a été fixé à 475 millions d'euros. Pour 2007, le niveau d'avances demandé est de **500 millions d'euros**, compte tenu des incertitudes qui pèsent encore sur le profil de trésorerie de la caisse.

7°) La Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens

Le décret n° 2005-1635 du 26 décembre 2005 a instauré la Caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens dans le cadre de l'adossment prévu de ce régime spécial au régime général. Cette caisse reprend les obligations de la RATP en matière de prise en charge des pensions des personnels du régime spécial de la RATP. Toutefois, l'adossment ne sera effectif que lorsque les conventions entre la CRPRATP, la Cnav et l'Acoss auront été signées. A titre transitoire, l'Etat assure l'équilibre financier de la caisse par le versement de subventions.

En 2006, la caisse, qui a bénéficié des subventions de l'Etat, n'a pas eu recours à des emprunts de trésorerie, malgré le plafond de 50 millions fixé à titre prévisionnel dans la loi de financement pour 2006.

Pour 2007, il est proposé de retenir le même montant, soit **50 millions d'euros**, afin de permettre à la CRPRATP de faire face à ses obligations dans l'hypothèse de la mise en œuvre de l'adossment au régime général.

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 D'ASSURANCE MALADIE

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 32

(art. L. 323-6 du code de la sécurité sociale)

Définition par voie réglementaire des règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt de travail

Objet : Cet article vise à assouplir les règles applicables aux heures de sorties autorisées durant un arrêt de travail.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ont renforcé le contrôle des arrêts de travail et précisé les sanctions encourues par les assurés en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale.

L'intervention du législateur s'avérait d'autant plus nécessaire qu'au cours de la période 1999-2003, les prescriptions d'arrêts de travail ont connu une progression soutenue (en moyenne 9,2 % par an).

Dans ce contexte, le Sénat avait adopté un amendement, devenu l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, précisant que pour bénéficier du service de l'indemnité journalière, l'assuré doit observer les prescriptions du praticien, se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, s'abstenir de toute activité non autorisée et respecter les horaires de sorties autorisés par le praticien, qui ne peuvent excéder trois heures par jour.

Le renforcement des sanctions et l'action conjuguée de la Cnam et des médecins dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses ont permis de ramener le taux d'évolution de ces dépenses à 4 %- 5 % par an, soit une économie évaluée à 700 millions d'euros sur la période 2005-2007.

Le Gouvernement souhaite mettre à profit cette situation pour assouplir l'un des éléments de contrôle introduits en 2004, celui relatif à l'encadrement des heures de sorties.

La nouvelle rédaction du 3° de l'article L. 323-6 précité prévoit que dorénavant les autorisations de sortie fixées suivant des modalités prévues par un décret en Conseil d'Etat, les dispositions antérieures étant jugées, d'après l'exposé des motifs, « *trop contraignantes pour certaines pathologies (cancer dépression...) pour lesquelles les sorties font partie intégrante de la thérapie du patient* ».

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission rappelle très prosaïquement que la Cnam ne peut assurer sa mission de contrôle que si l'assuré est présent à son domicile. Or, élargir les horaires de sorties autorisés réduit *de facto* le temps durant lequel les médecins conseils peuvent assurer leur mission. Les effets de cette proposition sont paradoxaux à l'heure où l'assurance maladie renforce sa politique de lutte contre les fraudes et où le Gouvernement installe un comité national de lutte contre les fraudes à la sécurité sociale.

Votre commission reconnaît que pour certaines pathologies lourdes, le bénéfice moral et thérapeutique d'un élargissement des autorisations de sortie est réel. Elle considère toutefois que la rédaction proposée par le Gouvernement n'offre pas toutes les garanties nécessaires à la conciliation de la lutte contre les abus et à la prise en compte de l'intérêt des patients.

Consciente de la difficulté de définir une liste exhaustive des pathologies susceptibles de bénéficier d'une mesure d'assouplissement, elle propose un **amendement** afin de prévoir la consultation de la Haute Autorité de santé avant la publication du décret en Conseil d'Etat prévu par le présent texte.

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

Article 32 bis

(art. L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale)

**Situation des travailleurs frontaliers occupés en Suisse au regard de
l'assurance maladie obligatoire**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise les modalités d'application du droit d'option reconnu en matière d'assurance santé aux travailleurs frontaliers exerçant en Suisse.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale dispose que les travailleurs frontaliers résidant en France et exerçant leur activité professionnelle en Suisse sont soumis à la législation suisse en matière de sécurité sociale. Cette mesure a été introduite dans notre législation nationale en application de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu entre la Communauté européenne et la Confédération helvétique, le 21 juin 1999. Il est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002.

Toutefois, le Gouvernement français a accepté la reconnaissance d'un droit d'option pour ces travailleurs frontaliers. La possibilité de déroger aux règles prévues par le I de l'article L. 380-3-1 précité leur est reconnue sous réserve d'avoir souscrit un contrat d'assurance maladie auprès d'un assureur privé ou d'être affiliés au régime de sécurité sociale en France. Ce droit d'option n'est ouvert que durant la période transitoire de mise en œuvre de l'accord qui prend fin sept ans après sa date d'entrée en vigueur, soit le 31 mai 2009.

Le bénéfice de cette dérogation est refusé aux travailleurs frontaliers affiliés au régime général avant le 21 juin 1999.

La nouvelle rédaction du II de l'article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale proposée par l'Assemblée nationale vise à autoriser le maintien de ce droit d'option en cas de prolongation de la période transitoire pour une période de cinq ans supplémentaire, soit jusqu'au 1^{er} juin 2004.

Toutefois, seuls les travailleurs frontaliers ayant fait jouer leur droit d'option avant l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 pourront continuer à bénéficier de cette disposition.

II - La position de votre commission

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

Article 33

(art. L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale)

**Relèvement du plafond annuel de ressources ouvrant
droit au dispositif d'aide à l'acquisition
d'une complémentaire de santé**

Objet : Cet article procède au relèvement du plafond des ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en santé.

I - Le dispositif proposé

L'article 56 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie crée une nouvelle aide à la souscription d'une assurance maladie complémentaire pour les ménages dont les revenus se situent entre le plafond ouvrant le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et ce plafond majoré de 15 %.

Il s'agit d'une aide financière réservée aux contrats à adhésion individuelle, accordée sous conditions de ressources et variable selon l'âge des bénéficiaires. Cette couverture joue un rôle majeur dans l'accès aux soins primaires et permettra de réduire le nombre de ménages ne bénéficiant pas d'une couverture santé complémentaire ou de minorer la somme avancée par des ménages modestes déjà titulaires d'un contrat.

L'assuré bénéficie, de ce fait, d'un droit à déduction qui vient minorer le montant de la prime ou de la cotisation due à l'organisme de protection sociale complémentaire qu'il aura choisi.

Pour l'organisme complémentaire, l'aide prend la forme d'un crédit d'impôt sur la contribution due au fonds de financement de la CMU-C.

Selon les estimations établies par les pouvoirs publics et les services de l'assurance maladie obligatoire, environ deux millions de personnes sont susceptibles de recourir à ce nouveau dispositif, principalement des bénéficiaires de minima sociaux (allocation de solidarité spécifique, allocation supplémentaire vieillesse, allocation adultes handicapés, allocation de solidarité spécifique et allocation de parent isolé), auxquels s'ajoutent les personnes dont les ressources sont légèrement supérieures à ces minima.

Le financement de ce crédit d'impôt est à la charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le **paragraphe I** propose principalement de modifier les règles relatives au plafond de ressources ouvrant droit à ce crédit d'impôt.

Le **A** prévoit de compléter ou de modifier plusieurs intitulés du titre VI du Livre VIII du code de la sécurité sociale.

L'intitulé de ce titre devient « Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ».

Afin de clarifier le contenu de ce titre, le chapitre I « dispositions générales » sera désormais intitulé « Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé » et le chapitre II devient « Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ».

Le **B** modifie la rédaction du premier alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale afin d'élargir le bénéfice de ce dispositif aux personnes dont les ressources mensuelles sont comprises entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré **de 20 %**, et non plus 15 %.

Pourront ainsi bénéficier de cette aide les personnes dont le revenu mensuel est compris entre 587,16 euros et 704,59 euros (contre 675,23 euros actuellement) pour une personne seule ; entre 1.233 et 1.479,6 euros pour un couple avec deux enfants.

Cette mesure intervient un an après que le Gouvernement a procédé à une revalorisation du montant de l'aide versée¹.

Evolution du montant annuel de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé depuis sa création

Age	Montant en 2005	Montant en 2006	Progression
Moins de 25 ans	75 €	100 €	+ 33 %
De 25 à 59 ans	150 €	200 €	+ 33 %
A partir de 60 ans	250 €	400 €	+ 60 %

Le **C** complète la rédaction des articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale relatifs au crédit d'impôt et à la CMU-C. Afin de simplifier et d'harmoniser l'instruction des dossiers, il est proposé que le plafond de ressources du demandeur fasse désormais l'objet d'un « *arrondi à l'euro le plus proche* », « *la fraction d'euro égale à 0,50 [étant] comptée pour 1* ».

Le **paragraphe II** précise le calendrier d'application du dispositif prévu par le C du paragraphe I.

Les dispositions relatives au relèvement du plafond de ressources ouvrant droit au crédit d'impôt sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007.

Les nouvelles règles en matière de prise en compte des ressources des personnes ayant demandé à bénéficier de la CMUC, ou du crédit d'impôt, entreront en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2007, c'est-à-dire, comme le souligne l'exposé des motifs, à l'occasion « *de la prochaine revalorisation du plafond de ces deux dispositifs* ».

¹ Article 56 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à modifier le nom du dispositif mis en place sous l'appellation de « crédit d'impôt ». Elle a considéré que ce terme, même s'il correspond à une réalité juridique, n'est pas très approprié pour faire connaître aux bénéficiaires ce dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé. Elle a donc souhaité le dénommer « aide au paiement d'une assurance complémentaire santé ».

Elle a dans le même temps procédé à la renumérotation des paragraphes de cet article.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite des décisions successives prises par le Gouvernement de relever substantiellement le montant de l'aide, puis d'assouplir les conditions de ressources permettant d'être éligible à l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé.

Compte tenu de la nécessité grandissante de compléter la couverture offerte par le régime obligatoire par une assurance complémentaire, votre commission incite le Gouvernement à réaliser le plus rapidement possible une évaluation de ce dispositif qui ne bénéficie qu'à 226.000 personnes sur une population cible estimée à plus de deux millions, avant l'adoption des mesures contenues dans le présent article.

Elle s'étonne en effet de constater que seulement 10 % des bénéficiaires potentiels ont demandé l'ouverture de leurs droits. Elle s'interroge sur la visibilité du dispositif, mais également sur sa conception et son positionnement dans le système de protection sociale.

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

Article 34

(art. L. 4311-1 du code de la santé publique)

Possibilité pour les infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux

Objet : Cet article précise les conditions dans lesquelles les infirmiers peuvent prescrire des dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu dans son article 131 de conduire une expérimentation relative à des transferts de compétences entre professionnels de santé.

Cette disposition faisait suite aux conclusions du rapport du Professeur Yvon Berland, intitulé « *Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences* » et remis au ministre chargé de la santé.

Ce rapport considérait que l'évolution permanente des métiers de la santé, le progrès technique, les besoins en santé exprimés par la population, mais également les problèmes de démographie auxquels se trouve confronté le système sanitaire, rendent indispensables une réflexion sur l'articulation des compétences des différentes professions. Il recommandait d'explorer la voie d'une délégation des tâches.

Dans cet esprit, le Gouvernement propose de modifier la rédaction de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique afin de **reconnaître aux infirmiers le droit de prescrire des dispositifs médicaux à leurs patients**.

Cette proposition s'inscrit dans le cadre d'une évolution souhaitable des relations entre les médecins et les autres professionnels de santé pour l'enrichissement des tâches confiées à chacun.

Des dispositions en ce sens ont déjà été prises au cours des années écoulées. La loi du 4 mars 2004 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a reconnu un pouvoir de prescription aux masseurs-kinésithérapeutes : ils disposent désormais de la possibilité de prescrire, sous certaines conditions, des dispositifs médicaux.

De même, la loi du 9 août 2004 précitée a reconnu un pouvoir de prescription encadrée aux sages-femmes.

Le présent article propose d'accorder aux infirmiers la possibilité de prescrire à leurs patients « *lorsqu'ils agissent sur prescription médicale* » et « *sauf indication contraire du médecin* » certains dispositifs médicaux dont la liste sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté précisera également les cas dans lesquels le prescripteur devra informer le médecin traitant du patient.

L'exposé des motifs indique que cet arrêté sera publié après consultation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et de la Haute Autorité de santé (HAS).

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

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure qui contribue à la modernisation de la profession d'infirmier. Elle rappelle par ailleurs qu'une proposition de loi en cours d'adoption par le Parlement¹ propose la création d'une institution ordinaire spécifique à cette profession, ce qui est de nature à renforcer le respect des règles déontologiques et à créer les conditions propices à une réflexion sur l'évolution des tâches confiées aux infirmiers.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 35

(art. L. 162-16-5-1 et L. 162-17-2 nouveaux et L. 182-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 5121-12 du code de la santé publique)

Encadrement du prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation - Conditions dérogatoires de prise en charge pour certains médicaments, produits ou prestations

Objet : Cet article définit les conditions de détermination de l'indemnités versée au titre de l'utilisation des produits bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation et introduit une procédure dérogatoire pour la prise en charge de produits ou prestations spécifiques à destination des patients atteints d'une maladie rare et des assurés souffrant d'une affection de longue durée.

I - Le dispositif proposé

Avant d'être mis à la disposition des patients, les produits de santé doivent préalablement recevoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par l'agence sanitaire auprès de laquelle le dossier a été déposé, c'est-à-dire l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ou l'Agence européenne du médicament (EMA).

Cette procédure doit concilier deux impératifs : la rapidité d'accès au nouveau médicament, surtout s'il est innovant, et la sécurité.

¹ Proposition de loi n° 390 (2005-2006) portant création d'un ordre national des infirmiers.

A la demande des associations de malades du Sida, la France a mis en place, depuis 1994, une procédure dérogatoire, l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) qui permet, en l'absence d'alternative thérapeutique, d'administrer un médicament ne disposant pas d'AMM à un patient souffrant d'une pathologie grave.

En pratique, il existe deux catégories d'autorisation temporaire d'utilisation :

- l'ATU dite nominative qui est délivrée pour un seul malade nommément désigné, à la demande et sous la responsabilité du médecin prescripteur. En 2004, plus de 24.000 ATU nominatives ont été délivrées par l'Afssaps couvrant plus de 180 spécialités ;

- l'ATU dite de cohorte qui s'applique à un groupe de patients traités et surveillés suivant des critères définis dans un protocole d'utilisation thérapeutique et retranscrits dans un recueil d'informations. L'ATU de cohorte est délivrée à la demande du titulaire des droits d'exploitation, qui s'engage à déposer une demande d'AMM dans un délai fixé. La durée d'une ATU de cohorte est d'un an renouvelable. Depuis la création de ce dispositif, 80 ATU de cohorte ont été délivrées et elles ont quasiment toutes donné lieu à une AMM intervenue en moyenne deux ans après.

Contrairement aux médicaments disposant d'une AMM, aucune procédure législative n'était prévue pour fixer le tarif de ces produits.

En effet, à l'origine, les laboratoires faisaient don de ces produits et ce n'est que sous l'effet du nombre croissant de patients traités que cette règle a été remise en cause et qu'en l'absence de texte, les laboratoires pharmaceutiques et les établissements de santé ont déterminé des prix dans le cadre de procédures bilatérales. Or, il existe un déséquilibre dans la capacité de négociation des deux acteurs en présence, ce qui s'est traduit par la fixation de prix très élevés. Cette situation soulève deux types d'inconvénients : d'une part, le prix déterminé dans ces négociations a pu servir de référence pour la fixation du prix public une fois délivrée l'AMM du médicament, d'autre part, il est arrivé, dans certains cas, que la commission de la transparence juge l'amélioration du service médical du médicament mineure et considère qu'elle ne justifie pas le prix élevé pris en charge par la collectivité.

Le **paragraphe I** insère un article L. 162-16-5-1 nouveau dans le code de la sécurité sociale pour encadrer la fixation du montant des indemnités versées par les établissements de santé aux laboratoires exploitants pour bénéficier d'un médicament sous ATU.

Ainsi que le précise l'exposé des motifs, le laboratoire percevra « *une indemnité de mise à disposition plutôt qu'un prix, celui-ci ayant vocation à récompenser une innovation totalement démontrée ou validée.* »

Afin de s'assurer que le montant de cette indemnité sera fixé au juste prix, le laboratoire exploitant doit déclarer au comité économique des produits de santé (CEPS) le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame pour

distribuer le produit. Cette déclaration fait l'objet d'une publicité. Par ailleurs, le CEPS est informé annuellement du chiffre d'affaires perçu par chaque laboratoire au titre de ces spécialités.

La valorisation de cette indemnité est réexaminée à l'occasion de la détermination du prix du médicament au moment de son inscription sur la liste des produits remboursables. La loi précise que dorénavant, si ce prix est inférieur au montant de l'indemnité déclarée, le CEPS demande au laboratoire le reversement, sous forme de remise, de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité.

Le **paragraphe II** complète la rédaction de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique qui regroupe les obligations s'imposant aux laboratoires en matière d'information du ministre de la santé, afin de prendre en compte les nouvelles dispositions insérées dans le code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** insère un article L. 162-17-2 nouveau dans le code de la sécurité sociale pour introduire une procédure dérogatoire de prise en charge de certains produits pour lesquels, selon l'exposé des motifs, *« aucun laboratoire ne prendra l'initiative de conduire des études spécifiques pour attester de leur sécurité et de leur efficacité dans des indications hors AMM alors même que leur usage dans ces indications est bien établi par une longue pratique de prescriptions »*.

Ce dispositif, dont l'ambition est d'améliorer la prise en charge des patients souffrant d'une maladie rare ou d'une affection de longue durée, consiste à permettre, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, une prise en charge ou un remboursement des produits visés.

Le bénéfice de cette procédure sera ouvert aux spécialités, produits ou prestations figurant dans un avis ou une recommandation, relatifs à une catégorie de malades identifiée par la Haute Autorité de santé. La prise en charge est décidée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

L'arrêté ministériel peut fixer des conditions particulières de prise en charge et contraindre le fabricant à déposer, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché.

Le texte précise que ces spécialités, produits ou prestation, visés par l'arrêté ministériel ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient. Ils doivent être inscrits dans le protocole de soins qui définit les actes et prestations nécessités par l'état du patient. Le médecin conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'intérêt médical du maintien de la prescription. Si le produit dispose déjà d'une indication remboursable, il est remboursé dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux indications de prise en charge

Lorsque les spécialités, les produits ou prestations ne sont inscrits sur aucune des listes ouvrant droit au remboursement, le produit concerné peut alors être pris en charge dans les limites d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision de l'Uncam.

Enfin, pour s'assurer que le laboratoire respecte les éventuelles obligations fixées par l'arrêté de prise en charge, il est prévu que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, le comité économique des produits de santé fixe une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou de l'exploitant en cas de non-respect de l'obligation susvisée. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires annuels réalisé en France par l'entreprise concernée. Cette pénalité est reversée aux organismes de sécurité sociale.

Le **paragraphe IV** complète la rédaction de l'article L. 182-2 du code de la sécurité sociale afin de tenir compte des dispositions nouvelles introduites par cet article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre deux amendements corrigeant des erreurs matérielles, deux amendements rédactionnels et deux amendements de coordination, l'Assemblée nationale a adopté :

- un amendement prévoyant que tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur la base du prix déclaré au comité économique des produits de santé et celui qui aurait résulté de l'application du prix fixé par le CEPS une fois que le médicament a obtenu son autorisation de mise sur le marché sera reversée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) sous forme de remise ;

- un amendement visant à préciser la nature conventionnelle de ces remises ;

- un amendement précisant que ce sont les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui fixent le montant des bases forfaitaires de prise en charge ou de remboursement des produits visés à l'article L. 162-17-2 nouveau du code de la sécurité sociale, après avis de l'Uncam.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve la décision du Gouvernement d'encadrer le régime tarifaire des médicaments bénéficiant d'une ATU et se félicite des dispositions visant à favoriser la prise en charge des médicaments nécessaires pour le traitement des maladies rares.

En revanche, elle émet des réserves sur le choix de mettre en œuvre un dispositif unique à destination des patients souffrant d'une maladie rare et de ceux atteints d'une affection de longue durée, d'autant qu'il s'agit, dans le

premier cas, d'un groupe qui comporte quelques dizaines de milliers de personnes (560.000 personnes et 70.000 admissions annuelles) et, dans le second, d'un groupe qui comporte près de 10 millions d'assurés.

Elle considère indispensable de mettre en place une dérogation pour les personnes atteintes d'une maladie rare qui rencontrent des problèmes spécifiques et pour lesquelles les laboratoires semblent avoir peu d'intérêt à agir, mais ce régime dérogatoire lui semble peu justifié dans les cas des ALD non rares.

Elle s'interroge par ailleurs sur les risques financiers encourus par l'assurance maladie si le dispositif de dérogation s'avérait défaillant ou était l'objet d'une application extensive, comme cela peut être le cas avec les ordonnanciers bizona.

Enfin, elle vous propose de compléter cet article consacré à la prise en charge des produits de santé, par un **amendement** destiné à favoriser la promotion des médicaments génériques.

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

Article 36

*(art. L. 5121-9-1 nouveau et L. 5123-2 du code de la santé publique,
art. L. 162-16-5 du code la sécurité sociale)*

**Conditions d'autorisation de mise sur le marché
et de fixation du prix de certains médicaments autorisés
dans un autre Etat membre et non en France**

Objet : Cet article autorise l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à agréer, pour des raisons de santé publique, la mise sur le marché de médicaments déjà commercialisés dans un autre Etat membre de l'Union européenne.

I - Le dispositif proposé

Depuis le 1^{er} janvier 1995, la réglementation européenne reconnaît trois procédures de mise sur le marché des médicaments : la procédure dite centralisée, la reconnaissance mutuelle et la procédure nationale.

L'article 126 *bis* de la directive 2004/27/CE du 31 mars 2004 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain instaure une procédure dérogatoire qui permet aux Etats membres d'autoriser la vente d'un médicament en l'absence de demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM), sous réserve que ce produit soit autorisé dans un autre Etat membre et que cette décision soit motivée par des raisons de santé publique.

L'article 7 du projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament, en cours d'examen par le Parlement depuis le 28 juin 2006, organise la transposition de cette mesure dans notre droit national.

Souhaitant user de cette procédure dérogatoire sans retard, le Gouvernement a toutefois choisi d'insérer cette disposition dans le présent projet de loi de financement. L'adoption de cette mesure doit permettre de résoudre un problème spécifique, celui des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) accordée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) à certains médicaments non commercialisés en France. Ces ATU bénéficient à des patients atteints d'une pathologie grave, pour laquelle aucune alternative thérapeutique n'est disponible. Or, selon les informations transmises à votre commission, sur les 24.000 ATU nominatives délivrées chaque année en France, environ 8.000 portent sur des produits qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché dans un autre Etat membre de l'Union européenne.

L'adoption du présent article permettrait de réduire le nombre de demandes d'ATU instruites chaque année par l'Afssaps.

Le **paragraphe I** procède à la transposition en droit interne de l'article 126 *bis* de la directive précitée et insère à cet effet un article L. 5121-9-1 nouveau au sein du code de la santé publique.

Cet article donne la possibilité à l'Afssaps d'autoriser, pour des raisons de santé publique, la mise sur le marché d'un médicament agréé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord de l'Espace économique européen, sans que ce médicament fasse l'objet d'une demande d'AMM déposée en France.

Cette autorisation peut être délivrée « *pour une durée déterminée et renouvelée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat* ».

Par coordination, les **paragraphes II et III** modifient l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et L. 162-15-5 du code de la sécurité sociale afin de tenir des dispositions de l'article L. 5121-9-1 nouveau.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve cette mesure de simplification.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 36 bis

(art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)

Compétences de la Haute Autorité de santé

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise les compétences de la Haute Autorité de santé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'inscription au remboursement des actes des professionnels de santé libéraux est une compétence exercée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaires (Unocam). Il revient également à l'Uncam de fixer les tarifs des actes dans le respect des règles de hiérarchisation déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention nationale. Cette procédure a été définie par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Si l'intervention de la Haute Autorité de santé est pleinement justifiée en cas d'inscription d'un acte, de sa modification ou de sa radiation, elle paraît moins légitime lorsque la décision de l'Uncam ne porte que sur la hiérarchisation des actes. Il s'agit alors en effet d'une décision tarifaire qui ne relève pas du domaine de compétence de la HAS.

Cet article propose donc de modifier la rédaction de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale afin de préciser que l'avis de la HAS n'est pas requis en cas de modification de la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve la modification proposée par le présent article. Elle vous propose donc de lui apporter **deux amendements** visant à préciser les modalités et les missions de la Haute Autorité de santé.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 37

(art. L. 162-4-2-1 du code de la sécurité sociale)

Conditions de prise en charge des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, abusif ou de mésusage

Objet : Cet article modifie les conditions de prise en charge de certains traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné.

I - Le dispositif proposé

La loi du 13 août 2004 a inséré, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 162-4-2-1 qui définit les conditions dans lesquelles l'assurance maladie prend en charge les produits de substitution aux opiacés.

Cet article prévoit que la prise en charge des produits ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, est soumise à plusieurs obligations. L'assuré doit tout d'abord désigner un médecin traitant, puis se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par son médecin et le médecin conseil de la sécurité sociale, ainsi qu'aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse. Il doit également désigner le pharmacien qui sera chargé de délivrer la prescription.

Dans les faits, cette mesure n'a connu qu'une application limitée car l'arrêté devant établir la liste des médicaments concernés par ce dispositif n'a jamais été publié.

Le présent article procède à une réécriture globale de l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale.

Le champ du dispositif est élargi aux soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, d'une part, mais aussi d'un mésusage ou d'un usage abusif et non plus aux seuls produits de substitution des opiacés.

L'arrêté fixant la liste des produits visés par le dispositif sera pris par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

La prise en charge de ces produits est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer le nom du pharmacien qui sera chargé de délivrer la prescription. Elle n'est plus conditionnée à l'établissement d'un protocole de soins. Le dispositif n'est plus encadré par les règles du parcours de soins puisque la prescription n'est plus rédigée par le médecin traitant.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans le modifier.

II - La position de votre commission

Votre commission prend acte du choix fait par le Gouvernement de libéraliser le dispositif adopté en 2004. Elle souhaite qu'une véritable filière de soins spécifiques puisse être constituée pour prendre en charge ces populations à risques.

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

Article 38

(art. L. 165-8 nouveau du code de la sécurité sociale)

Renforcement de l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux auprès du grand public

Objet : Cet article renforce et encadre les règles de publicité relatives aux dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

Cet article insère un article L. 165-8 nouveau au sein du chapitre V (dispositifs médicaux à usage individuels) du titre VI (dispositions relatives aux prestations et aux soins - contrôle médical - tutelle aux prestations sociales) du Livre I^{er} (généralités) du code de la sécurité sociale.

Il a pour objet de combler un vide juridique puisque, contrairement à la publicité sur les médicaments qui fait l'objet d'un encadrement strict, les messages d'information relatifs aux dispositifs médicaux ne sont régis que par des règles partielles et hétérogènes.

Il précise donc que la publicité de ces produits auprès du public ne peut pas mentionner une éventuelle prise en charge par l'assurance maladie, ce qui ne s'oppose pas à ce que, sur le lieu de vente, le consommateur reçoive une information sur le prix du produit, ainsi que sur ses conditions de prise en charge.

Le non-respect de ces dispositions sera puni d'une amende de 37.500 euros dont le montant maximum peut être porté à 50 % des dépenses de la publicité constituant l'infraction.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose **d'amender** cet article afin de préciser que la publicité faite auprès du public ne peut mentionner que ces produits ou prestations peuvent être remboursés par l'assurance maladie obligatoire ou par les organismes complémentaires. Il s'agit d'éviter que la référence à une prise en charge complémentaire puisse indirectement entraîner une charge supplémentaire pour le régime obligatoire.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 39

*(art. L. 123-1, L. 132-1, L. 162-22-10, L. 174-1-1, L. 174-1
et L. 174-15-1 nouveau du code de la sécurité sociale,*

art. L. 314-6 du code de l'action sociale

et article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004)

**Dispositions diverses relatives à l'application
de la tarification à l'activité**

Objet : Cet article précise les modalités de mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé publics et privés et prévoit de nouvelles modalités de financement du service de santé des armées.

I - Le dispositif proposé

Cet article prend en compte les adaptations législatives considérées comme nécessaires pour poursuivre la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé et prévoit d'étendre ces modalités de financement au service de santé des armées.

Le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article L. 162-22-10 du code de la santé publique, qui fixe au 1^{er} mars la date d'effet des tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation (tarifs des groupes homogènes de séjour qui servent de base à la facturation des activités de médecine, chirurgie et obstétrique), des forfaits annuels qui rémunèrent les activités d'urgence, de transplantation ou de prélèvement et des coefficients géographiques (coefficient correcteur dont l'objet est de tenir compte de facteurs spécifiques qui modifient le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée).

Désormais, la date d'effet des dotations visées au 2^o du I de l'article L. 162-22-10 (c'est-à-dire les forfaits annuels), ainsi que celle des autres dotations versées dans le cadre de la T2A (dotation annuelle complémentaire, dotation annuelle de financement, financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ou Migac) est harmonisée au 1^{er} janvier.

Le **paragraphe II** retarde la date à laquelle les établissements de santé publics adresseront directement leur flux de facturation aux caisses locales d'assurance maladie. L'article 8 de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière avait déjà reporté une première fois cette disposition, sans préciser de nouveau calendrier. Cette décision était motivée par le manque de préparation des acteurs concernés et par la volonté du Gouvernement d'accorder une année de stabilisation aux établissements de santé après une année 2005 éprouvante.

Un nouveau calendrier de facturation directe aux caisses d'assurance maladie avait été évoqué. Le schéma retenu par le Gouvernement comportait trois étapes : facturation des consultations et actes externes dès la fin de l'année 2006, montée en charge progressive de la facturation et des liquidations des séjours effectués dans les centres hospitaliers universitaires en 2007, puis facturation et liquidation des séjours pour les autres établissements en 2008. Ce nouveau dispositif n'avait pas reçu de consécration législative.

La nouvelle rédaction de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 proposée par le présent article reporte au 31 décembre 2008 la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de facturation. Cette décision est justifiée par le fait que les systèmes d'information des établissements de santé et des caisses locales d'assurance maladie ne permettent pas encore d'assurer la transmission des éléments de facturation dans des conditions de sécurité acceptables. En effet, selon les informations recueillies par votre rapporteur, seule la moitié des établissements de santé serait en mesure de produire les flux de facturation dématérialisés.

Le Gouvernement propose également de repousser la définition des nouvelles modalités de calcul de la participation versée par l'assuré. Le calcul de cette prestation reste maintenu sur la base des tarifs journaliers de prestation fixés par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation au niveau de chaque établissement.

A terme, ce ticket modérateur de 20 % qui reste à la charge des assurés doit être calculé sur la base des nouveaux tarifs (tarifs des groupes homogènes de séjour ou GHS, qui sont les supports de la tarification à l'activité). Cependant, transférer en l'état la base de calcul du ticket modérateur de la TJP vers les GHS se traduirait par une perte de recettes ou un transfert de charges de l'assuré vers l'assurance maladie, du fait de la réduction des charges couvertes par les GHS par rapport aux tarifs journaliers de prestation. Cette différence s'explique par le fait que les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) sont déduites de la base servant de référence au calcul du ticket modérateur. Toutefois, le maintien de la situation actuelle, c'est-à-dire une participation fixée par les établissements avec l'accord de l'ARH, fait du tarif une variable d'ajustement des recettes de l'établissement. L'assuré court donc le risque que, pour équilibrer son état prévisionnel des recettes et des dépenses, un établissement soit tenté d'augmenter cette charge.

Le **paragraphe III** modifie les modalités de convergence propres au secteur privé. L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoyait que, durant une période de convergence comprise entre 2004 et 2012, les établissements privés factureraient les GHS et les autres prestations sur la base d'un tarif national affecté d'un « coefficient correcteur MCO », intégrant à la fois le caractère plus ou moins technique des actes pratiqués, la zone géographique de l'établissement et un coefficient de lissage de la transition dans le temps.

Les sommes produites par l'application de ce coefficient représentaient 200 millions en 2005.

Le présent article propose de supprimer progressivement ce coefficient en procédant à son intégration dans les tarifs facturés pour chaque GHS. Cet ajustement ne remet pas en cause la durée de la période de transition accordée aux établissements de santé privé : l'intégration sera étalée dans le temps, jusqu'en 2012, mais l'écart entre la valeur de ce coefficient et la valeur 1, c'est-à-dire la valeur cible retenue pour la convergence des cliniques, devra être réduit d'au moins 50 % en 2009.

Le **paragraphe IV** prévoit la suppression de la procédure d'agrément des conventions collectives de travail, conclues au niveau national, applicables aux établissements de santé. Seuls demeurent soumis à la procédure d'agrément les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette modification de la rédaction de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles a pour effet de supprimer toute opposabilité de ces conventions aux autorités qui déterminent les tarifs des prestations de médecine, chirurgie et obstétrique, pratiquées dans les établissements de santé signataires de ces conventions. Une telle disposition touche essentiellement les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH), dont les personnels sont régis par une convention collective du 31 octobre 1951 et des structures telles que la Croix rouge et les centres de lutte contre le cancer.

Les **paragraphes V et VI** complètent la rédaction des articles L. 121 et L. 224-5-3 du code de la sécurité sociale, afin que les conséquences financières des agréments accordés aux conventions collectives souscrites dans le cadre de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Uncanss) ne soient pas opposables à l'autorité chargée de la tarification lorsqu'elles concernent les établissements de santé gérés par les unions pour la gestion des établissements de l'assurance maladie (Ugecam).

Dans ce cas, comme dans le précédent (paragraphe IV), le Gouvernement considère que la mise en œuvre de nouvelles modalités de tarification assises sur l'activité des établissements de santé ne permet plus de garantir la prise en charge des accords salariaux conclus dans le cadre de ces conventions, comme cela était possible lorsque le financement des établissements était assuré par un budget global.

Les **paragraphes VII à IX** étendent aux hôpitaux du service de santé des armées les règles de tarification à l'activité appliquées aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé publics et privés.

La rédaction de l'article L. 174-1-1 du même code est modifiée afin de préciser que, désormais, seules les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'institution nationale des Invalides seront

financées par une dotation globale insérée dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu à cet article.

Une nouvelle rédaction de l'article L. 174-15 du même code est proposée afin de définir les conditions de mise en œuvre de la T2A au service de santé des armées pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Ces dépenses sont retracées au sein de l'objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique, prévu à l'article L. 162-22-9, commun aux établissements de santé publics et privés.

Enfin, il est inséré un article L. 174-15-1 nouveau dans le code de la sécurité sociale afin de préciser, dans le prolongement des dispositions de l'article L. 174-1-1, que les dépenses réalisées dans le cadre des activités de psychiatrie ou de soins de suite et de réadaptation sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Ces dispositions sont applicables à l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides qui continue à bénéficier d'un régime de financement dérogatoire pour ses activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre neuf amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements visant :

- à rendre mensuel, et non plus trimestriel, le rythme de transmission des données d'activité des établissements de santé vers les ARH, ainsi que les versements d'acompte effectués par l'Acoss ;

- à ne pas soumettre le service de santé des armées au même calendrier de montée en charge de la T2A que les établissements publics.

III - La position de votre commission

Votre commission ne peut que prendre acte des retards successifs qui nuisent à la généralisation de la télétransmission des flux de facturation entre les établissements de santé publics et les caisses locales d'assurance maladie. Elle regrette que le Gouvernement ne développe pas une action prioritaire de modernisation des systèmes d'information hospitaliers dans le cadre du plan hôpital 2007. Une telle mise à niveau semble pourtant indispensable afin de permettre les transmissions d'information budgétaires et comptables relatives à l'activité des établissements ; elle serait en outre fort utile pour faciliter la généralisation du dossier médical personnel.

Votre commission rappelle la pertinence des recommandations émises par la Cour des comptes, dans son rapport 2006 consacré à la sécurité sociale, sur la nécessité de faire évoluer l'actuel mode de calcul de la part laissée à la charge de l'assuré dans le secteur public, afin qu'elle soit désormais calculée sur la base des tarifs de prestations résultant de la T2A comme c'est déjà le cas dans le secteur privé.

Elle émet des réserves sur la volonté exprimée par le Gouvernement de supprimer le principe de l'opposabilité des conventions collectives du travail applicables aux établissements de santé. Elle estime que cette proposition ne devrait pas intervenir avant que les résultats de l'étude tendant à identifier les différentiels de coût du travail existant entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif ne soient connus.

Elle approuve la modification des modalités de financement des activités de soins du service de santé des armées.

Elle vous propose un **amendement** tendant à préciser que les mesures prévues au V et VI du présent article prennent effet au 1^{er} janvier 2008.

Enfin, soucieuse, à la suite des dépassements de l'Ondam hospitalier en 2004, 2005 et 2006, de mieux encadrer l'activité hospitalière, elle vous propose un **amendement** destiné à compléter les procédures de contrôle existantes en prévoyant, d'une part, la possibilité de sanctionner un établissement de santé qui fait obstacle à la préparation ou la réalisation d'un contrôle, d'autre part, la mise en œuvre d'un dispositif de reversement des sommes perçues lorsque les dépenses engagées en matière de transport sont supérieures aux objectifs prévus dans l'accord cadre conclu entre l'Etat, les établissements et l'assurance maladie.

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

Article 39 bis

(art. L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique)

Sanctions applicables en cas de dépassement des objectifs quantifiés prévus dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise les conditions dans lesquelles peuvent être appliquées les pénalités en cas de non-respect des objectifs quantifiés fixés dans le cadre des contrats pluriannuels conclus entre les agences régionales d'hospitalisation et les établissements de santé.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Les articles L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique précisent que les activités des établissements de santé sont encadrées par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les agences régionales d'hospitalisation et chaque établissement de santé public ou privé.

Cet encadrement de l'activité de soins prend la forme d'objectifs quantifiés inscrits dans chaque CPOM. Des pénalités sont applicables en cas de non-respect des engagements contractuels.

L'Assemblée nationale souhaite, à juste titre, que ces sanctions ne soient pas appliquées de manière automatique et aveugle. Pour ce faire, elle propose de préciser dans le texte des articles précités du code de la santé publique, que seuls les dépassements « substantiels » feront l'objet d'une pénalité.

II - La position de votre commission

Votre commission s'interroge sur la portée juridique de la modification introduite par l'Assemblée nationale. La loi parle du non-respect des objectifs : préciser que seuls les dépassements « substantiels » seront sanctionnés nuit à sa précision. Si des aménagements sont nécessaires afin de fluidifier la montée en charge de la tarification à l'activité ou de permettre l'adaptation des schémas régionaux d'organisation sanitaire, le ministre peut, ainsi qu'il l'a évoqué devant l'Assemblée nationale¹, publier un texte réglementaire précisant les conditions d'application des sanctions.

En conséquence votre commission vous propose la suppression du présent article.

Article 39 ter

(art. L. 2-21-3 nouveau du code de la sécurité sociale)

Création d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la création d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La question du suivi des dépenses hospitalières est au cœur des préoccupations du Parlement pour trois raisons : le poids des dépenses hospitalières au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), la nécessité d'évaluer les conditions de mise en œuvre des nouvelles modalités de financement des établissements de santé (T2A) et les éventuelles restructurations qui en découlent, le souci de mesurer la contribution des établissements de santé publics et privés à la maîtrise des dépenses de santé.

Or, malgré l'importance du secteur hospitalier dans le système de soins, le Parlement ne dispose que de peu d'informations sur le suivi des dépenses tout au long de l'année.

¹ *Journal officiel des débats, Assemblée nationale, 2^{ème} séance du jeudi 26 octobre 2006.*

La création du conseil de l'hospitalisation¹ chargé de contribuer « à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives au frais d'hospitalisation » n'a pas permis d'améliorer l'information du Parlement.

L'Assemblée nationale propose de franchir un pas supplémentaire avec la création d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée chargé, d'une part, de l'analyse des dépenses hospitalières, d'autre part, d'assister le Parlement dans le suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

II - La position de votre commission

La création d'un nouvel organisme est toujours accueillie avec réserve par de votre commission qui n'est pas favorable à la multiplication des structures. Toutefois, la création d'un observatoire économique de l'hospitalisation répond à un besoin, aujourd'hui non satisfait, de disposer d'une enceinte associant tous les acteurs du système hospitalier.

La formule retenue par l'Assemblée nationale soulève toutefois plusieurs difficultés.

D'abord, les compétences de ce nouvel organisme empiètent en partie sur les prérogatives du conseil de l'hospitalisation.

Ensuite, la Cour des comptes a déjà pour mission d'assister le Parlement dans le suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale. En mai 2006, elle a ainsi remis aux commissions compétentes de chaque assemblée une enquête sur la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de santé publics et privés ; votre commission lui a également confié une étude sur l'évaluation des outils de contrôle de gestion dans les établissements de santé dont les analyses lui seront prochainement remises. Il est par ailleurs singulier de confier à un organisme placé sous l'autorité des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale la mission d'assister le Parlement dans le suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Enfin, la composition de cet observatoire laisse votre commission perplexe. Si la représentation des services de l'Etat et des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés est bien prévue, il n'en est pas de même pour les organismes nationaux d'assurance maladie.

Pour ces motifs, votre commission vous propose **trois amendements** visant à préciser :

¹ Article 45 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

- que cet observatoire est créé pour une période de deux ans, à l'issue de laquelle une évaluation sera réalisée afin de juger de l'opportunité de le voir poursuivre son activité ou de le fusionner avec le conseil de l'hospitalisation ;

- que cet observatoire n'a pas pour mission d'assister le Parlement dans le suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mais de l'informer par la remise d'un rapport trimestriel ;

- que les organismes nationaux d'assurance maladie y seront représentés.

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

Article 39 quater

(art. L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale)

Fixation des tarifs des activités de soins de santé ou de réadaptation et des activités de psychiatrie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ajuste les modalités de régulation des tarifs fixés pour les activités de soins de suite et réadaptation, et les activités de psychiatrie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Jusqu'à cette année, la modification des tarifs de soins de suite et réadaptation et des activités psychiatriques ne pouvait intervenir que sur la base des données de l'année antérieure ou du premier trimestre en cours.

L'Assemblée nationale propose de modifier la rédaction de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale afin de permettre d'actionner cette régulation sur la base des données collectées tout au long de l'année.

II - La position de votre commission

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

*Article 39 quinquies
(articles 89 et 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986
portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière)*

**Compétences de l'établissement public chargé de la gestion
des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
et des praticiens hospitaliers**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise les modalités de fonctionnement du centre national de gestion de la fonction publique hospitalière.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a modifié la rédaction de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière afin de préciser certains éléments relatifs au centre national de gestion, établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Cet établissement a été créé par l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière. Ses compétences ne sont pas encore connues.

Le **paragraphe I** précise les catégories de personnels dont ce centre assure la gestion, c'est-à-dire les personnels de direction et les praticiens hospitaliers.

Il énumère les ressources financières de cet établissement public qui seront constituées par :

- des subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'Etat ;
- une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- une contribution annuelle versée par les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux. L'assiette de la contribution est assise sur la masse salariale des personnels employés par chaque établissement au 31 décembre de l'année.

Il présente les catégories de personnels susceptibles d'être employés par le centre de gestion ; y figurent les fonctionnaires de l'Etat, de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique territoriale. L'établissement pourra également recourir à des contrats à durée indéterminée.

Le **paragraphe II** complète la rédaction de l'article 89 de la loi n° 86-33 précitée afin de préciser que les personnels de direction placés en position de congé spécial sont rémunérés par le centre de gestion.

Le **paragraphe III** prévoit des conditions transitoires de rémunération des conseillers généraux des établissements de santé dans l'attente de leur rattachement au centre national de gestion. Durant cette période, leur traitement sera pris en charge par les établissements de santé auprès desquels le ministre les aura affectés.

II - La position de votre commission

Votre commission s'étonne des conditions qui président à la création d'un centre national chargé de la gestion des agents de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers. Le Gouvernement a obtenu une habilitation délivrée par l'article 73 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit. Aujourd'hui, seuls deux articles de l'ordonnance n° 2005-1112, prise sur la base de cette habilitation, font mention du centre de gestion sans en définir précisément les compétences.

Par ailleurs, le Sénat sera amené à examiner prochainement un projet de loi de modernisation de la fonction publique au sein duquel les dispositions relatives à ce centre de gestion auraient naturellement trouvé leur place. Votre commission s'interroge donc sur les raisons qui conduisent le Gouvernement à faire figurer ces dispositions partielles dans le présent texte.

Toutefois, dès lors qu'elle n'en conteste pas le fond, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 39 sexies

(art. L. 6122-19 et L. 6412-1 du code de la santé publique)

Extension de la T2A aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, autorise le Gouvernement à expérimenter de nouveaux modes de financement pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Lors de l'adoption des dispositions relatives à la mise en œuvre des nouvelles modalités de financement des activités de médecine, chirurgie obstétrique (MCO) dans les établissements de santé, le Gouvernement avait fait part de son souhait d'étendre, à court terme, le principe du financement à l'activité aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR). C'est à quoi procède le présent article.

Le **paragraphe I** autorise le Gouvernement à expérimenter de nouveaux modes de financement pour les activités de psychiatrie et de SSR pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2007.

Le **paragraphe II** supprime l'article L. 6122-19 du code de la santé publique qui autorisait le même type d'expérimentation pour les activités (MCO) dans les établissements de santé à compter du 1^{er} janvier 2000, et donc désormais caduc après avoir été effectivement appliqué.

La rédaction de l'article L. 6412-1 du même code est modifiée pour tenir compte de cette suppression.

II - La position de votre commission

A l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, votre commission avait appelé de ses vœux une modification prochaine des modalités de financement des activités de psychiatrie et de SSR.

Elle souhaite que l'expérimentation envisagée fasse l'objet de travaux préparatoires complets afin qu'elle puisse être conduite dans de bonnes conditions.

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

Article 40

(art. L. 6152-4 du code de la santé publique)

Possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés

Objet : Cet article élargit les cas dans lesquels les hôpitaux locaux sont autorisés à recruter des médecins salariés.

I - Le dispositif proposé

Les hôpitaux locaux sont des établissements de proximité délivrant des soins de courte durée en médecine. Ils peuvent assurer le traitement des affections graves pendant leur phase aiguë en chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

En conséquence, le personnel de ces établissements n'est pas composé de praticiens hospitaliers visés aux 1^o et 2^o de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, mais de médecins libéraux qui assurent des vacations au sein de ces établissements. Toutefois, ces établissements emploient des praticiens hospitaliers lorsqu'ils assurent des soins de suite ou de réadaptation ou des soins de longue durée nécessitant un hébergement.

Le présent article modifie la rédaction de l'article L. 6152-4 du code de la santé publique, afin d'élargir les possibilités offertes aux hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés.

Désormais, lorsque les médecins libéraux seront en nombre insuffisant pour assurer les soins de courte durée, les établissements pourront recruter des médecins salariés.

Ce dispositif illustre la volonté du Gouvernement de renforcer la médicalisation des hôpitaux locaux et de conforter l'attractivité des zones qu'ils desservent en maintenant leurs activités.

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 40 bis

(art. L. 1511-8 du code général des collectivités locales)

Aide à l'installation des médecins

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre à tous les étudiants, titulaires du concours de médecine et inscrits en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, le dispositif d'indemnité d'étude et de projet professionnel.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Une aide visant à favoriser l'installation de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins a été mise en place par la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. Elle concerne aujourd'hui les seuls étudiants en médecine et n'est prévue qu'à partir de la première année du troisième cycle.

Au regard de l'évolution prévisible de la démographie médicale et dans la perspective du vieillissement de la population, il paraît essentiel de rendre ce dispositif d'aide plus attractif, en incitant les étudiants en médecine à travailler dans des zones déficitaires dès le début de leurs études. De surcroît, on constate que l'aide actuellement proposée par les collectivités n'a pas forcément l'effet de levier escompté, dans la mesure où les étudiants de troisième cycle disposent déjà d'une rémunération.

En outre, et compte tenu des difficultés que rencontrent déjà de nombreux territoires - le Nord de la France et les territoires ruraux ou de montagne, notamment – pour attirer des médecins spécialistes, il serait opportun d'élargir cette mesure aux chirurgiens dentistes. En effet, dans un rapport de novembre 2002, la mission « démographie des professionnels de santé » soulignait déjà le déséquilibre observé entre le Nord et le Sud de la France et annonçait une très importante phase de départs à la retraite à compter de 2009.

De façon générale, cet article doit permettre d'anticiper ces évolutions en favorisant l'installation de professionnels de santé dans les zones rurales et ainsi de garantir à tous un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

II - La position de votre commission

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

Article 41

(art. L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique)

Conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne

Objet : Cet article adapte la procédure relative à l'autorisation d'exercice des professions de médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste et sage-femme pour les personnes détentrices d'un diplôme extra-communautaire. Il comprend également des régimes dérogatoires visant à traiter la situation spécifique des professionnels de santé à diplôme extra-communautaire dont la présence dans les hôpitaux français est antérieure au 10 juin 2004.

I - Le dispositif proposé

a) Le contexte

En application de l'article L. 4111-1 du code de la santé publique, l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme en France est soumis au respect de trois conditions cumulatives :

- être titulaire d'un titre délivré par la France ou un état de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ;
- posséder la nationalité française ou celle d'un état de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ;
- être inscrit au tableau de son ordre professionnel.

Les mêmes conditions sont fixées par l'article L. 4221-1 du code de la santé publique pour les pharmaciens.

En conséquence, les personnes, françaises ou étrangères, ayant obtenu un titre délivré par un Etat situé hors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, ne peuvent pas en principe exercer la médecine (ou une autre profession de santé) en France. Il en est de même pour les ressortissants de pays situés hors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, même lorsque ces personnes sont titulaires d'un titre français ou délivré par un pays européen.

En ce qui concerne les médecins, les hôpitaux français emploient toutefois un certain nombre de professionnels à diplôme extra-communautaire, sous des statuts divers qui ont en commun le fait que les intéressés exercent leurs fonctions en étant placés sous la responsabilité d'un médecin lui-même habilité à exercer la médecine en France.

Selon une enquête diligentée au début de 2005, **sur des bases déclaratives**, par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) du ministère de la santé, et reproduite par la Cour des comptes¹, dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), les médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne participant à l'activité sous la responsabilité d'un médecin et déclarés par les établissements ayant répondu à l'enquête étaient au nombre de 6.750.

La répartition par statut montre que 48 % des médecins avaient le statut de « faisant fonction d'interne » préparant une attestation de formation spécialisée (AFS) ou une attestation de formation spécialisée approfondie (Afsa)², 28 % celui de praticien attaché associé et 15 % celui d'assistant associé. Les 9 % restant, classés en « autres », exerçaient irrégulièrement ou sur des postes non agréés.

Une analyse sur plusieurs années montre que cette population des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) tend à se développer.

Les étudiants « FFI » suivant des formations d'AFS ou d'Afsa doivent en principe retourner dans leur pays après ces formations, mais, comme le note la Cour des comptes dans son rapport précité sur les personnels des établissements de santé,³ *« leur attestation de formation est renouvelée année après année, moyennant des pratiques de faux redoublements ou d'inscriptions successives dans différentes disciplines. Le nombre de « faisant*

¹ Rapport public thématique - « Les personnels des établissements publics de santé » - Mai 2006 - Pages 96-97.

² *AFS* : attestation de formation spécialisée sur deux ans. Elle s'adresse à des étudiants étrangers en cours de spécialité commencée dans leur pays d'origine, poursuivie pendant deux ans en France et terminée dans leur pays.

Afsa : attestation de formation spécialisée d'un an. Elle s'adresse à des étudiants déjà spécialistes dans leur pays ; c'est un enseignement complémentaire de perfectionnement dans leur spécialité.

³ Page 96.

fonctions d'interne » a très fortement augmenté au cours des dix dernières années, passant de 765 en 1994 à 4.009 en 2004, soit une hausse de 424 %, selon les données du ministère de l'éducation nationale ».

Le sujet est d'autant plus aigu, comme l'a souligné l'actualité récente, que le recours accru aux « faisant fonction d'interne » s'accompagne d'irrégularités relevées notamment par la Cour des comptes qui indique que « dans les établissements confrontés à des pénuries, les « *faisant fonctions d'interne* » occupent des postes d'assistant, voire de praticien, tout en ayant la rémunération correspondant à leur statut, soit un montant mensuel net de 1.365 euros auquel s'ajoutent les indemnités de permanence des soins (113 euros par garde effectuée) ».

S'agissant ensuite des catégories des **praticiens attachés associés et des assistants associés**, leur nombre (près de 3.000) apparaît toujours relativement élevé, en dépit de l'interdiction de nouveaux recrutements instituée en 1999 et de la mise en place de procédures qui auraient dû leur permettre de basculer dans des régimes plus favorables leur autorisant le plein exercice de la médecine en France.

L'existence d'un stock croissant de professionnels de santé à diplôme extra-communautaire exerçant en milieu hospitalier, dont certains ne souhaitent pas revenir dans leur pays d'origine, voire possèdent la nationalité française et sont donc appelés à rester, crée ainsi, depuis plusieurs années, une forte pression en faveur d'un assouplissement de la législation relative à l'accès au plein exercice de leur profession pour ces professionnels en France.

Depuis le début des années 1970, trois lois successives ont fixé un cadre pour l'obtention, par les professionnels titulaires d'un titre délivré hors Union européenne, de la capacité d'exercice, pleine ou restreinte, de leur activité en France.

- La procédure instituée par **la loi du 13 juillet 1972** concernait l'ensemble des médecins à diplôme non européen, hospitaliers ou libéraux. Elle a permis, jusqu'en 2003, aux personnes concernées d'obtenir le droit au plein exercice de la médecine en France après réussite à un examen de contrôle des connaissances (le certificat de synthèse clinique et thérapeutique – CSCT) puis étude de leur dossier par une commission. La délivrance des autorisations d'exercice était toutefois soumise à un quota fixé par cette commission. En d'autres termes, un médecin pouvait avoir réussi le CSCT, qui est un examen, sans obtenir ensuite l'autorisation d'exercer, en raison de l'application du régime de quotas.

Entre 1974, année de la mise en place de la procédure, et 2003, le ministère de la Santé a instruit 28.138 dossiers de candidatures aux épreuves de contrôle des connaissances. 4.964 autorisations d'exercice ont été délivrées, soit une moyenne de 171 par an¹.

¹ Ces données et celles qui suivent sont reprises du rapport précité de la Cour des comptes relatif aux personnels des établissements publics de santé. Pages 92-94.

- **La loi du 4 février 1995** a prévu que les médecins hospitaliers en situation précaire, exerçant à l'hôpital en qualité d'étudiant « faisant fonction d'interne », d'attaché associé ou d'assistant associé, pouvaient présenter des épreuves d'aptitude leur permettant d'accéder au statut de « praticien adjoint contractuel » (PAC). Ce statut octroyait une autorisation d'exercice restreinte, sous l'autorité du chef de service et seulement dans l'établissement désigné dans l'arrêté de nomination.

- Enfin, l'article 60 de **la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999** portant création d'une couverture maladie universelle a procédé à une refonte du texte de 1972, tout en offrant des passerelles spécifiques d'accès au plein exercice de la profession de médecin pour les PAC.

- En premier lieu, le champ de validité de l'autorisation d'exercice de la médecine a été étendu pour les PAC à l'ensemble des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier. Cependant, la loi prévoyait que les intéressés devaient avoir satisfait à des épreuves nationales d'aptitude organisées avant le 31 décembre 2001. La procédure des PAC a donc été mise en extinction progressive à partir de cette date.

Du 15 octobre 1999 au 30 mai 2005, 3.055 autorisations d'exercice ont été délivrées dans ce cadre.

- En deuxième lieu, la loi CMU de 1999 a créé une voie permettant d'accéder directement au plein exercice de la médecine en France, sans passer par l'étape du concours ou de l'examen, pour deux catégories de PAC : ceux justifiant de trois ans d'activité en qualité de PAC et ceux, ne remplissant pas cette condition de durée, mais justifiant par ailleurs de six ans de fonctions hospitalières rémunérées dans les hôpitaux français.

Du 18 mars 2000 au 30 mai 2005, 4.291 médecins ont bénéficié de cette disposition. Ils ont la possibilité d'exercer en médecine libérale de ville, en qualité de généraliste, puis de spécialiste s'ils obtiennent la qualification délivrée par le conseil de l'ordre des médecins.

Cette catégorie de PAC s'est également vu reconnaître la possibilité de présenter le concours de praticien hospitalier.

La Cour des comptes, dans son rapport précité, relève que la part des PAC dans le total des médecins reçus aux concours de praticiens hospitaliers a atteint des niveaux élevés avec une moyenne d'un tiers des reçus aux concours organisés de 2000 à 2002. Dans certaines disciplines connaissant des vacances de postes massives, elle a, en 2002, atteint ou dépassé les trois quarts : 75 % en chirurgie (296 PAC sur 392 admis) et 77 % en radiologie (91 PAC sur 117 admis).

- Après avoir offert cet éventail de possibilités d'accession à un exercice restreint ou plein de la médecine aux PAC, l'article 60 de la loi CMU de 1999 a, en troisième lieu, interdit aux hôpitaux pour l'avenir le recrutement de médecins à diplôme non européen dans les conditions antérieures, sauf pour

les médecins justifiant avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant la publication de la loi. Cette mesure implique que les étudiants travaillant en qualité de FFI et suivant les formations d'AFS sur deux ans ou d'Afsa sur un an retournent effectivement dans leur pays après ces formations.

La situation actuelle demeure cependant caractérisée, on l'a vu en introduction, par le nombre croissant des FFI sous statut d'AFS/Afsa ainsi que par la présence dans les hôpitaux français d'encore près de 3.000 praticiens attachés associés ou assistants associés qui n'ont pas la plénitude d'exercice, soit parce qu'ils ont échoué à toutes les procédures antérieures (PAC, CSCT), soit parce qu'ils ne s'y sont pas soumis¹.

• Enfin, en quatrième et dernier lieu, la loi de 1999 a institué une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice pour les diplômés extra-communautaires (NPA), se substituant à la procédure de la loi de 1972.

Le décret d'application correspondant (décret n° 2004-508 du 8 juin 2004) n'a toutefois été publié que le 10 juin 2004 au Journal officiel.

La nouvelle procédure permet désormais aux candidats ayant réussi un concours avec épreuve de vérification des connaissances, qui se substitue au CSCT, d'être recrutés à temps plein en qualité d'assistant associé, puis d'obtenir, au terme d'un délai de trois ans d'exercice des fonctions hospitalières, l'autorisation d'exercice de leur profession en France. Cette autorisation est délivrée par arrêté ministériel pris après avis d'une commission d'autorisation d'exercice compétente comprenant des représentants de l'administration et des représentants des ordres professionnels et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes.

L'organisation des commissions d'autorisation d'exercice relève du ministre de la Santé, leur présidence étant assurée par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant.

Lors de la première session de concours, qui s'est déroulée en mars 2005, 3.800 candidats se sont présentés, dont les deux tiers étaient déjà en poste à l'hôpital. 183 postes sur les 200 ouverts dans seize spécialités ont été pourvus. Pour la deuxième session, organisée en mars 2006, plus de 6.000 candidats se sont présentés pour 599 postes proposés dans quarante spécialités.

Dans ce contexte d'accroissement de la population des Padhue et de faibles quotas, le présent article rouvre deux voies subsidiaires et transitoires d'accès au plein exercice des professions médicales et pharmaceutiques en France destinées à l'ensemble des professionnels à diplôme extra-communautaire déjà présents à la date d'entrée en vigueur effective de

¹ Soit encore, parce que leur dossier a été rejeté par la commission des recours qui permettait aux praticiens ayant échoué au CSCT ainsi qu'à l'examen de PAC et ayant dix ans de fonctions hospitalières, d'avoir un nouvel examen de leur dossier. 175 praticiens ont obtenu l'autorisation d'exercice par cette voie.

l'article 60 de la loi CMU, c'est-à-dire avant le 10 juin 2004 (**paragraphe IV**). Parallèlement, il apporte quelques retouches à la NPA en vigueur depuis cette date (**paragraphe I à III**).

b) La mise en place de procédures de traitement destinées aux professionnels en fonction avant le 10 juin 2004 (paragraphe IV)

Deux procédures distinctes concernant deux types de destinataires différents, sont prévues :

● **Le deuxième alinéa du paragraphe IV** dispose que les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la loi **sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances de la NPA**.

Ce dispositif vise les praticiens qui avaient satisfait aux épreuves écrites et orales du CSCT (dont la dernière session a eu lieu en 2001), mais n'ont pas obtenu depuis l'autorisation d'exercer du fait du quota de postes.

Comme on le verra plus loin, la NPA est modifiée avec une remontée en amont des quotas : ceux-ci ne seront plus dorénavant fixés au niveau de l'autorisation d'exercice, mais ne subsisteront qu'à celui du nombre de places mises au concours. Cette nouvelle règle, combinée avec le dispositif du deuxième alinéa du paragraphe IV, doit conduire à conférer le droit de plein exercice de la médecine en France à l'intégralité de la population visée, soit environ 200 personnes¹.

L'obligation de justifier de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la loi vise simplement à écarter les personnes qui auraient quitté la France.

Les praticiens concernés se présenteront donc directement devant la commission d'autorisation d'exercice qui, pour rendre son avis, examinera les conditions de durée et surtout, s'agissant des médecins, de pertinence des fonctions hospitalières par rapport à la spécialité dans laquelle ils demandent à être autorisés.

La rédaction retenue écarte volontairement tous autres titres que le CSCT, notamment les diplômes interuniversitaires de spécialisation (DIS) ainsi que les CSCT acquis dans le cadre de conventions interuniversitaires avec certains pays francophones, qui n'ont pas la même portée qualifiante que le CSCT français.

Ce choix est justifié par le constat que seul le CSCT garantit que le praticien possède un niveau équivalent à la fin d'un deuxième cycle des études médicales en France, ce qui n'est le cas ni des titulaires de DIS, ni des titulaires de CSCT passés dans le cadre conventionnel.

¹ *Données du Conseil national de l'ordre des médecins. Rapport adopté le 28 avril 2006, p. 4.*

De surcroît, comme l'a rappelé le ministre de la santé, devant l'Assemblée nationale, les intéressés venus compléter leur formation en France n'avaient en principe pas vocation à y rester.

• Par ailleurs, le **premier alinéa du paragraphe IV** précise que le quota de places mises au concours dans le cadre de la NPA n'est pas opposable aux praticiens :

- ayant exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004, c'est-à-dire avant la date d'entrée en vigueur de la NPA, dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, y compris les centres de lutte contre le cancer ;

- totalisant trois ans de fonctions ;

- et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la loi.

En d'autres termes, pour l'ensemble des praticiens en place à la date d'entrée en vigueur de la NPA, quel que soit leur statut (étudiants FFI, praticiens attachés associés ou assistants associés, à l'exception de ceux qui avaient réussi le CSCT), le concours est transformé en un simple examen.

Conformément au droit commun fixé par la NPA, les candidats pourront présenter cet examen deux fois.

D'après les informations fournies par le Gouvernement à votre commission, une première session serait ouverte en 2007 pour les praticiens recrutés avant l'entrée en vigueur de la loi CMU de 1999 ; une autre vague interviendrait en 2008 pour les candidats recrutés entre la date d'entrée en vigueur de la loi de 1999 et le 31 décembre 2001 ; enfin, une dernière série d'examens serait lancée en 2009 pour les candidats recrutés entre le 1er janvier 2002 et le 9 juin 2004. Ce calendrier figurera dans le décret d'application.

Au 31 décembre 2011, l'ensemble des candidats potentiels auront été en mesure de présenter l'examen deux fois.

Ce dispositif est complété par le **troisième alinéa du paragraphe IV** qui autorise les praticiens attachés associés et les assistants associés à poursuivre leurs fonctions jusqu'à épuisement de leurs droits à se présenter aux examens et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011. Cette précision est en fait nécessaire pour les praticiens recrutés entre 1999 et 2004, en infraction avec l'interdiction de recrutement fixée au sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi CMU.

A l'issue de l'adoption de ce dispositif, la situation des Padhue serait la suivante :

● **PRATICIENS ARRIVÉS DEPUIS LE 10 JUIN 2004 :**

- Concours NPA (jusqu'à deux passages) ;
- Trois ans en établissement public de santé avec évaluation des pratiques ;
- Commission d'autorisation d'exercice.

● **PRATICIENS ARRIVÉS AVANT LE 10 JUIN 2004 (HORS TITULAIRES DU CSCT) totalisant trois ans de fonction et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la loi :**

- Examen NPA (jusqu'à deux passages) ;
- Dispense de fonctions hospitalières pour ceux qui peuvent justifier les avoir réalisées préalablement ;
- Commission d'autorisation d'exercice.

● **PRATICIENS ARRIVÉS AVANT LE 10 JUIN 2004 TITULAIRES DU CSCT justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la loi :**

- Passage direct devant la commission d'autorisation d'exercice.

c) Les modifications apportées à la nouvelle procédure d'autorisation d'exercer (NPA – paragraphes I à III)

La nouvelle procédure d'autorisation d'exercer (NPA), issue de la loi CMU, a été mise en œuvre par le décret n° 2004-508 du 8 juin 2004. Elle concerne les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme extra-communautaire les autorisant à exercer, dans le pays d'obtention, les professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien.

Elle se déroule schématiquement en trois phases :

- dans un premier temps, les candidats doivent avoir été classés en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances organisées par discipline ou spécialité ;

- dans un deuxième temps, les intéressés effectuent trois ans de fonctions hospitalières dans des services agréés, avec évaluation du chef de service ;

- enfin, les candidats passent devant les commissions d'autorisation d'exercice compétentes placées sous l'autorité du ministre de la santé, chargées de lui donner un avis, en vue de l'autorisation d'exercice (la composition de la commission est mixte et associe le ministère de la santé et les ordres ou organisations professionnels).

Un quota de candidats est fixé, par arrêté du ministre de la santé, en accord avec la commission, au niveau de l'autorisation d'exercice pour chaque profession et, en ce qui concerne les médecins, pour chaque discipline ou spécialité.

Ce quota n'est toutefois pas applicable aux candidats réfugiés politiques, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial ainsi qu'aux français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de sélection et à l'autorisation d'exercice.

Parallèlement à la NPA, une procédure allégée est prévue pour les ressortissants extra-communautaires qui possèdent un diplôme français ou communautaire : la condition de concours est alors considérée comme satisfaite par le passage dans le cursus français ou communautaire, de même que la condition de passage par l'exercice de fonctions hospitalières. Ne reste que la dernière étape, à savoir l'avis de la commission d'autorisation d'exercice. Là aussi, un quota de candidats est fixé par le ministre de la Santé en accord avec la commission.

Le **paragraphe I** du présent article propose un toilettage de la NPA pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. Il procède à une réécriture du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique qui conserve la trame d'ensemble du dispositif, tout en intégrant un certain nombre d'adaptations.

- La référence à l'obligation d'attestation, par le ministère de l'enseignement supérieur, de la valeur scientifique du diplôme, titre ou certificat extra-communautaire présenté par le candidat est supprimée. En fait, le décret d'application maintiendra bien cette obligation, mais la vérification de la valeur scientifique du titre s'effectuera dorénavant non au niveau du dépôt de la candidature, mais en aval, après la réussite éventuelle au concours.

L'objectif est d'alléger le travail à la charge du ministère de l'enseignement supérieur qui n'aura ainsi à vérifier que l'équivalence des diplômes des seuls lauréats et non de tous les candidats.

- La notion de classement en « *rang utile* » au concours est également supprimée. Le ministère souhaite, en effet, aller dans le sens d'un allègement de cette rédaction afin de permettre aux lauréats, le cas échéant, de rester affectés dans l'hôpital où ils se trouvent déjà, alors que l'existence de rangs de classement pouvait les contraindre à le quitter pour une structure plus, ou moins, importante selon le cas, en fonction précisément de ce rang.

- Ensuite, la loi prévoirait expressément que les épreuves de vérification comprennent une évaluation de sa maîtrise de la langue française par le candidat. Cette obligation ne figure actuellement que dans le décret.

- Le principe du quota de candidats reçus serait dorénavant inscrit au niveau des épreuves de vérification elles-mêmes (pour le concours) et non plus également, comme aujourd'hui, au niveau de l'autorisation d'exercer. En conséquence, il ne serait plus fait mention de l'accord obligatoire de la commission d'autorisation d'exercer pour la détermination de ce quota par le ministre.

- L'obligation pour le lauréat d'exercer pendant trois ans des fonctions hospitalières avant de pouvoir faire sa demande d'autorisation fait l'objet d'une nouvelle rédaction, plus complète, visant à mentionner expressément les structures aptes à l'accueillir. La loi mentionne, en effet, les services ou organismes agréés pour la formation des internes, formule qui permet de comprendre tant les établissements publics de santé (EPS) que les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), y compris les centres de lutte contre le cancer.

- Enfin, la loi prévoit expressément les cas où le lauréat aurait déjà effectué tout ou partie de son obligation de trois ans en structure hospitalière avant sa réussite au concours. Les fonctions exercées avant la réussite aux épreuves pourront en effet être prises en compte par le ministre après avis de la commission d'autorisation d'exercer.

Le **paragraphe II** du présent article isole au sein de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, sous un nouveau paragraphe *I bis*, les dispositions relatives aux ressortissants de pays extra-communautaires titulaires de diplômes français ou communautaires, sans en modifier le contenu.

Enfin, le **paragraphe III** adapte l'article L. 4221-12 du code de la santé publique relatif à l'autorisation d'exercer des pharmaciens à diplôme extra-communautaire, en décalquant sa structure et son contenu sur celui de l'article L. 4111-2.

Sur les motifs de l'inscription du présent article en loi de financement, le ministre de la santé, Xavier Bertrand, a indiqué à l'Assemblée nationale que la mesure proposée aurait un impact financier lié à la revalorisation des traitements résultant du changement de statut des candidats reçus. Selon les informations fournies par le Gouvernement, si cet impact financier est difficile à évaluer, son coût pourrait être de l'ordre de 14 millions d'euros.

De façon oblique, la mesure aura également un coût lié aux prescriptions que les médecins pourront effectuer après avoir acquis le plein exercice de leurs compétences.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas modifié la portée du présent article.

Outre quelques amendements rédactionnels, elle a adopté une modification minimale à l'alinéa de l'article L. 4111-2 qui maintient hors quota pour le concours certaines catégories de personnes « déplacées ». Sur proposition de Jacqueline Fraysse, députée communiste, les bénéficiaires de la protection subsidiaire ont, en effet, été ajoutés aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial.

Curieusement toutefois, un amendement de portée identique n'a pas été déposé sur le dispositif relatif aux pharmaciens, à l'article L. 4221-12.

III - La position de votre commission

Sur la forme, votre commission vous proposera une nouvelle insertion de l'ajout rédactionnel concernant les bénéficiaires de la protection subsidiaire afin d'éviter une lourdeur. Elle vous proposera également, par cohérence, d'insérer la même précision dans l'article du code de la santé publique relatif aux pharmaciens.

Sur le fond, le ministre de la santé a implicitement souligné, devant l'Assemblée nationale, les limites du dispositif présenté en affirmant : *« Ainsi, nous avons, enfin, les moyens d'une solution durable, mais attention : il faudra aussi que les directeurs d'établissements acceptent de tirer les conclusions du dispositif mis en place pour que nous n'ayons pas à y revenir dans quelques années. Car, si les établissements continuent à faire ce qui a été fait pendant quelques années, il faudra encore une fois, dans quatre ou cinq ans, y revenir. Or nous n'avons pas le droit de ramener les professionnels dans une impasse ».*

Votre commission fait siens ces propos et, sous ces réserves, vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 42

*(article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005
de financement de la sécurité sociale pour 2006)*

**Répartition des capacités d'accueil et des crédits
des unités de soins de longue durée**

Objet : Cet article fixe la date limite avant laquelle doit opérée la répartition des capacités d'accueil de chaque unité de soins de longue durée entre le domaine sanitaire et le domaine médico-social.

I - Le dispositif proposé

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures spécifiques qui, tout en ayant un statut sanitaire, relèvent d'une tarification médico-sociale. L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit la mise en œuvre d'un référentiel susceptible de distinguer, parmi les patients hébergés par ces structures, ceux qui relèvent d'une prise en charge dans le secteur médico-social et ceux dont les pathologies nécessitent au contraire une prise en charge sanitaire.

Cette distinction doit être opérée pour des raisons financières, puisque dans un cas les personnes hébergées acquitteront un prix de journée (tarification médico-sociale), et dans l'autre un forfait journalier calqué sur le modèle du forfait hospitalier.

Ce nouvel outil dénommé « référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée » doit être déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Sur la base de ce référentiel, l'Etat doit fixer la répartition des crédits versés aux USLD entre le sous-objectif hospitalier et le sous-objectif médico-social de l'Ondam.

Ce référentiel a été défini par un arrêté du 12 mai 2006 publié au Journal officiel du 25 mai.

La définition du référentiel ayant été effectuée, le présent article précise que le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et le préfet du département ont jusqu'au 30 juin 2009 pour opérer la répartition des capacités d'accueil de chaque établissement dans le domaine sanitaire ou dans le domaine médico-social.

Un arrêté conjoint est pris au vu des analyses réalisées à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant des soins de longue durée et en tenant compte du schéma d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie. Avant le 30 juin 2009, chaque établissement décide lui-même de la date de sa transformation et en informe les autorités compétentes.

L'exposé des motifs du projet de loi précise que les lits relevant de l'objectif de dépenses « personnes âgées » « *bénéficient de montants de crédits équivalents à ceux qui leur sont accordés aujourd'hui* », tandis que les places relevant des unités de soins de longue durée « *recevront un abondement budgétaire pour tenir compte de la lourdeur de prise en charge* » des patients concernés, « *par nature plus importantes que celles des patients relevant d'une section médico-sociale* ».

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission se félicite que la détermination du référentiel ait eu lieu dans les délais prévus par la loi.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 43

(art. L. 312-8 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Objet : Cet article transforme le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale en Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

I - Le dispositif proposé

L'article 14 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a confié au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale la mission d'élaborer ou de valider les procédures, références ou recommandations de bonnes pratiques professionnelles indispensables à l'évaluation des activités des établissements sociaux et médico-sociaux.

L'instauration d'une telle procédure, qui introduit une démarche-qualité nouvelle dans le domaine médico-social à l'instar, toutes choses égales par ailleurs, de la politique de certification développée dans les établissements de santé, a été précédée de longs débats portant sur l'opportunité, d'une part, de mettre en place une procédure d'auto-évaluation des établissements, d'autre part, d'instaurer une « agence de l'évaluation sociale et médico-sociale ».

Compte tenu du nombre très élevé d'établissements à évaluer, le législateur avait fait preuve de pragmatisme en laissant à chaque établissement le choix de procéder à sa propre auto-évaluation ou de recourir à un organisme extérieur figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de l'action sociale.

Cette évaluation doit être effectuée au cours des sept années suivant la délivrance de l'autorisation ou son renouvellement. Ses résultats doivent être transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale a été créé pour accompagner cette nouvelle obligation imposée aux établissements sociaux et médico-sociaux. Il ne reprenait la forme juridique et les compétences de l'agence un temps évoquées durant les débats.

Bien qu'un décret en Conseil d'Etat n° 2003-1134 du 26 novembre 2003 ait défini l'organisation et le mode de fonctionnement du conseil, ce dernier n'a jamais pu véritablement exercer ses fonctions, faute d'un consensus sur la définition de ses missions d'évaluation au sein de la profession.

A ce jour, aucune évaluation externe des établissements et services n'a été lancée. Or, les établissements devaient effectuer leurs premières auto-évaluations en 2007 et leurs premières évaluations externes en 2009.

Pour supprimer à ce blocage, le texte propose de refondre le dispositif d'évaluation des établissements et services médico-sociaux et de le confier à une Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux qui viendrait se substituer au conseil précité.

Le **paragraphe I** modifie donc la rédaction de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, afin de créer cette agence et de supprimer ce conseil.

L'agence sera créée sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) qui permettra d'associer, au sein d'une structure autonome administrativement et financièrement, des entités publiques ou privées aux statuts juridiques et aux missions les plus divers, qui ont en commun de conduire des actions dans un même domaine. La loi y mentionne la présence de l'Etat et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) mais d'autres personnes morales pourront s'y joindre.

L'agence sera financée par des subventions de l'Etat, une dotation de la CNSA et une contribution financière versée par les établissements en contrepartie des services rendus par l'agence. Cette dernière pourra recruter des fonctionnaires en détachement et des agents contractuels de droits public et privé.

Les compétences reconnues à l'organisme chargé de l'évaluation des établissements et des services ne sont pas modifiées, mais ce nouveau statut permettra d'assurer l'autonomie de l'agence vis-à-vis du ministre chargé de l'action sociale.

Le **paragraphe II** complète, par coordination, la rédaction de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles afin d'imputer une partie de la dotation budgétaire de cette nouvelle agence sur les comptes de la CNSA.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision.

III - La position de votre commission

Lors des débats précédant l'adoption du projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, votre commission s'était félicitée de la mise en place d'une procédure d'évaluation de la qualité et avait œuvré pour le renforcement d'une procédure d'évaluation externe réalisée par des organismes certificateurs à partir d'un cahier des charges¹.

Elle regrette que cette procédure d'évaluation n'ait pas pu voir le jour depuis lors et se montre très réservée sur la solution proposée par le Gouvernement pour remédier à cette lacune.

En effet, la composition et la définition des compétences de la future Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux ne lui assure pas un degré d'indépendance et de qualité scientifique équivalent à celui de la Haute autorité de santé (HAS).

La volonté exprimée par le Gouvernement à travers l'exposé des motifs peut même faire craindre que la création de cette agence ne déséquilibre la HAS aujourd'hui chargée de certifier 3.000 établissements dans le domaine sanitaire et bientôt placée dans la situation de mettre ses experts au service de cette nouvelle agence pour assurer la définition de l'évaluation d'un secteur qui leur est en tout ou partie étranger, le médico-social.

Elle considère que les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre un processus d'évaluation de la qualité dans le secteur médico-social ne seront pas résolues par la transformation du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale en agence. Il importe donc, avant de créer une structure nouvelle, d'obtenir un consensus au sein de la profession sur les missions, la composition et les compétences qui lui seront affectées.

En conséquence, **votre commission vous propose la suppression du présent article.**

¹ *Projet de loi relatif à l'action sociale et médico-sociale, rapport n° 37 (2001-2002) de Paul Blanc, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 23 octobre 2001.*

Article 44

**Amortissement des investissements immobiliers
dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Objet : Cet article vise à faciliter les investissements immobiliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), en prévoyant la prise en charge des intérêts afférents par l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Un rapport récent de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale¹ a souligné la multiplicité des acteurs institutionnels engagés dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées et l'existence de fortes disparités dans les modalités retenues pour assurer le financement de ces établissements.

Ce rapport souligne qu'un vide juridique existe pour déterminer à qui est confiée la compétence en matière de responsabilité de l'investissement. Les services de l'Etat considèrent qu'elle incombe aux départements, ces derniers estimant que les responsabilités qu'ils assument n'ont pas d'origine législative ou réglementaire.

Or si, comme le précise l'exposé des motifs du présent projet de loi, « *le département qui établit le tarif d'hébergement tient compte des amortissements et des frais financiers consécutifs aux investissements dans la composition du prix de journée* », ce tarif est à la charge de la personne âgée hébergée.

Pour favoriser la modernisation des établissements et des services qui accueillent des personnes âgées, sans alourdir à l'excès le prix payé par le résident, le Gouvernement propose d'aider les établissements à supporter le coût des intérêts financiers liés à ces travaux.

Le plan solidarité grand âge présenté par le Gouvernement le 25 juin dernier prévoit d'y affecter 25 millions d'euros dans l'Ondam « personnes âgées ».

Le montant de ces crédits sera fixé chaque année par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale, tandis que chaque préfet sera chargé de déterminer les opérations retenues et de fixer le montant qui leur sera alloué dans le respect des crédits qui lui seront délégués à cet effet.

¹ *Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale : réduire le coût d'hébergement en établissement à la charge des personnes âgées. Présentée par Paulette Guinchard, députée, Assemblée nationale n° 3091, XII^e législature, mai 2006.*

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de précision.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'**amender** cet article afin d'ouvrir le bénéfice de ces dispositions aux établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places (6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles).

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 45

*(art. L. 5126-6-1 nouveau du code de la santé publique
art. L. 313-12 et L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles
et art. L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale)*

Conventions entre les pharmaciens d'officine et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur - Forfaits soins de ces établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Accès du médecin coordonnateur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au dossier médical personnel des résidents

Objet : Cet article propose de mettre en place des conventions entre les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les pharmaciens d'officine. Il reporte au 1^{er} janvier 2008 l'intégration des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables dans le forfait soins des Ehpad et autorise le médecin coordonnateur de ces établissements à accéder au dossier médical personnel des résidents.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** introduit un article L. 5126-6-1 nouveau dans le code de la santé publique. Cet article organise les conditions dans lesquelles les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur peuvent conclure des conventions avec un ou plusieurs pharmaciens d'officine pour la fourniture de médicaments à leurs résidents.

Une telle convention a pour objet d'encadrer une pratique courante dans les Ehpad qui assurent l'approvisionnement en médicaments de leurs résidents lorsque ces derniers ne disposent pas d'une aide extérieure ou se

trouvent dans une situation de dépendance qui ne leur permet pas de se rendre dans l'officine la plus proche.

Elle donne une base claire à l'approvisionnement des résidents par un pharmacien d'officine. Le rôle et les responsabilités respectives de l'établissement et du pharmacien sont clarifiés et cette procédure garantit le suivi des médicaments consommés par les résidents. Le médecin coordonnateur de l'établissement est associé au contrôle du bon usage des médicaments.

Après sa conclusion, cette convention est transmise aux autorités administratives compétentes, à la caisse locale d'assurance maladie ainsi qu'au conseil de l'ordre des pharmaciens.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine une convention-type.

Les personnes hébergées dans les établissements conservent la faculté d'assurer leur approvisionnement par un pharmacien de leur choix.

Le **paragraphe II** reporte d'un an la prise en charge de certains dispositifs médicaux par le forfait soins des Ehpad.

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a intégré un certain nombre de dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par arrêté ministériel, dans les forfaits soins versés aux Ehpad pour la prise en charge des prestations de soins de base dispensés aux personnes hébergées dans ces établissements. Ce tarif est arrêté par le Préfet après avis de la caisse régionale d'assurance maladie.

Cette mesure devait être appliquée à compter du 1^{er} janvier 2007, mais la liste des produits concernés n'a pas été publiée. Ce retard s'explique en partie par l'opposition des syndicats d'établissements et de pharmaciens qui considèrent que cette mesure pénalise les établissements qui, jusqu'à présent, bénéficiaient d'un financement complémentaire pour la prise en charge de ces dispositifs médicaux. Or, en l'absence de publication de cette liste, les pouvoirs publics sont dans l'incapacité de procéder à la réévaluation des tarifs de soins des 5.324 Ehpad et unités de soins de longue durée (USLD) ayant signé une convention tripartite. La préparation de la campagne tarifaire pour 2007 a donc débuté sans estimation des coûts devant être réintroduits dans les tarifs de soins.

En conséquence, le présent article propose de reporter d'un an, c'est-à-dire au 1^{er} janvier 2008, la date d'entrée en vigueur de ces nouvelles modalités de prise en charge de certains dispositifs médicaux.

Le **paragraphe III** complète la rédaction de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles. Il donne une base légale à la présence du médecin coordonnateur dans les Ehpad jusqu'alors définie par des textes réglementaires. Cette modification est indispensable avant de pouvoir autoriser ces médecins à accéder au dossier médical personnel des résidents.

Le **paragraphe IV** complète la rédaction de l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale afin de permettre au médecin coordonnateur de l'établissement d'avoir accès au dossier médical personnel de chaque résident, sous réserve d'avoir au préalable obtenu l'accord de ceux-ci. Cette modification est indispensable dans la mesure où jusqu'à présent, l'accès au dossier médical personnel est limité aux seuls médecins de ville et hospitaliers.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de précision.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve la mise en place d'une convention entre les pharmaciens d'officine et les Ehpad. Elle considère que cette mesure apporte une contribution majeure à la lutte contre la polymédicalisation des personnes âgées, et notamment des personnes âgées de plus de soixante-quinze ans qui consomment en moyenne cinq à six médicaments par jour.

Elle se félicite que le médecin coordonnateur se voit reconnaître un droit d'accès au dossier médical personnel.

Elle vous propose **deux amendements** de précision, ainsi qu'un amendement visant à insérer les Ehpad dans la liste des personnes et établissements pouvant être sanctionnés pour inobservation des règles du code du travail. **Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

Article 46

(art. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Gestion des crédits de promotion des actions innovantes et de renforcement de la professionnalisation par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Objet : Cet article modifie les conditions d'emploi des ressources financières de la Caisse nationale de solidarité autonomie (CNSA).

I - Le dispositif proposé

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles définit les conditions d'emploi des ressources financières de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le mode de comptabilisation de ses charges. Ce même article retrace au sein de six sections comptables les ressources et les charges de la CNSA.

Le **paragraphe I** propose une nouvelle rédaction du IV de l'article L. 14-10-5 précité afin de modifier l'affectation des dépenses de la section IV « promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées » et de faire bénéficier les personnes handicapées de mesures équivalentes.

Cette mesure s'inscrit dans un processus de convergence visant à accorder les mêmes prestations aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

La section IV se compose désormais de deux sous-sections, la première consacrée aux personnes âgées, la seconde aux personnes handicapées.

La première sous-section maintient les droits accordés aux personnes âgées dans la rédaction précédente du IV de l'article 14-10-5 précité.

Les crédits alloués aux personnes âgées au titre de l'ancienne section IV sont intégralement transférés à cette nouvelle sous-section.

La deuxième sous-section est consacrée aux personnes handicapées.

Les ressources budgétaires de la sous-section spécifique aux personnes handicapées seront prélevées sur les crédits affectés par la CNSA aux établissements accueillant des personnes handicapées. Le montant de la somme prélevée à cette occasion est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget. Il ne saurait excéder 12 % du montant des crédits susvisés.

Ces crédits sont affectés à la modernisation des services et à la professionnalisation des métiers qui apportent une assistance personnes handicapées dans les actes quotidiens de la vie.

Le dernier alinéa de ce paragraphe I rappelle que les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'Etat.

Le **paragraphe II** prévoit que l'objectif global de dépenses fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget prend en compte d'éventuels excédents constatés sur le compte de CNSA. La fixation de l'objectif de l'année n+1 intervenant avant la clôture définitive des comptes de l'année n, c'est le montant prévisionnel de ces excédents qui sera pris en compte.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission regrette que ces nouvelles prestations à destination des personnes handicapées soient financées à budget constant, par une simple réallocation des ressources disponibles.

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

Article 47

(art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans

Objet : Cet article a pour objet d'exonérer de ticket modérateur les dépenses liées aux consultations de prévention destinées aux personnes atteignant l'âge de soixante-dix ans.

I - Le dispositif proposé

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu la mise en œuvre de programmes de santé destinés à éviter l'apparition de maladies ou d'incapacités, notamment par l'organisation de consultations médicales périodiques dans le cadre de ces programmes.

Cette mesure a été inscrite dans la loi afin d'assurer la prise en charge de cette consultation de prévention par l'assurance maladie et d'exonérer le patient de tout reste à charge, à l'exception de la contribution forfaitaire de un euro institué par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Le présent article s'inscrit dans le prolongement de cette première mesure. Il formalise l'une des recommandations du plan solidarité grand âge de juin 2006, celle de la mise en œuvre d'une consultation de prévention réservée aux personnes âgées de soixante-dix ans. Cette consultation aura pour objet de détecter les facteurs susceptibles de conduire à la dépendance (troubles de l'équilibre, de la mémoire, ostéoporose, dénutrition). Elle sera assurée par un généraliste formé à cet effet et reposera sur un protocole standardisé.

Pour ce faire, l'article complète la rédaction du 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale en précisant que l'exonération de ticket modérateur accordée aux mineurs s'applique également aux personnes de plus de soixante-dix ans.

Plusieurs estimations du coût de cette mesure ont été établies : les documents relatifs au financement du plan de solidarité font état d'une dépense de 10 millions d'euros, le ministère évoque la somme de 25 millions.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à préciser que l'exonération de ticket modérateur n'est accordée que pour une consultation unique de prévention.

III - La position de votre commission

Votre commission observe que depuis 2004, sous l'effet des dispositions de la loi relative à la politique de santé publique et de la loi relative à l'assurance maladie, le Gouvernement développe une politique de prévention active.

Cette action emprunte deux voies distinctes : la première s'appuie sur le dispositif prévu à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique et prend la forme de programmes de santé publique, la seconde organise l'articulation des interventions du régime obligatoire et du régime complémentaire, en prévoyant la prise en charge de deux consultations de prévention annuelles dans le cadre des contrats dits responsables.

Votre commission s'interroge sur les moyens mis en œuvre pour s'assurer que cette politique de prévention s'articule avec le dispositif du médecin traitant auquel ont adhéré près de 80 % des assurés.

Elle vous propose par ailleurs **un amendement** destiné à autoriser les caisses nationales d'assurance maladie à mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 48

(art. L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 3311-2, L. 3411-2, L. 3411-5 du code de la santé publique, et art. L. 313-1, L. 314-3-3, L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles)

**Création de centres de soins, d'accompagnement
et de prévention en addictologie**

Objet : Cet article modifie certaines dispositions législatives afin de faciliter la création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) à compter du 1^{er} janvier 2007.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose de fusionner le cadre juridique et financier des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) afin de favoriser la mise en œuvre d'un outil transversal de lutte contre les addictions : les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Ces centres, dont la création a été prévue par l'article 15 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale, doivent favoriser le développement d'une prise en charge multidisciplinaire et permettre ainsi un meilleur accès aux soins.

Cette évolution correspond à une attente forte exprimée par les professionnels qui intègrent cette démarche transversale (tabac, alcool, drogue) dans leur politique de lutte contre les addictions.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre du plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les addictions annoncé par le Président de la République à l'occasion du troisième anniversaire du plan cancer en avril 2006.

Le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que les CSAPA sont financés pour une dotation globale annuelle versée chaque année par l'assurance maladie.

Par coordination, le **paragraphe II** modifie la rédaction de trois articles du code de la santé publique :

- l'article L. 3311-2, afin de préciser que les CSAPA sont compétents pour assurer les « *soins ambulatoires et les actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique* ». Ils se substituent, pour l'exercice de cette mission, aux centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ;

- l'article L. 3411-2, afin de préciser que les CSAPA sont bénéficiaires de la dotation versée par l'assurance maladie au titre de leurs dépenses médico-sociales ;

- l'article L. 3411-5, afin d'accorder aux CSAPA le droit de délivrer des « *médicaments correspondant strictement à leurs missions, dans des conditions fixées par décret.* »

Le **paragraphe III** modifie la rédaction de trois articles du code de l'action sociale et des familles.

- L'article L. 313-1 prévoit qu'à titre transitoire, la première autorisation d'exercer sera délivrée pour une période de trois ans. L'autorisation pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services médico-sociaux sera ensuite délivrée pour quinze ans.

- La nouvelle rédaction de l'article L. 314-3-3 précise que les dotations versées aux CSAPA relèvent de l'objectif de dépenses médico-sociales créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Les références aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes et aux centres de cure ambulatoire sont supprimées et remplacées par une référence aux CSAPA.

- Une substitution de même nature est opérée à l'article L. 314-3-3 au terme de laquelle, il est précisé que les CSAPA peuvent recevoir des dotations financières autres que celle versée par l'assurance maladie, notamment de la part des collectivités locales.

Le **paragraphe IV** accorde aux gestionnaires des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) un délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi pour assurer la transformation de leurs établissements en CSAPA.

Durant cette période transitoire, les articles du code de la sécurité sociale, de la santé publique et de l'action sociale et des familles mentionnés aux paragraphes I, II et III du présent article s'appliquent dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission prend acte de la démarche de simplification administrative qui sous-tend la création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en remplacement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Elle approuve la mise en œuvre d'une politique transversale de lutte contre les addictions.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 49
(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

Objet : Cet article aménage les compétences du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et fixe à 376 millions d'euros sa dotation pour 2007.

I - Le dispositif proposé

Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) est issu de la fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) et du fonds de modernisation des établissements de santé (FMES).

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. Le FMESPP est géré par la Caisse des dépôts et consignations et financé par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Depuis sa création, le FMESPP, qui est conçu comme un instrument destiné à financer les dépenses d'investissements et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire, a vu ses missions évoluer.

Outre ses interventions prévues dans le cadre du plan Hôpital 2007, il est 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 et pour le versement des sommes dues aux établissements au titre des accords de bonne pratique prévus par la loi du 13 août 2004.

Le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de préciser et d'élargir les missions confiées au FMESPP.

Ce III serait désormais présenté en quatre paragraphes distincts :

- un III nouveau reprendrait les compétences du FMESPP en matière de financement des dépenses d'investissements des établissements pour préciser que le fonds peut verser des subventions ou des avances sur recettes. Il s'agit là d'outils supplémentaires visant à favoriser le démarrage ou le développement d'activités nouvelles ;

- un III *bis* préciserait que le fonds est chargé de verser aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords de bon usage ;

- un III *ter* et un III *quater* rappelleraient que le FMESPP s'est vu confier le financement des frais de fonctionnement de la mission chargée d'expérimenter de nouveaux modes de financement des établissements de santé visée à l'article L. 6122-19 du code de la santé publique, mais également la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) et la mission nationale d'appui à l'investissement (MNAI) qui assiste les établissements de santé dans la mise en œuvre du plan Hôpital 2007.

Par ailleurs, le texte propose d'ajouter un alinéa supplémentaire au IV du même article 40 de la loi de financement afin de préciser que le montant des subventions ou avances de fonds est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétent, dans la limite des montants régionaux.

Enfin, le V du même article 40 serait complété afin de préciser que les avances remboursables font partie des ressources du fonds et qu'à ce titre elles doivent lui être reversées.

Le **paragraphe II** propose une nouvelle rédaction de l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique et précise que le financement de la rémunération des conseillers généraux placés auprès du ministre chargé de la santé n'incombe plus au FMESPP mais à l'établissement national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Le **paragraphe III** modifie la rédaction de l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique afin de préciser que les sommes affectées à un service ou un établissement dont l'activité cesse sont versées au FMESPP.

Le **paragraphe IV** fixe à 376 millions d'euros le montant de la participation obligatoire des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2007. Cette dotation est intégrée dans le périmètre de l'Ondam pour 2007 et inscrite au sein du sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé une référence à des dispositions de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique devenues caduques.

III - La position de votre commission

Votre commission prend acte de la nouvelle rédaction proposée pour l'article 40 de la loi de financement pour 2001 destinée à préciser les compétences du FMESPP.

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 50

(art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale)

Fixation pour 2007 du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville et prolongation de sa participation à la mise en œuvre du dossier médical personnel

Objet : Cet article fixe le montant de la dotation et du plafond de recettes du fonds d'aide à la qualité des soins de ville pour l'année 2007.

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 pour 2002, puis jusqu'au 31 décembre 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 avant d'être pérennisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. 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 et pour 2006) ;

- à la permanence des soins et notamment aux maisons médicales de garde.

Le **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale afin de permettre au fonds de reconduire pour un an supplémentaire, jusqu'au 31 décembre 2007, le concours financier qu'il apporte à chacune des étapes nécessaires au développement du dossier médical personnel. Selon les informations recueillies par votre commission, cette participation s'est élevée à 57 millions d'euros en 2006, au lieu de 90 millions initialement envisagés.

Le **paragraphe II** prévoit d'accorder au FAQSV une dotation de 178 millions d'euros au titre de l'exercice 2007, contre 110 millions en 2006, et fixe le montant maximal de ses dépenses à 195 millions d'euros, contre 150 en 2006 et 106 en 2003, 2004 et 2005.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a pris acte des mesures de régulation qui ont pénalisé le FASQV dans le courant du quatrième trimestre 2006.

Elle constate qu'en contradiction avec l'argument alors avancé suivant lequel le fonds aurait enregistré une sous-consommation de ses crédits en 2006, le Gouvernement augmente de 60 millions la dotation de ce fonds en 2007, preuve s'il en est de la nécessité de préserver son rôle dans le système de santé.

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

Article 51

(art. L. 3110-5-1 à L. 3110-5-3

et art L. 3110-10 du code de la santé publique)

Création d'un fonds de prévention des risques sanitaires

Objet : Cet article substitue au fonds de concours dit « Biotox et situations sanitaires exceptionnelles » un établissement public dénommé « fonds de prévention des risques sanitaires ». Il tire ainsi les conséquences de l'injonction faite par le Conseil constitutionnel dans le cadre de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

I - Le dispositif proposé

• L'historique du fonds de concours Biotox

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

La création de ce fonds de concours s'inscrivait dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le bioterrorisme « Biotox » adopté le 26 septembre 2001 et rendu public le 5 octobre.

Les dispositions susvisées de la loi de financement pour 2002 avaient prévu que le fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) participerait « *de façon exceptionnelle* » en 2001, à hauteur de 1,3 milliard de francs (**198,2 millions d'euros**), au financement de ce nouveau fonds de concours.

Saisi par plusieurs sénateurs contestant la constitutionnalité de ce mode de financement, le Conseil constitutionnel avait alors 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 fonds¹.

L'article 51 de la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a derechef prévu un abondement du fonds de concours Biotox, à hauteur de 155,4 millions d'euros, rattaché à l'exercice 2003 et alimenté par une nouvelle contribution émanant cette fois de l'ensemble des régimes d'assurance maladie. L'objet du fonds a en outre été légèrement modifié : il a alors été précisé qu'il était institué « *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* ».

L'article 37 de la loi du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 a poursuivi dans cette démarche :

- en fixant la contribution des différents régimes d'assurance maladie pour 2004 à **62 millions d'euros** ;

- en élargissant 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* ».

Dans un contexte marqué par l'apparition et le développement du risque de grippe aviaire, le Gouvernement a justifié cette extension nette 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 2004, 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* ».

En 2005, le plan de lutte contre la pandémie de grippe aviaire a été révisé pour tenir compte de l'expansion de la maladie en Asie et de son arrivée aux portes de l'Europe.

Afin de pouvoir mettre en œuvre ce plan et notamment de financer la constitution d'un stock stratégique par l'achat de masques, de médicaments antiviraux et de vaccins, l'article 5 de la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a institué une nouvelle contribution des différents régimes de l'assurance maladie au fonds de concours Biotox à hauteur de **176 millions d'euros**, au titre de 2005.

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

En complément des dispositions de l'article 5, l'article 64 de la loi de financement pour 2006 a prévu un autre abondement, d'un montant de **175 millions d'euros** pour l'exercice 2006, toujours alimenté par une contribution des régimes de l'assurance maladie au fonds de concours Biotox, destiné à l'achat de produits et traitements nécessaires pour faire face à des menaces sanitaires graves.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, la répartition de cette somme entre les différentes menaces était la suivante :

- **146 millions d'euros** 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** devant 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.

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	154,4 millions pour l'année 2001
LFSS 2005 - Article 37	62 millions pour l'année 2001
LFSS 2006 - Article 6	176 millions pour l'année 2001
LFSS 2007 - Article 41	175 millions pour l'année 2001
Total	766,6 millions d'euros

● **L'injonction du Conseil constitutionnel**

Saisi par l'opposition de la question de la conformité à la Constitution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Conseil constitutionnel a relevé d'office que les articles 5 et 64 de la loi déferée n'étaient pas conformes à la règle, fixée par l'article 17 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, selon laquelle **les versements aux fonds de concours doivent avoir un caractère volontaire**. Il a considéré qu'en effet la participation de l'assurance maladie, « *en raison de son caractère obligatoire, ne figure pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours* ».

Eu égard à l'intérêt général de valeur constitutionnelle qui s'attache à la protection sanitaire de la population, il n'a pas pour autant censuré les articles en cause, mais il a précisé que le dispositif de participation financière des régimes d'assurance-maladie devrait être **mis en conformité** avec la Lolf **à compter de 2007**.

Le Conseil constitutionnel n'a toutefois pas, dans sa décision, donné d'indications sur la ou les modalités de remplacement du fonds de concours, ni sur la nature du support législatif susceptible de définir ces modalités.

**La décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 -**

« Considérant que les articles 5 et 64 de la loi déferée prévoient que l'assurance maladie contribue au fonds de concours créé par l'Etat en vue de l'achat, du stockage et de la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements de personnes exposées à certaines menaces sanitaires ; qu'ils fixent le montant de cette contribution à 176 millions d'euros pour 2005 et 175 millions d'euros pour 2006 ; qu'ils définissent les modalités de sa répartition entre les différents régimes d'assurance maladie ;

« Considérant que la procédure des fonds de concours est organisée, depuis le 1^{er} janvier 2005, par le II de l'article 17 de la loi organique du 1^{er} août 2001 susvisée ; qu'en vertu du premier alinéa de ce paragraphe II, les fonds de concours sont constitués, " d'une part, par des fonds à caractère non fiscal versés par des personnes morales ou physiques pour concourir à des dépenses d'intérêt public et, d'autre part, par le produit de legs et donations attribués à l'Etat " ; qu'aux termes du dernier alinéa du paragraphe II : " L'emploi des fonds doit être conforme à l'intention de la partie versante. A cette fin, un décret en Conseil d'Etat définit les règles d'utilisation des crédits ouverts par voie de fonds de concours " ;

« Considérant que le fonds de concours auquel l'assurance maladie est appelée à contribuer a pour origine l'article 42 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001, adopté sous l'empire des dispositions de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances ; qu'il constitue l'instrument par lequel les pouvoirs publics mettent en oeuvre des mesures de protection contre certaines menaces sanitaires graves pouvant notamment résulter d'attentats terroristes ; que l'assurance maladie contribue depuis lors à son financement ;

« Considérant que cette participation de l'assurance maladie n'entre pas dans le cadre des dispositions précitées de l'article 17 de la loi organique du 1^{er} août 2001 ; qu'en effet, un tel prélèvement, en raison de son caractère obligatoire, ne figure pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours ;

« Considérant, cependant, que l'intérêt général de valeur constitutionnelle qui s'attache à la protection sanitaire de la population justifie que la participation de l'assurance maladie au fonds de concours, nécessaire en 2005 et 2006 à la mise en oeuvre des actions de prévention en cause, se poursuive jusqu'à la fin de l'année 2006 ; que, dès lors, la méconnaissance, par les articles 5 et 64 de la loi déferée, de l'article 17 de la loi organique du 1^{er} août 2001 ne conduit pas, en l'état, à les déclarer contraires à la Constitution ; que le financement de ces actions devra toutefois être mis en conformité, à compter de l'année 2007, avec les nouvelles prescriptions organiques qui régissent les procédures comptables particulières d'affectation de recettes. »

• **La substitution d'un établissement public au fonds de concours**

Le 1° du **paragraphe I** du présent article insère trois nouveaux articles dans le chapitre du code de la santé publique intitulé « *Menace sanitaire grave* ».

L'article *L. 3110-5-1* crée le fonds de prévention des risques sanitaires, dont il définit les **missions**, et qu'il érige en **établissement public de l'Etat**.

En ce qui concerne ses **missions**, il prévoit que le fonds « *finance la prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature* ». Cette formulation reprend strictement celle inscrite à l'article 51 de la loi de financement pour 2004, tel que modifié et complété par l'article 37 de la loi de financement pour 2005.

Le fonds est un **établissement public de l'Etat** administré par un conseil d'administration constitué uniquement de représentants de l'Etat.

Le texte proposé ne précise pas la nature de cet établissement public, mais il est permis de considérer qu'il s'agit d'un établissement public **administratif** (EPA) au regard des missions qui lui sont dévolues.

La composition du conseil d'administration ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement du fonds seront définies par décret en Conseil d'Etat (2° du paragraphe I du présent article).

L'article *L. 3110-5-2* fixe les catégories de **dépenses** du fonds tout en rappelant le principe de l'obligation d'exécution en équilibre du budget de l'établissement public. Ces dépenses sont, en effet, de deux ordres :

- la prise en charge, dans la limite des crédits disponibles, des dépenses correspondant aux missions du fonds ; de ce point de vue, l'article reprend au mot près les termes utilisés pour définir ces missions (« *dépenses de prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature* ») ;

- les frais de gestion administrative du fonds.

On peut penser qu'en effet le nouvel établissement public sera doté d'un directeur et d'un agent comptable, en vertu du principe d'autonomie administrative et financière. A ce titre, le texte précise que le fonds effectuera l'ordonnancement et le paiement des dépenses liées à ses missions.

Le même article ajoute cependant que les produits et traitements achetés pour la réalisation des mesures prophylactiques et de traitement resteront bien la propriété de l'Etat (et non du fonds), lequel sera également l'autorité adjudicatrice des marchés. De ce point de vue, le nouvel

établissement public apparaît donc en réalité comme parfaitement **transparent**, à l'image du fonds de concours auquel il se substitue.

L'article L. 3110-5-3 fixe les catégories de **recettes** du fonds. A ce titre, il **fige** dans le code de la santé publique et **pérennise** le principe d'une **contribution annuelle à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie** dont le montant serait fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

L'exposé des motifs précise que cet arrêté « *sera pris rapidement après la promulgation de la loi de financement pour 2007* ».

Le montant correspondant n'est donc pas connu et d'après les indications fournies à votre commission, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès figurant à l'article 52 du projet de loi de financement a été établi en reprenant l'enveloppe de 175 millions d'euros prélevée sur les régimes obligatoires d'assurance maladie en 2006. En application des dispositions de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, ce montant devra à tout le moins être pris en compte à son niveau réel dans une éventuelle loi de financement rectificative, et au plus tard en deuxième partie de la loi de financement pour 2008 qui sera présentée au Parlement fin 2007.

Toujours d'après les informations transmises à la commission des affaires sociales, une mission de l'Igas est actuellement en cours pour déterminer les besoins en ressources du fonds en 2007 et les années suivantes. Ces besoins seraient non seulement la contrepartie du coût d'achat des matériels et des traitements, mais prendraient aussi en compte **le coût de la mise en place d'un « corps de réserve sanitaire »**, comprenant notamment le paiement des réquisitions imposées aux médecins dans le cadre de la mise œuvre des plans de protection de type Biotox ou pandémie de grippe aviaire.

Les autres catégories possibles de recettes seraient les subventions de l'Etat, les produits financiers et les dons et legs qui seraient affectés au fonds.

La nécessité de mettre en place une organisation opérationnelle au 1^{er} janvier 2007 conduit enfin à proposer (**paragraphe II** du présent article), à titre transitoire et jusqu'à une date fixée par arrêté des trois ministres susmentionnés, de déléguer la gestion du fonds de prévention des risques sanitaires au fonds de solidarité vieillesse (FSV), lequel, précise l'exposé des motifs, « *dispose d'une grande expérience en ce domaine, ayant eu par le passé à gérer le fonds de réserve des retraites, le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale ou le fonds de financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie* ».

En pratique, le directeur et l'agent comptable du FSV assureront, pendant cette période transitoire, la gestion du nouvel établissement public.

L'exposé des motifs aurait pu ajouter à la liste des structures dont le FSV a assuré, à titre transitoire, la gestion la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004

relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, qui s'est substituée au fonds de financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie. Le législateur avait d'ailleurs, au cas d'espèce, imposé aux ministres concernés un délai limite pour la prise de l'arrêté fixant le terme de la période transitoire, ce qui n'est pas le cas dans le présent projet de loi de financement.

D'après les informations fournies à votre commission, la durée de la période transitoire, pendant laquelle le FSV assurera la gestion du Fonds de prévention des risques sanitaires, est conditionnée par les résultats de la mission de l'Igas actuellement en cours.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sous réserve de quelques amendements rédactionnels, après avoir toutefois examiné un amendement présenté, puis retiré par Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, tendant à maintenir, dans la loi de financement de la sécurité sociale, la fixation du montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds de prévention des risques sanitaires et supprimant le renvoi de cette fixation à un arrêté interministériel.

III - La position de votre commission

A titre liminaire, votre commission souligne une nouvelle fois que le Conseil constitutionnel dans sa décision précitée sur les articles 5 et 64 de la loi de financement pour 2006 n'a suggéré ni la solution ni le véhicule législatif susceptible d'assurer la mise en règle du fonds de prévention des risques sanitaires avec les prescriptions de la loi organique relative aux lois de finances.

Elle rappelle que dans sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le Conseil constitutionnel avait censuré l'article 39 précisant les modalités de fonctionnement de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) au motif que les dispositions qu'il contenait étaient étrangères à l'objet des lois de financement. Or, l'article censuré était très proche, dans son économie, de celui qui vous est proposé aujourd'hui : il posait les règles de financement de l'établissement public, lequel était lui aussi alimenté par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, sans prévoir le montant de ces financements pour l'année à venir et donc sans impacter directement l'équilibre de la loi de financement de la sécurité sociale qui lui servait de support.

L'ATIH a finalement été formellement créée par l'article 4 de la loi de modernisation sociale de janvier 2002.

Sur le fond même du dispositif proposé, si 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 n'en persiste pas moins à considérer que l'achat des produits nécessaires pour faire face à ces menaces devrait relever, par nature, du **budget de l'Etat au titre de ses missions régaliennes dans le domaine de la sécurité civile**. Elle regrette donc, sur le principe, les transferts de charges ainsi opérés depuis 2001 au détriment de l'assurance maladie.

Votre commission rappelle en outre que la contribution de l'assurance maladie au financement des mesures de prophylaxie sanitaire prises dans le cadre du plan Biotox ou du plan de prévention de la grippe aviaire devait revêtir, à l'origine, **un caractère exceptionnel**, d'ailleurs souligné par le Conseil constitutionnel dans sa décision sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Toutefois, si la répétition annuelle des appels de fonds à partir de la loi de financement pour 2004 a émoussé le caractère exceptionnel de l'abondement, le passage annuel de cette demande d'abondement devant le Parlement permettait à tout le moins à la représentation nationale de se prononcer sur le prélèvement opéré au détriment de l'assurance maladie.

De ce point de vue, le dispositif proposé apparaît **doublement en rupture** avec le schéma en vigueur depuis 2001, d'une part, parce qu'il pérennise, en l'annualisant, la contribution des régimes d'assurance maladie, d'autre part, et surtout, parce qu'il prive les assemblées d'exercer tout contrôle sur les montants prélevés. On l'a vu, en effet, en premier lieu la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds de prévention des risques sanitaires serait dorénavant fixée par arrêté interministériel (santé, sécurité sociale et budget). En second lieu, le conseil d'administration du fonds ne devrait comprendre que des représentants de l'Etat, à l'exclusion de toute autre catégorie, notamment des membres du Parlement.

Or l'inscription en loi de financement, depuis 2001, des montants prélevés sur les régimes d'assurance maladie au profit du fonds Biotox a créé un **précédent** dont votre commission peine à croire qu'il puisse être remis en cause : ce revirement de jurisprudence ne pourrait être analysé que comme une véritable régression des droits du Parlement, alors que la loi organique du 2 août 2005 était au contraire censée les étendre.

Devant l'Assemblée nationale, le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand, a avancé deux arguments pour demander à Yves Bur de retirer son amendement rétablissant l'examen et le vote en loi de financement des montants transférés de l'assurance maladie vers le fonds de prévention des risques sanitaires :

- en premier lieu, la fixation de ces montants par voie d'arrêté, en marge de la loi de financement, serait la règle pour les établissements publics cofinancés par l'assurance maladie ; et le ministre de citer deux exemples

effectivement probants : l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'Agence de la biomédecine ;

- en second lieu, la bonne exécution de ses missions par le fonds de prévention des risques sanitaires requerrait une grande réactivité et une grande souplesse : *« les moyens doivent pouvoir être rapidement adaptés à l'apparition d'une crise. Nos compatriotes ne pourraient pas comprendre qu'il faille attendre le vote d'une loi de financement pour adapter les moyens aux besoins »*.

A les examiner de près, ces arguments n'emportent pas la conviction de votre commission, et ce pour au moins trois motifs :

- les montants des contributions versées par l'assurance maladie pour le fonctionnement des agences sanitaires ne se comparent pas aux montants apportés au fonds Biotox : 23 millions d'euros pour l'Agence de biomédecine en 2005 ; 3,1 millions d'euros pour l'ATIH en 2006 ; la seule structure qui perçoit plusieurs dizaines de millions d'euros est l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), dont la dotation a atteint 66,2 millions d'euros en 2006 ; le fonds Biotox pour sa part reçoit des dotations de 150 millions d'euros en moyenne par an, soit de l'ordre du milliard de francs ; **quelle signification peuvent encore avoir les objectifs de la branche maladie si cette somme n'est pas inscrite en loi de financement et n'est pas prise en compte pour leur calcul ?**

- il existe ensuite au moins deux exemples d'établissements publics financés par une dotation ou une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie et pour lesquels le montant de cette dotation ou de cette contribution est obligatoirement fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et non des moindres : l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (**Oniam** – article L. 1142-23 du code de la santé publique) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (**Fiva** – article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001) ;

- enfin, les assemblées parlementaires ne peuvent qu'être surprises par l'argument selon lequel il ne faudrait pas inscrire une somme, qui pourra s'avérer au final non négligeable, dans un texte de portée budgétaire au motif que son montant ne pourrait être déterminé que dans l'urgence, en quelque sorte au dernier moment.

Au cas d'espèce, on relèvera tout d'abord que la fixation du montant des ressources du fonds n'est pas uniquement conditionnée par l'urgence, puisqu'une mission de l'Igas est en cours pour essayer de le déterminer. On ne peut que déplorer, à ce sujet, que le rythme de l'administration ne soit pas calé sur celui du Parlement : était-il inenvisageable que l'Igas produise le résultat de ses réflexions dans des délais compatibles avec les délais parlementaires ?

Ensuite, il est effectivement possible que des majorations de crédits s'imposent dans l'urgence : le ministre a fort bien indiqué à l'Assemblée nationale que le recours à des décrets d'avances avait permis depuis 2001 de répondre au besoin de souplesse demandé par le Gouvernement. Les instruments existent donc bien.

Il importe quoi qu'il en soit que le Parlement vote une dotation, dont le montant évaluatif pourra toujours être ajusté ultérieurement grâce aux instruments donnés par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale ou à la LOLF.

Pour l'ensemble de ces motifs, si votre commission comprend la nécessité de se conformer à l'injonction du Conseil constitutionnel, elle estime que **la mesure proposée pour y répondre est clairement inacceptable en l'état.**

En conséquence, elle vous propose d'adopter **cinq amendements** au présent article :

- le premier, d'ordre rédactionnel, pour prévoir que le conseil d'administration du nouvel établissement public a le caractère d'un établissement public administratif ;

- le deuxième pour ajouter aux membres de son futur conseil d'administration, outre les représentants de l'Etat, des **membres du Parlement**, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie en leur qualité de financeurs, des représentants des professionnels et établissements de santé, qui gèrent sur le terrain la mise en œuvre des plans et mesures de prévention, ainsi que des personnalités qualifiées ;

- le troisième pour supprimer le principe d'une détermination par arrêté interministériel de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds de prévention des risques sanitaires ; **le montant de cette contribution doit rester fixé en loi de financement de la sécurité sociale ;**

- le quatrième confortant le caractère exceptionnel de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie en déterminant un **pourcentage plafond** de couverture des dépenses par cette recette ;

- le cinquième tendant à fixer une **date limite** pour la période transitoire au cours de laquelle le nouvel établissement public sera géré par le FSV, le Gouvernement restant bien sûr libre d'anticiper cette date.

Votre commission saisit enfin l'occasion de l'examen du présent article pour exprimer ses interrogations sur la portée, pour le moins réduite, que le Gouvernement a conférée, après deux ans de mise en œuvre de la loi organique du 2 août 2005, aux dispositions relatives au contenu des **annexes** au projet de loi de financement prévues par le paragraphe III de l'article L. O. 111-4 du code la sécurité sociale.

La **huitième annexe**, en particulier, devrait présenter les comptes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, mais aussi des « *organismes financés par des régimes obligatoires de base* ». A ce titre, cette annexe devrait contenir des informations sur les agences sanitaires évoquées par le ministre et alimentées par l'assurance maladie (Agence de biomédecine, Institut national de la transfusion sanguine, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Haute Autorité de santé). Or, aucune d'entre elles (à l'exception de l'Oniam) n'y figure, non plus d'ailleurs que le fonds de concours Biotox ou que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Seuls y sont présents le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (Ffipsa), la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), le fonds de réserve des retraites (FRR), la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et, depuis cette année, le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam), enfin, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqsv).

Ces omissions ne semblent pas justifiées et devraient être réparées afin de garantir le droit d'information du Parlement. Il est, en particulier, impératif que les éléments financiers du futur établissement public « fonds de prévention des risques sanitaires » y soient retracés.

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

Article 52

Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2007

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 l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2007. Celui-ci s'élèvera à 169,9 milliards d'euros.

Le 2° fixe à 146,5 milliards l'objectif de dépenses d'assurance maladie du **régime général** de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a majoré le sous-objectif de l'Ondam consacré aux soins de ville d'un montant de 200 millions d'euros. Par coordination, elle a donc augmenté de la même somme l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base qui est désormais fixé à 170,1 milliards d'euros. Pour la même raison, l'objectif de dépenses d'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale a été fixé à 146,7 milliards d'euros.

III - La position de votre commission

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

Article 53

Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2007

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 144,6 milliards pour 2007, soit une augmentation de 2,5 % des dépenses par rapport aux prévisions actuelles pour l'Ondam 2006.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a majoré de 200 millions le montant du sous-objectif « dépenses de soins de ville » de l'Ondam 2007. En conséquence ce montant s'élève désormais à 66,7 milliards d'euros et l'Ondam 2007 est majoré de la même somme pour s'établir dorénavant à 144,8 milliards d'euros.

Cette majoration est compensée par des recettes nouvelles dont le détail figure à l'article 16 du présent projet de loi.

III - La position de votre commission

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

*Article 53 bis
(art. L. 6314-1 du code de la santé publique)*

Permanence des soins

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise que la permanence des soins assurée par les médecins libéraux est une mission de service public.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

La permanence des soins est un dispositif mis en place afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par les patients.

Elle est assurée par les établissements de santé et par les médecins libéraux. Dans le secteur ambulatoire, elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures, et les dimanches et jours fériés. Cette permanence est organisée dans le cadre du département, sous l'autorité du représentant de l'Etat, en liaison avec les établissements de santé publics et privés, en fonction des besoins.

L'article L. 6314-1 du code de la santé publique dispose que les médecins libéraux participent à la permanence des soins dans un but d'intérêt général.

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale sur proposition du Gouvernement, modifie l'article précité du code de la santé publique afin de préciser que la participation des médecins libéraux intervient désormais dans le cadre d'une mission de service public.

Outre que cette modification permet de souligner que les médecins assurent ces permanences à la demande de l'Etat, la référence aux missions de service public doit permettre d'offrir aux médecins intervenant dans ce cadre une meilleure protection juridique, notamment en cas d'accident ou d'actes de violence physique.

Les syndicats médicaux considèrent, par ailleurs, que cette nouvelle rédaction permettra de débloquer des financements supplémentaires pour assurer la rémunération de la permanence des soins, notamment par l'intermédiaire de contributions versées par les collectivités locales.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette modification susceptible d'accroître la protection juridique des médecins de garde. Elle souhaite que cette évolution favorise la participation des médecins libéraux et considère que cette nouvelle rédaction de l'article L. 6314-1 du code de la santé ne modifie pas les règles de financement de la permanence des soins, fixées dans le cadre des négociations conventionnelles entre les médecins et l'assurance maladie.

Par ailleurs, votre commission vous propose de compléter cet article par **quatre amendements** visant à :

- étendre le principe de la mise sous contrôle préalable des frais de transport et des arrêts de travail aux prescriptions abusives délivrées dans le cadre des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

- préciser le contenu, l'habilitation et les règles d'approbation des conventions régissant les relations entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine ;

- prévoir, pour les médecins, une procédure de déconventionnement spécifique dans les cas de violation particulièrement grave de la convention ;

- unifier le contentieux lié aux pénalités financières prononcées pour non-respect des règles du code de la sécurité sociale, au profit des tribunaux des affaires de sécurité sociale.

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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 54

(art. L. 161-22 du code de la sécurité sociale
et art. L. 992-9 nouveau du code du travail)

Assouplissement des règles de cumul emploi-retraite

Objet : *Cet article a pour objet d'assouplir les règles de cumul entre un emploi et une retraite et de faciliter le développement du tutorat dans les entreprises.*

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à accroître le taux d'activité des personnes âgées de plus de cinquante ans, en assouplissant les règles de cumul entre un emploi et une retraite pour les assurés sociaux du régime général, et en supprimant tout plafond dans le cas particulier du tutorat.

De fait, les règles relatives à la poursuite d'une activité professionnelle après la liquidation d'une pension de retraite sont aujourd'hui complexes et généralement peu incitatives.

- **Dans le régime général, le régime des salariés agricoles et certains régimes spéciaux**, la liquidation et la perception d'une pension de retraite supposent, conformément à l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou 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. Depuis la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, le cumul de la pension et du revenu d'activité ne peut dépasser le dernier salaire d'activité.

- **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.

Le **paragraphe I** propose une modification de portée limitée de l'architecture générale de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

Le 1^o prévoit d'augmenter le plafond de droit commun. La reprise d'une activité procurant des revenus, ajoutés aux pensions servies par les régimes de bases et les régimes complémentaires, ne devra pas dépasser ou bien 160 % du salaire minimum de croissance, ou bien le dernier salaire d'activité de l'assuré.

Le 2^o ne fait qu'ajouter une nouvelle exception à la liste des activités totalement ouvertes au cumul qui recouvre aujourd'hui des domaines fort divers :

- les activités des artistes-interprètes ;
- les activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique, exercées accessoirement avant la liquidation de la pension de retraite ;
- les participations aux activités juridictionnelles ou assimilées, les consultations données occasionnellement, les participations à des jurys de concours publics ou à des instances consultatives ou délibératives ;
- les activités exercées par des artisans et commerçants bénéficiant de l'article L. 634-6-1 ;
- les activités d'hébergement en milieu rural réalisées avec des biens patrimoniaux ;
- les activités de parrainage définies à l'article L. 811-2 du code du travail ;
- les activités correspondant à des vacances accomplies dans des établissements de santé ou dans des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

Il est proposé d'y ajouter les activités de **tutorat d'un ou plusieurs salariés**. Ce cas de figure concerne les anciens salariés exerçant cette activité à titre exclusif, après la liquidation de leur pension et dans leur entreprise d'origine. Le nouveau dispositif devrait être doublement encadré :

- d'abord, par l'obligation prévue d'un contrat de travail à durée déterminée ;
- ensuite, par l'intervention d'un décret visant à déterminer tout à la fois la durée maximale du contrat, la limite du montant du cumul, les conditions d'ancienneté acquise dans l'entreprise, ainsi que le délai maximum séparant le départ du retraité de l'entreprise et son retour dans celle-ci.

Le **paragraphe II** complète ce dispositif en proposant, par coordination, d'insérer dans le code du travail un nouvel article L. 992-9 sur le contrat de travail du tuteur. Celui-ci prévoit l'intervention d'un décret pour fixer la durée du contrat. Il renvoie également à l'article L. 122-2 du même code prévoyant deux cas particuliers de recours au contrat de travail à durée déterminée :

- lorsqu'il est conclu au titre de dispositions législatives et réglementaires destinées à favoriser l'embauche de certaines catégories de personnes sans emploi ;

- lorsque l'employeur s'engage, pour une durée et dans des conditions qui seront fixées par décret, à assurer un complément de formation professionnelle au salarié.

Pour être valable, ce contrat, qui ne peut être renouvelé qu'une fois, doit comporter un terme fixé avec précision dès sa conclusion. Il déroge par ailleurs au droit commun des contrats à durée déterminée en ce qui concerne la durée maximum du renouvellement (L. 122-1-2), ainsi que le formalisme de cette procédure (L. 122-3-11).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans le modifier.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve l'économie générale du dispositif proposé par le Gouvernement. Elle considère que si l'on veut relever le taux particulièrement faible d'activité des personnes âgées de plus de cinquante-cinq ans, ce qu'un quart des Français souhaite, et améliorer les équilibres financiers des régimes de retraite, il faut élargir les possibilités de cumul entre un emploi et une retraite.

Elle estime toutefois que les conditions de ce cumul sont encore trop restrictives dans le secteur privé, par rapport aux règles en vigueur dans les trois fonctions publiques où elles apparaissent très libérales et particulièrement avantageuses. Cette différence n'est pas justifiée.

Pour ces raisons, votre commission souhaite qu'à moyen terme ce plafond soit supprimé pour le régime général et les régimes alignés. Elle propose dans l'immédiat un **amendement** visant à autoriser le cumul d'un emploi et d'une retraite jusqu'à hauteur de 200 % du salaire minimum de croissance.

Par ailleurs, votre commission approuve le second objectif du Gouvernement consistant à faciliter le développement du tutorat, qui constitue indéniablement une bonne idée. Elle estime toutefois que cette mesure risque de n'avoir qu'une portée limitée par rapport à l'ampleur massive du recours aux multiples mécanismes existants de cessation précoce d'activité.

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

Article 55

(art. L. 122-14-13 du code du travail)

**Extinction de la faculté conventionnelle
de mise à la retraite d'office avant soixante-cinq ans**

Objet : Cet article vise à restaurer l'effectivité du principe du report à soixante-cinq ans de l'âge minimum à partir duquel un employeur peut mettre un salarié à la retraite d'office, s'il remplit les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

I - Le dispositif proposé

Cet article représente la **traduction législative de l'action n° 11 du plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors, qui reprenait elle-même une position exprimée à maintes reprises par la commission des Affaires sociales du Sénat** au cours des dernières années.

Ces dispositions figuraient initialement dans le projet de loi pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié, actuellement en cours d'adoption, mais l'Assemblée nationale a abrogé l'article correspondant afin de permettre son examen dans le cadre beaucoup plus approprié du projet de loi de financement de la sécurité sociale¹.

L'objectif est d'éteindre, d'ici le 31 décembre 2009, les possibilités de déroger au principe de la fixation à soixante-cinq ans de l'âge minimum de la mise à la retraite d'office des salariés à l'initiative de l'employeur.

La mise en extinction de cette disposition est le fruit d'une longue histoire.

• **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 peut intervenir que si le salarié est âgé de plus de soixante ans et s'il avait droit à une pension à taux plein. Si ces conditions ne sont pas réunies, la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur constitue un licenciement.

La mise à la retraite d'office est, en outre, assortie de certaines obligations légales : le respect d'un préavis, d'une durée identique à celle fixée en matière de licenciement et le versement d'une indemnité de mise à la retraite dont le montant est au moins égal soit à l'indemnité de licenciement prévue par l'accord de mensualisation, soit à l'indemnité légale de licenciement.

¹ Elle a, en revanche, maintenu dans ce texte le principe de la suppression de la contribution Delalande.

Compte tenu de la souplesse du dispositif, la mise à la retraite a été, et continue aujourd'hui de l'être, très fréquemment utilisée comme mode de rupture du contrat de travail des salariés remplissant les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Il est vrai que son régime social est plus favorable que celui du départ volontaire en retraite, rupture du contrat à l'initiative du salarié. En effet, **l'indemnité de mise à la retraite n'est soumise aux cotisations sociales** qu'au-dessus de la plus élevée des deux limites suivantes :

- 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, ou la moitié du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale en vigueur à la date de versement des indemnités ;

- le montant de l'indemnité de mise à la retraite prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou, à défaut, par la loi ;

Elle est par ailleurs exonérée d'impôt sur le revenu.

L'indemnité de départ en retraite est, en revanche, assimilée à un salaire. Elle est donc soumise aux cotisations de sécurité sociale, à la CSG, à la CRDS et à l'ensemble des charges sociales ayant la même assiette que les cotisations de sécurité sociale. Sauf lorsqu'elle est versée dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi, elle ne bénéficie que d'une exonération d'impôt sur le revenu plafonnée à 3.050 euros.

• **L'article 16 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites** avait 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**.

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 termes 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 cent vingt deux branches professionnelles, dont les plus importantes, ont conclu des accords sur cette base. Par ses proportions, la dérogation a vidé de sa substance les dispositions générales et l'exception est devenue la règle. Huit branches professionnelles au minimum ont même conclu des accords dérogatoires **en dessous de l'âge de soixante ans** qui apparaissent d'une légalité contestable, voire très douteuse.

Le présent article du projet de loi propose cette fois de placer en extinction ces dispositifs, en réécrivant partiellement l'article L. 122-14-13 du code du travail.

Le **paragraphe I** propose une nouvelle rédaction des deuxième et troisième phrases du troisième alinéa de cet article. Ce faisant, il en clarifie fort opportunément la rédaction actuelle qui apparaît aujourd'hui bien obscure. Il supprime ainsi la référence faite en l'état actuel du droit à la possibilité 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* ». Les mises à la retraite d'office ne seront donc plus possibles que dans les dispositifs aujourd'hui en extinction relevant des articles L. 352-3 et L. 322-4 du code du travail. Et dans ces cas de figure, il confirme que la mise à la retraite d'office ne peut intervenir qu'à partir de l'âge de soixante ans, dès lors que le salarié dispose de suffisamment de trimestres pour pouvoir prétendre au taux plein.

Cet âge est fixé par référence à l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale qui renvoie lui-même à une disposition de nature réglementaire (R. 351-2) indiquant précisément l'âge de soixante ans.

Le **paragraphe II** complète ces dispositions, sans toutefois les codifier, en prévoyant que les accords déjà conclus et étendus avant l'entrée en vigueur de la présente loi cessent de produire leurs effets au 31 décembre 2009. Il rappelle au passage la double condition d'éligibilité demandée aux assurés sociaux pendant cette période transitoire : pouvoir bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein, à un âge qui n'est pas inférieur à soixante ans.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans le modifier.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve ces dispositions qui reprennent les positions qu'elle a défendues avec constance depuis 2003.

• Sur l'économie générale de la mesure proposée

Votre commission considère que la mise à la retraite d'office 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 même de la réforme des retraites qui vise à renforcer la liberté de choix et à ne plus considérer l'âge de la retraite comme une date 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.

Une brèche majeure menaçant l'équilibre de la réforme des retraites sera ainsi comblée.

• Sur la sécurité juridique de la mise en extinction progressive des accords signés par les partenaires sociaux

Certaines interrogations ayant été exprimées, à l'Assemblée nationale, sur le risque juridique que pourrait présenter le présent article, votre commission peut avancer les arguments suivants ;

- ces dispositions trouvent naturellement leur place dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale en raison de l'impact financier important des cessations précoces d'activité sur les équilibres de la branche vieillesse ;

- elles permettent de rétablir la volonté initiale du législateur qui a été dénaturée par une utilisation imprévue des dispositions sur les carrières longues. Votre commission déplore tout particulièrement que huit accords de branches fixant un âge inférieur à soixante ans aient été signés et étendus alors qu'ils étaient en contradiction avec le texte même de l'article L. 122-14-13 du code du travail. Il semble dès lors parfaitement justifié que le législateur cherche à revenir à l'esprit et à la lettre de la réforme des retraites ;

- l'économie générale des conventions ou des accords collectifs signés par les partenaires sociaux demeure respectée dans la mesure où leur extinction n'interviendra qu'à l'issue d'une phase de transition de deux ans. Au surplus, le présent article ne comporte aucune disposition à valeur rétroactive.

• Les améliorations proposées par votre commission

Votre commission présente **trois amendements** destinés à améliorer la rédaction de cet article de façon à éviter tout problème ultérieur d'interprétation de ces dispositions :

- le premier vise à prévoir **expressément** l'impossibilité de signer de nouveaux accords autorisant la mise à la retraite d'office des salariés avant l'âge de soixante-cinq ans, ce qui n'est le cas qu'implicitement dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale ;

- le deuxième propose de codifier dans l'article L. 122-14-13 du code du travail la totalité des dispositions de l'article 55 du projet de loi, et pas uniquement celles de son paragraphe ;

- le troisième traite du cas particulier des accords qui ont été soit signés, soit signés et étendus et qui prévoient la possibilité d'une mise à la retraite d'office des salariés avant même l'âge de soixante ans. La base légale de ces accords étant plus que contestable, il est proposé de les soumettre à la contribution de l'employeur sur les avantages qu'il sert à ses anciens salariés dans un dispositif de préretraite d'entreprise. Cette contribution, instituée à l'article 17 de la loi portant réforme des retraites, est affectée au fonds de solidarité vieillesse. Son taux s'élève à 23,85 %.

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

Article 55 bis

(art. L. 732-54-1, L. 732-54-2 et L. 732-54-3 du code rural)

Amélioration des petites retraites agricoles

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet d'assouplir les conditions d'accès aux revalorisations des petites retraites agricoles.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Les retraités actuels du régime de base des exploitants agricoles composent une mosaïque de statuts (chef d'exploitation, conjoint, aide familial, membre de la famille ayant une carrière plus ou moins longue de chef d'exploitation) et un ensemble hétérogène de durées de carrière (carrières multiples, simultanées ou successives).

Le présent article vise à assouplir les conditions de revalorisation des petites retraites agricoles et propose de modifier en conséquence trois articles du code rural.

La revalorisation des petites retraites des exploitants agricoles

Depuis 1994, plusieurs mesures ont été prises en faveur des retraités. Elles ont privilégié les personnes aux revenus les plus faibles et ayant exercé l'essentiel de leur vie active dans le secteur agricole.

La loi du 18 janvier 1994 (décret d'application n° 94-714 du 18 août 1994) a permis la prise en compte, pour le calcul de la retraite proportionnelle des chefs d'exploitation, de tout ou partie des années accomplies en qualité d'aide familial, ces années donnant lieu à l'attribution de points de retraite gratuits. Pour les exploitants retraités avant 1994, la carrière a été reconstituée fictivement. Pour ceux retraités à compter de 1994, le nombre de points gratuits est calculé en fonction de leur carrière réelle. Pour en bénéficier, l'intéressé doit justifier d'un minimum de 17,5 années de chef d'exploitation et de 32,5 années de non-salarié agricole.

Le décret n° 95-289 du 15 mars 1995 portant application de l'article 71 de la loi de modernisation agricole a rendu possible le cumul des droits propres et des droits dérivés pour les veufs et les veuves. L'interdiction de cumul a été levée par tiers sur trois ans de 1995 à 1997 : la retraite personnelle peut ainsi être cumulée avec une pension de réversion correspondant à 54 % de la retraite proportionnelle du décédé et d'un tiers de la retraite forfaitaire dudit décédé en 1995, des deux tiers en 1996 et de la totalité à partir de 1997. Les veufs et veuves déjà titulaires d'une pension de réversion avant 1995 et ayant acquis des droits à une retraite personnelle bénéficient d'une majoration forfaitaire de 914,69 euros mise en place par tiers sur trois ans, de 1995 et 1997.

La loi de finances pour 1997 a instauré un ensemble de mesures concernant les chefs d'exploitation ainsi que les conjoints et aides familiaux (décret d'application n° 97-163 du 24 février 1997). Une majoration forfaitaire de 152,45 euros en 1997 et de 228,67 euros à compter de 1998 a été accordée aux conjoints, aides familiaux et chefs d'exploitation ayant une carrière courte (moins de 17,5 ans) à condition d'avoir liquidé leur retraite avant 1998 et de justifier d'un minimum de 32,5 années de non-salarié agricole. Pour les chefs d'exploitation retraités depuis 1997, des majorations de points de retraite ont été attribuées aux intéressés justifiant d'une carrière complète tous régimes confondus (article R. 351-45 du code de la sécurité sociale) et de 17,5 années de chef d'exploitation ou assimilé.

La loi de finances pour 1998 a complété les dispositifs précédents en relevant la retraite des conjoints, aides familiaux et chefs d'exploitation ayant une carrière courte, à condition d'avoir liquidé leur retraite avant 1998 et de justifier d'un minimum de 32,5 années de non-salarié agricole (**décret d'application n° 98-125 du 3 mars 1998**). La majoration des conjoints et aides familiaux est fixée à 777,49 euros par an.

La loi d'orientation agricole pour 1999 a permis l'attribution de points de retraite proportionnelle aux conjoints et aides familiaux prenant leur retraite à compter du 1^{er} janvier 1998. Une majoration gratuite de points de retraite proportionnelle, permettant de prolonger l'effort consenti aux membres de la famille retraités avant 1998, est accordée aux conjoints et aides familiaux retraités à compter du 1^{er} janvier 1998 et justifiant d'un minimum de 32,5 années d'activité non salariée agricole. **Les lois de finances pour 1999, 2000 et 2001** ont porté les minima de pension pour une carrière complète (en valeur 2002) à 535,4 euros par mois pour les chefs d'exploitation, 495,96 euros par mois pour les veuves et 427,8 euros par mois pour les conjoints et les aides familiaux.

La loi de finances de l'année 2002 est celle de l'aboutissement du plan pluriannuel. Elle porte les minima pour une carrière complète (en valeur 2002) à 569,38 euros par mois pour les chefs d'exploitation et les veuves (minimum vieillesse) et 452,04 euros par mois pour les conjoints et les aides familiaux (minimum vieillesse du second membre du couple).

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2003

L'Assemblée nationale a souhaité donner un nouvel élan au processus de revalorisation des petites retraites agricoles en abaissant la durée minimale d'activité agricole requise pour en bénéficier. Le Président de la République avait d'ailleurs annoncé cette mesure le 5 octobre 2006 en soulignant qu'elle constitue l'expression de la solidarité nationale à l'égard des retraités du monde agricole.

On constate en effet que les mesures de revalorisation prises jusqu'alors avaient privilégié le cas des carrières les plus longues. Or, sur les deux millions d'assurés titulaires d'une pension de retraite, seuls 30 % ont validé une carrière agricole complète. Les autres assurés ou bien n'ont que marginalement ou brièvement exercé une activité agricole et perçoivent une pension d'un autre régime (les « polypensionnés »), ou bien encore ont travaillé toute leur vie et exclusivement dans l'agriculture, mais en commençant à cotiser très tardivement : il en est ainsi, aujourd'hui, des veuves et des conjointes les plus âgées.

Les différents mécanismes existants de revalorisation seront ouverts aux personnes justifiant d'au moins vingt-deux années et demie de durée d'activité non salariée agricole, ainsi que de périodes d'assurance, alors que jusqu'ici il était fait état « *de conditions minimales [fixées par décret] de durée d'activité agricole non salariée et de périodes d'assurance* »

Le paragraphe I modifie l'article L. 732-54-1 du code rural pour introduire ce changement pour la pension de retraite proportionnelle des chefs d'exploitation, ainsi que pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont la pension servie à titre personnel a pris effet avant le 1er janvier 1997.

Il procède à la même opération à l'article L. 732-54-2 du même code pour les personnes dont la retraite servie à titre personnel a pris effet après le 31 décembre 1997 et qui bénéficient d'une attribution gratuite de points de retraite proportionnelle au titre des périodes accomplies en qualité de conjoint ou d'aide familial.

Enfin il modifie L. 732-54-3 du même code rural au profit :

- des personnes dont la retraite forfaitaire a pris effet avant le 1er janvier 1998 et qui bénéficient d'une majoration de la retraite qui leur est servie à titre personnel, lorsqu'elles justifient d'une durée d'assurance fixée par voie réglementaire ;

- d'autre part, les personnes dont la retraite forfaitaire a pris effet après le 1er janvier 1998 bénéficient d'une majoration de la retraite qui leur est servie à titre personnel, lorsqu'elles justifient d'une durée d'assurance fixée par voie réglementaire.

Le **paragraphe II** fixe l'entrée en vigueur de ce dispositif au 1^{er} janvier 2007.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve ces dispositions. La situation difficile d'un grand nombre de retraités agricoles dont la pension n'atteint pas le minimum vieillesse, et notamment un grand nombre de femmes, justifie pleinement cette mesure.

En conséquence, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 56

*(articles 5 et 22 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003
portant réforme des retraites)*

Garantie des conditions d'ouverture des droits à pension de retraite pour les assurés sociaux âgés de plus de soixante ans

Objet : Cet article a pour objet d'encourager les assurés sociaux à poursuivre leur activité professionnelle, en leur garantissant qu'ils pourront ultérieurement liquider leur pension sur la base des règles en vigueur lorsqu'ils ont atteint l'âge de soixante ans.

I - Le dispositif proposé

Cet article a pour objectif de rassurer les assurés sociaux ont tendance à vouloir liquider leur pension dès qu'ils en ont la possibilité.

Ce comportement s'explique par la multiplication des dispositifs de cessations anticipées d'activité, mais aussi par le sentiment d'inquiétude que suscite la prochaine « clause de rendez-vous » de 2008. De nombreux assurés sociaux du régime général et des régimes alignés anticipent une modification, à cette date, du mode de calcul des pensions.

Cet article pose donc le principe que, dès lors qu'un assuré social a atteint l'âge légal de la retraite (soixante ans), les paramètres de calcul de sa future pension ne seront plus remis en cause. Il est donc proposé de modifier de façon substantielle la rédaction des articles 5 et 22 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Le 1° tend à compléter l'article 5 de la loi du 21 août 2003 qui énonce le principe selon lequel la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une pension au taux plein est celle qui est en vigueur lorsque l'assuré atteint l'âge légal de la retraite. Cet âge est de soixante ans, conformément aux dispositions de l'article R. 351-2 du code de la sécurité sociale prises en application du premier alinéa de l'article L. 351-1. Le champ d'application de cette mesure comprend le régime général, les régimes de base des commerçants et artisans, des professions libérales, des professions agricoles, ainsi que celui des avocats. Il est prévu de compléter ces dispositions en prévoyant que les

assurés sociaux de ces régimes ayant atteint soixante ans bénéficieront également des règles applicables à cette date en ce qui concerne la durée maximale d'assurance prise en compte pour la proratisation d'une part, et le salaire de référence d'autre part.

Le 2^o tend à modifier l'article 22 de la loi du 21 août 2003 sur les modalités de proratisation. Il précise que la proratisation à 160 trimestres, non seulement ne s'appliquera qu'aux pensions prenant effet après le 31 décembre 2007, mais aussi aux assurés nés après 1947. Ainsi, la situation juridique des assurés nés en 1944, 1945, 1946 et 1947 sera-t-elle sécurisée, quelle que soit la date de leur départ en retraite.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans le modifier.

II - La position de votre commission

Votre commission soutient l'objectif du Gouvernement visant à réduire le nombre des personnes liquidant de façon anticipée leur pension, alors qu'elles souhaiteraient prolonger leur activité.

Ces comportements de « fuite en avant », parfaitement compréhensibles sur le plan individuel, nuisent à la mise en œuvre de la réforme des retraites et déséquilibrent les comptes de la Cnav. Le coût moyen pour le seul régime général d'un avancement d'un mois de l'âge moyen de départ en retraite s'élève en effet à 350 millions d'euros. Il convenait donc d'agir rapidement, en renforçant la sécurité juridique des assurés sociaux et en apportant aux seniors une visibilité suffisante sur le niveau de leur retraite future.

Toutefois, force est de constater qu'aujourd'hui la logique du mécanisme des clauses de rendez-vous régulières visant à garantir l'avenir de l'assurance vieillesse conduit paradoxalement à des départs anticipés supplémentaires. Cette situation illustre la difficulté croissante à réformer le système des annuités sur lequel les régimes de base sont fondés. Elle témoigne également des problèmes de gouvernance considérables qui affectent le fonctionnement de l'assurance vieillesse.

Votre commission constate par ailleurs que les dispositions proposées présentent l'inconvénient de rigidifier les règles de liquidation des pensions, alors que les dispositions des articles 5 et 22 de la réforme des retraites constituent les seules mesures d'économie pour le régime général d'ici à 2005. Au fil du temps, le système des annuités, déjà passablement complexe, a ainsi tendance à devenir de moins en moins facilement pilotable. *A contrario*, la régulation, au cours des vingt dernières années, des organismes de retraite complémentaire, et notamment de l'Arrco et de l'Agirc, a été généralement réalisée dans de meilleures conditions. Or ces régimes, gérés par les partenaires sociaux, sont fondés depuis l'origine sur la technique des points.

Votre commission observe, en outre, que la technique des annuités a été abandonnée par l'Allemagne en 1992, qui lui a préféré le système des points. La Suède, dont la réforme des retraites fait figure de référence en Europe, a remplacé, elle aussi, en 1998, les annuités par des « comptes notionnels ».

Votre commission est donc convaincue que les débats qui auront lieu en 2008, à l'occasion de la clause de rendez-vous de la réforme des retraites, ne pourront faire l'économie d'une réflexion sur la question de l'abandon du système des prestations définies et de son remplacement par un régime par points.

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

Article 57

Affiliation des moniteurs de ski à l'assurance vieillesse obligatoire des professions libérales

Objet : Cet article vise à mettre un terme à une exception au droit commun de la sécurité sociale en transformant le régime de prestations vieillesse des moniteurs de ski.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose d'organiser la transition du régime de retraite des moniteurs de ski, aujourd'hui dépourvu de base légale et confronté à des perspectives financières inquiétantes, vers le droit commun des régimes de base et complémentaire des professions libérales. Ces dispositions concernent une population estimée à 15.000 personnes.

Il s'agit de sortir d'une impasse autant juridique et financière. Cette profession est en effet restée de fait à l'écart de l'obligation d'affiliation au régime de base des professions libérales, qui est pourtant entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1978, conformément aux dispositions du décret n° 77-1404 du 15 décembre 1977 pour les travailleurs exerçant à titre indépendant la profession d'enseignant.

• Un régime confronté à une perspective de cessation de paiement

Le régime de prestation vieillesse des moniteurs de ski a été créé en 1963 par le syndicat national des moniteurs de ski français qui regroupe 90 % de la profession. Il a longtemps bénéficié d'une structure démographique très favorable. Aujourd'hui encore le rapport entre le nombre des cotisants et celui des retraités demeure provisoirement positif, mais il se dégrade rapidement.

Par ailleurs, comme cela a été le cas par exemple pour le régime de l'avantage social vieillesse des professions médicales conventionnées, le

rendement des points distribués a été pendant longtemps beaucoup trop élevé. Il atteignait ainsi 18,7 % en 1994 et s'élève encore aujourd'hui à 8,8 %, soit un niveau supérieur à la valeur d'équilibre à moyen terme (6 % à 7 %).

Arrivé à maturité, le régime des moniteurs de ski est confronté à la perspective d'une cessation de paiement à l'horizon 2019. Les réserves, estimées à 37,5 millions d'euros, ne couvriraient ainsi que six années de prestations, alors que le montant des engagements totaux à long terme est évalué à 220 millions d'euros d'engagements.

• **Un régime de prestations de vieillesse dépourvu de base légale**

Le régime des moniteurs de ski s'analyse de fait comme une activité d'assurance pour la retraite.

Or, cette situation est illégale à double titre.

- L'article L. 310-27 du code des assurances prévoit que le fait de pratiquer une telle activité sans agrément est passible d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende de 75.000 euros. Cette peine peut être prononcée à l'encontre de la personne physique ou de la personne morale exerçant une telle activité. Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article L. 441-6 du code des assurances, toute personne proposant la souscription de contrat ou de convention de retraite collective contrevenant aux dispositions réglementaires du code des assurances, du code de la sécurité sociale et du code de la mutualité est passible d'une amende de 3.750 euros et d'une peine d'emprisonnement d'un à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

- Par ailleurs, les moniteurs de ski relèvent obligatoirement en droit depuis 1978 du régime de sécurité sociale des professions libérales. Les responsables du syndicat pourraient donc être considérés comme organisant le refus de se conformer à la législation de la sécurité sociale, ce qui les rendrait passibles d'une peine d'emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30.000 euros.

• **L'économie générale du projet de transformation du régime**

Les moniteurs de ski se répartissent en deux syndicats professionnels. Seul le plus important d'entre eux, le syndicat national des moniteurs de ski français a mis en place ce système de prestation vieillesse dont le présent article tend à permettre la reprise par les régimes d'assurance vieillesse des professions libérales. Mais les adhérents du syndicat international des moniteurs de ski sont également concernés par ce projet de transformation. Le présent article vise naturellement à assurer l'affiliation de tous les moniteurs de ski.

Le régime sera intégré au régime des professions de base des professions libérales et, pour la partie complémentaire, à la section compétente la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance Vieillesse (CIPAV).

L'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales

Le régime de retraite de base des professions libérales a été créé par la loi n° 48-101 du 17 janvier 1948. Il est géré par douze sections professionnelles et par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL). Le rôle de cette dernière consiste à assurer la coordination, à centraliser la compensation financière et à garantir la solvabilité de l'ensemble du dispositif.

Les sections professionnelles bénéficient d'une autonomie juridique et financière importante. Elles regroupent les professions suivantes : notaire (CRN), officiers ministériels (CAVOM), médecins (CARMF), chirurgiens-dentistes (CARCD), pharmaciens (CAVP), sages-femmes (CARSAF), vétérinaires (CARPV), agents généraux d'assurances (CAVAMAC), experts comptables (CAVEC), auxiliaires médicaux (CARPIMKO), enseignement, arts appliqués, sports et tourisme (CREA) et architectes, ingénieurs, techniciens, géomètres-experts, experts agricoles et fonciers, conseils et professions assimilées (CIPAV).

Outre le régime de base, les sections de la CNAVPL gèrent trois types de régimes complémentaires :

- des régimes d'assurance vieillesse complémentaire qui existent dans toutes les sections, à l'exception de celle des sages-femmes ;

- des régimes supplémentaires pour les professionnels de santé conventionnés, applicables aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et aux directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales ;

- des régimes d'assurance invalidité-décès dans les sections autres que celles des notaires (CRN), des artistes et professeurs (CREA) ou des agents généraux d'assurances (CAVAMAC).

• Les mesures proposées

Le présent article définit le cadre général de la transition du régime des moniteurs de ski vers l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales. La plus grande partie de l'opération sera toutefois réalisée par voie réglementaire.

Le **paragraphe I** prévoit que les retraités ou les moniteurs de ski en activité avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi « *sont réputées avoir satisfait* » à l'obligation d'affiliation au régime d'assurance vieillesse des professions libérales. Il s'agit donc d'une régularisation *a posteriori* au titre de l'ensemble des périodes d'exercice comprises entre le 1^{er} janvier 1978 et le 31 décembre 2006. Les obligations formulées par le décret n° 77-1404 du 15 décembre 1977 seront par là même enfin respectées.

Le **paragraphe II** prévoit la reconnaissance, par l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, des périodes cotisées entre le 1^{er} janvier 1978 et le 31 décembre 2006 dans le cadre du régime de prestations créé par le syndicat national des moniteurs de ski. Cette reconnaissance intervient en contrepartie de l'apport des réserves du régime. Cette assimilation prévaut pour la durée d'assurance nécessaire pour atteindre

le taux plein. Un processus de conversion permettra d'attribuer des points de retraite dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales « *à raison du montant du nombre de points résultant des cotisations acquittées par les intéressés dans ce dispositif.* ». Cette conversion aura lieu par voie réglementaire. Les moniteurs de ski ne seront toutefois pas éligibles au titre du mécanisme de solidarité exposé à l'article L. 643-1 du même code qui consiste à porter les pensions au niveau de l'allocation au vieux travailleur salarié du minimum vieillesse.

Le **paragraphe III** organise la modalité de la conversion des points dans le régime complémentaire des professions libérales. Il s'agit des dispositions miroir du paragraphe II, avec une rédaction aussi lapidaire. Tous les détails sont donc renvoyés au pouvoir réglementaire.

Le **paragraphe IV** expose les modalités générales du transfert des réserves du régime des moniteurs de ski à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, d'une part, à la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav), d'autre part. Il s'agit de la contrepartie normale de la reprise des droits passés. Mais là encore, le détail de l'opération est renvoyé au pouvoir réglementaire, sur la base d'un arrêté pour chacun de ces organismes.

Cet arrêté pourra prévoir qu'une partie de ces réserves sera consacrée au financement d'un contrat d'assurance souscrit par le syndicat national des moniteurs de ski français aux fins de verser des prestations aux plus âgés de ses adhérents. Le projet de loi définit *a minima* les contours de ce dispositif en précisant qu'il concerne les personnes « *ayant atteint en 2007 un âge minimal fixé par décret et âgés de moins de soixante et un ans, ainsi que (...) leurs ayants droit* ».

Ce prélèvement viendra donc mécaniquement amputer les réserves transférées à la CNAVPL et à la Cipav, dans des proportions impossibles à apprécier.

D'après les renseignements disponibles, il semble toutefois que ce dispositif spécifique a été conçu pour répondre au décalage existant entre l'âge à partir duquel les moniteurs de ski peuvent obtenir une rente viagère de retraite dans leur système spécifique - cinquante-huit ans - et l'âge moyen auquel la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales sert une pension de retraite à taux plein - soixante-et-un ans -, sachant que l'âge de la retraite est de soixante ans (dans le régime de base).

Le **paragraphe V** prévoit que les dispositions du présent article seront applicables à compter du 1^{er} janvier 2007 et précise que le syndicat national des moniteurs de ski français sera tenu de fournir l'ensemble des informations nécessaires à la CNAVPL et à la Cipav.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a modifié par sept amendements. Quatre d'entre eux sont de nature purement rédactionnelle ou de simple précision ; les trois autres ont pour objectif d'encadrer et de sécuriser le projet de transformation du régime :

- le premier clarifie l'articulation entre les points de retraite attribués au titre respectivement du régime de base et du régime complémentaire d'assurance vieillesse des professions libérales. La répartition entre les deux sera déterminée par décret. La rédaction adoptée par l'Assemblée nationale évite une ambiguïté qui aurait pu conduire à valider deux fois, dans deux régimes différents, les mêmes points de retraite ;

- le deuxième prévoit de restreindre le champ d'application du mécanisme transitoire au seul bénéficiaire des moniteurs âgés d'au moins cinquante-huit ans en 2007. Cette précision est de première importance dans la mesure où la version initiale du projet de loi ne fixait que l'âge maximum des bénéficiaires (soixante et un ans) sans prévoir d'âge minimum ;

- le troisième vise à rendre impossible le cumul du versement du mécanisme transitoire avec le service d'une pension de retraite servie par la CNAVPL (régime de base) ou la Cipav (régime complémentaire).

III - La position de votre commission

Votre commission estime que le *statu quo* qui prévalait en ce qui concerne le régime de prestations vieillesse des moniteurs de ski n'était plus tenable. Il convenait donc de sortir d'une situation non conforme au droit des assurances et de sécuriser le versement des prestations menacé dans un proche avenir. Compte tenu de l'urgence, les pouvoirs publics se devaient d'agir et de sortir cette profession d'un grave péril. Votre commission ne peut donc qu'approuver le cadre général de ce dispositif.

Elle s'étonne toutefois du renvoi de l'essentiel de l'opération à des mesures réglementaire et souhaite que les débats en séance publique soient l'occasion d'apporter des précisions complémentaires faisant aujourd'hui défaut.

Plus largement, votre commission s'est par ailleurs prononcée à de nombreuses reprises en faveur de la neutralité des opérations d'adossement des régimes spéciaux. Elle ne peut donc que constater, même s'il s'agit en l'espèce d'une intégration, c'est-à-dire d'une mise en extinction du régime, que l'opération ne sera pas neutre pour la CNAVPL et la Cipav. Une partie de ce coût financier pourrait être compensé à l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérale par d'éventuelles retombées positives indirectes sur le calcul des soldes de compensation. Il apparaît toutefois impossible pour votre rapporteur d'en apprécier l'ampleur.

Votre commission prend également acte des inquiétudes formulées par les responsables de la CNAVPL qui ont souhaité avoir connaissance du montant des réserves qui leur seront transférées, ainsi que du détail de l'opération. Elle approuve également l'initiative prise par l'Assemblée nationale tendant à définir les contours du mécanisme transitoire prévu au bénéfice des moniteurs de ski les plus âgés, qui doit être apprécié au regard du principe d'équité.

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

Article 58

Participation des employeurs à la constitution des droits à retraite des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

Objet : Cet article a pour objet d'ouvrir aux personnels enseignants et hospitaliers titulaires la possibilité de cotiser et d'acquérir des droits à la retraite sur leurs revenus hospitaliers.

I - Le dispositif proposé

Le présent article vise à résoudre le problème rencontré par les personnels enseignants et hospitaliers titulaires qui ne cotisent pour leur retraite que sur une partie de leur rémunération, celle correspondant à leur fonction universitaire.

Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires sont régis par les règles de la fonction publique. Conformément aux dispositions de l'article premier du décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifiées par le décret n° 2006-593 du 23 mai 2006, ces agents titulaires, au nombre de 5.800, se répartissent entre les professeurs d'université - praticiens hospitaliers (PU-PH) et les maîtres de conférence - praticiens hospitaliers (MCU-PH).

L'article L. 952-21 du code de l'éducation précise qu'ils exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière.

La rémunération totale des personnels enseignants et hospitaliers titulaires comprend **deux parties distinctes** : le traitement indiciaire, qui est payé par l'Etat, auquel s'ajoutent les rémunérations hospitalières ainsi que les primes afférentes incombant au centre hospitalier et universitaire.

Le traitement indiciaire, qui correspond aux fonctions d'enseignant-chercheur, est déterminé selon les règles statutaires de la fonction publique de l'Etat. Le droit commun du code des pensions civiles et militaires de retraites s'applique aussi bien en matière de cotisation de retraite que de droits à

pension. En revanche, les primes et les rémunérations hospitalières ne donnent pas lieu à paiement de cotisations, à l'exception toutefois d'une fraction de 20 % concernée par le régime additionnel de la fonction publique.

Dans ces conditions, les personnels enseignants et hospitaliers cessant leur activité professionnelle subissent une importante diminution de leurs revenus.

Il convient enfin de noter que ces personnels se distinguent du reste de la fonction publique par un âge tardif de départ en retraite fixé à soixante-cinq ans, qui peut être repoussée jusqu'à soixante-huit ans en cas d'activité de consultant ou lorsque le fonctionnaire n'exerce plus qu'une activité d'enseignement et de recherche, voire au-delà si le fonctionnaire a eu un enfant à charge.

Le régime de retraite additionnel de la fonction publique

L'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a créé un régime de retraite complémentaire obligatoire ouvert à l'ensemble des personnes relevant des dispositions du code des pensions :

- les fonctionnaires des trois fonctions publiques (d'Etat, territoriale et hospitalière) ;
- les magistrats ;
- les militaires ;
- les conjoints et les orphelins.

L'assiette du régime est représentée par les rémunérations accessoires de toute nature (primes, indemnités, supplément familial de traitement...) non cotisées au titre du régime des pensions de la fonction publique. L'assiette cotisée est limitée à 20 % du traitement annuel de l'intéressé. La cotisation est fixée à 5 % pour la part salariée et à 5 % pour la part employeur.

Ces dispositions ont été mises en œuvre dans les conditions exposées dans le cadre du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 qui a été complété par l'arrêté interministériel (fonction publique, économie et santé) du 26 novembre 2004 publié au JO du 30 novembre 2004.

Il s'agit d'un régime par répartition provisionnée et par point.

Le Gouvernement a souhaité donner aux personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires la possibilité d'acquérir davantage de droits à la retraite sur leurs revenus hospitaliers, et ce avec une participation de leur employeur.

Le présent article fait suite à des discussions menées avec les représentants syndicaux des personnels hospitalo-universitaires qui ont pris la forme d'un premier protocole d'accord signé le 16 mai 2003, suivi d'un relevé de décision en date du 31 mars 2005 prévoyant l'intervention de mesures destinées à améliorer significativement la prise en compte de la part hospitalière de la rémunération.

Le **premier alinéa** expose le cadre général de la mesure proposée.

Il est prévu que les établissements publics de santé, ainsi que l'ensemble des établissements mentionnés à l'article L. 6142-5 du code de la santé publique qui sont susceptibles d'assurer des missions d'enseignement et de recherche dans le domaine médical et pharmaceutique, participent à la constitution des droits à retraite des personnels enseignants et hospitaliers.

Le champ d'application de cette mesure concerne les personnels enseignants et hospitaliers titulaires, c'est-à-dire les PU-PH et les MCU-PH mentionnés à l'article premier du décret n°84-135 du décret du 24 février 1984, qui ne sont pas affiliés à l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (Ircantec). Son bénéfice est soumis à réciprocité et conditionné au versement par le fonctionnaire hospitalier d'un « *montant minimal de cotisations* », qui n'est pas précisé mais qui, en toute logique, devrait être déterminé par le décret prévu au second alinéa de l'article.

Il s'agit donc d'un concours assez spécifique de l'employeur destiné à améliorer la couverture du risque vieillesse. On peut toutefois y voir une analogie avec le régime Fonpel (fonds de pension des élus locaux) qui repose lui aussi sur le volontariat : lorsqu'un élu décide de cotiser à ce système, la collectivité à laquelle il appartient est tenue de l'y aider.

Cette participation de l'employeur prendra une forme originale, en intervenant dans le cadre de produits d'assurance vie souscrits auprès des compagnies d'assurance, des institutions de prévoyance ou des mutuelles.

Le **second alinéa** décrit plus avant les modalités de ce dispositif, tout en renvoyant pour l'essentiel à un décret.

L'assiette de la participation des établissements de santé sera constituée par les émoluments hospitaliers versés ou pris en charge par ces établissements ou organismes, « *dans des limites fixées par décret notamment en fonction des cotisations personnelles des bénéficiaires* ». Le Gouvernement disposera ainsi de la latitude d'action nécessaire pour définir le montant et les caractéristiques de cette aide. Cette contribution de l'employeur est logiquement placée à la charge des établissements de santé ou des organismes rémunérant les PU-PH et les MCU-PH.

On notera également qu'il n'est pas fait référence aux termes de « rémunération » ou de « traitement », mentionnés aux articles 77 et 78 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant disposition statutaire pour la fonction publique hospitalière, ni à celui de « salaire ». La rédaction de l'article emploie à dessein la notion d'« émoluments hospitaliers », couramment utilisée dans de nombreuses mesures réglementaires, pour désigner les primes et les rémunérations hospitalières. Mais les contours précis de l'assiette de cotisations n'ont pas encore été arrêtés définitivement.

D'après les renseignements disponibles, il semble que cette participation de l'employeur serait d'un montant équivalent à celui du praticien, dans la limite d'un double plafond :

- ou bien 5 % des émoluments hospitaliers perçus par le praticien ;
- ou bien encore un montant supérieur à 2.000 euros bruts par an.

Ce mécanisme est conçu sur une base provisoire, dans l'attente d'un assujettissement à cotisations dans le cadre de l'Ircantec, après que ce régime aura été réformé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'exception d'un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté le présent article sans modification.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve l'esprit général de ce dispositif. Comme elle l'avait déjà fait à l'occasion de la création du régime de retraite additionnel de la fonction publique lors de la réforme des retraites de 2003, elle considère que ce mécanisme compensera l'inéquité que constitue la non-prise en compte de la totalité de la rémunération de ces personnels dans l'assiette de cotisations.

Cette mesure représente certes une exception par rapport au droit commun de la fonction publique. Mais ces personnels sont les seuls, au sein des trois fonctions publiques, à se trouver dans une situation de bi-appartenance associant un statut de fonctionnaire à une « activité accessoire ». Par ailleurs, l'hôpital public a tout intérêt à conserver son attractivité. L'objectif de conserver en son sein ces personnels de grande valeur justifie également la mise en œuvre de cette disposition.

Votre commission prend acte que le détail de la mesure sera explicité par voie réglementaire et observe que, d'après les informations disponibles, le son coût pourrait être évalué à 13,4 millions d'euros pour 2007.

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

Article 59

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2007

Objet : Cet article fixe pour 2007 à respectivement 88,9 milliards d'euros et à 170,6 milliards d'euros les objectifs de dépenses du régime général, d'une part, de la branche vieillesse et veuvage de l'ensemble des régimes obligatoires de base, d'autre part.

I - Le dispositif proposé

La branche vieillesse rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, ainsi que les prestations d'assurance veuvage et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits dérivés.

Le 1^o de cet article présente l'objectif de dépenses 2007 pour l'ensemble de la branche (170,6 milliards d'euros), tandis que le 2^o présente pour la première fois un sous-objectif pour le seul régime général (88,9 milliards d'euros).

Il convient de souligner que 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, en 2005, l'impact exceptionnel pour le régime général 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 de cet agrégat au cours des dernières années. En 2005, les charges de la Cnav se sont accrues de 7,5 %, mais de seulement 5,7 % si l'on neutralise l'effet de l'adossement des IEG.

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.

L'évolution des dépenses de la branche vieillesse au cours des années récentes ainsi que le montant de l'objectif de dépenses pour 2007 appelle quatre observations majeures :

- on constate une **accélération progressive des prestations versées**, liée au début 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 croissant : + 3,4 % en 2003, + 4,5 % en 2004, + 4,7 % en 2005, + 4,8 % estimés en 2006 et + 4,6 % attendus en 2007. Cette évolution correspond aux départs en retraite des classes creuses nées pendant la Seconde Guerre mondiale (entre 500.000 et 600.000 par an), puis aux premières générations issues du « baby boom » dont l'effectif moyen sera supérieur à 800.000 personnes par an. Les dépenses seront inévitablement amenées à s'accroître rapidement ;

- on évalue à 2 milliards d'euros en 2007 l'impact 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. L'augmentation du coût de cette mesure a été très sensible au cours des dernières années : 600 millions d'euros en 2004, 1,4 milliard d'euros en 2005 et 1,8 milliard d'euros en 2006 ;

- le rythme d'**évolution des recettes** de la branche vieillesse a eu récemment tendance à s'accroître en raison de l'accélération de la masse salariale du secteur privé. Malgré tout, la Cnav a été affectée par un effet de ciseau entre le rythme de croissance des recettes (+ 4,3 % en 2006 et + 4,6 % estimés en 2007) et celui, sensiblement supérieur, des prestations versées (+ 5,6 % en 2006 et + 5,2 % estimés en 2007).

- au 1^{er} janvier 2006, les **taux de cotisation** ont été relevés de 0,2 point dans les principaux régimes de base, ce qui a rapporté 740 millions d'euros au total à la branche vieillesse.

L'Assemblée nationale a adopté le présent article sans modification.

II - La position de votre commission

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

*Article additionnel après l'article 59
(art. L. 222-8 nouveau du code de la sécurité sociale)*

Possibilité pour la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de demander l'intégration d'une clause de révision plafonnée du montant des droits d'entrée des opérations d'adossement de régimes spéciaux

Objet : Cet article additionnel vise à donner la possibilité à la Cnav de demander à bénéficier, comme l'Agirc et l'Arrco, d'une clause de révision dans les opérations d'adossement de régimes spéciaux.

Le présent article additionnel propose de créer un nouvel article dans le code de la sécurité sociale afin de sécuriser les adossements de régimes spéciaux sur le régime général.

Après le précédent des industries électriques et gazières, ces opérations auront en effet tendance à se généraliser et pourraient prochainement concerner La Poste et la SNCF. Par ailleurs, l'importance des retards accumulés depuis un an dans le dossier des retraites de la RATP illustre la difficulté à mener ces opérations à leur terme.

Votre commission considère que le régime général rend en l'espèce un immense service à l'Etat ainsi qu'aux entreprises publiques concernées qui peuvent ainsi sortir de leurs comptes les engagements correspondants. En contrepartie, il semble anormal de demander à la Cnav de prendre systématiquement à son compte le risque de calcul du montant des droits d'entrée (les soultes). Les adossements constituent en effet des opérations fort complexes susceptibles d'affecter profondément l'équilibre des comptes sociaux. Par ailleurs et malgré toutes les précautions prises, le respect du principe de stricte neutralité financière posé par le législateur ne pourra être constaté qu'*a posteriori*.

Votre commission observe par ailleurs que dans le dossier des industries électriques et gazières (IEG), les régimes complémentaires Agirc et Arrco avaient obtenu qu'une clause de révision partielle (dite « clause de revoyure ») du montant des droits d'entrée intervienne à l'issue d'un délai de cinq ans. Cela n'a pas été le cas pour la Cnav.

Dans la perspective des prochaines opérations d'adossement, il semble indispensable de donner au régime général des garanties similaires à celles obtenues par les régimes complémentaires.

Cette clause de révision devra figurer dans la convention d'adossement, tout en prévoyant néanmoins un montant maximum plafonné, sans lequel les entreprises publiques concernées ne pourraient pas sortir ces engagements de retraite de leurs comptes.

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

*Article additionnel après l'article 59
(art. L. 222-1 du code de la sécurité sociale)*

**Compétence du conseil d'administration
de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
sur les opérations d'adossement**

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'introduire l'obligation de consulter le conseil d'administration de la Cnav sur les opérations d'adossement de régimes spéciaux.

Cet article additionnel trouve son origine dans les craintes exprimées de façon récurrente par les instances dirigeantes du régime général au sujet des adossements de régimes spéciaux. Il est également fondé sur le constat qu'aucune disposition légale ou réglementaire ne prévoit l'obligation de consulter le conseil d'administration de la Cnav à ce sujet.

Récemment encore, la presse a évoqué, à l'occasion de la présentation du rapport d'automne de la commission des comptes de la sécurité sociale, un projet consistant à amorcer dès cette année l'adossement des retraites de la Poste, par le biais du versement d'une avance. Il n'en a finalement rien été. Le Gouvernement, à l'inverse, a tenu à réaffirmer son attachement au principe de neutralité de ces opérations. Ce précédent témoigne pourtant d'un certain malaise dans l'opinion publique qu'il convient de dissiper.

Dans cet objectif, votre commission propose d'insérer, dans l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale, l'obligation de consulter la Cnav sur ces opérations d'adossement. Sans pour autant se voir accordé un droit de veto, les instances dirigeantes du régime général auront ainsi la garantie d'être consultées sur des dossiers engageant les équilibres financiers futurs de la caisse pour des montants de plusieurs dizaines de milliards d'euros.

Le conseil d'administration de la Cnav se prononcera au regard du principe de neutralité financière pour ses assurés sociaux énoncé à l'article L. 222-7 du même code.

Votre commission est d'autant plus attachée à prendre en compte ce besoin de transparence que l'article L. 222-6 du code de la sécurité sociale prévoit l'obligation de fournir au Parlement une information appropriée et préalable sur les modalités de ces opérations d'adossement. Or, à ce jour, elle n'a reçu aucun élément sur ces différents sujets pourtant couramment évoqués dans la presse, ce qui pourrait d'ailleurs constituer un vice de forme.

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

*Article additionnel après l'article 59
(art. L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale)*

**Rachat des années études et des années de cotisations incomplètes
pour bénéficier du mécanisme des carrières longues**

Objet : Cet article additionnel vise à mettre terme à la pratique consistant à utiliser le mécanisme des rachats d'années d'études et des années incomplètes de cotisations pour bénéficier, dans des conditions pénalisantes pour les finances du régime général, de la mesure des carrières longues.

L'article 29 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a créé un mécanisme de rachat de cotisations permettant de compléter la durée d'assurance des assurés sociaux, dans la limite de douze trimestres, au titre :

- des périodes accomplies dans les établissements d'enseignement supérieur, les écoles techniques supérieures, les grandes écoles et classes du second degré préparatoires ;

- des années civiles ayant donné lieu à affiliation, mais au titre desquelles l'assuré n'a pu bénéficier du nombre maximum de trimestres (quatre par année civile).

Le présent article additionnel vise à modifier la rédaction de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale afin que ces possibilités de rachat ne puissent plus servir à compléter les droits des assurés sociaux, dans l'objectif de leur ouvrir le bénéfice du dispositif des carrières longues pour liquider leur pension dès cinquante-six, cinquante-sept ou cinquante-huit ans.

Votre commission a en effet réagi avec surprise au constat établi par les services de la Cnav¹.

Le recours à ces rachats pour entrer dans le champ d'application de la mesure « carrières longues », qui n'était pas initialement prévu par la réforme des retraites, offre aux personnes qui en bénéficient des rendements financiers allant parfois jusqu'à plus de 65 % par an. A de tels niveaux, la charge financière du rachat pèse significativement sur les comptes de la Cnav.

Il convient de souligner qu'environ 15 % des bénéficiaires de la mesure des carrières longues y accèdent par ce moyen.

Or, l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'article 29 de la réforme des retraites de 2003, prévoit expressément que ces rachats doivent intervenir « *dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité financière* ». Cela n'est manifestement pas le cas en l'espèce. L'esprit, sinon la lettre de la réforme des retraites a donc été contourné et il convient de mettre un terme à cette situation.

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

¹ Les résultats ont été publiés dans le numéro 48 de juin 2006 de la revue « Retraite et société ».

*Article additionnel après l'article 59
(art. L. 114-2 du code de la sécurité sociale)*

Composition du conseil d'orientation des retraites

Objet : Cet article additionnel vise à modifier la composition du Conseil d'orientation des retraites afin d'augmenter le nombre des parlementaires qui y siègent et de pouvoir y nommer des actuaires.

Créé en 2000, sous la précédente législature, le COR bénéficie aujourd'hui d'une visibilité accrue sur le plan institutionnel. Il s'agit d'une instance de concertation et de débats, indépendante du Gouvernement, rassemblant des techniciens de l'assurance vieillesse, des syndicalistes, des personnalités qualifiées et des parlementaires.

Le COR tend aujourd'hui à monopoliser l'expertise en matière de recherche et d'analyse sur la question des retraites. Ses prévisions et ses travaux font en effet largement autorité. Cela explique également que cette institution ait joué un rôle décisif dans les travaux ayant inspiré la préparation de la réforme de 2003.

Dès lors, il peut sembler singulier que la représentation nationale n'y dispose que de huit places sur un total de trente-huit membres en dehors de son président : seize représentants des organisations professionnelles et syndicales, six représentants de l'Etat, six personnalités qualifiées choisies par les pouvoirs publics, ainsi que le président de l'union des associations familiales (Unaf) et le vice-président du comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA).

Le présent article additionnel tend à modifier la rédaction de l'article L. 114-2 du code de la sécurité sociale afin de porter de quatre à huit députés et de quatre à huit sénateurs le nombre des parlementaires qui y siègent. Il est également prévu au passage d'introduire la possibilité d'y nommer des actuaires.

Ces dispositions permettront de renforcer l'information du Parlement et d'encourager la participation des parlementaires dans la perspective de la prochaine réforme des retraites.

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

Article additionnel après l'article 59
(art. L. 114-8-1 nouveau du code de la sécurité sociale)
**Publication, à partir de l'année 2008, des perspectives financières
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 perspectives financières 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.

Elle entend également renforcer les obligations des régimes de retraite obligatoires en matière d'évaluation de leurs équilibres financiers.

Les auditions menées par votre rapporteur au cours des dernières années ont en effet montré de grandes différences dans les méthodes et les pratiques utilisées en la matière. Malgré les progrès apportés par les travaux du COR, il semble en effet nécessaire d'inciter les services administratifs des différentes caisses de retraite à faire de la prospective une véritable priorité. Cela suppose l'établissement régulier de prévisions financières de long terme et l'évaluation des besoins de financement correspondants.

Dans cet objectif, le présent article additionnel propose que les principales caisses de retraite des régimes de base soient tenues à l'avenir de publier, en annexe de leur rapport annuel, une estimation de leurs équilibres financiers futurs. Ces dispositions pourraient être mises en œuvre à compter du premier trimestre 2008.

Afin de souligner le caractère incitatif de cette mesure, le choix des moyens est laissé à l'appréciation de chacune des caisses concernées.

Par ailleurs, il importe de préciser que l'objectif ne consiste pas à contraindre les principaux régimes de base à fournir une évaluation de leurs engagements de retraite implicites, c'est-à-dire de l'ensemble des droits à retraite qui devront être honorés dans le futur sur la base des règles existantes. Votre commission renvoie sur ce point à une étude récente de l'Insee¹ publié en juin 2006 par Didier Blanchet et Jean-François Ouvrard. Mais il conviendra d'approfondir la réflexion sur ce point à l'avenir.

¹ *Évaluer les engagements implicites des systèmes de retraite - Didier Blanchet et Jean-François Ouvrard - L'économie française : comptes et dossiers - Insee (juin 2006).*

L'article additionnel proposé permettra de mieux connaître la situation de l'assurance vieillesse. En se fixant l'objectif de 2008, il laisse un délai d'un an 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 59
(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 FSV.

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 FSV qui a été créée par l'article 17 de la loi 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 ;

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 ».

- 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 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.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et maladies professionnelles

Article 60

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Objet : Cet article fixe à 800 millions d'euros, pour 2007, 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 800 millions d'euros, en progression de 100 millions d'euros par rapport à 2006.

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 2007 à 315 millions d'euros, soit un versement identique à celui de 2006.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà analysé les conditions de financement du Fcaata et du Fiva¹.

Elle a observé que le Fcaata connaissait désormais une situation déficitaire. La proposition du Gouvernement d'augmenter son financement par la branche à hauteur de 100 millions d'euros ne permettra que de combler partiellement ce déficit. Votre commission ne souhaite toutefois pas accroître les charges incombant à la branche AT-MP, estimant qu'il appartient à l'Etat d'apporter au fonds un complément de financement.

La situation financière du Fiva est plus saine et la reconduite de la dotation de la branche à son niveau de l'an passé apparaît donc appropriée.

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

¹ Cf. Tome V du présent rapport.

*Article additionnel après l'article 60
(article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004
de financement de la sécurité sociale pour 2005)*

**Modification du plafond de la contribution mise à la charge des
entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante**

Objet : Cet article additionnel porte de 2 à 4 millions d'euros le plafond de la contribution mise à la charge de chaque entreprise ayant exposé ses salariés à l'amiante.

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a mis à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante une contribution, destinée à alimenter le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).

La contribution est due pour chaque salarié, ou ancien salarié, de l'entreprise admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité, versée par le Fcaata.

Le montant de la contribution varie en fonction de l'âge du salarié au moment où il est admis dans le dispositif : il est égal à 15 % du montant annuel brut de l'allocation, majoré de 40 % au titre des cotisations prises en charge par le fonds, multiplié par le nombre d'années séparant l'âge du salarié au moment de son entrée dans le dispositif et l'âge de soixante ans.

La contribution n'est cependant pas due pour le premier salarié bénéficiaire au cours d'une année civile. Son montant est de plus doublement plafonné : il ne peut ni excéder 2 millions d'euros par année civile, ni 2,5 % de la masse salariale de l'entreprise pour la dernière année connue.

La combinaison de ces deux plafonds a conduit à ce que le rendement de la contribution soit très inférieur aux prévisions initiales. Alors que 120 millions d'euros étaient attendus pour l'année 2005, les recettes réellement produites par la taxe s'élèvent à seulement 68 millions d'euros. Sur cette somme en outre, 27 millions ont été estimés par l'Acoss mais non recouvrés, en raison des recours en justice engagés par les redevables, qui leur permettent de différer leur paiement.

Votre commission souhaite accroître le rendement de cette contribution, qui présente l'avantage de réduire la très forte mutualisation du financement du Fcaata. On rappelle que les recettes de ce fonds proviennent en effet, pour l'essentiel, de la branche AT-MP et sont donc prises en charge par l'ensemble des entreprises, y compris celles n'ayant jamais exposé leurs salariés à l'amiante. La dégradation de la situation financière du Fcaata appelle, par ailleurs, de nouvelles sources de financement.

C'est pourquoi elle vous propose de relever l'un des deux plafonds et de porter de 2 millions à 4 millions d'euros le montant maximum de la contribution. Les grandes entreprises verseront ainsi davantage au Fcaata.

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

Article additionnel après l'article 60

Augmentation progressive de la participation de l'Etat au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Objet : Cet article additionnel propose de porter, d'ici à 2009, la part de l'Etat au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) à 30 %.

La mission d'information sénatoriale qui a travaillé sur les conséquences de l'exposition à l'amiante a recommandé de faire passer progressivement à 30 % la part de l'Etat dans le financement du Fiva. Elle a considéré qu'une telle participation serait à la hauteur de la double responsabilité de l'Etat dans le drame de l'amiante, à la fois comme employeur et comme garant de la sécurité sanitaire du pays.

Votre commission, qui partage l'objectif de la mission d'information, observe que le montant de la dotation de l'Etat au Fiva en 2007 correspond à seulement 12,5 % des recettes totales du fonds. Elle vous propose donc d'introduire dans le projet de loi de financement, un article de programmation financière, prévoyant que la dotation de l'Etat au Fiva est d'abord portée à 17 % du total de ses ressources en 2007, puis à 22 % en 2008 et à 30 % en 2009.

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

Article 61

**Montant du versement de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles 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 2007, 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 2007 à 410 millions d'euros, en hausse de 80 millions par rapport à 2006.

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.

¹ Cf. Tome V du présent rapport.

Elle constate, pour s'en féliciter, que le montant proposé pour 2007 s'inscrit dans la fourchette proposée par la commission Diricq, qui a évalué pourtant le coût de la sous-déclaration à au moins 355 millions d'euros.

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

Article 62

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2007

Objet : Cet article fixe à 11,4 milliards d'euros en 2007 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP dont 10,2 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 2007 à 11,4 milliards d'euros. L'objectif de dépenses est de 10,2 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 2007 se déroule en trois étapes :

- les comptes prévisionnels 2007 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 (110,2 millions d'euros) et le régime des mines (450 millions d'euros), de la contribution du régime général au FCAT (54,5 millions d'euros) et de la contribution des régimes agricoles au Fcaata (81 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	12,6	dont 10,4 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	11,4	

Source : Direction de la sécurité sociale

Pour le régime général, la construction de l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2007 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 2,7 % par rapport à l'objectif voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. 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 63

(art. L. 531-6 du code de la sécurité sociale)

Attribution du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant aux familles ayant recours à des établissements d'accueil expérimentaux

Objet : Cet article vise à autoriser le versement du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) aux parents qui recourent à une structure expérimentale pour la garde de leur enfant.

I - Le dispositif proposé

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la Paje est aujourd'hui réservé aux parents qui recourent à un mode de garde individuel, c'est-à-dire à un assistant maternel agréé ou à une garde d'enfant à domicile.

Ses modalités de versement sont toutefois différentes selon que les parents sont directement les employeurs de l'assistant maternel ou de la garde à domicile ou lorsqu'ils recourent à une entreprise ou à une association prestataire de service qui les met à leur disposition :

- dans le premier cas, le CMG se décompose en deux parties : une prise en charge, totale ou partielle, des cotisations sociales afférentes à la personne employée, d'une part, et une allocation, d'un montant variable selon l'âge de l'enfant et des ressources du ménage, destinée à réduire le coût du salaire net pour la famille, d'autre part ;

- dans le second cas, le CMG prend la forme d'une allocation forfaitaire, également variable en fonction de l'âge de l'enfant et des ressources du ménage, visant à prendre en charge une partie du coût facturé par l'association ou l'entreprise prestataire. On parle alors de « CMG structure ».

C'est ce « CMG structure » que le présent article propose d'étendre aux parents qui recourent à des établissements expérimentaux pour assurer la garde de leurs enfants.

Dans le cadre du plan « petite enfance » présenté le 7 novembre 2006, il est en effet prévu de promouvoir la création de structures d'accueil expérimentales, d'une capacité maximale de neuf places et destinées à offrir un moyen terme entre l'accueil collectif et les modes de garde individuels. Il s'agit notamment de permettre le développement de l'offre de garde en milieu rural, où les établissements collectifs ont encore du mal à s'implanter en raison de la difficulté à recruter le personnel d'encadrement nécessaire et à financer les coûts fixes liés à de telles structures.

Pour lever cet obstacle, les établissements expérimentaux seraient soumis à des exigences moins lourdes :

- ils pourraient prendre la forme d'un local, mis à disposition par la commune d'implantation, où des assistants maternels agréés ou d'autres professionnels de la petite enfance garderaient en commun les enfants confiés ;

- leur direction pourrait être assurée directement par une personne compétente relevant des services sociaux de la commune d'implantation ;

- les personnels pourraient être employés, selon les cas, soit par la commune, soit par les parents eux-mêmes. C'est donc en prévision de cette dernière situation que le présent article propose, par dérogation à la règle qui veut que celui-ci soit réservé aux modes de garde individuels, d'autoriser le versement du CMG aux parents qui recourent aux établissements expérimentaux pour la garde de leur enfant.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Le décret n° 2000-762 du 1^{er} août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans prévoit déjà la possibilité de mettre en place des établissements d'accueil expérimentaux, autorisés à déroger aux règles de droit commun en matière de nombre de places et de qualification des personnels, sur décision de la collectivité concernée et après avis des services de protection maternelle et infantile.

Mais cette possibilité n'a été jusqu'à présent que très peu utilisée par les communes, et ce pour des raisons essentiellement financières : en effet, pour le versement des prestations de services destinées au financement des crèches, les Caf imposent le respect d'un cahier des charges tel que les structures expérimentales en sont d'office exclues, ce qui rend très difficile le bouclage des projets innovants.

Votre commission ne peut donc que saluer l'initiative prise par le Gouvernement pour lever cet obstacle. En autorisant les parents à percevoir directement le CMG pour solvabiliser le recours à ces structures expérimentales, il affranchit leurs promoteurs des difficultés liées à l'entrée

dans le dispositif des prestations de service versées par les Caf. Il s'agit d'un moyen astucieux d'encourager le développement de ces microstructures qui devraient combler un manque entre le dispositif des assistantes maternelles agréées et celui des crèches et haltes-garderies.

Votre commission considère que cette mesure est d'autant plus positive qu'elle s'inscrit dans le cadre d'une réflexion plus vaste sur la réglementation imposée aux crèches par le décret du 1^{er} août 2000, et notamment sur la nécessité d'assouplir les conditions de diplômes, les normes techniques et les modalités de direction des crèches.

Pour toutes ces raisons, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 64

(art. L. 531-3 et L. 552-1 du code de la sécurité sociale)

Report de la date de versement de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant

Objet : Cet article vise à reporter la date de début du versement de l'allocation de base de la Paje du premier jour du mois de naissance au premier jour du mois suivant celle-ci.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 552-1 du code de la sécurité sociale pose un principe général suivant lequel les prestations familiales sont dues mensuellement et à terme échu, c'est-à-dire qu'elles sont versées « *à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies* ».

Ce principe est toutefois assorti de cinq exceptions : l'allocation de parent isolé (API), l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) et trois des éléments de la Paje (son allocation de base, son complément de libre choix du mode de garde et son complément de libre choix d'activité quand il est versé au titre d'un premier enfant ou au titre du congé parental, plus court et mieux rémunéré, ouvert aux parents de trois enfants et plus) sont ainsi versés à compter du premier jour du mois où les conditions d'attribution sont remplies.

Le présent article vise donc à supprimer l'exception aujourd'hui prévue pour le bénéfice de l'allocation de base de la Paje : son **paragraphe I** modifie ainsi l'article L. 531-3 qui fixe les règles relatives au versement de cette allocation pour prévoir explicitement son versement à terme échu et son **paragraphe II** la supprime en conséquence de la liste des prestations familiales faisant exception à cette règle.

Il s'agit d'abord d'une mesure de simplification : la règle actuelle conduit en effet les Caf à devoir liquider tous les mois des prestations à titre rétroactif. Il s'agit ensuite d'une mesure d'économie : le décalage d'un mois dans la date d'ouverture de l'allocation de base devrait, selon le Gouvernement, produire une économie de 100 millions d'euros pour la branche famille.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a apporté deux modifications à cet article :

- au lieu de reporter la date de début du versement de l'allocation de base au premier jour du mois suivant la naissance, elle a décidé que ce versement interviendrait à compter du jour de la naissance de l'enfant, le montant dû à la famille étant alors proratisé en fonction du nombre de jours restant à courir dans le mois ;

- en conséquence, elle a supprimé le paragraphe II du présent article, afin de maintenir l'allocation de base parmi les prestations familiales qui dérogent au principe du versement à terme échu.

III - La position de votre commission

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. Dans la mesure où le présent article ne faisait qu'aligner le versement de l'allocation de base sur le droit commun des prestations familiales, elle ne se serait pas opposée à son adoption dans sa rédaction initiale.

Toutefois, le compromis trouvé à l'Assemblée nationale lui paraît se situer à un point d'équilibre tout à fait satisfaisant : en prévoyant une ouverture du droit à compter du jour du fait générateur, à savoir la naissance de l'enfant, et une proratisation en conséquence du montant de l'allocation versée le premier mois, la nouvelle rédaction permet de concilier équité pour les familles et rigueur budgétaire.

Votre commission vous présente un **amendement** visant à rectifier une erreur matérielle **et vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.**

Article 65

(art. L. 331-4, L. 331-7 et L. 521-2 du code de la sécurité sociale)

Possibilité de partage des allocations familiales entre les parents séparés en cas de garde alternée des enfants

Objet : Cet article vise à autoriser le partage des allocations familiales entre deux parents divorcés ou séparés, lorsqu'ils ont opté pour la résidence alternée de leurs enfants.

I - Le dispositif proposé

La loi n° 2002-305 du 9 mars 2002 relative à l'autorité parentale a donné une base légale au régime de la résidence alternée des enfants en cas de séparation ou de divorce de leurs parents.

Cette solution, qui est retenue chaque année pour 10 % des 70.000 cas de divorce impliquant des mineurs, suppose que les parents se mettent d'accord ou, au moins, respectent une répartition équitable des charges financières et matérielles liées à l'entretien des enfants, ainsi que des avantages fiscaux et sociaux liés à la présence des enfants dans leurs foyers respectifs.

En matière fiscale, les parents ont, depuis la loi de finances rectificative pour 2002, la liberté de répartir les parts liées à leurs enfants communs confiés en résidence alternée pour le calcul de leur quotient familial : ils peuvent soit décider de leur attribution exclusive à l'un d'entre eux, soit les partager, le nombre de parts étant alors fixé à 0,25 pour les deux premiers enfants et 0,5 pour les suivants.

En revanche, en ce qui concerne les prestations familiales, l'article L. 513-1 du code de l'action sociale et des familles continue d'imposer aux parents le choix d'un allocataire unique. En cas de désaccord, les Caf continuent de verser les prestations à celui des deux conjoints qui était allocataire avant la séparation, c'est-à-dire, dans la majorité des cas, à la mère.

Le présent article cherche donc à tirer les conséquences de la reconnaissance par le code civil de la résidence alternée en matière d'attribution des prestations familiales. Compte tenu de la grande complexité de cette matière, il s'attache cependant, dans une première étape, à la question des **allocations familiales**.

Ainsi, il ne remet pas en cause l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit que l'allocataire est la personne « *qui assume la charge effective et permanente de l'enfant* » mais prévoit une dérogation à ce principe dans le seul cas des allocations familiales.

Le dispositif proposé envisage deux cas de figure : les parents sont d'abord invités à se mettre d'accord sur le choix d'un allocataire unique ou, à défaut, sur un partage de la charge des enfants pour le calcul des droits aux

allocations familiales. Si aucun accord n'est trouvé, ce sera désormais la règle inverse de celle en vigueur à l'heure actuelle qui s'appliquera : la charge des enfants sera répartie à parts égales entre les deux parents.

Le présent article précise que ses conditions d'application seront précisées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret est effectivement indispensable : même si les allocations familiales constituent la prestation familiale la plus simple à partager, car elle est universelle et ne fait entrer en ligne de compte que le nombre, l'âge et le rang de naissance des enfants, la mise en œuvre du partage reste malgré tout complexe, notamment dans le cadre de familles recomposées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination à cet article.

III - La position de votre commission

Votre commission a déjà eu récemment à se prononcer sur le sujet du partage des prestations familiales entre parents séparés en cas de résidence alternée des enfants, lors de l'examen d'une proposition de loi relative à la même question¹. Elle avait alors reconnu qu'une solution devait être apportée au vide juridique créé, pour l'attribution des prestations familiales, par le développement de la résidence alternée, tout en posant plusieurs conditions à leur partage.

Elle avait d'abord plaidé pour une solution adaptée à chacune des prestations : il lui paraissait évident que les règles ne pouvaient être identiques pour des prestations universelles, d'autres sous conditions de ressources ou d'autres encore, comme les allocations logement, qui font entrer de multiples critères dans leur calcul. Elle constate avec satisfaction que le Gouvernement s'est rangé à ce point de vue et adopte une démarche progressive en n'abordant pour l'instant que la question du partage des **allocations familiales**.

Votre commission avait ensuite rappelé que la Cour de cassation, quand elle reconnaît un droit au partage des prestations familiales, ne l'envisage que lorsque la résidence alternée est mise en œuvre de façon « *effective et équivalente* ». Or, le dispositif proposé par le présent article omet de préciser que la résidence alternée doit être égalitaire.

¹ Proposition de loi n° 483 (2005-2006) relative aux droits des parents séparés en cas de garde alternée des enfants de Michel Dreyfus-Schmidt et plusieurs de ses collègues, déposée le 13 septembre 2006. Rapport n° 18 (2006-2007) d'André Lardeux, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 12 octobre 2006.

Il serait pour le moins singulier de prévoir un partage par moitié des allocations familiales si la charge effective de ces derniers ne repose pas de façon égale sur chacun des parents. Votre commission vous propose donc d'**amender** le dispositif dans ce sens.

Enfin, le Gouvernement a mis en place un groupe de travail pour réfléchir aux prochaines étapes du partage des prestations familiales. Il devrait en outre être chargé d'élaborer le décret d'application du présent article. Votre commission insiste pour que, dans ce cadre, il s'attache à définir des règles de partage équitables et neutres, à la fois pour les parents concernés - en tenant compte de leur situation avant et après la séparation pour éviter des pertes de droits - et pour l'ensemble des familles - afin de ne pas avantager indûment les familles recomposées.

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

Article 66

*(art. L. 225-20 à L. 225-27, L. 933-1 du code du travail,
L. 378-1 et L. 381-1 du code de la sécurité sociale,
L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)*

Création du congé de soutien familial

Objet : Cet article crée un congé de soutien familial destiné aux personnes qui cessent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un membre de leur famille, âgé ou handicapé.

I - Le dispositif proposé

Aujourd'hui, les personnes confrontées à la dépendance ou au handicap d'un de leurs proches et qui doivent, quelle qu'en soit la raison, assumer le rôle d'aidant bénévole, n'ont souvent pas d'autre solution que de quitter leur emploi pour s'acquitter de cette mission.

En effet, les deux congés qui existent à l'heure actuelle ne permettent que de répondre imparfaitement à ces situations : le congé de présence parentale est réservé aux parents d'enfants gravement malades, handicapés ou accidentés, lorsque leur état nécessite la présence d'une personne à leur côté ; le congé de solidarité familiale vise uniquement les situations de fin de vie.

Les congés existants pour les aidants familiaux

• Le congé de présence parentale

Ce congé est destiné aux parents dont l'enfant, gravement malade, handicapé ou accidenté, nécessite la présence de l'un d'entre eux à ses côtés. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, il prend la forme d'un capital de 310 jours utilisables pendant la durée nécessaire du traitement définie par le médecin et dans la limite de trois ans. Il n'est pas rémunéré par l'employeur mais le salarié bénéficie durant ce congé de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

Par ailleurs, pendant le congé, le parent reste affilié à l'assurance vieillesse du régime général par l'intermédiaire de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), sous réserve que ses ressources soient inférieures à un plafond.

La durée du congé de présence parentale est enfin prise en compte pour moitié pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté. Le salarié conserve le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.

• Le congé de solidarité familiale

Ce congé est destiné aux salariés qui cessent leur activité professionnelle pour accompagner un proche souffrant d'une pathologie engageant le pronostic vital. Non rémunéré, il est d'une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois. Avec l'accord de l'employeur, il peut être transformé en temps partiel.

La durée du congé de solidarité familiale est prise en compte pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté. En revanche, elle n'ouvre pas droit à validation pour les droits à la retraite.

C'est la raison pour laquelle, conformément aux propositions avancées dans le cadre de la conférence de la famille de juin 2006, le présent article introduit dans le code du travail la possibilité pour un salarié de bénéficier d'un congé spécifique pour s'occuper d'un membre de sa famille devenu dépendant ou gravement handicapé.

Le **paragraphe I** introduit une nouvelle section dans le chapitre V du titre II du livre II du code du travail, consacré aux congés non rémunérés. Cette nouvelle section, intitulée « Congé de soutien familial », comporte huit articles.

L'**article L. 225-20** crée le congé de soutien familial et détermine les conditions de son ouverture. Ces conditions sont au nombre de quatre :

- l'ancienneté du salarié dans l'entreprise doit être d'au moins deux ans ;

- le salarié doit entretenir un lien de parenté avec la personne aidée, qu'il s'agisse d'un conjoint (ou concubin ou partenaire de pacte civil de solidarité), d'un parent, d'un enfant à charge au sens de la législation sur les prestations familiales, d'un frère ou d'une sœur ou d'un autre membre de sa famille ou de celle de son conjoint jusqu'au quatrième degré ;

- le handicap ou la dépendance de la personne aidée. Ce critère de gravité, qui sera précisé par décret, devrait correspondre à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % pour les adultes ou ouvrir droit au bénéfice de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), pour les mineurs ;

- la personne aidée doit non seulement résider en France de façon stable et régulière, mais également résider soit à son propre domicile, soit chez le salarié qui demande à bénéficier du congé. Le droit à congé est en effet explicitement exclu si la personne aidée est placée en établissement ou chez un tiers autre que le salarié.

Lorsque ces conditions sont remplies, le salarié peut bénéficier d'un congé, d'une durée initiale de trois mois, renouvelable dans la limite d'un an pour l'ensemble de la carrière. Dans la mesure où il est également précisé que le bénéfice du congé ne peut être ouvert qu'une seule fois dans l'ensemble de la carrière, on peut en déduire que le salarié qui renonce au renouvellement perd définitivement le reste des droits restant à courir.

L'**article L. 225-21** précise que le départ en congé de soutien familial est précédé d'une simple information de l'employeur par le salarié. Le fait de n'exiger qu'une information permet de conclure que le congé est de droit et que l'employeur ne peut ni le refuser, ni le reporter.

L'**article L. 225-22** énumère les cas où le salarié peut demander de façon anticipée à réintégrer l'entreprise : le retour anticipé serait non seulement naturellement possible en cas de décès de la personne aidée ou d'admission de celle-ci dans un établissement, mais aussi en cas de diminution importante des ressources de l'intéressé. Il s'agit, dans ce dernier cas, d'envisager le cas où le conjoint de l'aidant perdrait son emploi, privant ainsi le foyer de son seul revenu.

L'**article L. 225-23** interdit au salarié en congé de soutien familial d'exercer quelque activité rémunérée que ce soit pendant la durée de son congé. Deux exceptions sont toutefois prévues, au bénéfice des aidants familiaux rémunérés par la personne aidée elle-même, en conformité avec la législation sur l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et sur la prestation de compensation du handicap (PCH) qui permettent une telle pratique.

Les **articles L. 225-24 à L. 225-26** déclinent les garanties attachées au congé de soutien familial en matière d'emploi : les bénéficiaires de ce congé sont assurés de retrouver leur poste ou un emploi équivalent dans l'entreprise, assorti d'une rémunération au moins équivalente, à l'issue de celui-ci ; ils conservent également l'ensemble des avantages acquis avant leur congé et la durée de celui-ci est prise en compte pour le calcul de leur ancienneté ; enfin, pour préparer le départ et le retour du salarié, celui-ci bénéficie obligatoirement de deux entretiens avec son employeur.

Enfin, l'**article L. 225-27** déclare nulles de plein droit toutes les conventions qui prévoiraient des dispositions contraires aux garanties prévues par le présent article en faveur des bénéficiaires du congé de soutien familial.

Le **paragraphe II** adapte les dispositions de l'article L. 933-1 du code du travail relatif au droit individuel à la formation, afin de permettre la prise en compte de la durée du congé de soutien familial pour le calcul de l'ancienneté dans l'entreprise permettant de bénéficier d'un congé individuel de formation. Pour mémoire, des dispositions similaires existent en faveur des bénéficiaires d'autres types de congés (congé de maternité, d'adoption, de présence parentale ou congé parental d'éducation).

Le **paragraphe III** organise les modalités du maintien des droits à l'assurance vieillesse pour les bénéficiaires du congé de soutien familial, en prévoyant, sous certaines conditions, leur affiliation au régime de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

L'assurance vieillesse des parents au foyer

Créée en 1972, l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) garantit aujourd'hui, sous certaines conditions, la poursuite de la constitution des droits à la retraite pour les personnes qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un ou plusieurs enfants ou d'une personne handicapée.

Dans ce cadre, sont affiliées obligatoirement et gratuitement, sous conditions de ressources, les personnes qui :

- perçoivent le complément familial, l'allocation de base de la Paje, le complément libre choix d'activité de cette même prestation ou l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ;

- assument la charge d'un enfant handicapé ouvrant droit au bénéfice de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), non admis en internat ;

- prennent en charge un adulte handicapé dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80 % et dont le maintien au foyer a été reconnu souhaitable par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Les cotisations correspondantes, calculées sur la base du Smic, sont prises en charge par la Cnaf. En 2005, le coût de ce dispositif s'est élevé à 4,2 milliards d'euros pour la branche famille.

Le 1° de ce paragraphe supprime d'abord les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 381-1, devenus sans objet depuis la réforme de l'allocation de présence parentale intervenue lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Son 2° prévoit l'affiliation obligatoire des bénéficiaires du congé de soutien familial à l'AVPF, dès lors que leurs ressources sont inférieures au plafond du complément familial. Cette condition de ressources n'est pas spécifique aux bénéficiaires du congé de soutien familial : elle est commune à tous les ressortissants actuels de l'AVPF.

Cette affiliation est également prévue au bénéfice des travailleurs indépendants qui cesseraient leur activité professionnelle pour les mêmes raisons que les bénéficiaires du congé de soutien familial : en effet, si le statut d'indépendant rend inutile la création d'un congé, il était indispensable de prévoir le maintien des droits à la retraite pour ceux d'entre eux qui cesseraient leur activité dans les mêmes conditions que les salariés.

Pourront ainsi être affiliés à l'AVPF dans les mêmes conditions de cessation d'activité, d'assistance à une personne âgée ou handicapée et de ressources, les professions artisanales, industrielles et commerciales, libérales, les conjoints associés qui participent à l'activité de l'entreprise artisanale, commerciale ou agricole, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les exploitants agricoles et les artisans ruraux.

Le 3° de ce même paragraphe précise que la charge de la validation des trimestres des bénéficiaires du congé de soutien familial au titre de l'AVPF incombera à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), lorsque la personne aidée est une personne âgée. Selon les informations transmises par le ministère, les personnes âgées devraient représenter 80 % des personnes aidées au titre du congé de soutien familial, ce qui signifie que 80 % du coût de la validation devrait reposer sur la CNSA (soit environ 8,4 millions d'euros), alors que les 20 % restants (soit 2,1 millions d'euros) continueraient à incomber à la Cnaf.

Le circuit financier devrait s'établir de la façon suivante : la CNSA remboursera à la Cnaf les cotisations qu'elle aura acquittées auprès de la branche vieillesse pour les personnes en congé de soutien familial lorsque la personne aidée est une personne âgée. Le choix de ce circuit financier, apparemment complexe, est en réalité guidé par le fait que ce sont les Caf qui disposent des éléments nécessaires pour procéder à la liquidation des droits et qu'il aurait été inutile et coûteux de mettre en place un dispositif parallèle pour permettre à la CNSA de liquider elle-même ces droits.

Le **paragraphe IV** tire les conséquences, sur le plan comptable, du fait que la CNSA rembourse à la Cnaf une partie des dépenses au titre de l'affiliation à l'AVPF des bénéficiaires du congé de soutien familial. Il précise en effet que la subvention de la CNSA à la Cnaf au titre de ce dispositif est inscrite à la section comptable retraçant les produits et les charges relatives à la participation de la caisse au financement de l'Apa.

Le **paragraphe VI** vise à permettre le rétablissement immédiat du droit aux indemnités journalières d'assurance maladie et au versement d'une pension d'invalidité pour les salariés qui reprennent leur activité au terme d'un congé de soutien familial.

Pour bénéficier de ces indemnités, il faut en effet remplir une condition d'activité professionnelle minimale durant un nombre de mois déterminé précédant la demande. C'est la raison pour laquelle le nouvel article L. 378-1 neutralise la période de congé de soutien familial pour le calcul de cette condition d'activité minimale : les droits acquis du fait de l'activité professionnelle antérieure au congé sont rouverts immédiatement à l'issue de celui-ci. Il est toutefois précisé que cette neutralisation ne trouve pas à s'appliquer si le bénéficiaire du congé a perçu une rémunération au titre de l'aide familiale apportée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de votre commission

Votre commission ne peut que saluer la création de ce nouveau congé de soutien familial qui constitue une reconnaissance bienvenue du rôle des aidants familiaux dans la prise en charge des personnes dépendantes ou handicapées.

Elle se réjouit de voir que la réflexion autour du statut de ces aidants, à laquelle elle avait contribué de façon importante lors des débats sur la loi « Handicap » du 11 février 2005, se poursuit de façon aussi fructueuse. Elle se félicite tout particulièrement de la solution apportée à la question du maintien des droits à la retraite pour les aidants familiaux, qui constituait l'une de leurs aspirations fortes et légitimes.

Si elle approuve donc le dispositif proposé dans sa philosophie comme dans ses principales dispositions, votre commission souhaiterait toutefois le faire évoluer sur cinq points :

- il lui semble utile de supprimer la restriction constituée par le fait que le congé de soutien familial ne peut être demandé qu'une seule fois dans une carrière. Le texte précise que la durée totale des périodes de congé de soutien familial sur l'ensemble de la carrière ne peut excéder un an, ce qui apporte déjà une garantie suffisante. Si le salarié n'épuise pas son crédit d'un an, pourquoi lui interdire d'en bénéficier à nouveau plus tard, pour aider une autre personne, dans la limite du plafond ? Votre commission vous proposera un **amendement** dans ce sens ;

- il lui apparaît également que le texte n'envisage pas toutes les situations dans lesquelles le salarié pourrait être amené à demander son retour anticipé dans l'entreprise : s'il mentionne le cas du placement de la personne aidée en établissement, il ignore la possibilité offerte par le recours à une aide professionnelle à domicile ou le relais pris par un autre membre de la famille

auprès de la personne aidée. Votre commission vous propose de prévoir ces deux cas de figure, par **amendement** ;

- votre commission s'étonne enfin de la limitation de la prise en charge de l'AVPF par la CNSA aux seuls cas où la personne aidée est une personne âgée : la vocation de la CNSA n'est en effet pas uniquement de financer des dépenses liées aux personnes âgées, mais aussi celles liées aux personnes handicapées. En réalité, l'ensemble des personnes aidées par les bénéficiaires du congé de soutien familial entrent dans le champ de compétence de la CNSA. Pour cette raison, ainsi que pour des motifs de simplicité de gestion, votre commission vous propose, par **amendement**, de mettre à la charge de cette caisse l'ensemble du dispositif.

Votre commission vous présente enfin **un amendement** de coordination **et vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.**

Article 67

Création d'un prêt à taux zéro pour les jeunes qui entrent dans la vie active

Objet : Cet article crée un prêt à taux zéro destiné aux jeunes de dix-huit à vingt-cinq ans qui s'insèrent dans la vie active.

I - Le dispositif proposé

Conformément au souhait affiché par la conférence de la famille de juin 2006 de renforcer le soutien de la politique familiale envers les jeunes adultes, tout particulièrement lorsque ceux-ci ne peuvent pas ou pas assez compter sur la solidarité familiale, le présent article crée « *une avance remboursable à taux d'intérêt bonifié* », c'est-à-dire un prêt à taux zéro destiné aux jeunes âgés de dix-huit à vingt-cinq ans pour les aider à financer les dépenses nécessaires à leur entrée dans la vie active et à leur prise d'autonomie.

Il s'agit tout particulièrement d'aider les jeunes à faire face à la transition entre la vie étudiante et la vie professionnelle, notamment pour ceux qui voient arriver, avec la conclusion de leurs études, la fin du versement de la bourse qui leur permettait de faire face à leurs dépenses d'entretien. C'est la raison pour laquelle les prêts seront réservés, sous conditions de ressources, aux jeunes qui viennent de trouver un premier emploi ou qui sont inscrits comme demandeurs d'emploi.

Ces prêts, d'un montant maximum de 5.000 euros, remboursables sur cinq ans au plus, pourront financer toute opération en relation avec l'insertion professionnelle du jeune : achat d'un véhicule, d'équipements pour le logement ou acquisition d'équipements professionnels. Ils seront distribués

par les établissements de crédits traditionnels, sous réserve de la conclusion par ces derniers d'une convention avec le fonds de cohésion sociale chargé de garantir les prêts.

Afin de permettre aux emprunteurs de bénéficier d'un taux zéro sans pour autant faire peser la charge de l'absence d'intérêt sur les établissements prêteurs, les intérêts de ces prêts seront financés par la Cnaf, qui pourra par ailleurs participer, si elle le souhaite, au financement de la garantie.

D'après le ministère chargé de la famille, le montant total des prêts en régime de croisière pourrait s'élever à 150 millions par an.

Si l'on retient, conformément aux hypothèses envisagées lors de la dernière conférence de la famille, un taux d'intérêt fixe de 3,7 %, le coût des intérêts pour la Cnaf s'élèverait à 2,1 millions d'euros en 2007, à supposer que l'ensemble de l'enveloppe soit réellement ouvert et que les prêts soient accordés de façon régulière tout au long de l'année.

Toutefois cette hypothèse constitue plutôt une fourchette basse, car il est vraisemblable que les banques exigeront plutôt un taux variable, assorti d'une marge pour leur propre rémunération. Si l'on ajoute au coût de la bonification d'intérêt celui de la garantie et les frais liés à la distribution des prêts, le coût de l'ensemble du dispositif pourrait s'élever à 15 millions d'euros par an.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission se félicite de la création de ce nouveau dispositif, qui vient marquer de façon concrète la nécessité, pour la solidarité collective, de prendre le relais de la solidarité familiale quand celle-ci ne peut pas ou pas suffisamment accompagner la prise d'autonomie des jeunes adultes.

Elle souligne tout particulièrement l'intérêt de recourir au fonds de cohésion sociale pour garantir ces nouveaux prêts. Cette solution est particulièrement adaptée car ce fonds remplit déjà un rôle identique en matière de microcrédits professionnels ou sociaux¹. De plus, lorsqu'il intervient, le fonds fait en sorte que les emprunteurs bénéficient d'un accompagnement social, afin d'éviter les incidents de paiement, ce qui offre encore une garantie supplémentaire du point de vue de l'insertion des bénéficiaires.

Il reste cependant à mieux définir les modalités précises de gestion de ces prêts, notamment les circuits financiers qui devront être mis en place entre

¹ *Le fonds de cohésion sociale garantit aujourd'hui les prêts accordés par les établissements bancaires conventionnés par la Caisse des dépôts dans deux domaines : les microcrédits accordés aux personnes en difficulté créant ou reprenant une entreprise et ceux destinés aux personnes à faibles revenus, habituellement exclues du système bancaire traditionnel, pour des projets permettant leur insertion sociale et professionnelle.*

les établissements de crédits conventionnés, la Cnaf et le fonds. Pour des raisons de simplicité de gestion, il serait en effet préférable que seul le fonds entretienne des relations directes avec les réseaux bancaires, la branche famille remboursant simplement au fonds les frais relatifs aux intérêts bonifiés.

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

*Article additionnel avant l'article 68
(art. L. 223-4 du code de la sécurité sociale)*

Neutralité des opérations d'adossement pour la branche famille

Objet : Cet article additionnel vise à assurer la neutralité financière, pour la branche famille, des opérations consistant à adosser des régimes spéciaux de retraite au régime général.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, la branche famille rembourse au fonds de solidarité vieillesse (FSV) une partie du coût des majorations de pensions de retraite versées aux personnes ayant élevé trois enfants ou plus. Ses dépenses à ce titre se sont élevées à plus de 2 milliards d'euros en 2005 et sont en progression constante, compte tenu de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations de baby-boomers, particulièrement nombreuses.

Cette participation au financement des majorations de pensions pour enfants fait de la branche famille l'un des acteurs du financement des régimes de retraite et la conduit à subir les conséquences des réformes successives de ces régimes, et notamment celles des opérations d'adossement.

L'adossement des régimes spéciaux de retraite

L'adossement est une technique, employée pour la première fois en 2004, consistant à élargir le mode de financement des régimes spéciaux pour garantir le paiement de leurs engagements de retraite.

Cet adossement s'opère en deux temps :

- il consiste d'abord à sortir du bilan des entreprises publiques concernées les engagements de retraite passés, c'est-à-dire les droits validés à la date de l'adossement : il s'agit ainsi d'éviter aux entreprises d'avoir à les provisionner dans leurs comptes, ce qui dégraderait considérablement leur bilan. Ce sont la Cnav et les organismes complémentaires - Agirc et Arrco - qui assurent le service des prestations correspondant à ces droits passés, en contrepartie du versement d'une soulte, calculée en fonction du rapport de charge entre le régime général et le régime adossé à l'horizon de vingt-cinq ans ;

- il consiste ensuite à répartir le financement des droits acquis à compter de la date de l'adossment entre le régime général, qui prend en charge les prestations dans la limite des conditions de droit commun en contrepartie de cotisations employeur et salarié identiques à celles des salariés du privé, et le régime spécial, dit « régime chapeau », qui finance les avantages spécifiques grâce à une contribution tarifaire des entreprises concernées.

Or, l'adossment opéré en 2006 du régime des industries électriques et gazières (IEG) a conduit la Cnaf à devoir reprendre à son compte le financement des avantages familiaux des assurés sociaux de ce régime, pour un coût évalué entre 30 et 50 millions d'euros, sans aucune contrepartie pour cette charge nouvelle de la part des entreprises concernées. En effet, seule la Cnav a bénéficié du versement de la soule...

Une opération similaire est d'ores et déjà envisagée pour le financement des engagements de retraites de la RAPT et la question reste posée pour les régimes spéciaux de La Poste et de la SNCF, tous régimes qui, comme celui des IEG, servent des avantages familiaux particulièrement importants à leurs assurés sociaux. Ces futurs adossements conduiraient donc à un nouvel accroissement des charges de la Cnaf au titre des majorations de pensions pour enfants.

Votre commission dénonce depuis 2001 le transfert de charges opéré au détriment de la branche famille pour le financement de ces majorations. Elle considère en effet qu'elles constituent des avantages vieillesse à part entière, reflétant la solidarité de l'ensemble des assurés à l'égard de parents qui, en élevant au moins trois enfants, avaient contribué à l'équilibre futur des régimes de retraite par répartition.

Elle est cependant consciente qu'une suppression pure et simple de la participation de la Cnaf à leur financement est aujourd'hui impossible car il conduirait à un doublement du déficit déjà très important du FSV. La question ne peut désormais, selon elle, être réglée que dans le cadre d'une réflexion plus globale sur le financement des régimes de retraite.

Mais, dans l'attente de cette réflexion qui devrait avoir lieu à l'occasion de la clause de rendez-vous de 2008, il lui paraît indispensable de veiller à ce que des charges indues ne viennent pas encore accroître la ponction opérée sur les ressources de la Cnaf. Il importe tout particulièrement de s'assurer que les opérations d'adossment soient effectivement neutres pour l'ensemble du régime général et non pas pour la seule branche vieillesse.

C'est la raison pour laquelle elle vous propose, par amendement, de préciser que le principe de stricte neutralité financière des opérations d'adossment s'applique également à l'égard des assurés sociaux relevant de la Cnaf. En conséquence, les rapports quinquennaux au Parlement prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 devront également s'attacher au respect de ce principe pour la branche famille.

Pour toutes ces raisons, votre commission vous propose d'insérer cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 68

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2007

Objet : Cet article fixe à 55,3 milliards d'euros, dont 54,9 milliards pour le régime général, l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2007.

I - Le dispositif proposé

En application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, le présent article fixe à la fois l'objectif de dépenses de l'ensemble de la branche famille et celui, spécifique, du régime général.

Cependant, contrairement aux autres branches, le régime général représente 99 % des dépenses de l'ensemble de la branche, car la Cnaf retrace dans ses comptes l'ensemble des prestations légales et extralégales servies par les différents organismes, ainsi que leurs dépenses de fonctionnement et leurs charges annexes. En réalité, seuls les avantages familiaux versés par certains régimes spéciaux, qui ont un caractère de complément de salaire, échappent à cette agrégation.

Chaque année, l'objectif de dépenses est fixé en fonction du montant prévisionnel des charges, compte tenu des mesures nouvelles introduites par le projet de loi de financement, de l'évolution prévisible du nombre d'allocataires des prestations familiales, des objectifs des Caf en matière d'action sociale, ainsi que du taux retenu pour la revalorisation des prestations, c'est-à-dire de l'évolution de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF).

En matière de **revalorisation des prestations**, le présent projet de loi de financement table sur une hypothèse de progression de la BMAF de 1,7 %, ce qui correspond au niveau de l'inflation attendu pour 2007, corrigé des surévaluations des années passées. Toutes choses égales par ailleurs, l'évolution de la BMAF devrait avoir un coût de 460 millions d'euros en 2007.

La **croissance en volume** des prestations familiales, conséquence de l'augmentation du nombre d'allocataires devrait s'établir à 0,8 %, d'après les projections établies par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2006.

Le présent projet de loi de financement tient également compte de la montée en charge des **mesures nouvelles** des années passées, pour un montant total de 286 millions d'euros, celui-ci correspondant à 95 % aux dépenses supplémentaires entraînées par le déploiement de la Paje.

Pour leur part, les mesures nouvelles inscrites dans le présent projet de loi de financement devraient coûter 25,5 millions d'euros, soit respectivement 15 millions pour la création du « prêt Jeunes » et 10,5 millions pour la mise en place du congé de soutien familial. A ces deux mesures s'ajoute le coût du financement de la réforme de la protection de l'enfance, auquel la Cnaf participe sur ses crédits d'action sociale pour un total de 30 millions d'euros.

Inversement, le présent projet de loi de finances prévoit deux mesures d'économies : la première au titre des luttes contre la fraude, d'un montant de 120 millions d'euros, la seconde au titre du report de la date de versement de la Paje. S'agissant de cette dernière, son montant devrait être ramené de 100 à 50 millions d'euros, compte tenu des modifications apportées par l'Assemblée nationale au dispositif, modifications auxquelles votre commission n'entend pas s'opposer.

Enfin, l'objectif de dépenses de la branche famille tient compte des prévisions de dépenses des Caf en matière d'**action sociale** : celles-ci devraient s'établir en progression de 5,2 % en 2007.

Pour l'ensemble de ces motifs, l'objectif de dépenses de la branche est fixé à 55,3 milliards d'euros, dont 54,9 milliards au titre du régime général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission observe que les économies attendues au titre des mesures de lutte contre la fraude sont particulièrement élevées, notamment eu égard au montant annuel des indus recouverts. Il lui paraît donc peu probable qu'un tel objectif puisse réellement être atteint.

Elle regrette par ailleurs, comme chaque année, la modestie de la revalorisation de la BMAF, simplement égale à l'inflation prévisionnelle, même si elle en comprend les motifs en période de déficit.

Sous ces réserves, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel avant l'article 69

Sanction de l'incitation au non-paiement des cotisations sociales

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'étendre à l'ensemble des régimes de base la possibilité de sanctionner l'incitation à la désaffiliation ou au non-paiement de cotisations sociales.

Cet article additionnel vise à sanctionner certaines campagnes et comportements illégaux qui ont pu être constatés au cours de la période récente.

Il prévoit l'insertion, parmi les dispositions du code de la sécurité sociale consacrées au contrôle et à la lutte contre la fraude, d'un **nouvel article L. 114-18** disposant que toute personne qui incite, par quelque moyen que ce soit, les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale est punie.

Il s'agit de sanctionner l'incitation aussi bien à la désaffiliation qu'au non-paiement des cotisations et contributions sociales.

La peine prévue est de six mois d'emprisonnement et de 15.000 euros ou de l'une de ces deux peines seulement.

Les personnes condamnées seraient inéligibles pour une durée de six ans aux chambres de commerce et d'industrie et aux chambres des métiers. Elles ne pourront non plus être membre d'un conseil ou administrateur d'un organisme de sécurité sociale.

Ces dispositions se rapprochent de ce que prévoient actuellement les articles L. 637-1 et L. 652-7 du code de la sécurité sociale pour le seul régime social des indépendants.

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

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 69

Situation des travailleurs détachés temporairement en France au regard du rattachement au régime général et du droit aux prestations familiales

Objet : Cet article a pour objet de clarifier la situation des travailleurs détachés temporairement en France en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire, au regard du droit aux prestations familiales et à la couverture maladie universelle.

I - Le dispositif proposé

Le présent article modifie deux articles du code de la sécurité sociale afin de clarifier la situation des travailleurs et de leur famille, venus en France dans le cadre d'un détachement organisé par un accord international de sécurité sociale, au regard du système de sécurité sociale français.

La procédure de détachement permet en effet le **maintien du salarié au sein du régime de sécurité sociale du pays d'envoi**. Elle exonère par là même le salarié détaché en France et son employeur de toutes contributions ou cotisations au régime français, y compris les cotisations patronales pour la famille, les travailleurs détachés n'entrant pas dans la masse salariale de l'entreprise française qui les reçoit.

Or, actuellement ces travailleurs et leurs familles, bien qu'ayant souhaité s'exclure du régime français, peuvent accéder, de par leur simple résidence en France, à la couverture maladie universelle et aux prestations familiales françaises, aucune interdiction du bénéfice de ces prestations n'étant expressément prévue par la loi française.

Dans ce contexte, le **paragraphe I** de l'article modifie l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale, afin de permettre aux caisses primaires d'assurance maladie de refuser l'affiliation à la couverture médicale universelle (CMU) des travailleurs détachés et de leurs ayants droit.

Le **paragraphe II** complète l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale, afin de permettre aux caisses d'allocations familiales de refuser le bénéfice des prestations familiales françaises aux travailleurs détachés et à leur famille.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, « *l'objectif central de cette disposition est de garantir, pour ces catégories de personnes, l'effectivité du lien entre contribution au système de solidarité nationale et bénéfice des prestations* ». En effet, les personnes concernées sont dispensées du paiement des charges et contributions sociales. Il serait dès lors singulier de leur ouvrir un droit à prestation.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement pour corriger une erreur de référence.

III - La position de votre commission

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

Article 69 bis

Contrôle des conditions d'ouverture de droits à prestations pour les personnes résidant à l'étranger

Objet : Cet article, introduit par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, vise à renforcer les moyens de contrôle des organismes de sécurité sociale à l'égard des personnes résidant à l'étranger.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article comporte deux mesures :

- le **paragraphe I** complète l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale par un nouvel alinéa précisant que les dispositions de l'article ne s'appliquent pas aux personnes qui ne résident pas en France.

Cela vise à ne plus permettre à une personne qui cesse de remplir les conditions pour relever d'un régime de sécurité sociale et qui ne réside plus en France de bénéficier d'un maintien de droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie ;

- le **paragraphe II** crée un nouvel article L. 161-15-4 dans le même code afin d'imposer à toute personne qui cesse de bénéficier du droit aux prestations de l'assurance maladie et qui transfère sa résidence à l'étranger d'en informer préalablement sa caisse d'assurance maladie et de restituer sa carte Vitale. En cas de manquement à ces obligations, les organismes de sécurité sociale peuvent prononcer une pénalité à l'encontre de la personne concernée, dans les conditions définies à l'article L. 162-1-14.

En effet, aujourd'hui, selon les indications fournies par le Gouvernement, nombre de personnes qui transfèrent leur résidence à l'étranger continuent, alors qu'elles ne bénéficient plus de droit à l'assurance maladie, d'obtenir, grâce à leur carte Vitale, un remboursement de leurs soins de santé dispensés à l'occasion de courts séjours en France.

Il s'agit d'abord, pour le Gouvernement, de faire œuvre de pédagogie, car un grand nombre de personnes qui transfèrent leur résidence à l'étranger n'ont sans doute pas conscience d'avoir perdu leurs droits à l'assurance maladie. C'est le sens de l'obligation d'information préalable en cas de transfert de résidence qui est ici prévue. Elle aura d'autant plus d'impact qu'elle se matérialisa par la restitution de la carte Vitale. Pour les personnes qui continueront néanmoins à se faire soigner en France, cette disposition permettra de justifier tout refus de remboursement, voire dans certains cas de permettre l'application de pénalités en cas de fraude.

II - La position de votre commission

Votre commission approuve cette disposition qui permettra de mettre un terme à de vrais abus.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 69 ter

Renforcement du contrôle des droits à l'ouverture de prestations sous condition de ressources

Objet : *Cet article, introduit par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, vise à permettre une meilleure appréhension de l'ensemble des ressources des demandeurs de prestations sous conditions de ressources et à renforcer le contrôle de l'ouverture des droits à ce type de prestations.*

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Actuellement, les prestations sociales sous conditions de ressources sont attribuées sur la base de la déclaration des revenus perçus par le demandeur et les membres de son foyer au cours d'une année ou des douze derniers mois écoulés.

Le présent article prévoit une procédure dérogatoire afin de permettre à l'organisme local de sécurité sociale compétent d'évaluer de façon forfaitaire les éléments de train de vie du demandeur de la prestation. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit aux prestations.

Le **paragraphe I** insère un nouvel article L. 553-5 dans le code de la sécurité sociale, afin de prévoir cette disposition dans le cadre de l'attribution des prestations familiales.

Le **paragraphe II** insère un article L. 861-2-1 dans le même code pour rendre applicable cette procédure dérogatoire dans le cadre de l'ouverture de la CMU complémentaire en matière de santé.

Le **paragraphe III** insère, aux mêmes fins, l'article L. 262-10-1 dans le code de l'action sociale et des familles pour l'attribution du RMI.

Dans les trois cas, il est précisé que *« les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit »*.

Il est enfin prévu qu'un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de l'article.

Le **paragraphe IV** concerne la CMU de base. Il prévoit de modifier l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale afin de préciser que servent également au calcul de l'assiette qui est utilisée comme de base au calcul de la cotisation CMU *« l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger »*, dès lors que ces éléments ne sont pas déjà pris en compte dans le revenu fiscal

de référence. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de cette disposition et notamment le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

L'exposé sommaire de l'amendement déposé par le Gouvernement à l'Assemblée nationale indique que le décret en Conseil d'Etat devra en particulier définir :

« - les éléments de train de vie devant faire l'objet de l'évaluation forfaitaire : le nombre et la valeur des véhicules, automobiles, motos, la valeur locative du ou des biens immobiliers détenus ou mis à disposition, les avantages en nature ou en espèces servis par des tiers, la fréquence et le coût des voyages à l'étranger, etc. ;

« - le caractère de disproportion marquée : lorsque à l'issue de cette évaluation, le montant de ressources sera supérieur de 50 % au niveau des ressources exigées, le bénéfice de la prestation sera remis en cause ;

« - enfin les garanties procédurales offertes au demandeur avec l'organisation d'un débat contradictoire lors de la phase d'évaluation forfaitaire. »

Il s'agit ainsi de mettre un terme aux fraudes constatées dans l'attribution du RMI, de la CMU, de la CMUC et des prestations familiales, toutes prestations conditionnées à un niveau maximal de ressources. Les fraudes visées sont en particulier liées aux ressources réelles des attributaires de ces prestations, surtout lorsque ces derniers bénéficient de ressources à l'étranger.

II - La position de votre commission

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

Article 70

Indemnités journalières des indépendants

Objet : Cet article vise à appliquer aux indemnités journalières versées aux indépendants les mêmes dispositifs de contrôle que pour les indemnités journalières versées dans le cadre du régime général.

I - Le dispositif proposé

La loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 a institué un mécanisme de contrôle des prescriptions d'indemnités journalières qui participe pour beaucoup aux bons résultats enregistrés depuis deux ans en termes de maîtrise des dépenses.

L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, issu de cette loi, prévoit ainsi que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après respect de certaines formalités, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical le versement des indemnités journalières, en cas soit de non respect par le médecin des conditions de prescription des arrêts de travail, soit de constatation d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits supérieurs aux données moyennes constatées au sein d'une union régionale des caisses d'assurance maladie.

Le 1° de l'article L. 162-1-15 renvoie au 5° de l'article L. 321-1 relatif aux indemnités journalières versées aux salariés. En l'état actuel des textes, cet article L. 162-1-15 ne s'applique donc pas aux indemnités journalières du régime social des indépendants, régies par l'article L. 613-20 relatif aux prestations supplémentaires de ce régime.

Le présent article a pour objet de **rendre l'article L. 162-1-15 applicable aux indemnités journalières du régime social des indépendants** en modifiant l'article L. 613-20 de manière à ce qu'il inclue lui-même un renvoi aux indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1.

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.

Article 70 bis

Création d'un répertoire commun aux organismes sociaux

Objet : Cet article, inspiré des préconisations de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, a pour objet de créer un répertoire national commun aux organismes sociaux.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Parmi les propositions du rapport de Jean-Pierre Door, établi en 2005 par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale, consacré à l'organisation et au coût de gestion des branches de la sécurité sociale, figure **la création d'un fichier interbranche des assurés**. Cette mesure répond à trois ambitions : une qualité de service renforcée, se traduisant notamment par la simplification des démarches et des procédures ; une productivité accrue pour les différents

régimes ; une efficacité nouvelle pour le contrôle du versement des prestations et la lutte contre les fraudes.

Les dispositifs de versement des prestations et avantages de toute nature reposent en effet aujourd'hui sur une multiplicité d'organismes et d'acteurs impliquant l'utilisation de nombreux systèmes d'information. La Mecss a considéré qu'une telle situation n'est pas de nature à faciliter les échanges d'information et les contrôles nécessaires à la bonne gestion des droits et des prestations ou avantages.

Elle a donc proposé la mise en place d'un répertoire commun. Celui-ci serait créé et régi par un nouvel article du code de la sécurité sociale, **l'article L. 114-12-1**, conformément au **paragraphe I** de cet article.

Aux termes de celui-ci, le répertoire serait commun aux organismes chargés d'un régime obligatoire de base, aux caisses assurant le service des congés payés et aux Assedic. Il comprendrait des informations partagées sur l'identification des bénéficiaires, leur rattachement administratif aux différents organismes qui leur servent des prestations ainsi que sur les droits ouverts, la nature des prestations ou avantages et l'adresse déclarée pour leur versement.

Ce répertoire serait **ouvert aux organismes de la branche recouvrement** dans le cadre de l'exercice de leurs missions, particulièrement celles touchant à la lutte contre le travail illégal. Il constituerait aussi un outil permettant de traiter plus facilement **les échanges** aujourd'hui prévus par le code de la sécurité sociale **avec les administrations fiscales**.

Il est également prévu d'ouvrir les échanges d'informations aux **collectivités territoriales** pour répondre à leur besoin d'informations dans le cadre de l'exercice de leurs compétences touchant à l'aide sociale.

Il utilisera le NIR, numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (numéro Insee), comme identifiant de ce nouveau répertoire commun.

Sur le plan technique, ce nouveau répertoire constituera le prolongement de l'actuel répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM), fichier recensant l'ensemble des assurés des régimes obligatoires d'assurance maladie et comportant le NIR.

Le **paragraphe II** prévoit d'abroger l'article L. 161 du livre des procédures fiscales. Cet article prévoit, en effet, une procédure de souscription d'une déclaration des personnes assujetties pour permettre les échanges avec les organismes de sécurité sociale. Une telle procédure, particulièrement lourde et peu compatible avec la généralisation des échanges d'informations, est en contradiction avec le dispositif prévu par le paragraphe I. Il est donc proposé de la supprimer.

II - La position de votre commission

Votre commission comprend et approuve la finalité poursuivie par cet article. Il est en effet important de pouvoir exercer une lutte contre la fraude efficace, celle-ci ayant un impact réel sur les finances sociales.

Actuellement, si tous les organismes de protection sociale ont l'autorisation d'utiliser le NIR pour leurs fichiers, la Cnil s'étant prononcée favorablement en 1985 sur cette question, tous ne l'utilisent pas encore, en particulier les caisses d'allocations familiales qui continuent à utiliser un numéro matricule spécifique.

Par ailleurs, **de nombreuses interconnexions** existent entre les fichiers de ces organismes, interconnexions que la Cnil a approuvées, conformément à sa politique d'acceptation des échanges entre fichiers dans le domaine social et fiscal pour lutter contre la fraude.

Le présent article permet de franchir une étape supplémentaire avec la création d'un répertoire unique. La Cnil, non consultée, estime cette disposition sujette à caution et prématurée.

Prenant en compte les observations faites par l'ensemble des parties prenantes, votre commission souhaite que le répertoire soit créé dans des conditions acceptables par tous. Aussi elle suggère de prévoir que l'avis de la Cnil, préalable à la prise du décret en Conseil d'Etat qui définira le contenu, les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire, sera **un avis conforme**.

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

Article 70 ter

Mutualisation des ressources des organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article, inspiré des préconisations de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, a pour objet d'autoriser une plus grande mutualisation des ressources entre organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Parmi les principales propositions du rapport de Jean-Pierre Door, établi en 2005 par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale, consacré à l'organisation et au coût de gestion des branches de la sécurité sociale, figure l'amélioration de l'efficacité de la gestion des branches de la sécurité sociale.

Dans ce but, il propose plusieurs axes de changement et notamment la mutualisation des ressources.

Les conventions d'objectifs et de gestion signées en 2005 et 2006 entre l'Etat et les caisses nationales ont pris en compte cet objectif.

Toutefois, le cadre juridique actuel n'est pas réellement adapté à ces évolutions. Ainsi, les règles aujourd'hui applicables aux organismes de sécurité sociale sont fondées sur l'autonomie juridique de chaque organisme local. De même, l'échelon national, responsable du pilotage du réseau, ne dispose pas des outils permettant, sans risque juridique, de piloter efficacement les regroupements d'activités ou de missions nécessaires.

Aussi, à l'instar de ce qui a été prévu pour le régime social des indépendants, **le présent article ouvre aux différentes branches du régime général la possibilité, dans le respect des principes d'organisation actuelle, d'opérer des mutualisations de ressources afin d'optimiser la gestion des branches.**

La mutualisation concerne aussi bien les fonctions de soutien, notamment celles touchant aux achats, à l'édition ou à la gestion de la paye que les fonctions relatives à l'accomplissement de missions de service public en matière de prestations, comme l'accueil des bénéficiaires, l'exercice de poursuites contentieuses ou le recouvrement.

Ce nouveau cadre vise également à permettre aux caisses nationales d'être habilitées, sur la base des orientations de leurs conseils d'administration respectifs, à confier à des organismes locaux qu'elles auront désignés une ou plusieurs des missions précitées. Les conseils d'administration seront consultés sur ces projets. La mutualisation pourra alors, au regard de choix d'efficacité et d'efficience, prendre la forme soit d'une délégation à un organisme qui agira au nom et pour le compte des organismes délégataires, soit d'un transfert de compétences entre organismes concernés. Les modalités de ces mutualisations sont précisées par convention, conformément à l'article L. 216-3 du code de la sécurité sociale.

Ce nouveau cadre doit, par exemple, permettre à la branche recouvrement de mettre en œuvre les orientations de sa convention d'objectifs et de gestion qui prévoient de regrouper la gestion des très grandes entreprises et des entreprises à établissements multiples dans certains de ses organismes locaux afin d'améliorer l'offre de services et également de sécuriser juridiquement les procédures de recouvrement et de contentieux concernant ces entreprises.

De même, il permettra à la branche famille de mettre en place le dispositif prévu pour mutualiser les procédures de recouvrement des pensions alimentaires, procédure juridiquement très complexe et peu pratiquée faute d'expertise adaptée et de procédures efficaces.

Le **paragraphe I** de l'article modifie l'intitulé du chapitre VI du titre Ier du livre II du code de la sécurité sociale qui devient « *Constitution, groupement de caisses, et délégations* ».

Le **paragraphe II** modifie l'intitulé de la section II du même chapitre qui devient « *Groupements de caisses, délégation de missions et d'activités* ».

Le **paragraphe III** insère deux nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale.

- L'article L. 216-2-1 précise que les conseils d'administration de la Cnav, de la Cnaf et de l'Acoss définissent les orientations relatives à l'organisation de leurs réseaux respectifs. Les directeurs de chacun de ces organismes nationaux peuvent confier à un ou plusieurs organismes de la branche des missions relatives à la gestion des organismes, au service des prestations ou au recouvrement. La mise en œuvre de ces délégations est fixée dans des conventions établies entre l'organisme national et les organismes locaux.

- L'article L. 216-2-2 prévoit la possibilité pour un directeur d'organisme local ou régional de déléguer à un organisme local ou régional la réalisation de missions liées à leur gestion par une convention qui doit être approuvée par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées.

Le **paragraphe IV** étend au recouvrement et au contentieux la possibilité de délégation entre Urssaf existant actuellement en matière de contrôle.

Le **paragraphe V** apporte des précisions concernant les compétences du directeur général de la Cnam en matière de délégation.

Le **paragraphe VI** abroge l'article L. 231-1 du code de la sécurité sociale qui interdit à une même personne d'être membre du conseil ou administrateur de plusieurs caisses locales, de plusieurs unions de recouvrement ou de plusieurs caisses régionales du régime général de sécurité sociale. Il s'agit de remédier aux difficultés rencontrées par les partenaires sociaux lors des derniers renouvellements pour trouver des candidats aux différents conseils ou conseils d'administration, et donc de supprimer la règle d'interdiction de cumul des mandats. Cela devrait également contribuer à faciliter les rapprochements et la mutualisation entre organismes.

II - La position de votre commission

Votre commission se félicite de l'introduction de cet article par l'Assemblée nationale. Cette mesure s'inscrit en effet dans une perspective nouvelle avec un objectif clair, **améliorer la gestion des organismes de sécurité sociale**. Il devrait permettre de franchir une nouvelle étape en matière d'efficacité, aussi bien pour la qualité du service rendu que pour l'efficience des procédures.

Votre commission souhaite donc que les possibilités ouvertes par cet article soient **réellement expérimentées et utilisées**. Le décloisonnement de certains organismes locaux et la spécialisation de certains autres sur des missions bien précises devraient en effet avoir des conséquences positives sur la gestion de chacune des branches.

Afin d'améliorer le dispositif de l'article, votre commission vous propose d'adopter **quatre amendements de précision et de cohérence et un amendement** tendant à prévoir que, dans le décret régissant les agents comptables des organismes de sécurité sociale, soit **définie la responsabilité des agents comptables des organismes concernés par des opérations de mutualisation**.

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

Article 70 quater

**Création à titre expérimental d'une caisse multi-branches
de sécurité sociale**

Objet : Cet article, dont l'initiative revient à trois députés, ouvre la possibilité de créer à titre expérimental et pour cinq ans, dans certains départements, une caisse commune de sécurité sociale.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article vise à répondre à une demande locale. En effet, dans le département de la **Lozère**, les trois organismes locaux de sécurité sociale du régime général - caisse primaire d'assurance maladie, caisse d'allocations familiales et union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales - souhaitent aujourd'hui la création d'une caisse commune multi-branches de sécurité sociale pour répondre au contexte particulier dans lequel se trouve ce département rural.

L'organisation de ces trois caisses a déjà connu une évolution ; elles partagent une équipe de direction commune, ce qui a permis la mise en place de certains services mutualisés. Mais ces caisses conservent chacune leur personnalité morale distincte et ont leur propre conseil ou conseil d'administration. Ce mode de fonctionnement n'est à l'évidence pas très satisfaisant. Il convient donc de réfléchir à une organisation du service public de la sécurité sociale plus adaptée aux besoins d'un tel département, qui permette à la fois le maintien d'une présence nécessaire et l'évolution vers une plus grande efficacité.

La Lozère connaît une situation territoriale spécifique car la totalité de ses communes est classée en **zone de revitalisation rurale** en application de la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995. Seuls deux autres départements sont également dans cette situation, la Creuse et le Lot.

Le présent article propose d'ouvrir, pour ces seuls départements et à titre expérimental pour une durée limitée, la possibilité de créer une nouvelle catégorie d'organismes de sécurité sociale.

Il insère **trois nouveaux articles** dans le code de la sécurité sociale, sous une nouvelle section intitulée « *Caisse commune de sécurité sociale* ».

L'article L. 216-4 dispose que dans les départements dont l'ensemble des communes ont été classées en zone de revitalisation rurale, les organismes locaux du régime général peuvent, sur l'initiative de leurs conseils et conseils d'administration, proposer la création à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis des conseil et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.

L'article L. 216-5 prévoit que la caisse commune est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil est composé de la même façon que ceux des CPAM, des Caf et des Urssaf.

L'article L. 216-6 précise que le directeur et l'agent comptable sont nommés dans les mêmes conditions que ceux des organismes locaux, la décision étant prise conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées.

II - La position de votre commission

Votre commission est tout à fait favorable à ce dispositif expérimental. Bien encadré juridiquement, il devrait permettre de dégager des enseignements utiles sur l'évolution de l'organisation et des missions des caisses à l'échelon local, tout au moins en milieu rural.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel avant l'article 71

**Prise en charge par l'Etat d'un dispositif de protection sociale
en faveur des volontaires associatifs**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de faire financer par le budget de l'Etat, et non par le FSV, le dispositif de validation complémentaire des droits à la retraite prévu en faveur des volontaires associatifs.

Cet article additionnel modifie l'article 13 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif.

Celui-ci dispose que la personne volontaire est affiliée obligatoirement aux assurances sociales du régime général dans les conditions suivantes :

- la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail et maladies professionnelles est assurée moyennant le versement de cotisations forfaitaires à la charge de l'organisme agréé ;

- la couverture du risque vieillesse est assurée moyennant le versement, par l'organisme agréé, des parts salariale et patronale des cotisations prévues à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale. Ce versement ne peut être inférieur à un montant fixé par décret ;

- enfin, pour les personnes volontaires titulaires de contrats de volontariat conclus pour une durée minimale continue de trois mois, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend à sa charge le versement des cotisations complémentaires nécessaires pour valider, auprès du régime général, un nombre de trimestres correspondant à la durée du contrat de volontariat.

Le **paragraphe I** du présent article additionnel propose de substituer l'Etat au FSV pour le financement des cotisations complémentaires en matière de droit à la retraite. Les règles de prise en charge s'effectueront dans des conditions fixées par décret.

Le **paragraphe II** modifie en conséquence l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale en supprimant de la liste des dépenses prises en charge par le FSV les sommes dues au titre des périodes de volontariat associatif.

Cette disposition donne une base juridique au mécanisme retenu cette année pour le financement de ces cotisations complémentaires. En effet, compte tenu de la situation financière dégradée du FSV, le projet de loi de finances pour 2007 prévoit la prise en charge de ces dépenses (programme 163 - jeunesse et vie associative).

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

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 71

Charges prévisionnelles pour 2007 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2007 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 aux dispositions 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 26, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles des deux organismes qui font partie en 2007 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 **14,5 milliards d'euros** en 2007, en retrait de 100 millions par rapport à 2006.

Cette diminution s'explique essentiellement par la baisse des prises en charge de cotisations au titre du chômage (qui représentent 60 % des dépenses du FSV), le nombre de chômeurs devant diminuer d'environ 200 000 au cours de l'année.

- Pour le Ffipsa, les charges s'élèveraient à **16,6 milliards d'euros**, soit une augmentation de 1,8 % par rapport à 2006.

L'essentiel de cette augmentation devrait résulter des mesures de revalorisation des petites retraites agricoles récemment annoncées. Le coût de cette revalorisation est estimé à 162 millions d'euros par l'annexe 9 du présent projet de loi de financement.

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.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 8 novembre 2007, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'examen du rapport, sur le projet de loi n° 51 (2006-2007) de financement de la sécurité sociale pour 2007, 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 indiqué que ce projet de loi de financement s'inscrit, pour la deuxième année, dans le cadre juridique rénové de la loi organique du 2 août 2005, qui a dessiné de nouveaux contours pour la préparation, le contenu et les modalités d'examen du budget social de la nation.

Cette présentation améliorée répond aux préoccupations de la commission des affaires sociales, qui a toujours plaidé en faveur d'une définition claire du champ d'intervention de la loi de financement, de la clarification des relations entre l'Etat et la sécurité sociale et du renforcement de l'autonomie de la sécurité sociale afin d'accroître les moyens de contrôle du Parlement sur les comptes sociaux.

Présenté en quatre parties relatives à l'exercice clos, l'exercice en cours, les recettes et l'équilibre de l'année à venir et les dépenses de l'année à venir, le texte inclut un cadrage pluriannuel prospectif sur quatre ans indispensable pour permettre un pilotage pertinent des équilibres généraux de la sécurité sociale.

Il appartient désormais au Parlement de se prononcer sur l'équilibre financier de chaque branche et d'adopter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et ses sous-objectifs, qui sont au nombre de six dans le présent projet.

Le champ de la loi de financement comprend les organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale - fonds de solidarité vieillesse (FSV) et fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa) -, ainsi que la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et le fonds de réserve pour les retraites (FRR).

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, s'est félicité que l'autonomie financière de la sécurité sociale ait été renforcée, seule la loi de financement pouvant déroger désormais à la règle de la compensation des exonérations de charges sociales par l'Etat.*

Depuis 2006, la Cour des comptes doit remettre chaque année au Parlement, en juin, un rapport sur la certification des comptes de la sécurité sociale.

Toutefois, cette description positive ne doit pas masquer certaines insuffisances qu'il conviendrait de combler : justification trop faible des hypothèses de calcul des prévisions quadriennales, présentation sommaire des tableaux chiffrés, chiffrages incomplets des nouvelles mesures proposées, en recettes comme en dépenses.

*Puis **M. Alain Vasselle** a présenté la situation générale des comptes de la sécurité sociale. Après le déficit record de 11,9 milliards d'euros en 2004, les années 2005 à 2007 témoignent d'un redressement grâce à la nette reprise des recettes et à la décélération des dépenses d'assurance maladie, qui a permis une diminution significative du déficit de cette branche, ramené de 8 milliards en 2005 à 6 milliards en 2006 et estimé à 3,9 milliards pour 2007.*

En revanche, les comptes de la branche vieillesse se dégradent, essentiellement en raison du dispositif des « carrières longues » et de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby-boom ». Son déficit est passé de 1,9 milliard d'euros en 2005 à 2,4 milliards en 2006 et est estimé à 3,5 milliards pour 2007.

La sécurité sociale est aujourd'hui confrontée à trois difficultés majeures. D'abord, l'opacité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale qui masque souvent les défaillances de l'Etat et sa dette à l'égard des organismes sociaux. Ainsi, il n'assume pas la charge financière du FSV et du Ffipsa, dont les déficits cumulés devraient s'élever à la fin de 2007 à 11,4 milliards d'euros, alors que la Cour des comptes considère qu'il lui revient d'en assurer l'équilibre.

De même, la compensation des allègements de charges sociales demeure insuffisante, de l'ordre de 600 millions d'euros en 2006.

*Evoquant ensuite le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de juillet 2006 sur la dette sociale, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a rappelé que la dette de l'Etat vis-à-vis des organismes de sécurité sociale s'élevait, au 31 décembre 2005, à plus de 5 milliards d'euros et devrait s'alourdir d'1,25 milliard d'euros en 2006 et de plus d'un milliard en 2007, sans qu'aucune mesure n'envisage de remédier à cette situation inacceptable.*

En outre, les transferts de charges de l'Etat vers la sécurité sociale atteignent au total 500 millions d'euros pour la période 2003-2006.

Si l'on indique que le besoin de financement de l'ensemble des régimes et des fonds est d'environ 20 milliards d'euros à la fin de 2007, et qu'il est appelé à s'accroître en matière de santé et de vieillesse, il est manifeste qu'il convient de rechercher un mode de financement durable pour la sécurité sociale. Une des pistes possibles évoquée, notamment par le président de la République, est celle de la création d'une cotisation assise sur la valeur ajoutée, et non plus sur les salaires. Mais les réflexions menées sur le sujet n'ont pas encore permis d'élaborer une solution immédiate.

De ce fait, les seules recettes nouvelles prévues par le projet de loi de financement sont l'anticipation des prélèvements sociaux sur certains produits de placement, dont l'impact est ponctuel et n'apporte pas de solution pérenne au problème du financement à long terme des organismes sociaux.

***M. Alain Vasselle** a justifié par ces motifs les amendements qu'il propose à la commission d'adopter.*

Ceux-ci visent d'abord à améliorer les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale en supprimant le caractère facultatif de la subvention de l'Etat au Ffipsa, en prévoyant la compensation à l'euro près des allègements généraux de charges sociales à compter de 2007, en rétablissant la compensation de trois mesures d'exonérations ciblées proposées par le texte, en rendant systématique la prise en charge par l'Etat des intérêts de sa dette à l'égard de la sécurité sociale, en améliorant le principe de neutralité financière dans les flux de trésorerie entre l'Etat et la sécurité sociale et en organisant le financement par le budget de l'Etat, et non par le FSV, de la protection sociale des volontaires associatifs.

Pour illustrer son souci de rechercher de nouvelles sources de financement pour la sécurité sociale, il a présenté un amendement supprimant les exonérations sociales sur les stock-options.

Pour garantir une meilleure protection des usagers de la sécurité sociale, il a proposé l'aménagement des règles du recours contre les tiers et l'exigence d'un avis conforme de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) avant la mise en place du répertoire national commun aux organismes de sécurité sociale destiné à faciliter les contrôles.

Enfin, il a plaidé pour une véritable sanction des personnes qui incitent à la désaffiliation ou au non-paiement des cotisations sociales, quel que soit le régime.

Puis M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a présenté la situation de la branche maladie. Les propositions du texte, très hétérogènes, peuvent néanmoins être regroupées sous trois rubriques : la poursuite du redressement des comptes, l'amélioration du droit des assurés et l'adaptation du système de soins au défi du grand âge.

Il a tout d'abord rappelé que le déficit de l'assurance maladie a été réduit de 25 % en 2005, revenant de 11,6 milliards fin 2004 à 8 milliards d'euros fin 2005. Malgré un dépassement de l'Ondam estimé à 740 millions d'euros, inférieur au taux de 0,75 % qui entraîne automatiquement l'intervention du comité d'alerte, les résultats de 2006 prolongent la dynamique vertueuse engagée depuis deux ans et contribuent à l'apurement des comptes à hauteur de 2 milliards supplémentaires.

Plusieurs dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale poursuivent cet effort en 2007.

La mesure phare est la fixation du taux de progression de l'Ondam à 2,6 %, et non plus 2,5 %, ainsi que le proposait initialement le texte, car l'Assemblée nationale a souhaité majorer de 200 millions le sous-objectif « dépenses de soins de ville ».

Cet objectif ambitieux repose sur un plan d'économies de 2,3 milliards d'euros pour le seul régime général qui prévoit, d'une part, un effort important dans le domaine du médicament avec la promotion des génériques et le développement des grands conditionnements, d'autre part, des mesures d'optimisation des prescriptions hospitalières. A cet égard, il a indiqué que la maîtrise médicalisée conventionnelle, qui a déjà permis une baisse tendancielle des dépenses de plus d'1 milliard d'euros au cours des dix-huit derniers mois, contribue à ce plan pour 700 millions d'euros et que des mesures de lutte contre la fraude pourraient rapporter 100 millions d'euros.

Le respect de l'Ondam pour 2007 suppose que soient réunies deux conditions : en premier lieu, la mise en œuvre sans délai du plan d'économies ; en second lieu, le ralentissement du rythme de progression des dépenses de soins de ville et des dépenses hospitalières. Si tel est le cas, le déficit de l'assurance maladie serait alors contenu à 3,9 milliards d'euros.

M. Alain Vasselle a ensuite présenté les mesures du projet visant à améliorer les droits des assurés : relèvement du plafond de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé, mise en place d'une procédure dérogatoire destinée à favoriser la prise en charge de produits ou prestations spécifiques pour les patients atteints d'une maladie rare ou souffrant d'une affection de longue durée, adaptation

du système de soins au défi de l'allongement de la vie par la création d'une consultation de prévention spécifique pour les personnes âgées de soixante-dix ans, la meilleure prise en compte des besoins de soins de longue durée ou encore l'investissement accru dans les établissements médico-sociaux.

Sur ce thème, il a annoncé qu'il déposerait à nouveau les amendements précédemment adoptés par la commission lors de l'examen du projet de loi instituant la journée de solidarité, et qui avaient pour but de favoriser le développement de l'assurance dépendance. Ces amendements avaient à l'époque été retirés en séance contre la promesse du Gouvernement - non tenue à ce jour - d'étudier l'impact du dispositif et sa faisabilité.

*Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a dressé le bilan de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) qui demande encore certains ajustements. Pour cette raison, le projet de loi de financement prévoit de reporter de 2006 à 2008 la facturation directe entre les établissements de santé et les caisses d'assurance maladie. En revanche, l'Assemblée nationale a autorisé le Gouvernement à expérimenter dès l'an prochain la T2A dans les domaines de la psychiatrie et des soins de suite ou de réadaptation, pour l'instant non touchés par la réforme.*

Le rapporteur a ensuite abordé la question des conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors de France. Environ 7.000 praticiens hospitaliers disposent en effet d'un diplôme extracommunautaire et ne bénéficient pas de l'autorisation de plein exercice de la médecine en France. Le Gouvernement propose donc d'instituer à leur profit un dispositif dérogatoire autorisant ceux qui sont titulaires du certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) à exercer, et organisant pour les autres plusieurs sessions d'examens d'ici à 2011.

***M. Alain Vasselle** s'est dit favorable dans son ensemble au dispositif proposé.*

Par ailleurs, il a déploré que le fonds de prévention des risques sanitaires, dit « fonds Biotox », soit alimenté en grande partie par un prélèvement sur l'assurance maladie, considérant que la protection des populations, que ce soit d'un risque bioterroriste ou d'une pandémie de type grippe aviaire, relève logiquement des compétences régaliennes de l'Etat. Le Conseil constitutionnel a d'ailleurs indiqué au Gouvernement que la technique du fonds de concours ne pouvait plus être utilisée pour le financement du fonds Biotox, la partie apportant les recettes, en l'occurrence l'assurance maladie, devant être volontaire, ce qui n'a jamais été le cas.

Aussi bien le Gouvernement a-t-il proposé d'ériger le fonds Biotox en établissement public et a-t-il prévu que les sommes prélevées sur l'assurance maladie pour son financement feront l'objet d'un simple arrêté interministériel, sans contrôle du Parlement.

Opposé à ce dispositif, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a proposé l'adoption d'un amendement visant à rétablir les droits des assemblées et à plafonner la participation de l'assurance maladie au fonds.

Puis il a rappelé que la loi du 13 août 2004 a instauré un droit d'opposition conventionnel, ouvert à au moins deux organisations syndicales ayant obtenu la majorité des suffrages lors des élections professionnelles, selon les termes de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, alors que la validité d'une convention dépend de la signature d'organisations syndicales représentatives des médecins spécialistes ou généralistes au sens de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Il en résulte l'existence de deux critères distincts de représentativité susceptible de nourrir de nombreux contentieux et de bloquer tout le dispositif conventionnel.

Il a enfin évoqué la création d'un secteur optionnel, au sein duquel les spécialistes pourraient percevoir des compléments d'honoraires, pris en charge par l'assurance maladie et les assureurs complémentaires, en contrepartie d'engagements de qualité.

M. Alain Vasselle a indiqué que les partenaires conventionnels se sont accordés sur la nécessité d'ouvrir ce secteur aux chirurgiens, mais l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie complémentaire souhaitent s'en tenir aux chirurgiens, tandis que les syndicats médicaux veulent l'étendre à tous les spécialistes concernés. Selon les cas, le secteur optionnel concernerait 900 ou 4.000 professionnels, ce qui constitue une différence manifeste.

En cas d'échec de la négociation, le Gouvernement a déclaré qu'il procéderait à la création de ce nouveau secteur, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

La commission a ensuite entendu **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, sur les dispositions relatives à la branche vieillesse. Celles-ci concernent essentiellement deux sujets d'actualité : l'emploi des seniors et les conditions de liquidation des pensions des assurés sociaux du régime général à l'horizon 2008.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a rappelé l'attachement que la commission porte à quelques principes fondamentaux : le respect de l'équilibre financier des régimes de retraite ; la préservation de l'équité entre les générations et notamment à l'égard des jeunes actifs ; la réduction des injustices entre les assurés sociaux ; l'introduction de davantage de transparence dans le fonctionnement de l'assurance vieillesse ; l'amélioration du pilotage et de la gouvernance des régimes, en particulier dans la fonction publique d'Etat ; la simplification des transferts financiers de la « compensation démographique » et la garantie, pour les assurés sociaux du secteur privé, de la neutralité des opérations d'adossement de régimes spéciaux.

Puis, soulignant la situation paradoxale de la branche vieillesse, il a exposé les raisons du déficit constaté depuis deux ans en dépit de l'entrée en vigueur de la réforme de 2003.

Le déséquilibre de la branche vieillesse devrait atteindre 3,5 milliards d'euros en 2007, après 2,4 milliards en 2006 et 1,9 milliard en 2005. Le déficit du fonds de solidarité vieillesse, en revanche, devrait se réduire sensiblement et être ramené à 0,6 milliard d'euros en 2007, après 1,2 milliard en 2006 et 2 milliards en 2005, mais la situation de ce fonds demeure problématique et la Cour des comptes s'est d'ailleurs récemment prononcée en faveur de sa suppression.

Le déficit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) tient essentiellement à des facteurs démographiques, notamment aux départs en retraite massifs des premières classes d'âge du baby-boom, et à certaines mesures généreuses de la réforme de 2003, dont celle des carrières longues. La charge de ce dispositif de retraite précoce s'est encore alourdie en raison du fait que les assurés sociaux ont été autorisés à racheter leurs années de cotisations incomplètes ou d'études pour en bénéficier, ce qui n'était pas l'intention du législateur.

***M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** s'est également inquiété de la faiblesse persistante du taux d'emploi des seniors. D'abord, les comportements n'ont pas changé ; ensuite, les nombreuses possibilités de contournement du report de l'âge de départ en retraite ont modifié l'esprit de la réforme de 2003 : 124 accords de branches ont été signés en ce sens et huit ont même autorisé des départs avant l'âge de soixante ans, ce qui est illégal.*

D'autres mesures sont susceptibles d'aggraver encore la situation, par exemple, la possible dérive des négociations en cours sur la pénibilité du travail vers la création d'un mécanisme supplémentaire de cessation précoce d'activité.

Puis il a évoqué la fragilité de la place de la caisse nationale d'assurance vieillesse dans l'architecture de l'assurance vieillesse, soulignant la vulnérabilité du régime général dans ses rapports avec l'Etat et les autres régimes sociaux, dont témoigne notamment le dossier de l'adossement futur de La Poste.

En réalité, en dépit de son statut, de sa personnalité juridique et de son autonomie financière, le régime général entretient des relations complexes et déséquilibrées avec l'Etat, qui justifie son pouvoir d'intervention sur les équilibres financiers de la Cnav par la contribution financière que lui apportent le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la CSG, qui représente 17 % des recettes de la caisse.

En définitive, la réforme des critères de la compensation démographique de 2002 a fait de la Cnav le financeur en dernier ressort du système de protection sociale, sans qu'elle en ait forcément les moyens. Si l'on

devait l'appliquer au Ffipsa, ainsi que certains le soutiennent, il en résulterait une charge annuelle de 700 millions d'euros pour le régime général.

De la même façon, le coût de la généralisation des adossements des régimes spéciaux s'élèverait à environ 300 milliards d'euros d'engagements : 95 milliards pour les industries électriques et gazières (IEG), 23 milliards pour la RATP, 70 milliards pour La Poste et plus de 105 milliards pour la SNCF.

Il serait donc prudent de s'assurer a posteriori de la neutralité de ces opérations pour les assurés sociaux du secteur privé, d'autant que l'obligation légale d'information préalable du Parlement n'est pas respectée. Deux amendements seront, pour ces motifs, présentés visant à sécuriser davantage les prochains adossements, ainsi que le préconise le dernier rapport de la Cour des comptes.

Enfin, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a souhaité tirer quelques enseignements de la réforme de 2003 pour préparer la clause de rendez-vous de 2008.

Rappelant son analyse critique du rapport récent du Conseil d'orientation des retraites (COR) sur les perspectives à long terme des régimes de retraite, il s'est inquiété de l'excès d'optimisme de certains scénarios et de la présentation contestable, voire tendancieuse, de certaines informations. Par exemple, en termes de taux de remplacement, le rapport du COR fait apparaître une situation plus avantageuse dans le secteur privé que dans le secteur public, ce qui n'est pas conforme à la réalité.

M. Dominique Leclerc a par ailleurs plaidé pour que s'engage une réflexion préalable sur la méthodologie de la réforme, en s'inspirant de quelques exemples étrangers, notamment suédois. Le débat devra se concentrer sur les questions prioritaires afin de clarifier les enjeux de la future réforme et envisager l'hypothèse d'une régulation de l'assurance vieillesse à partir des grands paramètres de gestion des régimes, sans procéder à une réforme « lourde » au début de chaque législature, qui se traduit par un psychodrame national. Une telle évolution supposerait l'abandon du mode de calcul des retraites par annuités au profit d'un système par points, comme l'ont fait l'Allemagne en 1992 et la Suède, en 1998, grâce au dispositif des « comptes notionnels ».

En conclusion, **M. Dominique Leclerc** s'est ainsi clairement prononcé en faveur d'une réforme structurelle à long terme, car il n'y a guère d'alternative. Ainsi, une hausse massive des cotisations ou de la CSG ne peut être envisagée, car elle se traduirait par une forte baisse du pouvoir d'achat des actifs et un accroissement du coût du travail défavorable aux créations d'emplois et contraire au principe d'équité entre les générations.

Puis la commission a entendu M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, sur la situation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), dont les dépenses globales devraient s'élever en 2007 à environ 11,4 milliards d'euros et 10,2 milliards pour le seul régime général. Le projet de loi de financement ne contient pas de mesures nouvelles, afin de laisser libre cours à la négociation qui s'est ouverte en décembre 2005 entre les partenaires sociaux sur la réforme de la branche, notamment sur la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

L'évolution des risques professionnels confirme les tendances constatées au cours des dernières années : le nombre d'accidents du travail continue de diminuer, en dépit d'une légère augmentation des accidents de trajet en 2005 ; en revanche, le nombre de personnes atteintes de maladies professionnelles a augmenté du fait du développement des troubles musculo-squelettiques et des maladies provoquées par l'amiante.

Toutefois, ces statistiques doivent être interprétées avec prudence, car elles ne recensent que les accidents et maladies dûment déclarés, puis reconnus d'origine professionnelle par une caisse de sécurité sociale. Il est évident qu'elles sous-estiment la réalité.

En ce qui concerne les principales données financières de la branche AT-MP, la situation s'est nettement améliorée au cours de l'année écoulée, le déficit étant revenu de 440 millions d'euros en 2005 à 40 millions d'euros en 2006, ce qui permet d'envisager un retour aux excédents dès 2007. Cette embellie s'explique par la progression plus rapide de la masse salariale et par la décision d'élever de 0,1 point le taux de cotisation à la charge des employeurs, prise en 2005.

La perspective d'un retour de la branche à l'équilibre a conduit le Gouvernement à proposer l'augmentation des transferts qu'elle assure :

- d'abord, vers l'assurance maladie pour compenser les dépenses indues résultant de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. Fixé pendant plusieurs années à 330 millions d'euros, ce transfert sera porté à 410 millions en 2007, montant conforme aux préconisations de la commission Diricq chargée d'évaluer le coût pour l'assurance maladie de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance ;

- ensuite, vers les fonds de l'amiante ; la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) reste stable à 315 millions d'euros, mais la dotation au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) augmente de 100 millions pour atteindre 800 millions d'euros. Ce nouvel abondement risque toutefois d'être insuffisant pour rétablir la situation financière de ce fonds dont le déficit cumulé sera de 238 millions d'euros en 2007.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a expliqué que la dégradation des comptes provient, pour l'essentiel, du rendement plus faible qu'attendu de la contribution, créée en 2005, et mise à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante : sur les 120 millions d'euros de recettes attendues, seuls 68 ont été prélevés en 2005, dont 27 non recouverts car certaines entreprises ont introduit des recours, ce qui leur permet de différer le paiement de la contribution. En fait, l'existence de plafonds limitant le montant de la contribution versée par chaque entreprise explique ce moindre rendement.

Abordant la question de l'avenir de la branche, il a estimé que la négociation en cours, qui devrait se poursuivre jusqu'à mi-2007, devrait permettre de compléter et de prolonger les avancées obtenues dans la période récente à l'initiative des pouvoirs publics. Un premier bilan de l'application de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) conclue entre l'Etat et la branche pour la période 2004-2006 montre que la plupart des objectifs fixés ont été atteints : simplification des procédures ; gestion pluriannuelle du fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ; publication des textes attendus sur l'accompagnement médical des victimes ; amélioration du pilotage de la branche grâce aux indicateurs de performance.

Dans le cadre de la négociation actuelle, les partenaires sociaux sont déjà convenus des termes d'une réforme de la gouvernance de la branche AT-MP. Ils ont réaffirmé le principe d'un strict paritarisme dans sa gestion, rejetant ainsi les demandes des associations de victimes qui auraient souhaité y être associées. Ils ont également décidé d'officialiser la pratique consistant à confier systématiquement la présidence de la branche à un représentant des employeurs, dès lors que ceux-ci assument l'intégralité du financement de la branche.

Quatre groupes de travail ont été créés pour : déterminer les « chiffres-clefs » de la branche AT-MP, afin de parvenir à un diagnostic partagé sur la situation de la branche ; étudier la question de la tarification, qui pourrait être rendue plus incitative à la prévention ; réfléchir à l'amélioration de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ; trouver les voies d'un renforcement de la prévention, notamment dans les petites entreprises.

Pour conclure, il a abordé la question de l'indemnisation des victimes de l'amiante, en soulignant les conclusions similaires des deux missions d'informations menées sur ce thème au Sénat puis à l'Assemblée nationale.

Le Gouvernement a déjà donné des suites aux recommandations de la mission sénatoriale :

- les contrôles sur les chantiers de désamiantage ont été renforcés et la réglementation sur la protection des travailleurs contre les dangers de

l'amiante sera actualisée, pour tenir compte de l'avancée des connaissances scientifiques :

- le suivi post-professionnel des anciens travailleurs de l'amiante devrait bientôt être généralisé à l'ensemble du territoire ;

- le décret nécessaire pour que les fonctionnaires et contractuels du ministère de la défense bénéficient de la cessation anticipée d'activité a été publié en avril dernier ;

- enfin, un vaste plan de recrutement à l'inspection du travail devrait permettre d'embaucher 700 inspecteurs ou contrôleurs d'ici à 2010.

*En revanche, **M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles**, a regretté que les fonds de l'amiante n'aient pas encore été réformés. Il s'est pourtant montré optimiste, estimant que l'intérêt du Gouvernement pour un accès individualisé au Fcaata visant à remédier aux injustices actuelles, permet d'espérer son ralliement aux propositions sénatoriales. Toutefois, le coût de ces mesures suppose un accord préalable des partenaires sociaux. D'ores et déjà, il proposera deux amendements, l'un pour accroître le rendement de la taxe qui finance le Fcaata, l'autre pour augmenter la dotation de l'Etat du Fiva.*

*Enfin, la commission a entendu **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille, sur la situation de la branche famille**. En 2007, celle-ci sera, pour la quatrième année consécutive, en déficit. Toutefois, ce déficit est en nette régression, puisqu'il ne sera que de 0,7 milliard d'euros.*

Ce retour vers l'équilibre s'explique par le ralentissement des prestations versées sous conditions de ressources, par l'amélioration de la situation de l'emploi et par la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje). Les efforts de bonne gestion entrepris par la Cnaf dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2005-2008 ont également produit des effets positifs. En conséquence, le rétablissement des comptes peut être espéré en 2008, ce qui est nécessaire pour éviter l'épuisement des réserves de la caisse, qui ont été divisées par deux en quatre ans.

***M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, a indiqué que les recettes de la branche famille devraient s'élever, en 2007, à 54,6 milliards d'euros, en progression de 3,6 % par rapport à l'année précédente, notamment, en raison de l'évolution dynamique des cotisations sociales. Les recettes fiscales devraient retrouver, après une année 2006 exceptionnellement dynamique, leur rythme de croissance de longue période, soit environ 5 %, ce qui reste très favorable. Enfin, la dotation versée par l'Etat en remboursement des dépenses d'AAH et d'API, bien qu'en progression de 4,7 % par rapport à 2006, risque d'être, comme chaque année, insuffisante : il manque déjà 300 millions d'euros pour rembourser les dépenses réelles d'allocations effectuées en 2006. En conséquence,*

l'augmentation prévue pour 2007 permettra tout juste de couvrir ce dérapage et laissera non financée la revalorisation des prestations pour l'année à venir.

*Abordant la question des charges de la branche famille, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, a indiqué que l'objectif de dépenses de la Cnaf est de 55,3 milliards d'euros pour 2007.*

Concernant les prestations légales, il a observé que les prestations d'entretien sont de moins en moins universelles : ainsi, les prestations généralistes que sont les allocations familiales et le complément familial reculent en volume, alors que les prestations ciblées, destinées aux familles élevant de jeunes enfants ou aux familles monoparentales, gagnent du terrain. Les prestations en faveur de la garde des jeunes enfants progressent vivement sous l'effet de la Paje qui permet aux familles de financer plus facilement les modes de garde individuels et payants de leurs enfants. Les prestations en faveur des personnes handicapées poursuivent leur croissance soutenue, en raison notamment de la montée en charge de la majoration d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) destinée aux parents isolés. Entrée en vigueur au 1er janvier 2006, elle concerne déjà près de 10.000 enfants, pour un coût total de 1,2 million d'euros.

Il a ensuite évoqué l'action sociale de la branche famille qui représente, avec 3,8 milliards d'euros en 2007, un levier essentiel de la politique familiale.

Initialement, le budget d'action sociale de la Cnaf devait augmenter de 7,5 % par an, afin de faire face aux engagements déjà pris par les caisses, notamment auprès des collectivités territoriales, et de créer les 15.000 places de crèche supplémentaires annoncées par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale du 8 juin 2005. Mais l'année 2005 s'est finalement traduite par un dérapage sensible des dépenses d'action sociale en raison d'une augmentation beaucoup plus vive que prévue des dépenses de prestations de service, et plus particulièrement des contrats « enfance » et « temps libre ».

Il est apparu que l'attribution des prestations de service par les Caf fonctionnait jusqu'ici à guichet ouvert, sans réelle sélectivité des projets et sans droit de regard des caisses sur la progression du coût de revient des structures. Cette situation a conduit la Cnaf à arrêter les mesures de régulation nécessaires : enveloppes limitatives, priorité donnée aux projets permettant d'augmenter la capacité d'accueil ou destinés aux communes à faibles ressources et mal équipées, baisse du taux de cofinancement pour les nouveaux contrats... Cela étant, la portée du resserrement des conditions de financement des contrats « enfance-jeunesse » doit être relativisée, car la participation des Caf ne sera réduite que de deux points.

Dans le domaine des aides au logement, la branche famille interviendra, en 2007, à hauteur de 7,3 milliards d'euros, soit une hausse de seulement 1,1 %, ce ralentissement tenant à l'amélioration de la conjoncture économique et de la situation de l'emploi.

M. André Lardeux, rapporteur pour la famille, a ensuite abordé la question de la prise en charge des avantages familiaux de retraite par la branche famille, et notamment sa participation au financement des majorations de pensions versées aux assurés sociaux qui ont élevé au moins trois enfants. Il a rappelé les critiques de principe émises depuis l'origine par la commission à propos de ce transfert de charge induit sur lequel il est aujourd'hui impossible de revenir compte tenu du déficit, déjà très important, du FSV.

Il convient, à tout le moins, de s'assurer que le financement de ces majorations par la Cnaf a lieu dans des conditions équitables. Or, l'adossment au régime général du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG) a conduit cette année la branche famille à assumer le financement des avantages familiaux de ce régime, soit une dépense de 30 à 50 millions d'euros. A défaut de pouvoir résoudre le problème des majorations de pension pour enfants, il a estimé qu'il faut au moins assurer la neutralité, pour la branche des futures opérations d'adossment envisagées.

Pour conclure sur une note plus optimiste, M. André Lardeux a souligné qu'en dépit de la rigueur budgétaire imposée par sa situation financière, la branche famille a su consolider et renouveler la politique familiale.

La politique traditionnelle en faveur de la petite enfance affiche un bilan plus que satisfaisant. La politique menée depuis cinq ans par le Gouvernement en faveur de l'accueil de l'enfant constitue un succès indéniable : 500.000 familles de plus sont éligibles à la Paje ; la capacité d'accès à un mode de garde payant des enfants s'est accrue de 8,5 %, grâce au nouveau complément « mode de garde » et à la mise en œuvre de la prestation de service unique (PSU) ; le coût de la garde des jeunes enfants a baissé de trois, voire quatre points de revenus, selon les familles.

Les quatre plans « crèches » ont permis de financer plus de 50.000 nouvelles places de crèches et de rénover ou de transformer en places de multi accueil 40.000 autres places. Le plan « petite enfance », présenté le 7 novembre dernier par le ministre, prévoit de maintenir, pour les cinq prochaines années, un rythme de création de 12.000 berceaux par an notamment pour les territoires où l'offre est faible, les zones rurales en particulier. Aussi bien le projet de loi de financement propose-t-il d'y expérimenter la création de microstructures, offrant une solution intermédiaire entre la crèche collective et la garde individuelle. Ces structures ne seront pas soumises au système des prestations de service versées par les Caf, inadapté et trop lourd en l'espèce ; en contrepartie, les parents qui y recourront percevront le complément de libre choix du mode de garde de la Paje, normalement réservé aux modes de garde individuels.

Enfin, **M. André Lardeux, rapporteur pour la famille**, s'est félicité de l'élargissement de la politique familiale à la question de la solidarité intergénérationnelle. Cette évolution est justifiée par le fait que la génération des 50-60 assume désormais une double solidarité : envers ses enfants, lorsqu'ils rencontrent des difficultés pour s'insérer dans la vie professionnelle et sociale, et envers ses propres parents, lorsqu'ils sont confrontés aux difficultés sensorielles, motrices et psychiques liées à l'âge.

Aussi bien a-t-il déclaré partager la volonté du Gouvernement d'affirmer la complémentarité de la solidarité collective et de la solidarité familiale, qui se traduit par deux mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale : la création d'un prêt à taux zéro de 5.000 euros pour les jeunes de dix-huit à vingt-cinq ans qui entrent dans la vie active et la mise en place d'un congé de soutien familial destiné aux personnes qui cessent de travailler pour s'occuper d'un membre de leur famille âgé ou handicapé.

Cette dernière mesure va dans le sens d'une meilleure reconnaissance des aidants familiaux. Elle organise le maintien de leurs droits à la retraite par l'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer, ce qui constitue une réponse pertinente à une aspiration légitime.

M. François Autain a déclaré partager l'analyse critique du rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. En revanche, il a montré moins d'optimisme que lui sur l'évolution de l'Ondam en 2006, même s'il est convenu que les objectifs ont été respectés en 2005. Il a notamment fait observer la dégradation des résultats au mois de septembre 2006, les dépenses de la médecine de ville ayant nettement augmenté par rapport au premier semestre, tandis que les dépenses hospitalières connaissaient une progression modérée.

Concernant la création d'un secteur optionnel, il a émis de sérieuses réserves, estimant qu'elle risque de vider de sa substance le secteur I.

Puis il s'est interrogé sur la constitutionnalité de l'amendement présenté par M. Pierre Méhaignerie à l'Assemblée nationale, remettant en cause les trente-cinq heures.

Par ailleurs, il a jugé irréaliste l'extension de la T2A à la psychiatrie, rappelant les difficultés que son application a rencontrées pour la chirurgie.

Enfin, il a regretté que le débat sur la mise en place d'un système de retraite « à la carte », modulé en fonction de la pénibilité du travail, ait été esquivé par le rapporteur pour l'assurance vieillesse.

M. Nicolas About, président, a indiqué que, sans éluder la question, M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, avait exprimé sa crainte qu'il n'en résulte un raccourcissement de la période d'activité, ce qui serait préjudiciable à l'équilibre de la Cnav.

M. François Autain a souhaité avoir des précisions sur la situation financière de la branche AT-MP, compte tenu de la dégradation des comptes du Fiva. Il s'est demandé si une telle présentation n'est pas de nature à masquer une situation déficitaire, ce dont M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, est convenu.

M. Guy Fischer a reconnu la qualité des remarques et de l'analyse faites par les différents rapporteurs. Néanmoins, il a déploré la présentation « pré-électorale » du budget de la sécurité sociale, dont la lecture mérite d'être approfondie afin de détecter les déficits réels masqués par un affichage flatteur. A son sens, l'amélioration des résultats des quatre branches n'est qu'apparente.

Il a en outre fait observer que les réformes de l'assurance maladie et des retraites ont détérioré le pouvoir d'achat des assurés, les revalorisations des retraites pour 2006 ayant été nettement insuffisantes et les patients ayant été sollicités pour participer davantage au financement des dépenses de santé.

Par ailleurs, il a souhaité que la réflexion actuelle sur l'avenir du système des retraites prenne en compte la pénibilité du travail.

Il a également déploré que le budget de la sécurité sociale soit considéré systématiquement comme une variable d'ajustement du budget de l'Etat et de la politique de l'emploi, en rappelant que la part de la contribution des entreprises privées au financement de la protection sociale a diminué de façon notable (54 % en 1989 ; 32 % en 2005).

Il s'est ému de la disposition de l'article 69 ter du projet de loi de financement de la sécurité sociale relatif aux luttes contre les fraudes qui tend à stigmatiser les bénéficiaires des minima sociaux. De la même façon, il a regretté que l'amendement, introduit par l'Assemblée nationale à l'article 70 bis, visant à créer un répertoire national des assurés sociaux, n'ait pas fait l'objet d'une discussion préalable.

Enfin, concernant la création d'un secteur optionnel, il s'est prononcé en faveur d'un bilan préalable du secteur 2, notamment sur la pratique des dépassements tarifaires par les professionnels de santé titulaires de ce secteur.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a rappelé que la situation financière du Fcaata fait actuellement l'objet de négociations entre les partenaires sociaux, ce qui explique l'absence de dispositions correctrices dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

En réponse à M. François Autain, M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a indiqué que l'amendement relatif aux trente-cinq heures ne soulève pas, à son sens, de problème juridique majeur.

Il est en revanche convenu de la nécessité d'une expérimentation de la T2A dans le domaine de la psychiatrie, mais n'a pas souscrit à son analyse pessimiste de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Il a en outre considéré que si les échéances électorales peuvent influencer sur la présentation du budget de la sécurité sociale, les dispositions courageuses qu'il contient attestent de la responsabilité du Gouvernement face aux déficits et aux dépenses sociales de chacune des branches.

*Concernant les réformes de l'assurance maladie et des retraites, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a reconnu que subsiste une certaine marge de manœuvre, mais que celles-ci ont déjà produit une grande partie de leurs effets. Il a cependant déploré que le gouvernement précédent n'ait pas procédé à des ajustements plus tôt, ce qui aurait permis de limiter l'ampleur des problèmes qui se posent aujourd'hui.*

En réponse à M. Guy Fischer, il a rappelé que Mme Martine Aubry a largement contribué à la substitution de la CSG aux cotisations sociales et à l'alourdissement du poids de la fiscalité dans le financement des dépenses sociales. Il a alerté ses collègues sur les risques qui en découlent, et notamment sur l'idée de certains de procéder à la fusion, dans un même document, du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il a rappelé que les gouvernements successifs ont utilisé les recettes de la sécurité sociale pour financer la politique de l'emploi sans garantir la compensation par l'Etat des exonérations de charges accordées aux entreprises.

***M. Nicolas About, président**, a fait observer que la compensation des exonérations ne signifie pas que la sécurité sociale est financée par les recettes fiscales, mais plutôt que la politique de l'emploi est financée par la sécurité sociale.*

***M. Alain Vasselle** a par ailleurs assuré que les dispositions relatives à la lutte contre la fraude visent les personnes qui abusent du système et ne respectent pas les règles, mais aucunement une catégorie spécifique de la population.*

En outre, concernant la création d'un secteur optionnel, il a précisé qu'il ne s'agit pas d'ouvrir ou de généraliser le secteur 2.

*S'adressant à M. André Lardeux, rapporteur pour la famille, **M. Alain Vasselle** a regretté que les efforts réalisés en faveur de l'accueil de la petite enfance ne soient pas entrepris pour l'encadrement des jeunes adolescents dont les parents travaillent et il a souhaité obtenir des précisions sur les modalités d'accès au prêt de 5.000 euros accordé aux jeunes de dix-huit à vingt-cinq ans.*

***Mme Marie-Thérèse Hermange** est convenue de la nécessité d'encadrer davantage les adolescents. Elle a également demandé des précisions statistiques sur le versement de l'allocation de présence parentale.*

M. Bernard Cazeau a estimé que le projet de loi de financement pour 2007 ressemble au budget précédent et ne répond pas aux défis posés par les évolutions démographiques et sociales auxquelles doit faire face le système de protection sociale français. Il a appelé de ses vœux une grande réforme de nature structurelle afin d'encadrer davantage les comportements des professionnels de santé et de responsabiliser les prestataires.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a souscrit pleinement à ces propos, confirmant que l'échéance de 2008 nécessitera une réforme structurelle du système des retraites. Il a souligné, à cet égard, combien il est important que la commission des affaires sociales poursuive son analyse et sa réflexion d'ici là. Il a rappelé que tous les régimes de retraite sont voués à la faillite à l'horizon de 2020-2030, ce qui justifie la plus grande prudence dans les promesses qui peuvent être faites aux assurés sociaux, notamment au sujet de la prise en compte de la pénibilité du travail pour accorder des cessations précoces d'activité.

Puis la commission a procédé à **l'examen des amendements**.

La commission a adopté sans modification les articles premier (approbation au titre de l'exercice 2005 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 2005), 3 (rectification pour 2006 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base), et 4 ([article 60 de la loi n° 2005-1579 de financement de la sécurité sociale pour 2006] rectification du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville).

A l'article 5 (contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires hors taxes 2006 due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques), la commission a adopté un amendement rédactionnel, ainsi qu'un amendement visant à préciser les conditions d'assujettissement à la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des entreprises ayant démarré leur activité en 2005 et 2006.

La commission a adopté sans modification les articles 6 (rectification pour 2006 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, rectification pour 2006 des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites), 7 (rectification pour 2006 des objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général), et 8 (rectification pour 2006 du montant et de la ventilation de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie).

A l'article 9 (approbation du rapport figurant en annexe B et décrivant pour 2007-2010 les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement), elle a adopté un amendement visant à améliorer le contenu

de l'annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale présentant les perspectives quadriennales d'évolution des comptes.

A l'article 10 (assiette des cotisations et contributions sociales des professions indépendantes), elle a adopté un amendement de coordination.

Elle a adopté sans modification l'article 10 bis.

Avant l'article 11, la commission a adopté un amendement portant article additionnel et visant à soumettre aux cotisations et cotisations de sécurité sociale les plus-values réalisées lors de la levée des stock-options.

Elle a adopté sans modification l'article 11 (extension du bénéfice de l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise).

A l'article 12 (élargissement du champ de l'agrément des structures prestataires ou mandataires de services à la personne et bénéficiaires, à ce titre, d'exonérations sociales), elle a adopté un amendement tendant à améliorer la cohérence et la lisibilité des dérogations à la condition d'activité exclusive requise des organismes sollicitant un agrément pour la gestion d'un service d'aide à la personne.

Après l'article 12, elle a adopté un amendement portant article additionnel et visant à encourager le développement de l'assurance dépendance.

A l'article 13 (indemnités de départ volontaire), elle a adopté un amendement rédactionnel.

Elle a adopté un amendement de suppression de l'article 13 bis (exonération généralisée de cotisations sociales des indemnités de départ à la retraite).

A l'article 14 (affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie de l'excédent du panier de recettes fiscales destinées à compenser les allègements généraux de charges), elle a adopté un amendement visant à garantir la compensation à l'euro près des allègements généraux de charges sociales à compter de 2007.

Elle a adopté sans modification les articles 15 (affectation au fonds de réserve pour les retraites des avoirs non réclamés issus de contrats d'assurance vie) et 15 bis (modalités de gestion du fonds de réserve des retraites).

A l'article 16 (modalités de versement de l'acompte versé par les établissements financiers au titre des contributions sociales dues sur les revenus des placements), elle a adopté un amendement tendant à garantir l'affectation effective au régime d'assurance maladie du rendement supplémentaire de la CSG résultant du présent article.

La commission a adopté sans modification les articles 17 (répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie du produit de la

contribution sociale généralisée) et 18 (taux de la contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur leur chiffre d'affaires).

A l'article 19 (affectation du produit net comptable des cessions des terrains et des bâtiments des établissements de santé à la Caisse nationale d'assurance maladie), elle a adopté un amendement tendant à garantir l'affectation exclusive de la contribution versée par les établissements de santé à la Caisse nationale d'assurance maladie au financement des investissements hospitaliers.

A l'article 20 (recours des caisses contre les tiers responsables de dommages occasionnés à un assuré social), elle a adopté un amendement tendant à circonscrire l'étendue des recours subrogatoires des caisses contre des tiers afin d'éviter que les droits des victimes directes puissent être lésés.

Après l'article 20 (alignement de règles du code rural sur celles du code de la sécurité sociale), la commission a adopté un amendement portant article additionnel et visant à rendre obligatoire le versement d'une subvention de l'Etat pour équilibrer le Ffipsa.

A l'article 20 ter (habilitation des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales à la vérification de l'assiette des cotisations des régimes de retraite complémentaire et des contributions d'assurance chômage), elle a adopté un amendement visant à reporter d'un an le transfert de l'Acoss aux Urssaf du recouvrement de la contribution sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur.

Elle a ensuite adopté un amendement de suppression de l'article 21 (absence de compensation par l'Etat des pertes de recettes pour la sécurité sociale des mesures relatives à l'assujettissement des stagiaires en entreprise, au contrat de transition professionnelle et à l'extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises).

La commission a adopté sans modification les articles 22 (approbation du montant des compensations des exonérations, des réductions ou des abattements d'assiette de cotisations ou de contributions de sécurité sociale), 23 (prévisions pour 2007 des recettes des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement de la sécurité sociale), 24 (prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale), 25 (prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre du régime général), 26 (prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base), 27 (objectif pour l'année 2007 d'amortissement de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale, prévisions pour 2007 des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites), et 28 (autorisation donnée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale d'émettre des titres de créances négociables).

Après l'article 28, elle a adopté deux amendements portant articles additionnels, le premier visant à rendre obligatoire le paiement par l'Etat d'intérêts de retard au titre de ses dettes à l'égard des organismes de sécurité sociale, le second tendant à autoriser l'Acosse à facturer à l'Etat des majorations de frais en cas de non-respect par celui-ci des délais de paiement prévus par la convention Etat-Acosse.

La commission a adopté sans modification les articles 29 (règles d'inscription du privilège), 30 (dématérialisation des déclarations et des paiements de cotisations, contributions ou taxes sociales), 30 bis (réforme du mode d'approbation des comptes des organismes de sécurité sociale), 30 ter (aménagement du statut de la caisse de sécurité sociale de Mayotte), et 31 (habilitation pour 2007 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à des ressources non permanentes).

A l'article 32 (définition par voie réglementaire des règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt de travail), la commission a adopté un amendement subordonnant à un avis de la Haute Autorité de santé la publication du décret en Conseil d'Etat fixant la liste des pathologies autorisées à bénéficier d'un élargissement des horaires de sortie.

La commission a adopté sans modification les articles 32 bis (situation des travailleurs frontaliers occupés en Suisse au regard de l'assurance maladie obligatoire), 33 (relèvement du plafond annuel de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé), et 34 (possibilité pour les infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux).

A l'article 35 (encadrement du prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, conditions dérogatoires de prise en charge pour certains médicaments, produits ou prestations), elle a adopté un amendement subordonnant le bénéfice du tiers payant pour l'achat de médicaments à l'acceptation par les patients du générique lorsqu'il existe.

La commission a adopté sans modification l'article 36 (conditions d'autorisation de mise sur le marché et de fixation du prix de certains médicaments autorisés dans un autre Etat membre et non en France).

A l'article 36 bis (compétences de la Haute Autorité de santé), la commission a adopté un amendement modifiant l'assiette de la contribution financière due par les établissements de santé à l'occasion de la procédure de simplification, ainsi qu'un amendement tendant à limiter l'obligation de certification au seul groupement de coopération sanitaire autorisé à assurer les missions d'un établissement de santé.

La commission a adopté sans modification l'article 37 (conditions de prise en charge des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, abusif ou de mésusage).

A l'article 38 (renforcement de l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux auprès du grand public), elle a adopté un amendement visant à préciser que la publicité sur les médicaments ne peut mentionner le fait que celui-ci est remboursable non seulement par la sécurité sociale, mais aussi par un régime complémentaire.

A l'article 39 (dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité), elle a adopté deux amendements : le premier vise à sanctionner les établissements de santé qui ne transmettent pas des informations nécessaires à l'établissement de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire ou qui font obstacle au contrôle prévu dans le cadre de la tarification à l'activité ; le second reporte au 1^{er} janvier 2008 la suppression de l'agrément des conventions collectives dans le domaine sanitaire.

Elle a ensuite adopté un amendement de suppression de l'article 39 bis (sanctions applicables en cas de dépassement des objectifs quantifiés prévus dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).

A l'article 39 ter (création d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée), elle a adopté un amendement soumettant le nouvel observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée à une expérimentation de trois ans, ainsi qu'un amendement supprimant la possibilité pour cet observatoire d'assister le Parlement dans le suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Elle a enfin adopté un amendement prévoyant la participation des organismes nationaux d'assurance maladie aux travaux de l'observatoire.

La commission a adopté sans modification les articles 39 quater (fixation des tarifs des activités de soins de santé ou de réadaptation et des activités de psychiatrie), 39 quinquies (compétences de l'établissement public chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers), 39 sexies (extension de la T2A aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation), 40 (possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés), et 40 bis (aide à l'installation des médecins).

A l'article 41 (conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne), elle a adopté deux amendements rédactionnels.

La commission a adopté sans modification l'article 42 (répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée).

Elle a ensuite adopté un amendement de suppression de l'article 43 (création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).

A l'article 44 (amortissement des investissements immobiliers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux), la commission a adopté un amendement visant à étendre aux établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places la possibilité de bénéficier du nouveau dispositif d'amortissement de leurs investissements immobiliers.

A l'article 45 (conventions entre les pharmaciens d'officine et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur, forfaits soins de ces établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, accès du médecin coordonnateur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au dossier médical personnel des résidents), elle a adopté un amendement autorisant le médecin coordonnateur de l'établissement à accéder au dossier médical personnel des personnes âgées hébergées sous réserve de leur accord ou de celui de leur représentant légal, ainsi qu'un amendement de coordination. Elle a également adopté un amendement visant à inciter les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à réaliser un classement de leurs résidents dans les groupes iso-ressources (Gir) conforme au référentiel national.

La commission a adopté sans modification l'article 46 (gestion des crédits de promotion des actions innovantes et de renforcement de la professionnalisation par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

A l'article 47 (exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans), elle a adopté un amendement visant à donner une base légale à la création par la Cnam de programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.

La commission a adopté sans modification les articles 48 (création de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), 49 (financement et missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés), et 50 (fixation pour 2007 du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville et prolongation de sa participation à la mise en œuvre du dossier médical personnel).

A l'article 51 (création d'un fonds de prévention des risques sanitaires), elle a adopté cinq amendements : le premier vise à préciser que le fonds de prévention des risques sanitaires est un établissement public à caractère administratif ; le deuxième détermine la composition du conseil d'administration de ce fonds ; le troisième prévoit la fixation du montant de la contribution apportée par l'assurance maladie au fonds de prévention des risques sanitaires par la loi de financement de la sécurité sociale ; le quatrième plafonne cette contribution à 50 % des dépenses effectivement constatées ; le dernier fixe au 30 juin 2007 la date limite de la phase transitoire pendant laquelle le FSV assurera la gestion du fonds.

La commission a adopté sans modification les articles 52 (objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2007) et 53 (fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2007).

A l'article 53 bis (permanence des soins), elle a adopté quatre amendements : le premier prévoit d'étendre le principe de l'accord préalable aux accidents du travail et maladies professionnelles ; le deuxième prévoit que le montant des indemnités versées aux pharmaciens au titre de leur activité de permanence des soins est déterminé dans le cadre d'une convention conclue entre ces derniers et l'assurance maladie ; le troisième institue une procédure de déconventionnement des professionnels de santé en cas de violation particulièrement grave des engagements prévus par la convention ; le quatrième unifie le contentieux lié aux pénalités financières prononcées pour non-respect des règles du code de la sécurité sociale, au profit des tribunaux des affaires de sécurité sociale.

A l'article 54 (assouplissement des règles de cumul emploi-retraite), elle a adopté un amendement portant à 200 % du Smic le plafond du cumul emploi-retraite applicable aux assurés du régime général.

A l'article 55 (extinction de la faculté conventionnelle de mise à la retraite d'office avant soixante-cinq ans), la commission a adopté trois amendements : le premier interdit la signature d'accords collectifs prévoyant la mise à la retraite d'office des salariés avant l'âge de soixante-cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi de financement de la sécurité sociale ; le deuxième est un amendement de codification ; le troisième met en extinction au 31 décembre 2008 les accords qui prévoient la possibilité de mise à la retraite des salariés avant l'âge de soixante ans et assujettit les indemnités versées dans ce cadre à la contribution sur les pré-retraites perçue au bénéfice du FSV.

La commission a adopté sans modification les articles 55 bis (amélioration des petites retraites agricoles), 55 bis (amélioration des petites retraites agricoles), 56 (garantie des conditions d'ouverture des droits à pension de retraite pour les assurés sociaux âgés de plus de soixante ans), 57 (affiliation des moniteurs de ski à l'assurance vieillesse obligatoire des professions libérales), 58 (participation des employeurs à la constitution des droits à retraite des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires), et 59 (objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2007).

La commission a adopté sans modification l'article 59 (possibilité pour la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de demander l'intégration d'une clause de révision plafonnée du montant des droits d'entrée des opérations d'adossment de régime spéciaux).

Après l'article 59, la commission a adopté six amendements portant articles additionnels : le premier prévoit l'inclusion d'une clause de révision dans les conventions signées entre la Cnav et les régimes spéciaux dans le cadre d'opérations d'adossment ; le deuxième soumet les conventions

d'adossment à un avis préalable du conseil d'administration de la Cnav ; le troisième modifie le barème applicable au rachat d'années incomplètes ou d'années d'études lorsqu'ils sont effectués pour bénéficier du dispositif des carrières longues ; le quatrième modifie la composition du conseil d'orientation des retraites ; le cinquième rend obligatoire la publication par les régimes de retraite de base comptant plus de 20.000 cotisants d'une évaluation prospective de leurs équilibres financiers à l'horizon de trente ans en annexe de leur rapport annuel ; le dernier soumet à la contribution sur les pré-retraites perçue au bénéfice du FSV les sommes versées aux salariés dont le contrat de travail est simplement suspendu.

La commission a adopté sans modification l'article 60 (contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante).

Après l'article 60, elle a adopté deux amendements portant articles additionnels, le premier portant progressivement à 30 % la part de l'Etat dans le financement du Fiva, le second augmentant le plafond limitant la contribution mise à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante.

La commission a adopté sans modification les articles 61 (montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles), 62 (objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2007), et 63 (attribution du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant aux familles ayant recours à des établissements d'accueil expérimentaux).

A l'article 64 (report de la date de versement de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant), elle a adopté un amendement tendant à corriger une erreur matérielle.

A l'article 65 (possibilité de partage des allocations familiales entre les parents séparés en cas de garde alternée des enfants), elle a adopté un amendement limitant le partage des allocations familiales entre parents séparés aux cas où la résidence alternée des enfants est répartie de façon égale entre les parents.

A l'article 66 (création du congé de soutien familial), la commission a adopté quatre amendements : le premier supprimant l'interdiction de bénéficier du congé de soutien familial une seule fois au cours d'une carrière dès lors que l'ensemble des périodes de congé reste inférieur à un an ; le deuxième prévoit la possibilité pour le salarié de demander son retour anticipé dans l'entreprise quand il a pu passer le relais à un professionnel de l'aide à domicile ou à un autre membre de sa famille pour assister la personne au titre de laquelle il avait demandé son congé ; le troisième met à la charge de la Cnsa le coût de l'affiliation de l'ensemble des bénéficiaires du congé de

soutien familial à l'assurance vieillesse des parents au foyer ; le dernier est un amendement de coordination.

La commission a adopté sans modification l'article 67 (création d'un prêt à taux zéro pour les jeunes qui entrent dans la vie active).

Avant l'article 68, elle a adopté un amendement portant article additionnel et visant à assurer la stricte neutralité financière des opérations d'adossment des régimes spéciaux de retraite sur le régime général pour la Caisse nationale d'allocations familiales.

Elle a adopté sans modification l'article 68 (objectifs de dépenses de la branche famille pour 2007).

Avant l'article 69, elle a adopté un amendement portant article additionnel visant à sanctionner les personnes qui incitent au non-paiement des cotisations sociales.

La commission a adopté sans modification les articles 69 (situation des travailleurs détachés temporairement en France au regard du rattachement au régime général et du droit aux prestations familiales), 69 bis (contrôle des conditions d'ouverture de droits à prestations pour les personnes résidant à l'étranger), 69 ter (renforcement du contrôle des droits à l'ouverture de prestations sous condition de ressources), et 70 (indemnités journalières des indépendants).

A l'article 70 bis (création d'un répertoire commun aux organismes sociaux), elle a adopté un amendement soumettant la création d'un répertoire des assurés sociaux commun à l'ensemble des caisses et organismes de sécurité sociale à un avis conforme de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

A l'article 70 ter (mutualisation des ressources des organismes de sécurité sociale), la commission a adopté un amendement visant à étendre les possibilités de mutualisation des caisses de sécurité sociale, un amendement précisant les conséquences de la mutualisation des activités sur la responsabilité des agents comptables de chaque caisse et trois amendements de coordination.

Elle a adopté sans modification l'article 70 quater (création à titre expérimental d'une caisse multi-branches de sécurité sociale).

Avant l'article 71, elle a adopté un amendement portant article additionnel et visant à inscrire parmi les dépenses du FSV la prise en charge des cotisations vieillesse des volontaires associatifs.

La commission a adopté sans modification l'article 71 (charges prévisionnelles pour 2007 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale).

Enfin, la **commission a adopté le projet de loi ainsi amendé.**