

N° 83

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 5 novembre 2008

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de  
financement de la sécurité sociale pour 2009, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE  
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,  
Sénateur.

Tome VII :  
Examen des articles

---

(1) *Cette commission est composée de* : M. Nicolas About, *président* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Mme Muguet Dini, M. Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, M. Jean Boyer, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mmes Sylvie Desmarescaux, Bernadette Dupont, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, Alain Vasselle, François Vendasi, René Vestri.

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (13<sup>ème</sup> législ.) :** 1157, 1211, 1212 et T.A. 202

**Sénat :** 80 et 84 (2008-2009)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	11
<b>PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2007</b> .....	11
• <i>Article premier</i> <b>Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007</b> .....	11
• <i>Article 2</i> <b>Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités d'affectation des excédents et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2007</b> .....	17
<b>DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2008</b> .....	21
<b>Section 1 - Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</b> .....	21
• <i>Article 3</i> <b>Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2008</b> .....	21
• <i>Article 4</i> <b>Objectif d'amortissement rectifié de la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du fonds de réserve pour les retraites</b> .....	25
<b>Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses</b> .....	27
• <i>Article 5 (articles 60, 74 et 78 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008)</i> <b>Rectification des montants des dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires</b> .....	27
• <i>Article 6 (art. L. 161-23-1 et L. 351-11 du code de la sécurité sociale, art. L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite)</i> <b>Revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions des salariés, commerçants, artisans et fonctionnaires au 1<sup>er</sup> septembre 2008</b> .....	29
• <i>Article 7</i> <b>Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche</b> .....	31
• <i>Article 8</i> <b>Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie</b> .....	33
<b>TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2009</b> .....	36
• <i>Article 9</i> <b>Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)</b> .....	36
<b>Section 1 - Reprise de dette</b> .....	43
• <i>Article 10 (articles 2, 4 et 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ; art. L. 135-3 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Reprise de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale et ressources de cette caisse</b> .....	43

<b>Section 2 - Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement.....</b>	<b>49</b>
• <i>Article 11 (art. L. 245-16 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Modification de la clé de répartition des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.....</b>	<b>49</b>
• <i>Article 12 (art. L. 241-2, L. 245-7, L. 862-1 à L. 862-4, L. 862-6 et L. 862-7 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Mesures relatives au financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.....</b>	<b>51</b>
• <i>Article 13 (art. L. 137-15 à L. 137-17 nouveaux et L. 241-2 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Contribution sur les rémunérations ou gains exclus de l'assiette des cotisations sociales.....</b>	<b>54</b>
• <i>Article 13 bis (art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de rupture supérieures à un million d'euros.....</b>	<b>60</b>
• <i>Article 14 (art. L. 138-10, L. 245-5-1 A, L. 245-5-5 et L. 245-6 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques.....</b>	<b>61</b>
• <i>Article 15 (art. 402 bis, 403, 438 et 520 A du code général des impôts ; art. L. 131-8 et L. 245-9 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Augmentation du tarif des droits indirects sur les alcools par rattrapage annuel de l'inflation.....</b>	<b>63</b>
• <i>Article additionnel après l'article 15 (art. 575 A du code général des impôts)</i> <b>Augmentation des droits sur les tabacs.....</b>	<b>66</b>
• <i>Article 16 (art. L. 721-1, L. 723-12, L. 723-34, L. 731-1 à L. 731-5, L. 731-10 et L. 762-1-1 du code rural ; art. L. 134-11-1 nouveau du code de la sécurité sociale ; art. 1609 viciés, 1618 septies et 1647 du code général des impôts)</i> <b>Suppression du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles et intégration financière à la Caisse nationale d'assurance maladie de la branche maladie du régime de protection sociale des non-salariés agricoles.....</b>	<b>67</b>
• <i>Article 17 (art. L. 731-10-1 nouveau, L. 741-10-4 nouveau, L. 725-24, L. 741-16, L. 751-1, L. 751-8, L. 751-10 et L. 751-18 du code rural)</i> <b>Mesures relatives aux régimes agricoles.....</b>	<b>70</b>
• <i>Article 17 bis (art. L. 651-5 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés.....</b>	<b>73</b>
• <i>Article 18 (art. L. 2241-2, L. 2242-8 et L. 3261-2 à L. 3261-5 du code du travail ; art. 81 du code général des impôts ; art. L. 131-4-1 et L. 131-4-3 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Prise en charge des frais de transport domicile-travail.....</b>	<b>74</b>
• <i>Article 19 (art. L. 225-1-1, L. 243-6-1, L. 243-6-3, L. 243-6-4 nouveau, L. 243-7-2 et L. 243-7-3 nouveau du code de la sécurité sociale ; art. L. 725-24 du code rural)</i> <b>Sécurité juridique des cotisants.....</b>	<b>84</b>
• <i>Article 20 (art. L. 131-6, L. 131-6-1, L. 133-6-8, L. 136-6, L. 136-7, L. 642-2, L. 722-4, L. 723-5, L. 723-15 et L. 756-5 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Assujettissement des revenus distribués excédentaires des travailleurs non salariés non agricoles.....</b>	<b>89</b>
• <i>Article 20 bis (art. L. 131-8 du code de la sécurité sociale)</i> <b>Aménagement des règles de compensation des allègements généraux de cotisations sociales.....</b>	<b>92</b>
• <i>Article 21 (art. L. 131-9, L. 161-25-3, L. 242-13, L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 761-10 du code rural)</i> <b>Cotisation d'assurance maladie majorée sur les revenus imposables à l'étranger.....</b>	<b>93</b>
• <i>Article additionnel après l'article 21 (art. L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 752-23 du code rural ; 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)</i> <b>Aménagement du régime du recours contre tiers.....</b>	<b>95</b>

• Article 22 (art. L. 131-4-1, L. 131-7, L. 242-1, L. 242-4-2 et L. 242-4-3 du code de la sécurité sociale ; art. L. 741-10, L. 741-10-3 et L. 741-10-4 du code rural ; art. L. 3261-2 du code du travail ; article 7 de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat ; article 1 <sup>er</sup> de la loi n° ... du ... en faveur des revenus du travail)	
<b>Non-compensation par le budget de l'Etat des pertes de recettes liées à certains dispositifs</b> .....	97
• Article additionnel après l'article 22 (art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale)	
<b>Aménagement des allègements généraux de charges sociales</b> .....	100
• Article 23 <b>Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales</b> .....	101
<b>Section 3 - Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre</b> .....	108
• Article 24 <b>Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base</b> .....	108
• Article 25 <b>Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base</b> .....	113
• Article 26 <b>Approbation du tableau d'équilibre du régime général</b> .....	115
• Article 27 <b>Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale</b> .....	117
• Article 28 <b>Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites</b> .....	118
<b>Section 4 - Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité</b> .....	121
• Article 29 (art. L. 225-1-3 nouveau et L. 255-1 du code de la sécurité sociale)	
<b>Rémunération par l'Acoss de la trésorerie de tiers</b> .....	121
• Article 29 bis (art. L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale) <b>Bilan de la politique financière des organismes de sécurité sociale</b> .....	123
• Article 30 <b>Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt</b> .....	124
<b>QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2009</b> .....	130
<b>Section 1- Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</b> .....	130
• Article 31 (art. L. 162-14-3 nouveau, L. 162-15, L. 182-2 et L. 182-3 du code de la sécurité sociale ; article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008) <b>Participation de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire aux négociations conventionnelles - Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins</b> .....	130
• Article 31 bis (art. L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale)	
<b>Prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens dentistes</b> .....	134
• Article 32 (art L. 111-11 et L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale) <b>Suivi des propositions formulées par le rapport annuel sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie</b> .....	135
• Article 33 (art L. 183-1-3 nouveau du code de la sécurité sociale) <b>Rémunération des enseignants de médecine générale</b> .....	137
• Article 33 bis (art. L. 161-35 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)	
<b>Détermination du montant de la contribution due par les professionnels de santé n'utilisant pas les feuilles de soins électroniques</b> .....	139

• Article 34 (art. L. 162-1-7 et L. 315-2 du code de la sécurité sociale) <b>Référentiels de prescription et procédure d'accord préalable pour certains actes réalisés en série</b> .....	140
• Article 34 bis (art. L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale) <b>Information des patients</b> .....	141
• Article 35 (art. L. 161-36-4-3 nouveau du code de la sécurité sociale ; art. L. 1111-8-1 du code de la santé publique) <b>Groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés</b> .....	142
• Article 35 bis (art. L. 161-36-1, L. 161-36-2 et L. 161-36-3-2 nouveau du code de la sécurité sociale) <b>Expérimentation d'un dossier médical sur support mobile</b> .....	143
• Article 36 (art. L. 162-22-7-2, L. 162-5-17 nouveaux et L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale) <b>Dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour et validation de la prescription des médicaments orphelins</b> .....	145
• Article 37 (art. L. 162-27 du code de la sécurité sociale) <b>Clarification des prises en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital</b> .....	148
• Article 37 bis (art. L. 5121-1 du code de la santé publique) <b>Modification des règles d'inscription des médicaments au répertoire des groupes génériques</b> .....	149
• Article 37 ter (art. L. 5125-23 du code de la santé publique) <b>Obligation de recours à la dénomination commune internationale</b> .....	150
• Article 37 quater <b>Nouvelle procédure d'évaluation de certains médicaments</b> .....	151
• Article 38 (art. L. 162-1-7 et L. 165-1-1 nouveau du code de la sécurité sociale) <b>Prise en charge des actes et dispositifs médicaux innovants au sein de la dotation Migac</b> .....	152
• Article 38 bis <b>Remise d'un rapport au Parlement sur les modalités de prise en charge des moyens contraceptifs</b> .....	154
• Article 39 (art. L. 162-21-3, L. 162-22-2, L. 162-22-3, L. 162-22-8, L. 162-22-9, L. 162-22-10, L. 174-1-1, L. 174-6, L. 227-1, L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de la sécurité sociale ; article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) <b>Dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé</b> .....	155
• Article 39 bis (article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ; art. L. 162-22-6, L. 174-2 et L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale) <b>Transmission directe des factures des établissements de santé publique aux caisses d'assurance maladie</b> .....	159
• Article 40 (art. L. 6143-3, L. 6143-3-1, L. 6161-3-1 et L. 6162-1 du code de la santé publique) <b>Clarification du traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé et harmonisation des mises sous administration provisoire</b> .....	160
• Article 40 bis (art. L. 6132-3, L. 6143-1, L. 6143-6 et L. 6145-16 du code de la santé publique) <b>Certification des comptes des établissements publics de santé</b> .....	164
• Article 40 ter (article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière) <b>Recouvrement des contributions dues au centre national de gestion</b> .....	165
• Article 41 (art. L. 6113-10, L. 6113-10-1 et L. 6113-10-2 nouveaux du code de la santé publique ; article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001) <b>Création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux</b> .....	166
• Article 42 (art. L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale) <b>Extension du champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques</b> .....	169
• Article 42 bis (art. L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale et L. 3151-1 et suivants du code du travail) <b>Intégration de nouvelles données dans les programmes de qualité et d'efficience</b> .....	170
• Article additionnel avant l'article 43 (art. L. 4322-1 du code de la santé publique) <b>Droit de prescription des pédicures-podologues</b> .....	171

• Article 43 (art. L. 133-4-4 nouveau du code de la sécurité sociale) <b>Récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie</b> .....	172
• Article 44 (art. L. 232-8, L. 314-2, L. 314-3, L. 314-6 et L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles) <b>Tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux</b> .....	178
• Article 45 (art. L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 5126-6-1 du code de la santé publique) <b>Réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</b> .....	188
• Article 46 (art. L. 14-10-5 et L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles) <b>Financement de la formation des aidants et accueillants familiaux</b> .....	195
• Article 47 (art. L. 1142-22, L. 1142-23, L. 1221-14 nouveau, L. 3111-9, L. 3122-1 et L. 3122-5 du code de la santé publique) <b>Procédure d'indemnisation à l'amiable par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine - Dotation pour 2009 à l'Oniam</b> .....	202
• Article 48 (article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001) <b>Dotations pour 2009 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires</b> .....	206
• Article 48 bis (art. L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; article 116-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; art. L. 141-1 du code des assurances) <b>Versement d'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics</b> .....	209
• Article 49 <b>Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès</b> .....	210
• Article 50 <b>Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de sa ventilation</b> .....	212
<b>Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</b> .....	217
• Article 51 (art. L. 815-1, L. 815-2, L. 815-13, L. 815-24, L. 815-24-1 nouveau et L. 816-2 du code de la sécurité sociale) <b>Revalorisation du minimum vieillesse</b> .....	217
• Article 52 (art. L. 342-6, L. 353-1, L. 353-6 nouveau, L. 357-10-2 nouveau, L. 634-2 et L. 643-7 du code de la sécurité sociale ; art. L. 732-41 et L. 732-51-1 nouveau du code rural) <b>Instauration d'une majoration de la pension de réversion au bénéfice des veufs aux revenus les plus modestes et introduction d'une condition d'âge pour bénéficier du droit à réversion</b> .....	220
• Article additionnel après l'article 52 (art. L. 114-4 du code de la sécurité sociale) <b>Réalisation de travaux d'expertise sur la faisabilité d'une réforme structurelle des régimes de retraite</b> .....	224
• Article 52 bis (art. L. 161-1-6 nouveau du code de la sécurité sociale) <b>Mise en place d'un nouveau système d'échange d'informations entre les régimes de retraite</b> .....	225
• Article 53 (art. L. 321-5, L. 731-16, L. 732-34, L. 732-35, L. 732-54-1 à L. 732-54-4 du code rural ; art. L. 173-1-1 nouveau du code de la sécurité sociale) <b>Revalorisation des petites retraites agricoles</b> .....	226
• Article 54 (art. L. 161-23-1, L. 643-1 et L. 643-3 du code de la sécurité sociale ; art. L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite ; article 13 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte) <b>Revalorisation des pensions de retraite au 1<sup>er</sup> avril de chaque année</b> .....	230

• Article 55 (art. L. 173-2, L. 351-10-1 nouveaux, L. 351-10 et L. 634-2 du code de la sécurité sociale) <b>Recentrage du dispositif du minimum contributif sur les salariés ayant eu de longues carrières faiblement rémunérées</b> .....	233
• Article 55 bis (art. L. 351-10 du code de la sécurité sociale) <b>Modification des règles de calcul de la pension des travailleurs lourdement handicapés</b> .....	237
• Article 55 ter (art. L. 643-3, L. 643-4, L. 723-10-1 et L. 723-10-2 du code de la sécurité sociale) <b>Dérogation à la condition d'âge de soixante ans au bénéfice des professionnels libéraux et avocats lourdement handicapés</b> .....	238
• Article 56 (art. L. 173-7 nouveau, L. 351-14-1 et L. 382-29 du code de la sécurité sociale ; art. L. 742-3 du code rural ; article 114 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007) <b>Modification des règles de « rachat » de trimestres pour l'ouverture du droit à retraite anticipée pour carrière longue</b> .....	239
• Article additionnel après l'article 56 (art. L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ; article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005) <b>Harmonisation des règles d'ouverture du droit à la retraite anticipée pour carrière longue de la fonction publique avec celles du secteur privé</b> .....	243
• Article 57 (art. L. 634-2-1 du code de la sécurité sociale) <b>Validation de trimestres au bénéfice des commerçants et artisans</b> .....	244
• Article 58 (art. L. 2241-4 du code du travail ; art. L. 138-24 à L. 138-27 nouveaux et L. 241-3 du code de la sécurité sociale) <b>Incitation des entreprises à maintenir les seniors en emploi sous peine du versement d'une pénalité</b> .....	248
• Article 59 (art. L. 161-22, L. 352-1, L. 634-6, L. 643-6, L. 723-11-1 nouveau du code de la sécurité sociale ; art. L. 732-39 du code rural ; art. L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite) <b>Libéralisation du cumul emploi retraite</b> .....	252
• Article 60 (art. L. 351-10 du code de la sécurité sociale ; art. L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite) <b>Revalorisation de la surcote</b> .....	256
• Article 61 (art. L. 1221-18 et L. 1237-5 à L. 1237-8 du code du travail) <b>Suppression de la mise à la retraite d'office</b> .....	259
• Article 61 bis (art. L. 421-9 du code de l'aviation civile) <b>Suppression de la « clause couperet » relative au personnel navigant de l'aéronautique civile de section A</b> .....	263
• Article 61 ter (art. L. 421-9 du code de l'aviation civile) <b>Suppression de la « clause couperet » relative au personnel navigant de l'aéronautique civile de section D</b> .....	265
• Article 62 (article 1 <sup>er</sup> -3 nouveau de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public) <b>Suppression des clauses couperets dans la fonction publique</b> .....	267
• Article 63 <b>Réforme des « suspensions » d'outre-mer</b> .....	269
• Article 64 <b>Objectifs de dépenses de la branche vieillesse</b> .....	274
<b>Section 3 - Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles</b> .....	277
• Article 65 (art. L. 431-1 et L. 432-3 du code de la sécurité sociale ; art. L. 751-42 du code rural) <b>Amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux</b> .....	277
• Article 65 bis (article L. 143-10 nouveau du code de la sécurité sociale) <b>Transmission du dossier médical en cas de contestation du taux d'incapacité</b> .....	280
• Article 66 (art. L. 412-8 et L. 443-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 1226-7 du code du travail) <b>Maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle</b> .....	281
• Article 67 (article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005) <b>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</b> .....	284

• Article 68 (art. L. 176-1 du code de la sécurité sociale) <b>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</b> .....	286
• Article 69 <b>Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009</b> .....	287
<b>Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille</b> .....	288
• Article 70 (art. L. 223-1 du code de la sécurité sociale) <b>Financement par la caisse nationale des allocations familiales de l'intégralité des majorations de pensions pour enfants</b> .....	288
• Article additionnel après l'article 70 (art. L. 531-5 du code de la sécurité sociale) <b>Taux de salaire horaire maximum des assistantes maternelles</b> .....	290
• Article 71 (art. L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale) <b>Modulation de la prestation de complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires d'accueil atypiques</b> .....	291
• Article 72 (art. L. 421-1, L. 421-4 et L. 423-1 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 212-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 2324-1 du code de la santé publique ; art. 80 sexies du code général des impôts) <b>Assouplissement des conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel</b> .....	292
• Article additionnel après l'article 72 (art. L. 2324-1 du code de la santé publique) <b>Augmentation de la capacité d'accueil des établissements d'accueil des jeunes enfants</b> .....	294
• Article additionnel après l'article 72 (art. 244 quater F du code général des impôts) <b>Crédit d'impôt famille</b> .....	295
• Article 73 <b>Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2009</b> .....	297
<b>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</b> .....	299
• Article 74 (art. L. 217-3 et L. 217-3-1 du code de la sécurité sociale) <b>Nomination et cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes du régime général</b> .....	299
• Article 75 (art. L. 153-1 et L. 153-3 du code de la sécurité sociale ; art. L. 723-12-2, L. 723-12-3 nouveaux, L. 723-38 et L. 723-48 nouveau) <b>Contrôle budgétaire de la caisse centrale de mutualité sociale agricole sur les organismes de son réseau</b> .....	301
<b>Section 6 - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires</b> .....	303
• Article 76 <b>Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale</b> .....	303
<b>Section 7 - Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude</b> .....	305
• Article 77 A (art. L. 583-4 nouveau du code de la sécurité sociale) <b>Fiabilisation des informations utilisées par la branche famille</b> .....	305
• Article 77 (art. L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale) <b>Révision de la procédure des pénalités financières</b> .....	306
• Article additionnel après l'article 77 (art. L. 815-11 du code de la sécurité sociale) <b>Modification du régime de récupération de l'allocation de solidarité aux personnes âgées</b> .....	310
• Article 77 bis (art. L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale) <b>Lutte contre la fraude sociale et le travail illégal</b> .....	310

• Article 78 (art L. 161-1-5 nouveau, L. 553-2, L. 821-5-1 nouveau, L. 835-3 du code de la sécurité sociale ; art. L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation ; art. L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles) <b>Amélioration du recouvrement des indus et extension de la procédure de contrainte</b> .....	312
• Article 79 (art. L. 114-21 et L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale) <b>Développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale des Etats de l'Union européenne</b> .....	316
• Article 80 (art. L. 213-1 et L. 351-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 723-3 du code rural) <b>Limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour majorer la durée d'assurance à l'assurance vieillesse</b> .....	319
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	323

## EXAMEN DES ARTICLES

### PREMIÈRE PARTIE

#### DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2007

##### *Article premier*

#### **Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007**

***Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2007, 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 **9,1 milliards d'euros**, au lieu de 7,8 milliards d'euros en 2006, soit une aggravation de plus de 16 % en un an.

L'essentiel du déficit est imputable à la branche maladie qui enregistre un résultat négatif de 5 milliards d'euros (au lieu de 5,9 milliards d'euros en 2006), auquel s'ajoutent le déficit désormais élevé de la branche vieillesse, soit 3,9 milliards (au lieu de 1 milliard en 2006), et celui de la branche accidents du travail-maladies professionnelles, soit 400 millions d'euros (au lieu de 100 millions en 2006). En revanche, pour la première fois depuis 2004, la branche famille enregistre un excédent, à hauteur de 200 millions d'euros, au lieu d'un déficit de 800 millions en 2006.

En dehors du régime général, il convient de noter la mauvaise situation du régime des exploitants agricoles, avec un résultat négatif qui continue de se creuser à 2,4 milliards d'euros (1,6 milliard en 2006). A l'inverse, d'autres régimes affichent des résultats excédentaires, principalement la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), pour 465 millions d'euros.

De la loi de financement initiale pour 2007 au présent projet de loi de financement, les soldes prévus ont été sensiblement modifiés, en raison principalement de l'accélération des dépenses des branches vieillesse, maladie et accidents du travail-maladies professionnelles. Au total, par rapport à la loi de financement pour 2007, le déficit s'est accru de 1,6 milliard d'euros.

En revanche, par rapport aux montants révisés de la loi de financement pour 2008, adoptés il y a un an, les résultats sont meilleurs, du fait notamment d'une progression particulièrement dynamique des recettes.

Le tableau ci-après permet de retracer cette évolution.

**Evolution du tableau d'équilibre 2007 de l'ensemble des régimes obligatoires**

*(en milliards d'euros)*

	<b>LFSS pour 2007</b>	<b>LFSS pour 2008</b>	<b>PLFSS pour 2009</b>
Maladie	- 4,0	- 6,6	- 5,0
Vieillesse	- 2,9	- 4,0	- 3,9
Famille	- 0,7	- 0,5	0,2
AT/MP	0,1	- 0,3	- 0,4
<b>Total</b>	<b>- 7,5</b>	<b>- 11,4</b>	<b>- 9,1</b>

## 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 près des trois quarts.

Ce régime affiche un déficit global de **9,5 milliards d'euros** en 2007, au lieu de 8,7 milliards en 2006, soit une dégradation de 800 millions d'euros.

- Une grande partie de ce déficit provient toujours de la branche maladie, dont le solde négatif atteint **4,6 milliards d'euros**. Mais celle-ci amorce un **réel redressement** par rapport à 2004 lorsqu'elle affichait un déficit de 11,6 milliards d'euros, son plus haut niveau historique, et 2005, année au cours de laquelle le déficit s'est établi à 8 milliards d'euros. En 2006, le déficit avait déjà été réduit à 5,9 milliards d'euros. Cette amélioration est la conséquence, d'une part, 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, d'autre part, des diverses mesures d'économies adoptées à la suite de l'« *alerte* » du printemps 2007.

- La branche vieillesse, qui était excédentaire en 2004 à hauteur de 0,25 milliard, est devenue déficitaire en 2005, avec un solde négatif de 1,9 milliard, déficit à nouveau constaté en 2006. En 2007, **le déséquilibre de la branche se creuse**, avec un résultat définitif de **- 4,6 milliards d'euros**. Cette dégradation provient de la montée en charge des retraites anticipées au titre du dispositif « carrières longues », 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.

- La branche famille enregistre un excédent de 200 millions d'euros, en net redressement par rapport aux déficits des trois années précédentes (0,4 milliard en 2004, 1,3 milliard en 2005 et 0,9 milliard en 2006) ainsi que par rapport à la loi de financement initiale pour 2007 qui avait prévu un déficit de 800 millions d'euros. Ce bon résultat est lié à une moindre progression des dépenses de la branche.

- La branche accidents du travail-maladies professionnelles voit son déficit accru de 400 millions d'euros par rapport à 2006 ; il atteint 0,5 milliard d'euros, en net accroissement par rapport aux prévisions initiales puisque la loi de financement pour 2007 tablait sur un excédent de 100 millions d'euros.

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

### Evolution du tableau d'équilibre 2007 du régime général

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2007	LFSS pour 2008	PLFSS pour 2009
Maladie	- 3,9	- 6,2	- 4,6
Vieillesse	- 3,5	- 4,6	- 4,6
Famille	- 0,8	- 0,5	0,2
AT/MP	0,1	- 0,4	- 0,5
<b>Total</b>	<b>- 8,0</b>	<b>- 11,7</b>	<b>- 9,5</b>

#### Le désaccord entre le Gouvernement et la Cour des comptes sur le montant du déficit général en 2007

Les comptes à partir desquels ont été établis les tableaux d'équilibre qui figurent dans cet article sont ceux qui ont été soumis à la Cour des comptes au printemps dernier, en vue de leur certification, conformément à l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières.

Au terme de ses vérifications, la Cour a adopté trois séries de positions :

- elle a refusé de certifier les comptes de la « *branche* » recouvrement et de l'Acoss :

- elle a jugé à nouveau impossible de certifier les comptes de la branche famille et de la Cnaf ;

- elle a certifié avec réserves les comptes des branches maladie, AT-MP et retraite et des caisses nationales correspondantes.

Le refus de certifier les comptes du recouvrement et de l'Acoss résulte de « *trois désaccords avec l'Acoss et sa tutelle* » dont l'impact total sur le résultat du régime général est évalué à 980 millions d'euros par la Cour. La Cour estime en effet que 640 millions d'euros (490 millions de CSG sur les revenus de placement et 150 millions de compensation des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires) ont été comptabilisés en 2007 alors qu'ils auraient dû figurer dans les comptes 2008. Par ailleurs, la correction comptable d'erreurs du passé aurait dû entraîner un accroissement du déficit du régime général de 340 millions d'euros.

Au total, la Cour estime que si les écritures comptables avaient été régulières, le déficit du régime général aurait dû s'établir à **10,5 milliards d'euros** en 2007, soit 1 milliard de plus que les **9,5 milliards d'euros** présentés par le Gouvernement.

Dans l'exposé des motifs du présent projet de loi, le Gouvernement indique qu'il « *a pris note des observations de la Cour* ». Mais il considère que ces observations « *sont fondées non sur des irrégularités mais essentiellement sur des divergences d'interprétation des normes applicables en ce qui concerne le rattachement ou non à l'exercice 2007 de certains produits non contestés par ailleurs* ». Aussi, le Gouvernement estime que « *les comptes tels qu'ils ont été arrêtés donnent une image fidèle de la situation des régimes et il n'a donc pas demandé qu'ils soient rectifiés* ». Enfin, il est précisé que le Gouvernement s'est engagé à ce que soient clarifiées pour l'avenir les règles sur lesquelles ont pu naître ces désaccords.

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

Ce tableau concerne deux organismes en 2007 : le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa).

- Le FSV affiche un solde positif de **200 millions d'euros**, après les déficits de 1,3 milliard en 2006 et 2 milliards en 2005. Dans la prévision initiale, le fonds devait encore enregistrer un déficit en 2007, à hauteur de 300 millions d'euros.

Ce très net redressement de la situation du fonds résulte essentiellement de l'amélioration de la conjoncture à laquelle les recettes et les dépenses, et donc le résultat du FSV, sont très sensibles.

Les produits du FSV ont ainsi progressé de 7 % pour atteindre 14,5 milliards d'euros, principalement sous l'effet d'une hausse de la CSG qui représente près de 80 % des produits et d'une très forte progression de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

Les charges du fonds ont diminué de 3 %, pour atteindre 14,4 milliards d'euros, en raison principalement de l'amélioration du marché de l'emploi qui entraîne une baisse des cotisations prises en charge au titre du chômage.

Malgré ces bons résultats, à la fin de 2007, le déficit cumulé du FSV reste encore élevé : il atteint près de **4,8 milliards d'euros**.

- Le Ffipsa, créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004 pour succéder au Bapsa à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, connaît un déficit de **2,2 milliards d'euros**, au lieu de 1,3 milliard d'euros en 2006 et de 1,4 milliard d'euros en 2005. Ce montant est largement conforme aux prévisions présentées dans la loi de financement pour 2007.

L'écart entre l'évolution des charges (+ 1,6 %) et celle des produits (- 4,5 %) s'aggrave donc en 2007, ce qui creuse le déficit du régime qui, de plus, une nouvelle fois, ne bénéficie pas de subvention d'équilibre en provenance du budget de l'Etat.

### **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 2007 à 144,8 milliards d'euros. L'article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a porté cet objectif à 147,7 milliards d'euros.

Le présent article établit le montant des dépenses constatées en 2007 à un niveau encore légèrement supérieur, soit **147,8 milliards d'euros**.

L'Ondam réalisé pour 2007 est donc supérieur de 3 milliards d'euros à l'objectif initial, ce qui représente **le plus important dépassement** constaté depuis 2002. Celui-ci est pour l'essentiel imputable à sa sous-estimation initiale qui n'avait pas suffisamment tenu compte du caractère encore très dynamique de la progression des dépenses de soins de ville. Ce dépassement a d'ailleurs justifié l'intervention du comité d'alerte au mois de mai 2007.

Si le dépassement de l'objectif est donc plus ample que lors des quatre années précédentes, il convient aussi de souligner qu'il confirme la tendance à un certain ralentissement des dépenses sous Ondam, passées de 7,1 % en 2002 à 6,4 % en 2003, 4,9 % en 2004, 4 % en 2005, 3,1 % en 2006 et enfin 4,1 % en 2007.

#### **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 2007 est fixé par cet article à **1,8 milliard d'euros**, soit à un montant légèrement supérieur à celui de 1,5 milliard d'euros présenté en 2006 et 2005.

Ce montant correspond cette année presque exclusivement au produit de la fraction du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital qui est due au FRR. En effet, la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) n'ayant pas enregistré d'excédent en 2006, aucun versement n'a pu être effectué à ce titre.

Au 31 décembre 2007, les réserves hors plus-values latentes du FRR atteignaient **29,4 milliards d'euros**.

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

Ce paragraphe propose d'approuver le montant de la dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) en 2007, soit **2,6 milliards d'euros**, au lieu de 2,8 milliards d'euros en 2006.

Cette somme correspond à la différence entre le produit de la CRDS enregistré en 2007, soit 5,7 milliards d'euros, augmenté de quelques produits annexes, et la charge d'intérêt de la dette portée par la Cades (3,3 milliards).

La légère diminution du montant de la dette amortie en 2007 est liée à une faible décreue du rendement de la CRDS du fait, notamment, du contrecoup de la « mesure PEL » de 2006.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Après les déficits record du régime général, de plus de 11 milliards d'euros en 2004 et 2005, et la légère décrue de 2006, avec un déficit ramené à 8,7 milliards d'euros, **2007 a connu un nouveau dérapage des comptes**, le déficit du régime général s'établissant finalement à 9,5 milliards d'euros.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'exercice 2007 a bénéficié d'une progression particulièrement dynamique des recettes. Pour le régime général, on a en effet enregistré un taux d'augmentation des recettes de 4,4 %, à comparer avec celui de la croissance du Pib, soit 2,2 % en 2007.

**Or, en l'absence de ce niveau élevé de recettes, le déficit aurait été nettement supérieur à 10 milliards d'euros en 2007.**

En effet, dans le sens de la dégradation des comptes, on a constaté à la fois une progression supérieure à 6 % des prestations de la branche vieillesse et un dépassement de plus de 3 milliards d'euros de l'Ondam.

La prise de conscience de ce tendancier est importante car celui-ci explique, pour une grande partie, les difficultés actuelles et justifie l'ampleur des efforts qu'il faut accomplir pour revenir à l'équilibre.

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

### *Article 2*

#### **Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités d'affectation des excédents et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2007**

*Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement et qui décrit les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés en 2007, 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 2007, présentés à l'article premier, font apparaître des déficits pour trois des quatre branches de la sécurité sociale, que ce soit pour les régimes obligatoires de base ou le régime général, ainsi que pour le Ffipsa.

Le rapport de l'annexe A a pour objet de décrire les modalités de couverture de l'ensemble de ces déficits mais également les modalités d'affectation des excédents constatés cette année pour la branche famille et le FSV.

Ce rapport se divise en **deux parties** relatives, pour la première, au régime général, pour la seconde, aux organismes concourant au financement des régimes.

**1°) Le régime général**

Le rapport rappelle que les soldes négatifs enregistrés par les trois branches déficitaires en 2007 sont, respectivement, de 4,63 milliards d'euros pour la maladie, de 4,57 milliards d'euros pour la vieillesse et de 0,46 milliard 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 ainsi que par les billets de trésorerie que l'Acoss peut émettre sur le marché financier, le tout dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, soit 28 milliards pour 2007.

Le rapport précise que, au titre de ces emprunts et émissions, les charges financières de l'Acoss, nettes des produits financiers, se sont élevées à 648 millions d'euros en 2007.

Ce montant est en nette augmentation par rapport aux charges de 270 millions d'euros payées en 2006, principalement sous l'effet d'un accroissement des déficits cumulés de l'ordre de 10 milliards d'euros puisque, en 2007, aucune reprise de dette par la Cades n'est intervenue.

L'excédent de la branche famille, soit 0,16 milliard d'euros, est resté acquis à la branche.

## **2°) Les organismes concourant au financement des régimes**

Pour 2007, deux organismes sont mentionnés dans cette annexe : le fonds de financement de la protection sociale agricole (Ffipsa) et le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

### **• 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) le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Il a hérité du Bapsa sa dette 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, laissant ainsi une dette résiduelle de 660 millions d'euros à financer.

En 2007, le Ffipsa a enregistré un déficit de 2,2 milliards d'euros, après 1,3 milliard d'euros de solde négatif en 2006 et 1,4 milliard en 2005. Le déficit cumulé du fonds a donc été porté à 4,8 milliards d'euros à la fin de 2007.

Comme en 2005 et 2006, ce déficit, ainsi que le reliquat de dette du Bapsa, ont été financés par les emprunts de trésorerie que peut conclure la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), sur délégation du Ffipsa, auprès du consortium Calyon, dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, soit 7,1 milliards pour 2007.

### **• Affectation de l'excédent du fonds de solidarité vieillesse (FSV)**

Le résultat du FSV pour l'exercice 2007 est excédentaire à hauteur de 0,15 milliard d'euros.

Il a permis de légèrement réduire le déficit cumulé du fonds qui s'élevait à 5 milliards d'euros au 31 décembre 2006.

Le fonds reste néanmoins largement débiteur vis-à-vis de la Cnav, à hauteur de 5,3 milliards d'euros au 31 décembre 2007, et, de façon moindre auprès de la CCMSA, pour 0,1 milliard d'euros à la même date.

Ces montants sont 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 **4,8 milliards d'euros** au 31 décembre 2007, est inscrit au bilan de l'organisme en fonds de roulement négatif.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision portant sur le texte de l'annexe A.

## **III - La position de votre commission**

Bien qu'elle ne puisse se satisfaire d'une situation qui consiste à laisser s'accumuler les déficits en les couvrant par des emprunts de trésorerie, **vo**tre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

## DEUXIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2008

#### Section 1

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

##### *Article 3*

#### Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2008

*Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2008, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.*

#### I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément 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 2008 s'établit à **8,7 milliards d'euros**, au lieu de 7,7 milliards dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2008, **soit une dégradation de près de 1 milliard d'euros**.

Cette évolution est essentiellement imputable à la branche vieillesse qui voit son déficit prévisionnel s'accroître de 1,4 milliard d'euros. En revanche, les branches maladie, famille et AT-MP devraient chacune afficher une amélioration de leurs comptes, comprise entre 100 et 200 millions d'euros.

L'essentiel de la rectification proposée résulte du **dérapiage des dépenses**<sup>1</sup>.

En effet, les prévisions sur les recettes restent conformes, et même légèrement supérieures, aux montants inscrits en loi de financement pour 2008. Celles-ci passent au total de 414,8 à 415,6 milliards d'euros, soit une augmentation de 800 millions d'euros, ou encore une progression de 0,2 %.

**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 **8,9 milliards d'euros** en 2008, soit à peu près le même montant que celui de 8,8 milliards qui figurait dans les prévisions initiales.

Cette quasi-stabilité reflète toutefois des évolutions différenciées selon les branches. Le tableau ci-après fournit le détail de ces prévisions rectifiées par branche.

---

<sup>1</sup> *Se reporter aux commentaires des articles 7 et 8 sur les rectifications des objectifs de dépenses et de l'Ondam pour 2008.*

### Soldes par branche du régime général en 2008

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2008	Projet de loi de financement pour 2009
Maladie	- 4,2	- 4,0
Vieillesse	- 5,2	- 5,7
Famille	+ 0,3	+ 0,4
Accidents du travail	+ 0,3	+ 0,4
<b>Total régime général</b>	<b>- 8,8</b>	<b>- 8,9</b>

Le niveau global du déficit du régime général n'est donc accru que de 100 millions d'euros. Cette nouvelle prévision recouvre toutefois des évolutions contrastées selon les branches :

- la branche vieillesse enregistre une dégradation de son résultat de 0,5 milliard d'euros, principalement du fait de l'effet démographique, d'une mauvaise anticipation du comportement des assurés et de la revalorisation de 0,8 % des pensions au 1<sup>er</sup> septembre 2008 (article 6 du présent projet de loi de financement) ;

- en revanche, les branches maladie, famille et AT-MP voient leurs soldes s'améliorer : le déficit de la branche maladie est réduit de 200 millions d'euros tandis que les excédents des branches famille et AT-MP sont accrus chacun d'environ 100 millions d'euros. Ces améliorations sont essentiellement dues à un niveau élevé de recettes.

Au total en 2008, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits serait donc de 97 %**, en légère augmentation par rapport à 2007 où ce taux s'est établi à 96,7 %.

### Taux de couverture des charges par les produits pour les branches du régime général en 2008

(en milliards d'euros)

	Produits nets	Charges nettes	Taux de couverture
Maladie	141,5	145,5	97,2 %
Vieillesse	89,9	95,6	94,0 %
Famille	57,2	56,8	100,7 %
Accidents du travail	10,9	10,5	103,7 %
<b>Régime général</b>	<b>293,1</b>	<b>302,0</b>	<b>97,0 %</b>

### **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 2008 : le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa).

#### **• Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)**

Le FSV voit sa situation s'améliorer plus rapidement que prévu, l'excédent initialement fixé à 0,6 milliard d'euros étant rectifié à **0,9 milliard**.

Le FSV, qui a été constamment déficitaire entre 2001 et 2006 et connaît un solde cumulé négatif depuis 2002, a notamment 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 s'est réduit. En 2007 et 2008, grâce à l'amélioration de la conjoncture économique et du marché de l'emploi, auxquels le résultat du FSV est très sensible, le solde du fonds est redevenu positif. Le FSV bénéficie en particulier d'une progression soutenue de la CSG, qui constitue plus des trois quarts de ses produits, et d'un très fort accroissement de la C3S qui lui est attribuée, tandis que ses charges, dont une partie importante est liée à l'évolution du chômage, se stabilisent.

Grâce à cette amélioration, le déficit cumulé du FSV peut diminuer ; il devrait s'établir à **3,9 milliards d'euros à la fin de 2008**, soit environ un quart de ses produits annuels.

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

Pour le Ffipsa, la prévision rectifiée fait apparaître une quasi-stabilité, le déficit passant de 2,7 milliards d'euros en loi de financement initiale à **2,6 milliards**.

Ce déficit se répartit entre 1,4 milliard pour l'assurance maladie et 1,2 milliard pour l'assurance vieillesse.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission se félicite que le déficit du régime général attendu pour 2008 soit pratiquement le même que celui voté en loi de financement initiale, ce qui n'avait pas été le cas pour l'exercice 2007. Cela témoigne de la réelle volonté du ministère des comptes publics de renforcer la sincérité et la

fiabilité des comptes sociaux - une demande ancienne et récurrente de votre commission.

Toutefois, elle constate aussi que ce résultat n'a pu être atteint que grâce à un surcroît de recettes, les dépenses ayant elles-mêmes augmenté dans une proportion supérieure aux prévisions initiales, que ce soit pour la vieillesse (1,5 milliard d'euros) ou pour la maladie (750 millions d'euros), même si, dans ce dernier cas, la progression constatée est restée inférieure au seuil d'intervention du comité d'alerte.

Enfin, votre commission observe que, désormais, le déficit de la branche vieillesse est non seulement supérieur à celui de la branche maladie mais même sensiblement plus élevé. Une telle situation exige à l'évidence que des mesures, à la hauteur du problème, soient prises dans les meilleurs délais.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

#### *Article 4*

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

*Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2008, 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 revoit :

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

Cet objectif est fixé à **2,8 milliards d'euros**, soit au même montant que celui adopté dans la loi de financement initiale.

Le produit attendu de la recette CRDS devrait en effet atteindre 5,9 milliards d'euros. Comme la charge d'intérêt nette devrait s'élever à 3,1 milliards d'euros, la Cades sera en mesure d'amortir 2,8 milliards d'euros.

Ce montant est légèrement supérieur à celui de l'amortissement réalisé en 2007, soit 2,6 milliards d'euros, du fait de l'absence de nouvelle reprise de dette au cours de l'année. En effet, conformément à la loi de 2004 sur l'assurance maladie, la dernière reprise de dette a été effectuée au mois d'octobre 2006, à hauteur de 5,7 milliards d'euros, au titre du déficit de l'assurance maladie pour 2006.

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

Ce montant est fixé à **1,9 milliard d'euros**, soit une recette supérieure de 200 millions à celle votée en loi de financement initiale.

En effet, le produit de la fraction (65 %) du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, qui est affectée au FRR et qui constitue la quasi-totalité des recettes du fonds, devrait être supérieur aux prévisions (environ 1,87 milliard d'euros).

Par ailleurs, comme en 2006 et 2007, le FRR ne peut bénéficier cette année de ressources 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 5

*(articles 60, 74 et 78 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007  
de financement de la sécurité sociale pour 2008)*

#### **Rectification des montants des dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires**

*Objet : Cet article propose de réduire les dotations accordées au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Ficqs) et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus).*

#### **I - Le dispositif proposé**

Dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 et 2007, le Gouvernement a proposé de réduire le montant des dotations affectées aux fonds d'aide à la qualité des soins de ville, devenu en 2007, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. L'économie totale réalisée grâce à cette régulation s'est élevée à 120 millions d'euros.

Le présent article étend cette politique de régulation des dépenses aux dotations de trois fonds concourant au financement du système de santé.

Le **paragraphe I** propose de réduire de 100 millions le montant de la dotation affectée au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés. Cette mesure est rendue possible par la situation de la trésorerie du fonds. En effet, au cours des années précédentes, les ARH ont reporté sur l'exercice suivant les crédits délégués par le fonds mais n'ayant pas fait l'objet d'un décaissement. Au 30 septembre 2008, le solde des dotations dues mais non versées par l'assurance maladie s'élève à 625 millions d'euros. Ces sommes apparaissent néanmoins comme des dépenses, dans la comptabilité de la Cnam. Le Gouvernement a estimé qu'une partie de ces crédits non utilisés ne ferait vraisemblablement plus l'objet d'une demande de décaissement et a décidé de réduire les fonds alloués au FMESPP.

En conséquence, la dotation du FMESPP pour 2008 est désormais fixée à 201 millions d'euros.

Le **paragraphe II** propose de réduire de 70 millions la dotation du Ficqs pour l'année 2008. Cet ajustement est rendu possible en raison des retards pris dans l'élaboration du dossier médical personnel (DMP), et des délais nécessaires pour la mise en œuvre des expérimentations prévues dans le domaine de la permanence des soins, sous l'autorité des missions régionales de santé (MRS). Cette régulation n'affecte pas le financement des engagements déjà pris. Contrairement aux mesures de régulation adoptées au cours des deux années précédentes, aucune modification du montant maximum des dépenses autorisées n'est prévue. Ce plafond reste fixé à 355 millions pour 2008.

La dotation du Ficqs pour 2008 s'élève désormais à 231 millions d'euros.

Le **paragraphe III** réduit de 20 millions d'euros le montant de la dotation 2008 de l'Eprus. L'acquisition de stocks de masques destinés à protéger la population en cas de pandémie grippale ainsi que pour la mise à niveau des produits de santé prévus dans le cadre de la lutte contre les menaces bioterroristes ont nécessité des dépenses moins élevées que prévu initialement. Afin d'assurer l'équilibre entre les financements respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie, cet article propose de ramener la dotation de l'assurance maladie de 75 à 55 millions pour 2008.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission approuve les mesures de régulation prévues à cet article qui permettent d'améliorer l'exécution de l'Ondam pour 2008, dont le dépassement est ainsi réduit de 170 millions d'euros, la dotation de l'Eprus ne figurant pas dans le périmètre de cet objectif.

Elle regrette toutefois la relative opacité qui règne sur les besoins financiers de ces fonds.

En effet, si depuis trois ans, la réduction de la dotation attribuée annuellement au Ficqs s'explique par les retards successifs des expérimentations relatives à la mise en œuvre du dossier médical personnel, votre commission s'étonne qu'il soit possible de soustraire 100 millions d'euros au budget du FMESPP. Ce fond a en effet pour mission de financer les dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé, dans une période où ces derniers sont soumis à de profondes mutations.

Elle s'attachera à obtenir, dans l'année qui vient, des informations supplémentaires sur la politique du FMESPP à l'égard des établissements de santé.

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

*Article 6*

*(art. L. 161-23-1 et L. 351-11 du code de la sécurité sociale,  
art. L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite)*

**Revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions des salariés,  
commerçants, artisans et fonctionnaires au 1<sup>er</sup> septembre 2008**

***Objet : Cet article entérine la décision de revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions, dont ont bénéficié les salariés, commerçants, artisans et fonctionnaires le 1<sup>er</sup> septembre 2008.***

**I - Le dispositif proposé**

Dans son document d'orientation sur le rendez-vous de 2008 sur les retraites du 28 avril 2008, le Gouvernement a indiqué qu'une revalorisation exceptionnelle interviendra au 1<sup>er</sup> septembre 2008 pour l'ensemble des retraites du régime général, des régimes alignés et de la fonction publique, afin de prendre en compte l'accélération de l'inflation. Le 6 mai 2008, le Président de la République a annoncé que le taux de revalorisation générale des retraites au 1<sup>er</sup> septembre 2008 serait de 0,8 %, décision entérinée par le Conseil des ministres du 7 mai 2008.

En application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale, résultant de l'article 27 de la loi du 21 août 2003, les pensions de vieillesse du régime général et des régimes alignés sont revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier, selon un mécanisme prévu par la loi. Il en est de même pour les pensions de retraite des fonctionnaires, en application de l'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite, qui résulte de l'article 51 de la même loi.

Les régimes spéciaux ne sont pas concernés par cette mesure car leur alignement sur la revalorisation appliquée aux pensions des fonctionnaires de l'Etat n'interviendra qu'à compter de 2009, comme prévu par la réforme des régimes spéciaux mise en œuvre en 2008. Les régimes des professions libérales, des avocats et des exploitants agricoles revalorisent, quant à eux, la valeur de leur point de service de manière autonome.

En application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale et en fonction des hypothèses d'inflation faites à l'époque, une revalorisation de 1,1 % est intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Afin de tenir compte de l'accélération de l'inflation observée à la fin 2007 et au cours des trois premiers trimestres 2008, une revalorisation exceptionnelle de 0,8 % a été accordée au 1<sup>er</sup> septembre 2008 pour l'ensemble des retraites du régime général, des régimes alignés et de la fonction publique. Sur les 0,8 % de revalorisation supplémentaire, 0,6 % ont été accordés au titre de l'anticipation de la revalorisation devant intervenir en 2009, 0,2 % au titre de l'écart d'inflation entre l'inflation réalisée en 2007 (1,5 %) et la prévision figurant en loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1,3 %).

Le présent article vise à déroger au cadre légal pour valider la revalorisation exceptionnelle intervenue le 1<sup>er</sup> septembre 2008.

Le premier alinéa de l'article rappelle que la revalorisation exceptionnelle décidée par le Gouvernement bénéficie aussi bien aux pensions liquidées et prenant effet avant le 1<sup>er</sup> septembre 2008, qu'aux cotisations et salaires portés au compte individuel des assurés jusqu'au 31 août 2008 pour le calcul de leurs futures pensions de retraite, et aux prestations dont les règles de revalorisation sont alignées sur celles des pensions de retraite du régime général et de la fonction publique. Il s'agit notamment (liste non exhaustive) :

- des prestations mentionnées au titre 1<sup>er</sup> du livre VIII du code de la sécurité sociale (anciennes prestations constitutives du minimum vieillesse, allocation supplémentaire d'invalidité, allocation de solidarité aux personnes âgées) ;

- des pensions d'invalidité mentionnées à l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que celles des autres régimes, dès lors qu'elles sont revalorisées dans les mêmes conditions ;

- des rentes d'accidents du travail et maladies professionnelles servies en application de l'article L. 434-15 du code de la sécurité sociale ;

- de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante, ainsi que du salaire de référence servant de base au calcul de cette allocation (article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999).

Le deuxième alinéa de l'article fixe l'ajustement de la revalorisation des pensions de retraite pour 2009 (en application de l'ajustement prévu au deuxième alinéa de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale), compte tenu de l'augmentation du taux d'inflation qui devrait être constatée entre la prévision initiale pour 2008 et le chiffre définitif qui sera établi au début de l'année 2009. Le taux d'ajustement pour 2009 est ainsi estimé à 0,6 %. Cette disposition s'inscrit dans le cadre du nouveau dispositif d'indexation des pensions prévu à l'article 54 du présent projet de loi de financement.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission approuve cet article, qui permet d'entériner la revalorisation exceptionnelle des pensions de retraite intervenue le 1<sup>er</sup> septembre 2008, et **vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 7*

#### **Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche**

***Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2008, 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 2008.

#### **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 2008

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	179,5	179,4	- 0,1	-0,05
Vieillesse	179,7	181,2	+ 1,5	+ 0,8
Famille	56,8	56,9	+ 0,1	+ 0,2
AT-MP	11,8	12,2	+ 0,4	+ 3,4
<b>Toutes branches</b>	<b>422,5</b>	<b>424,3</b>	<b>+ 1,8</b>	<b>+ 0,4</b>

Au total, la rectification des dépenses s'élève à **1,8 milliard d'euros**, soit une augmentation de 0,4 % des dépenses prévues pour les régimes obligatoires de base en 2008.

Cette révision à la hausse est pour l'essentiel imputable à la branche vieillesse. Pour celle-ci, l'accroissement de près de 1,5 milliard d'euros des dépenses est lié au dynamisme des départs anticipés pour carrière longue ainsi qu'à la revalorisation des pensions de 0,8 % au 1<sup>er</sup> septembre.

Pour la branche AT-MP, l'augmentation de 400 millions d'euros est liée à la progression des indemnités journalières et de la dotation au Fcaata.

Les branches maladie et famille présentent, à l'inverse, un niveau de dépenses conforme à l'objectif initial.

### 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 2008

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	155,2	155,0	- 0,2	- 0,1
Vieillesse	94,3	95,6	+ 1,3	+ 1,4
Famille	56,4	56,4	=	=
AT-MP	10,5	10,6	+ 0,1	+ 0,9
<b>Toutes branches</b>	<b>311,1</b>	<b>312,3</b>	<b>+ 1,2</b>	<b>+ 0,4</b>

Au total, la rectification des dépenses atteint **1,2 milliard d'euros** pour le régime général.

Elle traduit les mêmes évolutions que pour le tableau précédent, c'est-à-dire, pour l'essentiel, le dépassement de plus de 1 milliard d'euros des dépenses de la branche vieillesse.

Ce tableau ne fait pas apparaître le dépassement de 750 millions d'euros de l'Ondam, dont le détail figure à l'article 8 ci-après. En effet, le moindre dynamisme des prestations médico-sociales permet d'afficher un objectif de dépenses global de la branche maladie conforme à celui qui a été voté en loi de financement initiale, c'est-à-dire 155 milliards d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

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

### *Article 8*

#### **Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**

***Objet : Cet article rectifie l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2008.***

### **I - Le dispositif proposé**

Après un exercice 2007 marqué par un dérapage important des dépenses (2,9 milliards d'euros) et le déclenchement de la procédure d'alerte instaurée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'élaboration de l'Ondam 2008 a intégré des recettes nouvelles (1 milliard) et un nouveau plan d'économies (2 milliards), l'objectif du Gouvernement étant de réduire le déficit de l'assurance maladie de 1,9 milliard d'euros à la fin de l'exercice 2008.

Dans son avis n° 6 du 30 mai 2008, le comité avait estimé que la situation des comptes de l'assurance maladie devait conduire « *à la plus grande vigilance. Un petit supplément de dépense ou un retard dans la mise en œuvre des économies prévues entraînerait le franchissement du seuil d'alerte.* »

Le dépassement de l'Ondam d'un montant évalué à 750 millions d'euros, soit un seuil inférieur aux critères de déclenchement de la procédure d'alerte, est venu confirmer les réserves émises par le comité d'alerte.

### Exécution Ondam 2008

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses	
	réalisés	initiaux
Dépenses de soins de ville	70,6	71,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,9	48,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,8	18,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,4	5,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	7,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9	0,9
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>152,8</b>

**Comme l'année précédente, le dérapage des dépenses est intégralement imputable aux dépenses de soins de ville dont le sous-objectif connaît un dépassement de 900 millions d'euros.** Ces dépenses progresseraient de 2,8 % en 2008, soit 0,8 % de plus que prévu lors de l'élaboration de l'Ondam pour 2008.

Cette situation résulte de l'augmentation des dépenses d'indemnités journalières. Après plusieurs années de modération, ces dépenses sont reparties à la hausse et progressent de plus de 4 % en 2008.

Les dispositifs médicaux constituent également un poste de dépense très dynamique avec un rythme de croissance proche de 10 %.

*A contrario*, l'évolution des dépenses de médicaments est à un niveau inférieur à 2007 (0,8 % contre 3,8 %).

Comme au cours des deux années précédentes, **les dépenses des établissements de santé font apparaître une sous-consommation des crédits (100 millions) par rapport au montant de leurs sous-objectifs.** Le gel d'une partie des crédits accordés au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMSEPP) par les caisses d'assurance maladie a permis de réaliser cette économie.

**La dotation aux établissements de santé médico-sociaux n'a pas été dépassée.** Cette situation tient à la singularité des deux sous-objectifs médico-sociaux de l'Ondam qui prennent la forme d'une dotation versée à la CNSA, laquelle rajoute sa contribution propre pour former l'objectif global de dépenses (OGD). Techniquement, il est impossible, donc, que se produise un dépassement de l'Ondam médico-social. La majoration, en cours d'année, du montant de la « contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements pour personnes âgées » (100 millions) résulte d'un ajustement budgétaire rendu nécessaire par le classement dans le domaine médico-social de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) auparavant financés par le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».

Enfin, contrairement à l'année précédente, aucun dépassement du sous-objectif « autres dépenses » n'est constaté pour 2008. On observe même une sous-consommation des crédits de l'ordre de 70 millions d'euros, en raison du gel d'une partie de la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs).

Compte tenu de ces éléments - dépassement du sous-objectif soins de ville et sous-consommation des sous-objectifs hospitaliers et « autres dépenses » - le présent article propose de fixer l'Ondam 2008 à 152,8 milliards d'euros, contre 152 milliards initialement.

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

## **II - La position de votre commission**

Votre commission souligne qu'en 2008, l'Ondam n'est dépassé que de 0,5 %, soit le taux le plus faible depuis 1999.

Elle constate que, suivant les recommandations émises par le comité d'alerte en 2006 et 2007, les mesures d'économies prévues lors de l'élaboration de l'Ondam ont été mises en œuvre dans les délais les plus brefs.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

## TROISIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2009

#### *Article 9*

#### **Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)**

***Objet : Cet article a pour objet de soumettre à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale pour la période allant de 2009 à 2012.***

#### **I - Le dispositif proposé**

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

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

(extraits du C du I)

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

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<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances ;

Le rapport qu'il est proposé d'approuver et qui figure à l'annexe B du présent projet de loi de financement a été établi en cohérence non seulement avec le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2009 mais aussi, pour la première fois cette année, avec le projet de loi de programmation des finances publiques présenté par le Gouvernement pour les années 2009 à 2012.

Il s'appuie sur les hypothèses d'évolution économique (produit intérieur brut, masse salariale et inflation) qui figurent dans ces textes et retient donc le scénario économique suivant :

**Hypothèses d'évolution en moyenne annuelle sur la période 2009-2012**

	<b>2009</b>	<b>2010-2012</b>
Pib (en volume)	+ 1 %	+ 2,5 %
Masse salariale du secteur privé	+ 3,5 %	+ 4,6 %
Ondam (en valeur)	+ 3,3 %	+ 3,3 %
Inflation hors tabac	+ 2 %	+ 1,75 %

L'année dernière, l'annexe B présentait deux séries d'hypothèses correspondant, d'une part, à un scénario haut, avec une croissance moyenne du Pib de 3 % par an et une progression annuelle de la masse salariale de 5 %, d'autre part, un scénario bas avec une croissance moyenne de 2,5 % et une masse salariale en augmentation de 4,4 %.

Cette année, la prévision ne comporte qu'**un seul scénario**. Mais elle distingue l'année 2009 des trois années suivantes, afin de tenir compte des perspectives très affaiblies de croissance actuellement envisagées pour les prochains mois.

En retenant un taux de 1 % pour 2009, le Gouvernement affiche une prévision plutôt **volontariste**, la moyenne de celle des instituts de prévision étant actuellement légèrement inférieure, soit, selon des données collectées en septembre, de 0,8 %<sup>1</sup>.

Pour 2010-2012, l'hypothèse de croissance présentée dans l'annexe B est plus élevée puisqu'elle se situe en moyenne annuelle à 2,5 %. Elle paraît marquée, elle aussi, par un fort volontarisme en incluant un rattrapage au moins partiel des retards de croissance accumulés en 2008 et 2009.

Pour **la masse salariale**, la prévision suscite également des interrogations.

En effet, une augmentation moyenne de 3,5 % en 2009 est un objectif ambitieux, supérieur à celui que prévoit par exemple l'Acoss au vu des rentrées actuelles de cotisations, c'est-à-dire plutôt 3 ou 3,2 %. Si, en outre, du

---

<sup>1</sup> Synthèse des prévisions à court terme pour l'économie française 2008-2009 - Note de conjoncture du service des études économiques et de la prospective du Sénat - octobre 2008.

retard est pris, l'hypothèse d'une progression moyenne de la masse salariale de 4,6 % par an au cours des trois années suivantes devient de moins en moins probable.

La dernière hypothèse qui promet d'être difficile à respecter, compte tenu des réalisations antérieures, est celle de **l'Ondam**.

Celui-ci serait contenu à **3,3 % par an** en moyenne sur l'ensemble de la période, ce qui impliquerait obligatoirement de réels efforts dans la poursuite de la maîtrise des dépenses. En effet, un tel taux de progression autoriserait un accroissement des dépenses d'assurance maladie limité à 5 milliards d'euros par an alors que le tendanciel est plutôt proche de 7 milliards. Il faudrait donc réaliser environ **2 milliards d'économies par an** pour pouvoir respecter l'objectif.

A partir de ce cadre général, **le rapport prévoit un redressement régulier, entre 2009 et 2012**, 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, y compris la branche vieillesse alors que celle-ci, dans les scénarios de l'année dernière, voyait son déficit se creuser jusqu'à plus de 10 milliards d'euros dans le scénario bas, un peu moins dans le scénario haut.

En 2012, le régime général devrait être à l'équilibre et la branche maladie en être très proche dès 2011.

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

**Prévisions d'équilibre par branche pour le régime général  
au cours de la période 2007-2012**

*(en milliards d'euros)*

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Maladie	- 4,6	- 4,0	- 3,4	- 2,3	- 1,2	+ 0,1
AT-MP	- 0,5	+ 0,4	+ 0,0	+ 0,4	+ 0,7	+ 1,1
Famille	+ 0,2	+ 0,4	- 0,2	+0,2	+ 0,6	+ 1,7
Vieillesse	- 4,6	- 5,7	- 5,0	- 3,6	- 1,7	- 2,3
<b>Toutes branches consolidé</b>	<b>- 9,5</b>	<b>- 8,9</b>	<b>- 8,6</b>	<b>- 5,4</b>	<b>- 1,5</b>	<b>+ 0,7</b>

**Prévisions d'équilibre par branche pour les régimes obligatoires de base  
au cours de la période 2007-2012**

*(en milliards d'euros)*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie	- 5,0	- 3,9	- 2,6	- 2,3	- 1,2	+ 0,2
AT-MP	- 0,4	+ 0,4	+ 0,1	+ 0,5	+ 0,8	+ 1,2
Famille	+ 0,2	+ 0,5	- 0,2	+ 0,2	+ 0,7	+ 1,7
Vieillesse	- 3,9	- 5,6	- 7,0	- 5,7	- 4,3	- 4,8
<b>Toutes branches consolidé</b>	<b>- 9,1</b>	<b>- 8,7</b>	<b>- 9,6</b>	<b>- 7,3</b>	<b>- 4,0</b>	<b>- 1,7</b>

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

A ce titre, le FSV verrait son excédent, constaté en 2007 et 2008, disparaître dès 2009, avant de revenir à l'équilibre en 2012. Le Ffipsa étant supprimé dans le cadre des lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2009, il ne figure plus dans l'annexe B.

Selon le Gouvernement, le respect de cette trajectoire repose sur **trois exigences** :

**- une maîtrise constante de la dépense**

Afin d'y parvenir, il est jugé indispensable de mobiliser toutes les marges d'efficacité du système de santé et de porter notamment les efforts sur la régulation des dépenses de soins de ville, la réforme de l'hôpital et le renforcement de la gestion du risque.

**- une sécurisation des ressources**

L'objectif est que les ressources sociales évoluent au même rythme que la richesse nationale. Cela suppose une meilleure répartition des ressources et donc des réallocations de moyens, en particulier en direction de l'assurance vieillesse (transfert des cotisations d'assurance chômage, prise en charge par la branche famille des majorations de pensions pour enfants), pour faire face au vieillissement de la population. Cela implique aussi la préservation des ressources globales actuelles grâce à un meilleur encadrement des niches sociales et une lutte active contre la fraude.

**- une situation des comptes apurée des déficits du passé**

Cette exigence recouvre la reprise des déficits cumulés par la Cades, l'ajustement des dotations budgétaires aux besoins réels de la sécurité sociale, notamment en ce qui concerne les exonérations ciblées, afin d'éviter la reconstitution d'une dette de l'Etat, le règlement de la question du financement du régime de protection sociale des exploitants agricoles.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements de précision ainsi qu'un amendement tirant les conséquences de ses votes dans les différents tableaux.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission considère très utile cette annexe mais elle regrette une fois encore le peu d'éléments précis qui pourraient venir étayer plus solidement la trajectoire de retour à l'équilibre proposée par le Gouvernement.

En particulier, pour la branche maladie, le manque de précision sur les efforts d'économies envisagés permet de s'interroger sur le caractère véritablement « réaliste », et donc crédible, de l'objectif de maîtrise des dépenses fixé.

Le texte du I de l'article L.O. 111-4 de la sécurité sociale prévoit pourtant explicitement qu'au nombre des données devant être décrites dans le rapport figure **l'Ondam pour les quatre années à venir**. Or, le texte explicatif de l'annexe est, cette année encore, particulièrement bref sur l'Ondam. C'est en effet sur la branche maladie que les projections à moyen terme ont le plus varié au cours des dernières années.

Le tableau ci-après retrace l'ensemble des prévisions effectuées pour le régime général par les annexes B des quatre dernières lois de financement, c'est-à-dire depuis que la programmation pluriannuelle a été instituée.

**Prévisions de l'annexe B pour les soldes du régime général  
de la loi de financement pour 2006 au projet de loi de financement pour 2009**

*(en milliards d'euros)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>MALADIE</b>							
LFSS 2006	- 6,1	- 3,5	- 1,7	0,6			
LFSS 2007							
Scénario haut	- 6,1	- 3,9	- 1,5	1,4	3,9		
Scénario bas	- 6,1	- 3,9	- 2,3	- 0,1	2,4		
LFSS 2008							
Scénario haut	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,0	- 2,8	- 1,4	0,0
Scénario bas	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,7	- 4,1	- 3,6	- 3,0
PLFSS 2009		- 4,6	- 4,0	- 3,4	- 2,3	- 1,2	0,1
<b>AT - MP</b>							
LFSS 2006	- 0,2	- 0,1	0,1	0,1			
LFSS 2007							
Scénario haut	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9		
Scénario bas	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7		
LFSS 2008							
Scénario haut	- 0,1	- 0,4	0,3	0,5	0,7	0,9	1,2
Scénario bas	- 0,1	- 0,4	0,3	0,4	0,6	0,7	0,9
PLFSS 2009		- 0,5	0,4	0,0	0,4	0,7	1,1
<b>FAMILLE</b>							
LFSS 2006	- 1,2	- 1,2	- 0,8	- 0,3			
LFSS 2007							
Scénario haut	- 1,3	- 0,8	0,3	1,6	2,9		
Scénario bas	- 1,3	- 0,8	0,0	1,0	2,0		
LFSS 2008							
Scénario haut	- 0,9	- 0,5	0,3	1,7	3,2	4,6	6,0
Scénario bas	- 0,9	- 0,5	0,3	1,5	2,7	3,9	4,9
PLFSS 2009		0,2	0,4	- 0,2	0,2	0,6	1,7
<b>VIEILLESSE</b>							
LFSS 2006	- 1,4	- 1,7	- 1,8	- 2,2			
LFSS 2007							
Scénario haut	- 2,4	- 3,5	- 4,1	- 3,8	- 3,3		
Scénario bas	- 2,4	- 3,5	- 4,5	- 5,1	- 5,1		
LFSS 2008							
Scénario haut	- 1,9	- 4,6	- 5,2	- 6,0	- 6,8	- 7,9	- 8,8
Scénario bas	- 1,9	- 4,6	- 5,2	- 6,4	- 7,5	- 9,0	- 10,4
PLFSS 2009		- 4,6	- 5,7	- 5,0	- 3,6	- 1,7	- 2,3
<b>TOUTES BRANCHES CONSOLIDE</b>							
LFSS 2006	- 8,9	- 6,5	- 4,2	- 1,8			
LFSS 2007							
Scénario haut	- 9,7	- 8,0	- 5,0	- 0,3	4,5		
Scénario bas	- 9,7	- 8,0	- 6,6	- 3,8	- 0,1		
LFSS 2008							
Scénario haut	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 7,9	- 5,8	- 3,8	- 1,6
Scénario bas	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 9,1	- 8,4	- 8,0	- 7,5
PLFSS 2009		- 9,5	- 8,9	- 8,6	- 5,4	- 1,5	0,7

Ce tableau montre de façon très explicite l'ampleur des écarts de prévision constatés d'une année sur l'autre.

Aussi, à défaut d'être totalement fiable, l'annexe B a au moins le mérite de **montrer les tendances** et, en tentant de définir une trajectoire, elle rend plus évidente la nécessité de **l'approfondissement des réformes** mises en œuvre au cours des dernières années. Cela signifie que des progrès très soutenus devront être faits aussi bien en matière de soins de ville qu'à l'hôpital, l'ensemble des acteurs du système de santé devant renforcer leurs efforts pour exploiter tous les gains d'efficacité encore existants. Par ailleurs, le rendez-vous de 2008 sur les retraites, prévu par la loi du 21 août 2003, mais reporté à 2010, devra impérativement définir les conditions d'un retour à l'équilibre pérenne de l'assurance vieillesse.

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

## **Section 1**

### **Reprise de dette**

#### *Article 10*

*(articles 2, 4 et 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ; art. L. 135-3 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale)*

#### **Reprise de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale et ressources de cette caisse**

***Objet : Cet article a pour objet, d'une part, d'autoriser le transfert à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches maladie et vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), d'autre part, de prévoir le financement de cette reprise de dette.***

### **I - Le dispositif proposé**

#### **1. Les conditions du recours à la Cades**

Créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative à l'amortissement de la dette sociale, la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) est un établissement public à caractère administratif qui a pour mission de financer et d'éteindre la dette cumulée du régime général de sécurité sociale qui lui est transférée. Pour ce faire, la Cades contracte des emprunts sur les marchés financiers, en recourant à une grande variété d'instruments financiers, qu'elle rembourse progressivement au moyen de ressources fiscales, dont la principale est la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), spécialement créée à cette fin et qui lui est exclusivement affectée.

Depuis 1996, la Cades s'est vue confier successivement plusieurs dettes qui ont allongé sa durée de vie, initialement fixée à treize ans :

- en 1996, conformément à sa mission initiale, elle reprend les déficits cumulés du régime général pour les exercices 1994 et 1995, ainsi que 2,6 milliards à titre prévisionnel pour 1996, soit au total 20,89 milliards d'euros ;

- la même année, elle reprend également la dette de l'Etat au titre d'une dette sociale ancienne, soit 16,8 milliards d'euros en capital et 6,58 milliards d'euros en intérêts ;

- en 1996 aussi, elle verse 0,46 milliard à la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (Canam) pour couvrir ses déficits 1995 et 1996 ;

- en 1998, la Cades reprend une dette de 13,26 milliards d'euros correspondant aux déficits cumulés du régime général pour 1996 et 1997 ainsi que 1,8 milliard de déficit prévisionnel pour 1998 ;

- en 2003 et 2004, la Cades reprend respectivement 1,283 et 1,097 milliard d'euros au titre de l'apurement partiel de la créance enregistrée en 2000 par les organismes de sécurité sociale au titre des exonérations de cotisations sociales entrant dans le champ du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (Forec) ;

- en 2004, en application de la l'article 76 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, elle reprend les déficits cumulés de la branche maladie jusqu'au 31 décembre 2003 et à titre prévisionnel pour 2004 dans la limite totale de 35 milliards d'euros ;

- en 2005 et 2006, conformément à la loi de 2004, elle reprend respectivement 6,6 et 5,7 milliards d'euros, au titre des déficits de 2005 et 2006.

Le tableau ci-après retrace ces différentes reprises de dettes.

(en milliards d'euros)

Année de reprise de dette	1996	1998	2003	2004	2005	2006	2007	Total au 31 déc. 2008
Régime général	20,89	13,26		35,00	6,61	5,70	- 0,06	81,40
Etat	23,38							23,38
Canam	0,46							0,46
Champ Forec			1,283	1,097				2,38
<b>Total</b>	<b>44,73</b>	<b>13,26</b>	<b>1,283</b>	<b>36,097</b>	<b>6,61</b>	<b>5,70</b>	<b>- 0,06</b>	<b>107,61</b>

Ces reprises de dettes successives ont allongé la durée de vie de la Cades qui est actuellement d'environ douze ans, ce qui signifie que l'intégralité des 107,61 milliards d'euros repris à ce jour par la Cades devrait être remboursée vers 2021.

En vertu de l'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, devenu l'article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, « tout nouveau transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée

*d'amortissement de la dette sociale* ». La décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005 du Conseil constitutionnel ayant affirmé que cette disposition revêt un caractère organique, elle s'impose donc au législateur ordinaire.

C'est pourquoi, le présent article prévoit les ressources nécessaires à la reprise d'une nouvelle dette par la Cades.

## **2. La reprise d'une dette cumulée de 27 milliards d'euros**

Le **paragraphe I** de l'article modifie l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale afin d'organiser la reprise des déficits cumulés des branches maladie et vieillesse et du FSV au 3 décembre 2008.

A cet effet, il complète l'article 4 de l'ordonnance par un paragraphe II *ter* qui prévoit que la couverture de ces déficits est assurée par des transferts de la Cades à l'Acoss, effectués au cours de l'année 2009, **dans la limite de 2 milliards d'euros**.

Il est précisé que les déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches maladie et vieillesse du régime général sont établis compte tenu des reprises de dette antérieures et des excédents de la Cnav précédemment versés au fonds de réserve des retraites.

Cela signifie que sont repris :

**8,6 milliards d'euros pour la branche maladie**, correspondant aux déficits des exercices 2007 et 2008, les déficits des années antérieures ayant été repris dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

**14 milliards d'euros pour la branche vieillesse**, soit les déficits cumulés des exercices 2005 à 2008, les déficits de la branche antérieurs à 1997 ayant été apurés lors des reprises de dettes effectuées en 1996 et 1998 et les excédents constatés entre 1998 et 2004 ayant été affectés au fonds de réserve des retraites ;

**3,9 milliards d'euros pour le fonds de solidarité vieillesse**, soit les déficits cumulés enregistrés depuis que le fonds affiche un solde cumulé négatif, c'est-à-dire 2002.

Ces montants comportent une part d'aléa puisqu'ils sont calculés à partir des déficits prévisionnels pour 2008. Aussi, dans le cas où leur total dépasserait la limite de 27 milliards d'euros, il est prévu que les transferts de la Cades seront affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, d'abord à la couverture du déficit de la branche maladie, puis à celui de la branche vieillesse, enfin à celui du FSV.

Un décret fixera les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, s'il y a lieu, les modalités des régularisations au vu des résultats définitifs de l'exercice 2008.

Ces dates ne devraient toutefois pas être postérieures au 31 mars 2009 puisque l'article 30 du présent projet de loi réduit le plafond d'avances de l'Acoss de 35 milliards à 17 milliards d'euros à compter de cette date. L'exposé des motifs du projet de loi est cohérent avec ces dispositions puisqu'il précise que la Cades effectuera **trois opérations de versement avant le 31 mars 2009**.

Enfin, les conditions de prise en compte des opérations réciproques enregistrées entre les branches du régime général et entre ces branches et le FSV sont précisées.

### **3. Un financement par la CSG**

Pour financer cette nouvelle mission de la Cades dans le respect des dispositions de la loi organique, le présent article affecte au financement de la Cades une fraction de 0,2 point de la CSG, réduisant d'un même montant la part de cette contribution qui finance aujourd'hui le FSV.

A cet effet, le **3° du paragraphe I** de l'article complète l'article 6 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 afin que, parmi les ressources de la Cades, figure le produit d'une fraction de la CSG, fraction dont le taux est fixé à l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe II** modifie le code de la sécurité sociale :

- à l'article L. 136-8, les taux de la fraction de la CSG actuellement destinée au FSV sont réduits de 0,2 point : désormais 0,83 % au lieu de 1,03 % du produit de la CSG sur les revenus salariaux d'activité et 0,85 % au lieu de 1,05 % du produit de la CSG sur les autres assiettes (revenus d'activité, de remplacement, du capital et sur les jeux) lui seront affectés ;

- la Cades est ajoutée à l'article L. 136-8 parmi les destinataires du produit de la CSG et la fraction qui lui revient est fixée à 0,2 % de ce produit ;

- à l'article L. 135-3 qui concerne les recettes du FSV, la mention du taux de CSG qui revient au fonds est remplacée par un renvoi aux taux définis à l'article L. 136-8.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission se félicite qu'à travers cet article, le Gouvernement respecte parfaitement les règles organiques relatives à l'obligation de ne pas allonger la durée de la dette sociale et de prévoir son financement au moment où elle est transférée à la Cades : selon les informations recueillies par votre rapporteur, la ressource prévue représente bien les **2,29 milliards d'euros** estimés nécessaires par les services de la Cades pour financer cette nouvelle reprise de dette sociale.

CSG et CRDS ont en effet une dynamique très semblable compte tenu de la similarité de l'assiette des deux contributions. L'assiette de la CRDS est toutefois un peu plus large, ce qui se traduit par le fait qu'un point de CRDS a rapporté en 2007 près de 688 millions d'euros de plus qu'un point de CSG, dont le rendement, la même année, était de 10,8 milliards d'euros.

Ainsi, pour obtenir 2,29 milliards d'euros, la Cades devait pouvoir bénéficier soit de 0,2 point de CSG, soit de 0,189 point de CRDS.

#### **Les différences d'assiette entre la CSG et la CRDS**

Au-delà de l'assiette de la CSG, la CRDS est perçue sur :

- l'aide personnalisée au logement, l'allocation de logement à caractère social et les prestations familiales (à l'exception de l'allocation parent isolé et de l'allocation d'éducation spéciale, qui ne sont soumises ni à la CSG ni à la CRDS) ;
- certains revenus d'activité d'origine étrangère perçus par des personnes fiscalement domiciliées en France mais ne relevant pas de la sécurité sociale française ;
- 58 % des sommes mises sur les jeux (la CSG n'étant perçue que sur une fraction des gains) ;
- les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité ;
- les revenus de remplacement des personnes non imposables à l'impôt sur le revenu mais assujetties à la taxe d'habitation.

Votre commission regrette la solution ainsi choisie même si elle offre toutes les garanties en termes de rendement. Il aurait en effet été plus simple, plus clair et plus lisible d'augmenter la CRDS au lieu d'affecter une part de la CSG à la Cades. C'était d'ailleurs la solution préconisée dans un rapport de la Mecss du mois de juillet 2007<sup>1</sup>.

Cette option n'a pas été retenue par le Gouvernement, dans le souci de ne pas augmenter les prélèvements obligatoires.

Mais votre commission observe que d'autres mesures de reprise de dettes risquent d'intervenir au cours des prochaines années. En effet, le retour à l'équilibre des comptes sociaux n'est, à ce stade, pas envisagé avant 2012, et encore selon un schéma extrêmement volontariste. Il est donc d'ores et déjà certain que de nouveaux déficits vont s'accumuler.

Dans ces conditions, votre commission réitère son souhait qu'une réflexion plus approfondie soit menée sur la possibilité de mobiliser des ressources nouvelles afin d'éviter l'accumulation des déficits et le report de ceux-ci sur les générations futures.

---

<sup>1</sup> *Finances sociales : après la rechute, la guérison ? Rapport d'information d'Alain Vasselle n° 403 (2006-2007).*

Néanmoins, dans l'immédiat, l'opération ici proposée permettra de résoudre les difficultés de plus en plus grandes de l'Acoss pour assurer le financement de ces déficits. La reprise de dette prévue par le présent article lui permettra d'économiser environ **1,1 milliard d'euros de charges financières**.

En revanche, le FSV, qui devait enregistrer un excédent de 1,3 milliard d'euros en 2009, affichera un **solde négatif de 800 millions d'euros**, en raison du prélèvement d'une partie de ses recettes pour l'affecter à la Cades. De ce fait, au lieu de percevoir 11,8 milliards d'euros de CSG en 2009, le fonds n'en recevrait que 9,5 milliards. Son retour à l'équilibre serait donc reporté à 2012.

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

## Section 2

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

#### *Article 11*

*(art. L. 245-16 du code de la sécurité sociale)*

#### **Modification de la clé de répartition des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement**

***Objet : Cet article a pour objet de modifier la clé de répartition entre la Cnav et le FSV du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.***

#### **I - Le dispositif proposé**

Le prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Son régime est défini aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale ; il est assis sur les mêmes assiettes que la CSG sur les revenus du patrimoine et de placement.

Conformément à l'article L. 245-16 et à sa dernière modification dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, son produit est actuellement réparti entre le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le fonds de réserve des retraites (FRR) et la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav) selon la clé de répartition suivante :

- 20 % pour le FSV ;
- 65 % pour le FRR ;
- 15 % pour la Cnav.

Le présent article propose de modifier cette répartition. Il maintient la part de 65 % affectée au FRR mais revoit le partage entre le FSV et la Cnav inscrit à l'article L. 245-16 dans les conditions suivantes :

- le FSV n'obtiendrait plus que 5 % du produit du prélèvement social,
- la Cnav serait dès lors bénéficiaire de 30 % de ce produit.

Cette disposition doit permettre à la Cnav de bénéficier d'environ **400 millions de recettes supplémentaires**, pour un produit total attendu du prélèvement social de 2 % de 2,68 milliards d'euros en 2009.

Elle s'articule avec l'article 70 du présent projet de loi de financement qui prévoit le financement, progressivement intégral d'ici 2011, par la Cnaf des majorations de pensions pour enfants. La Cnaf en assure en effet aujourd'hui 60 % qu'elle verse au FSV. Celui-ci prend en charge les 40 % restants et verse ensuite l'intégralité à la Cnav.

La charge de ces majorations étant reportée sur la Cnaf, le FSV peut diminuer ses propres versements à ce titre. C'est la conséquence que tire le présent article de cet état de fait.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Cette disposition participe à la volonté clairement affirmée du Gouvernement de **majorer les ressources de la Cnav** par divers moyens, notamment en confiant à la Cnaf la prise en charge intégrale des majorations de pensions pour enfants. Ainsi, la mesure proposée, qui mène à terme un processus engagé par la loi de financement pour 2001, revient à utiliser les excédents de la branche famille pour contribuer à réduire la situation déficitaire de la branche vieillesse.

Votre commission, qui comprend la logique de cette mesure, estime toutefois qu'elle ne doit pas masquer l'importance des difficultés actuelles de la branche vieillesse et qu'elle ne doit pas esquiver la nécessité d'envisager des mesures de plus grande ampleur pour organiser rapidement le retour à l'équilibre de cette branche.

Elle considère en outre indispensable qu'une grande clarté soit faite dans les responsabilités de chaque branche et dans leurs relations mutuelles. L'avenir de notre système de protection sociale exige en effet que l'on veille à y apporter **une plus grande transparence et une meilleure lisibilité**.

Elle regrette donc les diverses « tuyauteries » mises en place pour assurer les transferts de ressources prévus.

C'est pourquoi, elle considère nécessaire de prévoir qu'en 2011, lorsque l'intégralité des majorations de pensions pour enfants aura été prise en charge par la Cnaf, on supprime le « transit » des sommes correspondantes par le FSV et on prévoit leur versement direct à la Cnav.

**Votre commission dépose un amendement en ce sens et vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.**

*Article 12*

*(art. L. 241-2, L. 245-7, L. 862-1 à L. 862-4,  
L. 862-6 et L. 862-7 du code de la sécurité sociale)*

**Mesures relatives au financement de la protection complémentaire  
de la couverture universelle du risque maladie**

***Objet : Cet article clarifie les conditions de financement de la couverture maladie universelle complémentaire.***

**I - Le dispositif proposé**

Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, dit fonds CMU, est un établissement public national à caractère administratif créé en 1999, qui a pour mission de financer la protection sociale complémentaire et l'aide à l'acquisition d'une couverture santé.

Son budget est alimenté par un ensemble de recettes de nature différente :

- une dotation de l'Etat, inscrite au programme 183 (« protection maladie ») de la loi de finances. Cette dotation décroît depuis quelques années : elle est passée de 109 millions d'euros en 2007 à 47 millions en 2008, et aucun crédit ne figure à ce titre dans le projet de loi de finances pour 2009 ;

- le produit de la contribution sur les alcools de plus de 25° (480 millions d'euros) ;

- 4,34 % du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts (411 millions d'euros) ;

- une dotation de l'assurance maladie dont l'objet est d'aider le fonds à financer le dispositif d'acquisition d'une couverture santé (ACS) (87,3 millions d'euros en 2008) ;

- une contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie. L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale précise que sont assujetties à cette contribution les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural, ainsi que les entreprises régies par le code des assurances, au titre de leur activité réalisée en France, à une contribution à versements trimestriels. Cette contribution est assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances. Fixé à 1,75 % lors de la création du fonds CMU, le taux de cette contribution a été porté à 2,5 % par la loi de financement pour 2006. Son produit s'est établi à 494 millions d'euros en 2007.

Le **paragraphe I** propose de clarifier le financement fonds CMU qui sera désormais exclusivement alimenté par la contribution des organismes complémentaires et une subvention de l'Etat.

En conséquence, le taux de la contribution versée par les organismes complémentaires sera porté de 2,5 % à 5,9 %. Son rendement passerait donc de 712 millions d'euros en 2008 à 1,763 milliard en 2009, soit 1 milliard supplémentaire à la charge des organismes complémentaires.

La dotation de l'Etat destinée à équilibrer le fonds est maintenue et continuera à être versée en tant que de besoin. En 2009, l'équilibre du fonds sera assuré par la seule contribution versée par les organismes complémentaires ce qui justifie qu'aucun crédit ne soit prévu dans le projet de loi de finances pour 2009.

La majoration de la taxe versée par les organismes complémentaires au fonds CMU permettra d'affecter les autres taxes perçues actuellement par ce fonds à l'assurance maladie. Il s'agit :

- du produit de la contribution de la cotisation sur les alcools de plus de 25°, dont le transfert vers l'assurance maladie est assuré par le présent article ;

- de la fraction de 4,34 % du produit du droit de consommation sur les tabacs, dont le transfert vers l'assurance maladie est prévu à l'article 55 du projet de loi de finances initiale pour 2009.

Le produit des deux ressources nouvelles ainsi affecté à la Cnam s'élèverait à 836 millions en 2009.

Outre les mesures liées au financement, il est également prévu que la prise en charge de l'aide à la complémentaire santé, aujourd'hui financée par les régimes d'assurance maladie obligatoire, sera désormais assurée par le fonds CMU.

Enfin, le forfait sur la base duquel les dépenses de CMU-c, engagées par les bénéficiaires de cette prestation, sont compensées aux gestionnaires sera revalorisé : cette augmentation de 7,50 euros par bénéficiaire et par trimestre permettra de mieux prendre en compte la dépense effective supportée par les gestionnaires.

Le **paragraphe II** prévoit l'affectation des excédents du fonds CMU-c à la Cnam en inscrivant cette mesure à l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale. Celle-ci pourra bénéficier des excédents annuels du fonds, accumulés en 2007 et 2008, soit 138 millions d'euros.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Outre une précision rédactionnelle, l'Assemblée nationale a souhaité :

- supprimer l'affectation de la cotisation sur les alcools de plus de 25° à la Cnam. Cette suppression sera compensée par l'affectation d'une fraction

plus importante du droit de consommation sur les tabacs (article 55 du projet de loi de finances pour 2009) ;

- prévoir que le régime général, auquel sont affiliés les bénéficiaires de la CMU-c les plus défavorisés, sera remboursé du coût réel de ces dépenses ;

- faire établir par l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles un rapport annuel retraçant l'évolution du montant des primes ou cotisations perçus par les organismes complémentaires, le montant des prestations versées, le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 (contrats responsables).

### **III - La position de votre commission**

Dans un rapport récent de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss), votre commission a pu observer la bonne santé financière des organismes assurance maladie complémentaires<sup>1</sup>. La Cour des comptes et le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) ont également souligné qu'au cours des quatre dernières années, les cotisations perçues par les organismes complémentaires ont augmenté plus vite que les prestations qu'ils ont servies. La prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie de 200 000 à 300 000 personnes supplémentaires au titre des affections de longue durée se traduit par une économie de 600 millions pour les organismes complémentaires.<sup>2</sup>

Cette bonne santé financière explique et justifie que l'on envisage l'augmentation de la contribution des organismes complémentaires au financement du fonds CMU-c. Celle-ci a fait l'objet d'un protocole d'accord entre le Gouvernement et la fédération nationale de la mutualité française. En contrepartie, les organismes complémentaires pourront participer aux négociations conventionnelles régissant les relations entre l'assurance maladie et les professionnel de santé.

Le risque existe toutefois, que cette revalorisation de la contribution versée par les organismes complémentaires se traduise par une hausse des cotisations prélevées auprès des assurés.

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

---

<sup>1</sup> *Santé qui doit payer ? Une contribution au débat sur les transferts de charge entre l'assurance maladie, les complémentaires et les ménages, Alain Vasselle, Sénat, n 385, 2007-2008.*

<sup>2</sup> *Cour des comptes, la sécurité sociale, septembre 2008, Hcaam, rapport annuel, juillet 2007.*

*Article 13*

*(art. L. 137-15 à L. 137-17 nouveaux et L. 241-2  
du code de la sécurité sociale)*

**Contribution sur les rémunérations ou gains exclus  
de l'assiette des cotisations sociales**

**Objet :** *Cet article a pour objet de créer une contribution, dite forfait social, de 2 %, à la charge des employeurs, sur un certain nombre d'assiettes actuellement exonérées de cotisations sociales. Son produit sera affecté à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.*

**I - Le dispositif proposé**

**1. La multiplication des « niches sociales »**

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

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

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

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

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

Le tableau ci-après fournit le détail de ces montants, en précisant notamment la moindre recette estimée pour la sécurité sociale en 2009.

(en milliards d'euros)

<b>Dispositifs</b>	<b>Assiette exemptée</b>	<b>Cotisations équivalentes</b>
Participation financière et actionnariat salarié <i>dont : participation</i> <i>intéressement</i> <i>plan d'épargne en entreprise (PEE)</i> <i>stock-options</i>	20,0 8,7 7,9 1,3 2,1	4,0
Protection sociale complémentaire en entreprise <i>dont : prévoyance complémentaire</i> <i>retraite supplémentaire</i> <i>plan d'épargne retraite collective (Perco)</i>	17,1 13,1 3,8 0,2	3,1
Aides consenties aux salariés <i>dont : titres restaurant</i> <i>chèques vacances</i> <i>avantages accordés par les comités d'entreprise</i> <i>Cesu préfinancé</i>	5,4 2,4 0,3 2,6 0,1	1,7
Indemnités de rupture <i>dont : indemnités de licenciement</i> <i>indemnités de mise à la retraite</i>	3,5 3,2 0,4	0,5
<b>Total</b>	<b>46,1</b>	<b>9,4</b>

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

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

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

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Assiette en 2000	Assiette en 2005	Taux d'évolution annuel moyen (en %)
Participation financière	9,70	14,45	8,3
<i>dont : intéressement</i>	<i>3,80</i>	<i>5,86</i>	<i>9,0</i>
<i>participation</i>	<i>4,93</i>	<i>7,03</i>	<i>7,4</i>
<i>plans d'épargne salariale</i>	<i>0,97</i>	<i>1,45</i>	<i>8,3</i>
Titres restaurant	1,48	1,98	6,4
Retraite et prévoyance complémentaire	12,84	13,50	5,6
Masse salariale	337,68	395,05	3,2

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

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

## 2. L'instauration d'un forfait social

Conformément aux recommandations exprimées par votre commission dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007 et par la mission d'information commune de l'Assemblée nationale sur les exonérations de charges sociales dans son rapport du mois de juin dernier, le présent article instaure une nouvelle contribution à la charge de l'employeur au profit de la Cnam.

A cet effet, le 1<sup>o</sup> du **paragraphe I** de l'article crée une **nouvelle section**, intitulée « *Forfait social* », au chapitre VII « *Recettes diverses* » du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale. Elle vient s'ajouter aux deux sections créées par l'article 13 de la loi de financement pour 2008 relatives, d'une part, à la contribution patronale, d'autre part, à la contribution salariale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites.

**Trois nouveaux articles** forment cette nouvelle section du code de la sécurité sociale.

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

Cette formulation a le mérite de **poser une règle claire**. Elle est néanmoins assortie de **quatre exceptions** qui excluent donc de l'assiette de ce forfait social :

- les avantages résultant de l'attribution de stock-options ou d'actions gratuites, déjà soumis à une contribution patronale de 10 %, en application de l'article L. 137-13 voté l'année dernière ;

- les contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de prévoyance, déjà assujetties à une contribution de 8 % conformément à l'article L. 137-11 ;

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

- la participation de l'employeur au financement des chèques vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés.

Dans ce dernier cas, l'exposé des motifs retient un souci de cohérence et d'équité avec le régime applicable aux chèques vacances dans les entreprises de plus de cinquante salariés, où ceux-ci ne sont pas soumis à la CSG et seront en conséquence exclus du nouveau forfait social.

Ainsi, seront désormais passibles du forfait social :

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

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

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

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

L'**article L. 137-16** fixe le taux de la contribution à 2 %.

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

Le 2° du **paragraphe I** affecte le produit de ce nouveau forfait social à la Cnam, en complétant l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale qui comporte une liste de cotisations destinées à l'assurance maladie.

Le **paragraphe II** prévoit que le forfait social est applicable aux sommes versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Le rendement de cette contribution est estimé à un peu plus de **400 millions d'euros**, ce qui correspond à une assiette d'environ 20 milliards d'euros, le Gouvernement n'ayant décidé de soumettre au forfait social qu'une petite moitié des assiettes qui sont actuellement exemptées de cotisations sociales.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Face au dynamisme de la progression des diverses niches sociales et aux besoins de la sécurité sociale dont les déficits s'accumulent, il paraît tout à fait justifié qu'au-delà même de la pertinence des objectifs attachés à l'existence de ces niches, elles puissent également contribuer à l'accroissement des recettes de la sécurité sociale.

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

L'institution de cette nouvelle contribution revêt de ce point de vue un caractère très important. Elle était d'ailleurs appelée de ses vœux par **vo****tre commission qui, l'année dernière, avait adopté le principe de l'instauration d'une « flat tax » sur l'ensemble des assiettes exemptées. Elle avait d'ailleurs retenu le même taux que celui proposé dans le présent projet de loi par le Gouvernement, c'est-à-dire 2 %.**

Votre commission se félicite donc de cette mesure qui contribuera utilement au financement de la sécurité sociale.

Néanmoins, elle regrette que l'intégralité de l'assiette actuellement exemptée de charges sociales et non soumise à un prélèvement spécifique n'ait été retenue pour l'application du forfait social.

C'est pourquoi elle propose **un amendement visant à étendre l'assiette du forfait social à l'ensemble des assiettes exemptées de cotisations sociales et non soumises par ailleurs à une cotisation patronale spécifique**, c'est-à-dire pour l'essentiel à diverses aides directes aux salariés (titres restaurant, chèques vacances, avantages du comité d'entreprise, Cesu préfinancé, prime transport).

Le tableau ci-après présente un bilan des modalités actuelles de taxation des différentes assiettes exemptées de charges sociales.

	Assiette 2009 (sommes versées en 2009 au titre résultat 2008)	Cotisations de sécurité sociale	CSG-CRDS (salariales)	Contribution spécifique patronale	Total charges sociales actuelles	Taux du forfait social	Rendement estimé du forfait social
Participation	8,7	0	8 %	Non	8 %	2 %	0,174
Intéressement	7,9	0	8 %	Non	8 %	2 %	0,158
PEE-Perco + retraite supplémentaire	5,3	0	8 %	Non	8 %	2 %	0,106
Prévoyance complémentaire	13,1	0 (plafonné)	8 %	8 % taxe prévoyance (pour les entreprises de + 9 salariés)	16 %	Non	
Stock-options et attributions gratuites d'actions	2,1	0	11 % (y compris 2 % capital et 0,3 % CSA) + 1,1 % RSA	10 % (taxe spécifique LFSS 2008) ; s'y ajoute une contribution de 2,5 % du salarié	24,60 %	Non	
Aides directes aux salariés (titres restaurant, chèques vacances, avantages CE...)	5,4	0 (plafond spécifique à chaque dispositif)	0 (plafond spécifique à chaque dispositif)	Non	0	Non	
Indemnités de rupture	3,6	0 en dessous de 200 000 euros	8 % pour partie supérieure à l'indemnité légale ou conventionnelle	Non	8 %	Non	
Droit à l'image des sportifs	0,1	0	8 %	Non	8 %	2 %	0,002
<b>Total</b>							<b>0,438</b>

Source : Direction de la sécurité sociale

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

*Article 13 bis*

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

**Assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de rupture supérieures à un million d'euros**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de soumettre à cotisations sociales, dans les conditions de droit commun, les « parachutes dorés » dont le montant est supérieur à un million d'euros.***

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Parmi les assiettes exemptées de cotisations de sécurité sociale, dont le détail figure dans le commentaire de l'article précédent, on compte les indemnités dites de rupture ou de licenciement.

Celles-ci sont actuellement soumises au régime de contribution suivant :

- en-dessous de 200 000 euros, elles sont totalement exonérées de cotisations sociales mais le sont pour la partie supérieure à ce plafond ;

- en-dessous du montant de l'indemnité légale ou conventionnelle, qui varie selon les branches, l'ancienneté et le montant de la rémunération, elles ne sont pas soumises à la CSG et à la CRDS ; elles le sont pour la fraction supérieure ;

- le forfait social institué à l'article 13 ne s'applique pas à ces indemnités, quel que soit son montant.

Afin d'augmenter la contribution au financement de la protection sociale des revenus provenant des indemnités qualifiées de « parachutes dorés », du fait de leur montant extrêmement élevé, la disposition votée à l'Assemblée nationale prévoit **d'assujettir aux cotisations sociales, au premier euro, les indemnités supérieures à un montant d'environ un million d'euros.**

A cet effet, elle complète le douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale par une phrase disposant que les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du code, soit, pour l'année 2008, 998 280 euros, sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission souscrit pleinement à l'objectif poursuivi par cette mesure.

Afin de lui donner toute sa portée, elle estime nécessaire de le compléter sur deux points :

- en précisant qu'il est fait masse de toutes les indemnités perçues, afin de limiter les abus éventuels ;

- en prévoyant l'assujettissement à la CSG et à la CRDS à partir du premier euro et non à partir du montant de l'indemnité légale ou conventionnelle.

**Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.**

### *Article 14*

*(art. L. 138-10, L. 245-5-1 A, L. 245-5-5 et L. 245-6  
du code de la sécurité sociale)*

## **Contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques**

***Objet : Cet article modifie le périmètre et le taux des contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques.***

## **I - Le dispositif proposé**

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution due par les entreprises pharmaceutiques n'ayant pas passé de convention avec le comité économique des produits de santé, en cas de dépassement de l'Ondam.

Les entreprises pharmaceutiques sont ainsi assujetties à une contribution lorsque le taux de progression de leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France sur les médicaments remboursables, dénommé taux K pour le calcul de la contribution, excède celui de l'Ondam.

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale crée ainsi un lien entre l'évolution du montant de l'Ondam voté par le Parlement, d'une année sur l'autre, et celle du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés pour la même période de référence. Si le taux de croissance de leur chiffre d'affaires est supérieur à celui de l'Ondam, les entreprises sont alors redevables d'une contribution globale, progressive en fonction du dépassement de l'Ondam :

- si le dépassement est inférieur à 0,5 %, la contribution due est égale à 50 % du dépassement ;

- s'il est compris entre 0,5 % et 1 %, elle est de 60 % ;

- s'il est supérieur à 1 %, elle est de 70 %.

Initialement limité aux médicaments délivrés en ville, ce mécanisme a été étendu aux spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments rétrocédables (médicaments que les établissements de santé sont autorisés à vendre au public et au détail) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Le produit de cette contribution s'est élevé à 344 millions d'euros en 2008.

Le 1<sup>o</sup> du **paragraphe I** propose de modifier la rédaction de l'article L. 138-10 afin d'étendre ce mécanisme aux médicaments qui font l'objet d'une facturation en sus des groupes homogènes de séjour (GHS). Il s'agit des produits de santé administrés à l'occasion d'une hospitalisation, figurant sur une liste établie par le ministère chargé de la santé et qui, en raison de leur caractère onéreux, ne sont pas intégrés dans le tarif de la prestation hospitalière mais font l'objet d'une facturation particulière.

Cette mesure s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Le 2<sup>o</sup> du **paragraphe I** modifie le calendrier de versement de contribution due par les entreprises pharmaceutiques et celles fabriquant des dispositifs médicaux, au titre de leurs dépenses de promotion des médicaments remboursables (articles L. 245-1 et L. 245-5-1 du code de la sécurité sociale).

La législation actuelle fixe ce versement au 1<sup>er</sup> décembre.

Cette date tardive soulève des difficultés pour la Cnam et la Haute Autorité de santé, bénéficiaires de cette contribution, qui sont ainsi privées de visibilité dans l'élaboration de leurs budgets annuels. Il est donc ici prévu que le versement de cette contribution, due au titre de l'année précédente, se fera désormais pour moitié au 1<sup>er</sup> juin et le solde au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre.

Le 3<sup>o</sup> du **paragraphe I** modifie la rédaction de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. Actuellement, cet article prévoit que les entreprises pharmaceutiques versent une contribution sur le chiffre d'affaires réalisé en France au titre des médicaments remboursables dispensés en officine et des médicaments rétrocedés. Cette contribution a été créée par la loi du 13 août 2004 qui a fixé son taux à 0,6 %. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a porté ce taux à 1,76 %, à titre exceptionnel, avant qu'il ne soit ramené à 1 % par la loi de financement pour 2007, puis maintenu à ce niveau, toujours « à titre exceptionnel », par la loi de financement pour 2008.

Le texte propose de mettre fin au caractère « *exceptionnel* » de cette contribution, qui est donc pérennisée au taux de 1 %. Ces nouvelles modalités s'appliquent au chiffre d'affaires réalisé à partir de 2009.

Le **paragraphe II** fixe le niveau du taux K à 1,4 % pour 2009, soit un niveau identique à celui retenu par la loi de financement pour 2008. Le K avait été initialement fixé à 1 % par la loi du 13 août 2004 puis maintenu à ce niveau pour les années 2005, 2006 et 2007.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a rétabli le caractère exceptionnel de cette contribution.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission approuve les dispositions du présent article qui apportent une réponse équilibrée aux impératifs de la politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, sans remettre en cause la compétitivité des entreprises pharmaceutiques.

Elle rappelle que le Gouvernement mène une politique globale de réduction des dépenses de médicaments, notamment à travers des baisses de prix régulières, le montant des économies réalisées sur ce poste de dépenses s'élevant à près de 3 milliards d'euros pour les quatre dernières années.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 15*

*(art. 402 bis, 403, 438 et 520 A du code général des impôts ;  
art. L. 131-8 et L. 245-9 du code de la sécurité sociale)*

### **Augmentation du tarif des droits indirects sur les alcools par rattrapage annuel de l'inflation**

***Objet : Cet article vise, d'une part, à prévoir une revalorisation annuelle des tarifs des droits indirects sur les alcools, en fonction de l'inflation constatée au titre de l'avant-dernière année, d'autre part, d'affecter à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles une fraction des droits de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels.***

## **I - Le dispositif proposé**

Les droits indirects sur les alcools sont constitués de **cinq taxes**, quatre d'entre elles étant régies par le code général des impôts, la dernière relevant du code de la sécurité sociale.

### **- le droit de consommation sur les produits intermédiaires**

Le tarif applicable à ces produits, conformément à l'article 402 *bis* du code général des impôts, est, par hectolitre, de 54 euros pour les vins doux naturels et les vins de liqueur et de 214 euros pour les autres produits. Ces montants sont inchangés depuis 1993.

**- le droit de consommation sur le rhum et autres alcools**

Le tarif applicable à ces produits, défini à l'article 403 du même code, est assorti d'une allocation en franchise ou d'une réduction d'impôt à hauteur de 10 litres. Il est, par hectolitre d'alcool pur, fixé à 835 euros dans la limite de 108 000 hectolitres par an pour le rhum produit dans les départements d'outre-mer et à 1 450 euros pour les autres produits. Ces montants sont inchangés depuis 1996.

**- le droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels**

Le tarif applicable à ces produits, déterminé à l'article 438 du même code, est actuellement fixé, par hectolitre, à 8,40 euros pour les vins mousseux, à 3,40 euros pour les autres vins et à 1,20 euro pour les cidres, poirés, hydromels et les jus de raisin légèrement fermentés dénommés « pétillants de raisin ». Ces montants sont inchangés depuis le 1<sup>er</sup> février 1982.

**- le droit spécifique sur les bières et les boissons non alcoolisées**

Ce tarif, conformément à l'article 520 A du même code, est actuellement fixé, par hectolitre, à 1,30 euro par degré d'alcool pour les bières dont le titre alcoométrique est compris entre 0,5 et 2,8 % en volume et à 2,60 euros pour les autres bières (dans ce dernier cas, des tarifs réduits dérogatoires sont prévus pour les bières produites par des petites brasseries indépendantes), et à 0,54 euro pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % en volume d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits. Ces montants sont inchangés depuis 1996.

**- la cotisation sur les boissons d'une teneur en alcool de plus de 25 % en volume**

Créée par l'article 26 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale « *en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé* », cette cotisation est fixée à 0,13 euro par décilitre ou fraction de décilitre, en application de l'article L. 245-9 du code de la sécurité sociale. Ce montant est inchangé depuis 1985.

Constatant que ces tarifs « *n'ont pas bougé depuis longtemps* », le Gouvernement propose, par cet article, que les droits sur les alcools soient désormais revalorisés par rattrapage de l'inflation « *pour éviter que le poids réel de la fiscalité sur l'alcool ne baisse chaque année sous l'effet de la hausse des prix* ».

Le **paragraphe I** de l'article modifie en conséquence les articles 402 *bis*, 403, 438 et 520 A du code général des impôts et le **2°** du **paragraphe II** de l'article L. 245-9 du code de la sécurité sociale en

prévoyant un relèvement de ces tarifs chaque année, au 1<sup>er</sup> janvier, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Les modalités de calcul et d'arrondi de ces tarifs sont précisées de même qu'est prévue leur publication au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

Les tarifs de ces cinq taxes seront donc revalorisés le 1<sup>er</sup> janvier 2009 du montant de la hausse des prix de 2007, soit de 1,5 %. Le montant des recettes attendues à ce titre est d'environ **15 millions d'euros**.

Le 1<sup>o</sup> du **paragraphe II** prévoit d'affecter non plus la totalité du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels au régime général au titre de la compensation des allègements généraux de charges sociales mais seulement 89,6 %. En effet, l'article 16 du présent projet de loi affecte 10,4 % de ces droits de circulation à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles afin de contribuer à son rééquilibrage financier. Ce transfert représenterait environ **15 millions d'euros**, soit à peu près le même montant que le relèvement des droits indirects sur les boissons et alcools en 2009.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de nature différente :

- le premier vise à modifier les règles d'affectation des droits sur les alcools, en supprimant leur attribution au panier fiscal destiné à compenser les allègements généraux de charges sociales à la sécurité sociale ; en contrepartie, il prévoit d'affecter 37,95 % des droits sur les tabacs au lieu de 10,26 % au panier fiscal ;

- le second augmente de 0,13 à 0,16 euro par décilitre le tarif des droits indirects sur les alcools de plus de 25 % en volume, ce qui correspondrait à une hausse de 23,1 % de ces droits par rapport à leur taux au moment de leur création en 1983 et rapporterait 80 millions d'euros.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission approuve pleinement la mesure proposée par le Gouvernement qui permet de freiner l'érosion des recettes de la fiscalité sur les boissons alcooliques tout en répondant à une réelle préoccupation de santé publique.

Elle regrette néanmoins la remise en cause de l'affectation de l'intégralité du produit de ces droits au panier fiscal de compensation des allègements généraux car cette solution avait le mérite de la clarté et de la simplicité. La dérivation vers la CCMSA de 10,4 % des droits de circulation sur les vins et cidres n'apparaît donc pas opportune. Elle complique inutilement le dispositif actuel et ne résout en rien les problèmes d'équilibre de la branche

vieillesse du régime des exploitants agricoles : face à un déficit de plus de 1,3 milliard d'euros, l'apport de 15 millions d'euros est en effet symbolique.

Les règles d'affectation votées à l'Assemblée nationale, à savoir l'affectation de la totalité des droits sur les alcools au régime des exploitants agricoles et, en contrepartie, l'affectation d'une part plus importante des droits sur les tabacs au panier fiscal n'apparaissent pas beaucoup plus satisfaisantes.

Sans être totalement convaincue par la modification des règles d'affectation des droits sur les alcools votée à l'Assemblée nationale, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article additionnel après l'article 15*  
*(art. 575 A du code général des impôts)*  
**Augmentation des droits sur les tabacs**

***Objet : Cet article additionnel vise à augmenter les minima de perception applicables aux cigarettes et aux tabacs à rouler.***

Aucune augmentation n'est intervenue sur les droits tabacs applicables aux cigarettes depuis le mois d'août 2007. Or, après un inflexionnement du marché, notamment dû à l'interdiction de fumer dans les lieux publics depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le marché des cigarettes se stabilise et pourrait être à nouveau en croissance en 2009.

Par ailleurs, l'inflation de 3,1 % constatée depuis cette augmentation a entraîné une baisse du prix relatif des cigarettes.

Aussi, afin de maintenir les efforts de la lutte contre le tabagisme et de préserver les recettes de la sécurité sociale, il est proposé d'augmenter les minima de perception inscrits à l'article 575 A du code général des impôts, en les faisant passer :

- de 155 à 164 euros pour les cigarettes ;
- de 85 à 90 euros pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes.

Une telle mesure pourrait procurer une recette supplémentaire au titre des droits sur les tabacs de l'ordre de 430 millions d'euros.

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

*Article 16*

(art. L. 721-1, L. 723-12, L. 723-34, L. 731-1 à L. 731-5,  
L. 731-10 et L. 762-1-1 du code rural ;

art. L. 134-11-1 nouveau du code de la sécurité sociale ;  
art. 1609 viciés, 1618 septies et 1647 du code général des impôts)

**Suppression du fonds de financement des prestations sociales  
des non-salariés agricoles et intégration financière à la Caisse nationale  
d'assurance maladie de la branche maladie du régime  
de protection sociale des non-salariés agricoles**

*Objet : Cet article a pour objet d'apporter une solution au problème récurrent du financement de la protection sociale des exploitants agricoles.*

**I - Le dispositif proposé**

Cet article est la traduction des engagements pris par le Gouvernement il y a un an, à l'occasion de l'examen du précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il assure une première étape dans le règlement du problème du déficit structurel du régime de protection sociale agricole.

Il procède ainsi à la suppression du Ffipsa et à l'intégration financière à la Cnam de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles.

En complément de cet article, **l'article 27 du projet de loi de finances pour 2009** organise le transfert à l'Etat de la dette du Ffipsa telle qu'elle sera constatée au 31 décembre 2008. Celle-ci atteignait 4,9 milliards d'euros à la fin 2007 et devrait s'élever à **7,5 milliards à la fin 2008**.

Le Ffipsa n'est pas explicitement supprimé par le présent article, mais la réécriture, par le **4° du I**, de l'ensemble des articles du code rural portant sur les ressources du régime de protection sociale des exploitants agricoles entraîne de fait sa disparition.

A **l'article L. 731-1**, la mutualité sociale agricole conserve ses missions de gestion, de service des prestations sociales et de recouvrement des cotisations des non-salariés agricoles, ainsi que de gestion de la trésorerie des différentes branches du régime.

**L'article L. 731-2** énumère l'ensemble des ressources qui assurent le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime, au premier rang desquelles les cotisations, une fraction des cotisations de solidarité et une partie des droits sur les tabacs.

De la même façon, **l'article L. 731-3** recense les ressources destinées au financement de la branche vieillesse et veuvage du régime qui comprennent aussi des cotisations, une fraction des cotisations de solidarité et une partie des droits sur les tabacs.

**L'article L. 731-4** prévoit que la couverture des prestations familiales servies aux exploitants agricoles est assurée dans les conditions prévues à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire par la Cnaf, sans changement par rapport aux règles actuelles.

**L'article L. 731-5** précise que la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) peut recourir à des ressources non permanentes, dans les limites prévues par la loi de financement de la sécurité sociale. L'article 30 du présent texte définit à cet effet, pour la CCMSA, un plafond d'emprunts de trésorerie applicable pour l'année 2009.

Par ailleurs, le **2° du paragraphe I** attribue de nouvelles compétences à la CCMSA : à l'image de ce qui existe pour les caisses nationales du régime général, le conseil central d'administration sera désormais saisi pour avis de tout projet de loi ou de tout projet de mesure réglementaire ayant des incidences sur les régimes obligatoires de protection sociale des salariés et des non-salariés des professions agricoles, sur l'action sanitaire et sociale ou sur l'équilibre financier de ces régimes. Pour ce faire, il complète **l'article L. 723-12** du code rural, qui ne vise actuellement que les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Ces avis devront être motivés et rendus dans des délais que fixera un décret en Conseil d'État.

Le conseil pourra également faire toutes propositions de modification de nature législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Le Gouvernement devra transmettre au Parlement les avis rendus sur les projets de loi et les propositions de modification de nature législative et faire connaître dans un délai d'un mois les suites qu'il réserve aux propositions de modification de nature réglementaire.

Le **1°** et le **3° du paragraphe I** prévoient que, conformément aux conclusions du conseil de modernisation des politiques publiques du 11 juin 2008, la protection sociale agricole relèvera désormais conjointement du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le **paragraphe IV** du présent article prévoit que les droits et obligations du Ffipsa et de l'établissement de gestion de ce fonds seront transférés, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, à la CCMSA. De façon classique pour ce genre d'opérations, le transfert est effectué à titre gratuit et ne donne lieu ni à imposition ni à rémunération. Un décret en Conseil d'Etat en précisera les modalités d'application, notamment les conditions dans lesquelles un service de liquidation du fonds permettra de clôturer les opérations financières et comptables du fonds au titre de l'année 2008 et dans lesquelles le transfert des opérations afférentes aux exercices 2008 et antérieurs sera neutre pour les comptes de la Cnam.

Les **5°** et **6° du paragraphe I** ainsi que le **paragraphe III** procèdent aux coordinations rendues nécessaires, respectivement dans le code rural et dans le code général des impôts, par la suppression du Ffipsa.

Le **paragraphe II** de l'article introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel **article L. 134-11-1** qui prévoit que la Cnam retracera en solde, au titre du régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles, dans les comptes de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, la différence entre les charges et les produits afférents aux prestations servies aux bénéficiaires de ce régime.

Ces dispositions organisent donc **l'intégration financière de la branche maladie du régime des exploitants agricoles dans celle du régime général.**

La neutralité du transfert est assurée par l'affectation de nouvelles ressources à la Cnam. Ainsi, l'article 27 du projet de loi de finances pour 2009 affecte à la Cnam **le produit de la taxe sur les véhicules de société** qui bénéficie actuellement, pour 50,57 %, au panier fiscal compensant l'exonération des heures supplémentaires et, pour le reste, au budget de l'État.

Le produit de cette taxe serait de l'ordre de 1,2 milliard d'euros en 2009, venant équilibrer le déficit prévisionnel. Toutefois, pour les années futures, la dégradation tendancielle des comptes de la branche maladie du régime agricole et l'évolution modérément dynamique de la taxe devraient à nouveau poser le problème du financement de l'équilibre de cette branche.

Il est néanmoins prévu, dans la nouvelle rédaction de l'article L. 731-2 du code rural proposée par ce texte, qu'une dotation de la Cnam destinée à assurer l'équilibre financier de la branche maladie des non salariés agricoles figure au nombre des ressources de cette branche.

Le présent article constitue, malgré une conjoncture difficile, une première étape importante de la réforme de la protection sociale des non-salariés agricoles. Nul doute que le Gouvernement continuera de tenir ses engagements et ne tardera donc pas à proposer rapidement les mesures qui permettront de passer à la seconde étape de cette réforme, indispensable à l'équilibre de la protection sociale agricole.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements tendant, d'une part, à apporter quelques précisions, d'autre part, à modifier les ressources des branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles **en leur affectant la totalité des droits sur les alcools** qui, jusque là, faisaient partie du panier fiscal de compensation des allègements de charges.

Le complément nécessaire pour assurer un montant de recettes conforme à l'équilibre prévu par le projet de loi de financement du Gouvernement est apporté par une fraction des droits sur les tabacs.

Autrement dit, l'Assemblée nationale a substitué une recette « alcools » à la recette « tabacs » traditionnellement affectée au régime des exploitants agricoles.

### **III - La position de votre commission**

Votre commission apprécie que le Gouvernement ait décidé de commencer à régler de manière durable le problème du financement de la protection sociale agricole.

Le dispositif mis en place pour la branche maladie est équilibré. Il conviendra d'en trouver un autre également satisfaisant pour la branche vieillesse l'année prochaine et pour régler la question du déficit de cette branche qui s'approche désormais de 1,5 milliard d'euros et dont les déficits pourraient rapidement s'accumuler.

Sur les modifications apportées par l'Assemblée nationale dans la nature des recettes affectées au régime, votre commission s'interroge. Elle n'est pas certaine que la substitution des droits alcools aux droits tabacs - ces derniers demeurant tout de même dans la palette des ressources du régime agricole - soit beaucoup plus simple et lisible. Il est vrai qu'en décidant d'affecter le produit de l'augmentation des droits alcools à la branche vieillesse du régime agricole, le Gouvernement a « tendu la perche » à une telle mesure.

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

#### *Article 17*

*(art. L. 731-10-1 nouveau, L. 741-10-4 nouveau, L. 725-24, L. 741-16, L. 751-1, L. 751-8, L. 751-10 et L. 751-18 du code rural)*

#### **Mesures relatives aux régimes agricoles**

***Objet : Cet article comprend trois séries de mesures : l'affirmation du principe d'annualité des cotisations en cas de cessation d'activité en cours d'année, la définition du régime social des stagiaires en exploitation agricole, la suppression de l'exonération de cotisations d'accidents du travail pour les travailleurs occasionnels et les demandeurs d'emploi.***

### **I - Le dispositif proposé**

Le présent article modifie le code rural afin de traiter trois questions qui nécessitaient des précisions et compléments législatifs.

**- l'affirmation du principe d'annualité des cotisations en cas de cessation d'activité en cours d'année**

Conformément à l'article R. 731-57 du code rural, les cotisations dues par les non-salariés agricoles sont fixées pour chaque année civile. Pour le

calcul de ces cotisations, la situation des exploitants agricoles est appréciée au premier jour de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues.

Cela signifie qu'au moment de la cessation d'activité, les assurés sont redevables des cotisations pour l'année entière, même si la cessation d'activité intervient en cours d'année. Pour la même raison, ceux qui débutent leur exploitation en cours d'année ne sont pas redevables de cotisations au titre de l'année où ils s'installent.

La jurisprudence de la Cour de cassation a toutefois remis en cause l'application de ce principe d'annualité des cotisations et contributions sociales des non-salariés agricoles en cas de cessation d'activité en cours d'année, considérant que ces cotisations et contributions devaient être calculées au prorata de la durée d'activité.

Afin de clarifier la règle applicable, un projet de décret modifiant l'article R. 731-57 du code rural a été soumis à l'avis du Conseil d'Etat. Celui-ci a estimé que seule la loi pouvait énoncer ce principe.

En conséquence, le 1<sup>o</sup> de l'article insère un nouvel article L. 731-10-1 dans le code rural. Dans son premier alinéa, il reprend à l'identique la rédaction de l'article R. 731-57. Dans son deuxième alinéa, il précise explicitement qu'en cas de cessation d'activité au cours d'une année civile, le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est tenu au paiement des cotisations au titre de l'année civile entière. Enfin, dans son troisième alinéa, il prévoit qu'en cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, les cotisations dues au titre de l'année au cours de laquelle est survenu le décès sont calculées au prorata de la fraction de l'année considérée comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et la date du décès. Toutefois, le conjoint survivant peut opter pour l'application du principe d'annualité du calcul des cotisations d'assurance vieillesse.

En effet, le maintien du principe d'annualité pour les cotisations d'assurance vieillesse peut présenter un intérêt pour le conjoint survivant, aussi bien pour le calcul de sa propre pension de retraite que pour la détermination de la majoration de pension lorsque l'assuré a élevé un ou plusieurs enfants.

#### **- la définition du régime social des stagiaires en exploitation agricole**

Le 2<sup>o</sup> de l'article introduit un nouvel article L. 741-10-4 dans le code rural afin de transposer au régime des salariés agricoles **la franchise de cotisations et contributions de sécurité sociale** applicable aux rémunérations versées aux stagiaires en entreprise relevant du régime général.

Il est prévu que cette franchise ne s'applique qu'à la fraction de la gratification qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire de la sécurité sociale et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré. Pour le

régime général, cette franchise de cotisations est fixée à 12,5 % du plafond horaire de la sécurité sociale.

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a écarté le principe de la compensation de cette franchise par le budget de l'Etat. De la même façon, l'article 22 du présent projet de loi de financement dispose que la nouvelle réduction de cotisations inscrite à l'article L. 741-10-4 du code rural ne sera pas compensée.

Les stagiaires ouvrant droit à cette réduction de cotisations sont soit des élèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricoles, visés au 1° du II de l'article L. 751-1 du code rural, soit des élèves et étudiants d'autres établissements effectuant auprès d'un employeur relevant du régime agricole un stage dans les conditions définies à l'article 9 de la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. Cette deuxième catégorie d'élèves est mentionnée au 8° du II de l'article L. 751-1 que le 5° du présent article introduit dans le code.

Le 6° modifie l'article L. 751-8 du code rural afin d'exclure cette seconde catégorie de stagiaires du bénéfice d'une indemnité en capital prévue à l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale en ce qui concerne la couverture accidents du travail et maladies professionnelles, comme cela existe dans le cadre du régime général.

#### **- la suppression de l'exonération de cotisations d'accidents du travail pour les travailleurs occasionnels et les demandeurs d'emploi**

L'embauche de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi ouvre droit à l'application d'un dispositif de réduction de taux des cotisations patronales, en application de l'article L. 741-16 du code rural, y compris pour les cotisations dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles, conformément à l'article L. 751-18.

L'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a traduit la volonté du Gouvernement de responsabiliser les employeurs, en supprimant les exonérations afférentes aux cotisations sociales accidents du travail - maladies professionnelles. Désormais, le principe de l'interdiction d'exonération de ces cotisations figure à l'article L. 241-5 du code de la sécurité sociale.

En abrogeant l'article L. 751-18 du code rural, le 7° du présent article met le régime agricole en conformité avec le régime général et supprime donc la possibilité d'appliquer des taux réduits aux cotisations accidents du travail - maladies professionnelles.

Le 3° effectue une coordination pour tenir compte de cette abrogation.

Le 4° procède à une rectification de référence liée à l'entrée en vigueur du nouveau code du travail.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a complété cet article afin de transposer au régime agricole le principe d'interdiction d'une exonération totale des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, introduit, pour le régime général, par l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Cette disposition est inscrite à l'article L. 751-10 du code rural.

## **III - La position de votre commission**

Cet article procède à des ajustements attendus et utiles.

**Votre commission vous demande de l'adopter sans modification.**

### *Article 17 bis*

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

### **Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de créer une exonération de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) au profit des grossistes-répartiteurs.***

## **I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Le complément apporté par le présent article au troisième alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale a pour objet d'exonérer les grossistes-répartiteurs de C3S pour la part du prix des médicaments supérieure à 400 euros.

Selon les arguments avancés en faveur de cette mesure à l'Assemblée nationale, il s'agirait de tenir compte du plafonnement de la marge des grossistes-répartiteurs à 400 euros.

## **II - La position de votre commission**

Les règles d'assiette ont déjà été aménagées pour les grossistes-répartiteurs qui bénéficient actuellement d'une exclusion d'assiette pour toute la partie du médicament inférieure à 150 euros, soit, selon les informations fournies à votre rapporteur, sur plus de la moitié de l'assiette.

Il ne paraît donc pas justifié de créer une nouvelle exclusion d'assiette qui viendrait s'ajouter au dispositif existant.

En outre, l'adoption d'une telle mesure ne pourrait que favoriser l'émergence d'autres « niches » au sein de la C3S, ce que ne souhaite pas votre commission.

En conséquence, **elle vous demande de supprimer cet article.**

*Article 18*

*(art. L. 2241-2, L. 2242-8 et L. 3261-2 à L. 3261-5 du code du travail ;  
art. 81 du code général des impôts ;  
art. L. 131-4-1 et L. 131-4-3 du code de la sécurité sociale)*

**Prise en charge des frais de transport domicile-travail**

***Objet : Cet article élargit les mécanismes de prise en charge dont les salariés peuvent bénéficier au titre des déplacements qu'ils effectuent entre leur domicile et leur lieu de travail.***

**I - Le dispositif proposé**

- En l'état actuel du droit, la prise en charge des frais de transport des salariés par leur employeur est organisée par l'article L. 3261-1 et les articles suivants du code du travail.

- En ce qui concerne l'**agglomération parisienne**, l'article L. 3261-2 prévoit que l'employeur situé à l'intérieur de la zone de compétence de l'autorité organisatrice des transports dans la région d'Ile-de-France a l'**obligation** de prendre en charge, dans une proportion déterminée par voie réglementaire, le prix des titres d'abonnements souscrits par ses salariés pour leurs déplacements accomplis au moyen de transports publics de personnes, entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

L'article R. 3261-1 du code du travail précise que cette prise en charge se fait à hauteur d'au moins 50 %.

Le *a)* du 19° *ter* de l'article 81 du code général des impôts exonère d'impôt sur le revenu l'avantage résultant de la prise en charge obligatoire par l'employeur du prix des titres d'abonnement souscrits par ses salariés pour les déplacements effectués au moyen de transports publics de voyageurs entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail, conformément à l'article L. 3261-2 du code du travail. Parallèlement, la circulaire du 7 janvier 2003<sup>1</sup> précise que cet avantage est également déduit de l'assiette des cotisations sociales.

---

<sup>1</sup> *Circulaire DSS/SDFSS/5B/N° 2003/07 du 7 janvier 2003 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 10 décembre 2002 relatif à l'évaluation des avantages en nature en vue du calcul des cotisations de sécurité sociale et de l'arrêté du 20 décembre 2002 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.*

• L'article L. 3261-4 du code du travail a institué, par ailleurs, une **prise en charge facultative**, par les employeurs dont l'activité se situe **en dehors de la zone de compétence de l'autorité organisatrice des transports dans la région d'Ile-de-France**, de tout ou partie du prix des titres d'abonnement souscrits par les salariés pour leurs déplacements au moyen de transports publics de personnes entre leur résidence et leur lieu de travail.

Ce dispositif est issu de l'article 109 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain (loi SRU). Il bénéficie notamment aux agents de la fonction publique de l'Etat affectés hors de l'Ile-de-France.

• Enfin, les articles 69 à 71<sup>1</sup> de la loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation de l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social ont institué la procédure du **chèque-transport**.

Le chèque-transport est un titre de paiement proposé par l'employeur afin de payer tout ou partie des frais de déplacement de ses salariés entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail. **Ce dispositif est facultatif**. C'est à l'employeur de décider s'il le propose. Dans l'affirmative, il doit être offert à l'ensemble des salariés.

Sont éligibles à ce dispositif les salariés ne bénéficiant pas de dispositif de remboursement de tout ou partie du coût de déplacement entre leur domicile et leur travail, et notamment ceux :

- dont la commune d'habitation est située en dehors des périmètres de transports urbains ;

- ou pour lesquels les horaires particuliers de travail ne permettent pas de recourir aux transports urbains.

Sont par ailleurs exclus du dispositif :

- les salariés bénéficiant d'un véhicule mis à disposition permanente par l'employeur avec prise en charge des dépenses de carburant ;

- les salariés logés dans des conditions telles qu'ils ne supportent aucun frais de transport pour se rendre à leur travail ;

- les salariés dont le transport est assuré gratuitement par l'employeur ;

- les salariés bénéficiant des remboursements de frais professionnels pour les trajets entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

Le chèque-transport est prévu sous deux formules différentes :

- un chèque permettant de régler les frais liés à l'utilisation de transports en commun ;

---

<sup>1</sup> Aujourd'hui codifiés sous les articles L. 3261-5 à L. 3261-11 du code du travail.

- un chèque permettant de payer les frais de carburant des personnes contraintes de prendre leur voiture pour effectuer le trajet domicile-travail.

Le montant du chèque-transport dépend du pourcentage de frais préfinancés par l'employeur (et par le comité d'entreprise, s'il participe au dispositif). Dans tous les cas, le montant ne peut dépasser la somme des frais engagés par le salarié pour effectuer le trajet entre son domicile et son lieu de travail.

Le montant des chèques-transport versés par l'employeur est exonéré d'impôt sur le revenu et de charges sociales (cotisations et contributions de type CSG) dans la limite de :

- 50 % du prix de l'abonnement payé par le salarié pour l'utilisation des transports en commun ;

- 100 euros par an pour les chèques finançant les frais d'essence du salarié entre son domicile et son lieu de travail.

**Aucun chèque-transport n'a cependant été émis à ce jour** bien que l'ensemble des textes d'application aient été pris<sup>1</sup> et que quatre émetteurs (Domiserve, Chèque-déjeuner, Accor et Sodexo) aient été habilités par l'agence nationale des services à la personne. Pour justifier son souhait d'abandonner ce dispositif, le Premier ministre, François Fillon, a principalement mis en avant sa trop grande complexité<sup>2</sup> qui l'a rendu, de fait, inopérant.

**• Le présent article procède à un réaménagement complet des dispositions du code du travail fixant les conditions de prise en charge par les employeurs des frais de transport de leurs salariés. D'une part, il généralise à l'ensemble du territoire l'obligation de prise en charge des frais de transports publics. D'autre part, il institue un mécanisme de prise en charge facultative des frais de transports personnels. En conséquence, il supprime les dispositions mort-nées du chèque-transport.**

• Le 3° du **paragraphe I** propose une nouvelle rédaction de l'article L.3261-2 du code du travail qui étend à toute la France l'obligation de prise en charge par l'employeur du prix des titres d'abonnements souscrits par ses salariés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail accomplis au moyen de transports publics de personnes.

La proportion et les conditions de cette prise en charge devront être définies par voie réglementaire. On rappellera qu'en ce qui concerne aujourd'hui la région parisienne :

- le taux de prise en charge par l'employeur est d'au moins 50 %, comme on l'a déjà vu (article R. 3261-1 du code du travail) ;

---

<sup>1</sup> Notamment le décret n° 2007-175 du 9 février 2007 relatif au chèque-transport.

<sup>2</sup> *Propos tenus sur France 2, le jeudi 12 juin 2008.*

- cette prise en charge s'effectue sur la base du tarif pratiqué en deuxième classe des titres d'abonnement délivrés par la SNCF, la RATP et les autres entreprises de transport en commun (articles D. 3261-2 et D. 3261-3) ;

- le salarié à temps partiel, employé pour un nombre d'heures égal ou supérieur à la moitié de la durée légale hebdomadaire ou conventionnelle, si cette dernière lui est inférieure, bénéficie d'une prise en charge équivalente à celle d'un salarié à temps complet ; en revanche, le salarié à temps partiel, employé pour un nombre d'heures inférieur à la moitié de la durée du travail à temps complet, bénéficie d'une prise en charge calculée à due proportion du nombre d'heures travaillées par rapport à la moitié de la durée du travail à temps complet, compte tenu de la période de validité du titre (article D. 3261-11) ;

- le salarié qui exerce son activité sur plusieurs lieux de travail au sein d'une même entreprise qui n'assure pas le transport sur ces différents lieux peut prétendre à la prise en charge du ou des titres de transport lui permettant de réaliser l'ensemble des déplacements qui lui sont imposés entre sa résidence habituelle et ses différents lieux de travail (article D. 3261-12).

Le mécanisme de prise en charge des frais de transports publics étendu à l'ensemble du territoire bénéficiera des mêmes exonérations fiscales et sociales que le mécanisme actuellement en vigueur en Ile-de-France.

L'extension du dispositif devrait concerner **1,5 million de salariés du secteur privé et près de 200 000 agents des fonctions publiques hospitalière et territoriale** (on rappelle, en effet, que les agents de la fonction publique de l'Etat affectés hors de l'Ile-de-France bénéficient déjà, depuis 2007, de ce dispositif). **Le coût pour les finances publiques devrait s'élever à près de 100 millions d'euros en l'absence de substitution aux salaires** : 40 millions d'euros pour l'Etat employeur et environ 60 millions d'euros en perte de recettes d'impôt sur les sociétés<sup>1</sup>.

Le 6° du paragraphe I de l'article 22 du présent projet de loi de financement prévoit explicitement la **non-compensation aux organismes de sécurité sociale** de l'exclusion d'assiette des cotisations sociales des montants de prise en charge par l'employeur d'une partie des frais de transports publics de ses salariés. Certes, cette absence de compensation est déjà la règle aujourd'hui pour les prises en charge effectuées en région parisienne<sup>2</sup>. On

---

<sup>1</sup> Données extraites du dossier de presse du projet de loi de financement pour 2009. En d'autres termes, le Gouvernement estime que les montants dégagés par les employeurs pour assurer la prise en charge des frais de transport domicile-travail ne viendront pas en substitution des salaires (la sécurité sociale n'essuiera donc aucune perte par rapport à la situation actuelle). En revanche, ces montants seront prélevés sur les résultats des entreprises, ce qui entraînera, le cas échéant, une baisse de l'impôt sur les sociétés.

<sup>2</sup> L'abattement d'assiette a, en effet, été créé avant l'adoption de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a posé le principe de la compensation intégrale de toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette des cotisations et contributions sociales à compter de son entrée en vigueur (disposition codifiée à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale).

comprend bien également l'argument avancé par le Gouvernement selon lequel les montants dégagés par les employeurs pour couvrir ces nouvelles charges ne devraient pas venir en déduction des salaires actuels, mais s'ajouter à eux. Il n'en demeure pas moins que le dispositif mis en place conduit à conférer aux salariés une majoration de salaire indirect échappant à tout prélèvement social, alors que, parallèlement, l'article 13 du présent projet de loi de financement instaure un forfait social qui esquisse un début de taxation de cette forme de revenu. La contradiction est flagrante.

• Le 3° du **paragraphe I** du présent article réécrit l'article L. 3261-3 du code du travail pour instituer une **prise en charge facultative des frais de transports personnels** par l'employeur sous forme de compensation versée au salarié au titre des **frais de carburant** engagés par celui-ci pour ses déplacements entre sa résidence habituelle et son lieu de travail.

Les conditions d'éligibilité à ce dispositif sont largement inspirées de celles qui avaient été retenues pour le volet « *prise en charge de frais de carburant* » du chèque-transport (actuel article L. 3261-6 2° du code du travail). Sont ainsi concernés les salariés :

- dont la résidence habituelle ou le lieu de travail sont situés en dehors d'un périmètre de transports urbains défini par l'article 27 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs ;

- ou pour lesquels l'utilisation d'un véhicule personnel est rendue indispensable par des conditions d'horaires de travail particuliers ne permettant pas d'emprunter un mode collectif de transports.

Par rapport à la rédaction adoptée pour le chèque-transport, celle proposée par le présent article rend donc également éligibles au mécanisme les salariés dont la résidence habituelle est située en dehors d'un périmètre de transports urbains (alors que le chèque-transport ne s'appliquait que si le lieu de travail était situé en dehors d'un tel périmètre, condition également reprise ici ; autrement dit, si le salarié habitait en dehors d'un périmètre de transports urbains alors que son entreprise se trouvait dans le périmètre, il n'était pas éligible). Il s'agit d'une précision de bon sens qui n'appelle pas de commentaire particulier.

De la même façon que pour le chèque-transport, le bénéfice de cette prise en charge ne pourra être cumulé avec le dispositif de prise en charge obligatoire des frais de transports publics de l'article L. 3261-2 du code du travail.

Les modalités concrètes de mise en œuvre de la prise en charge des frais de carburant sont définies à l'article L. 3261-4 :

- dans les entreprises où sont constituées une ou plusieurs sections syndicales d'organisations représentatives (entreprises de l'article L. 2242-1 du code du travail), le mécanisme sera mis en place par accord entre l'employeur et les représentants de ces organisations dans l'entreprise ;

- dans les autres entreprises, l'employeur prendra une décision unilatérale après consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel s'il en existe.

La procédure d'accord préalable entre l'employeur et les organisations syndicales représentatives est une innovation par rapport au dispositif de chèque-transport qui n'envisageait que la décision unilatérale de l'employeur après simple consultation éventuelle du comité d'entreprise ou des délégués du personnel.

Dans les cas où cette procédure d'accord préalable devra être mise en œuvre entre l'employeur et les syndicats représentatifs, il est en outre prévu que le chef d'entreprise propose la mise en place, en liaison avec les autorités organisatrices des transports compétentes (c'est-à-dire les communes), d'un **plan de mobilité** mentionné au 6° de l'article 28-1 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs précitée.

Un plan de déplacement d'entreprise, souvent abrégé en PDE, parfois appelé aussi plan de déplacement entreprise, plan de déplacement des employés ou plan de mobilité, est un plan mis en place par un employeur pour inciter ses collaborateurs, ses clients et ses fournisseurs à réduire l'usage de la voiture individuelle au profit d'autres modes de transport moins polluants.

Lorsque ce plan de déplacement est élaboré par une administration, il est appelé plan de déplacement d'administration ou PDA mais obéit à la même définition qu'un PDE.

En général, les principaux éléments d'un PDE sont :

- la réduction du nombre de places de parking mises gratuitement à la disposition des usagers ;

- l'incitation à l'usage des transports en commun grâce à une participation financière de l'entreprise au coût d'un abonnement mensuel ou annuel ;

- l'incitation à l'intermodalité : voiture + transports en commun urbains, train + transports en commun urbains, train + vélo... ;

- le prêt ou l'aide à l'achat de vélos et de matériel de sécurité (casque, antivol...)

- la facilitation du stationnement sécurisé des vélos ;

- la facilitation du covoiturage ;

- la facilitation de l'autopartage ;

- l'utilisation du télétravail.

Les PDE sont une des composantes des plans de déplacements urbains institués par la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbains (SRU) du 13 décembre 2000 précitée.

L'obligation ainsi faite, par le présent article, de proposer un plan de mobilité concomitamment à la négociation d'un accord de prise en charge de frais de carburant ne laisse pas d'intriguer alors, précisément, que ce type d'accord sera, par définition, prioritairement mis en œuvre dans des zones dépourvues de transports en commun. On ne voit guère qu'une action pour faciliter le covoiturage parmi celles que pourrait proposer l'employeur pour remplir les obligations découlant de l'alinéa...

- Comme pour le dispositif de chèque-transport, l'avantage résultant de la prise en charge par l'employeur des frais de carburant engagés par les salariés sera déduit de l'assiette d'impôt sur le revenu (**paragraphe II** du présent article complétant l'article 81 du code général des impôts) et exonéré de toute contribution et cotisation sociale (**paragraphe III** du présent article adaptant les dispositions de l'article L. 131-4-1 du code de la sécurité sociale et procédant à une modification de coordination dans l'article L. 133-4-3 du même code). Le plafond des frais de carburant pris en compte pour ces abattements et exonérations est cependant plus élevé qu'en matière de chèque-transport et est porté de 100 euros à **200 euros**<sup>1</sup> par an.

**Une différence majeure** est en outre introduite par comparaison avec le dispositif de chèque-transport : alors que les exonérations de contributions et de cotisations sociales du chèque-transport devaient être compensées par l'Etat aux organismes de sécurité sociale<sup>2</sup>, **la compensation est expressément écartée** au cas d'espèce par le 1° du paragraphe I de l'article 22 du présent projet de loi de financement (comme elle l'est, par le même article, pour la compensation d'exonération de charges sociales sur les avantages accordés au titre de la prise en charge obligatoire des frais de transports publics).

L'évaluation du coût du dispositif pour les finances publiques se monterait, selon les indications fournies par le Gouvernement, à **40 millions d'euros de pertes de recettes d'impôt sur les sociétés** en l'absence de substitution aux salaires. Elle est fondée sur une hypothèse de 800 000 salariés bénéficiaires (dans le secteur privé), soit une proportion de 22 %, correspondant à la proportion de salariés participant au dispositif de titres-restaurants.

- Le coût total des deux mesures, obligatoire pour le transport public et facultative pour le transport personnel, introduites par le présent article serait donc de **100 millions d'euros** au titre des pertes de recettes d'impôt sur les sociétés (en l'absence de substitution aux salaires). Il conviendrait d'y ajouter les recettes, non évaluées, que ne percevront pas les organismes de sécurité sociale sur une assiette qui s'apparente à un salaire indirect.

---

<sup>1</sup> Le montant de 200 euros par an correspond, selon les éléments fournis par le dossier de presse, à la moitié de la dépense médiane estimée pour les trajets domicile-travail avec un véhicule essence (396 euros pour l'essence, 287 euros pour le diesel).

<sup>2</sup> Les lois de finances pour 2007 et 2008 avaient prévu respectivement 10 millions d'euros et 16 millions d'euros à ce titre.

Dans l'analyse qu'elle a consacrée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, l'Acoss estime que le mécanisme proposé s'apparente, en termes de chiffrage, au dispositif du chèque-transport. A l'époque, le Gouvernement avait chiffré à **220 millions d'euros la perte de recettes sociales** pour ce dispositif (qui - on le rappelle - devait être compensé), alors que le montant des frais de carburant pris en compte était plafonné à 100 euros. L'Acoss considère, en conséquence, avec un plafond de frais de carburant relevé à 200 euros, que la **perte de recettes de cotisations et de contributions sociales consécutive à la mise en œuvre du présent article pourrait être de l'ordre de 350 millions d'euros**. Cependant les hypothèses formulées en 2006 reposaient aussi sur un nombre de bénéficiaires potentiels (cinq millions) deux fois plus élevé que celui retenu par le Gouvernement pour le présent dispositif<sup>1</sup>. On peut donc envisager une perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale de l'ordre de 175 millions d'euros.

- Le **paragraphe I** du présent article ajoute les modalités de prise en charge par l'employeur des frais de transport des salariés à la liste des sujets devant obligatoirement faire l'objet des discussions annuelles :

- organisées au niveau de la branche professionnelle (1° du paragraphe I - article L. 2241-2 du code du travail) ;

- organisées au niveau de l'entreprise (2° du paragraphe I - article L. 2242-8 du code du travail).

- Enfin, un **décret en Conseil d'Etat** déterminera les modalités des prises en charge des frais de transports publics et de transports personnels, prévues par le présent article, notamment pour les salariés ayant plusieurs employeurs et les salariés à temps partiel. Le décret fixera également les sanctions pour contravention aux dispositions adoptées dans le cadre du présent article.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Les débats au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ont été marqués par l'adoption d'un amendement de suppression du présent article, présenté par Yves Bur, rapporteur de la commission pour les recettes et l'équilibre général, et cosigné par le président Pierre Méhaignerie.

L'exposé sommaire de l'amendement de suppression faisait valoir que le dispositif proposé « *ne se justifie pas ou plus, en particulier parce qu'il vaut mieux privilégier le salaire direct et que les prix du pétrole ont baissé* ».

---

<sup>1</sup> Transports publics : 1,5 million de salariés du privé et 200 000 fonctionnaires. Véhicule personnel : 800 000 salariés du privé. Total : 2,5 millions de bénéficiaires.

Dans son intervention, le président Méhaignerie a souligné le fait que la France se situe au troisième rang, parmi les pays de l'Europe des quinze, en ce qui concerne le coût horaire du travail et au onzième s'agissant du salaire net, ajoutant que notre pays délivre 3,5 fois plus de prestations indirectes que la moyenne des autres Etats européens et que notre compétitivité, en particulier par rapport à l'Allemagne, en pâtit sensiblement.

Yves Bur a, pour sa part, mis en exergue le coût de l'absence de compensation du dispositif pour les finances sociales.

A la demande du Gouvernement, l'amendement de suppression de la commission a été rejeté en séance publique.

L'Assemblée nationale a adopté **trois modifications** :

- elle a tout d'abord étendu le dispositif obligatoire de prise en charge des frais de transports publics aux abonnements souscrits auprès de « *services publics de location de vélo* », de type « vélib »<sup>1</sup> ; le bénéfice de la prise en charge d'un abonnement de ce type ne serait pas cumulable avec les dispositifs applicables aux transports en commun et aux véhicules personnels (prime carburant) ;

- elle a ensuite voté un amendement de précision excluant explicitement du mécanisme de prise en charge des frais de transports personnels (prime carburant) les salariés dont la résidence habituelle ou le lieu de travail sont situés dans les limites administratives de la région d'Ile-de-France ; le texte initial du projet de loi excluait, en effet, les seuls salariés dont la résidence ou le lieu de travail est situé en dehors d'un périmètre de transports urbains (article 27 de la loi du 30 décembre 1982 précitée) ; or, la région d'Ile-de-France n'est pas couverte juridiquement par un périmètre de transports urbains mais est placée tout entière dans le champ de compétences du syndicat des transports d'Ile-de-France (Stif), autorité organisatrice des transports pour l'ensemble des huit départements de la collectivité<sup>2</sup> ;

- enfin, elle a précisé que le présent article serait applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

### **III - La position de votre commission**

Votre commission n'émet pas d'objections de principe au contenu et à l'esprit du mécanisme proposé par le Gouvernement et souscrit aux motifs invoqués à l'appui de ce dispositif.

Elle vous propose **deux amendements de portée rédactionnelle**, l'un pour rectifier une erreur de référence, l'autre pour supprimer une

---

<sup>1</sup> L'amendement était présenté notamment par des députés UMP de Paris, dont Philippe Goujon, premier signataire.

<sup>2</sup> Article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 59-151 du 7 janvier 1959 relative à l'organisation des transports de voyageurs en Ile-de-France.

redondance dans le code de la sécurité sociale (qui exonérerait sans cela, en deux endroits, la prime carburant de contribution sociale généralisée).

La commission souhaite en outre, au bénéfice des observations développées plus haut, rendre **facultative** l'obligation de proposer la mise en place d'un plan de mobilité imposée aux entreprises instituant la prise en charge des frais de carburant et dans lesquelles sont présentes des organisations syndicales représentatives (nouvel article L. 3261-4 du code du travail). Un **amendement** est présenté est en ce sens.

Enfin, votre commission rappelle que des dispositifs de prise en charge des frais de transport personnels existent dans certaines entreprises depuis plusieurs années et peuvent se révéler plus favorables pour le salarié que la mesure proposée. Un **amendement** vous est également soumis visant à préserver l'existence de ce type d'accords auxquels les dispositifs proposés n'ont pas vocation à se substituer.

Toutefois, au-delà de ces quelques améliorations, et conformément à sa position constante, votre commission émet les plus expresses réserves à l'égard de la mise en place de mesures de niches sociales (et fiscales), qui plus est non compensées<sup>1</sup>, alors que leur coût peut s'avérer non négligeable. La démarche engagée par le Gouvernement n'est en outre pas cohérente avec la création du forfait social prévue par l'article 13 du présent projet de loi qui vise à taxer notamment les salaires indirects.

**En conséquence, votre commission vous demande d'approuver le présent article modifié par les amendements qu'elle vous propose et sous réserve de l'adoption parallèle de l'amendement étendant le champ de l'article 13 à l'ensemble des avantages salariaux ainsi que de l'amendement de suppression de l'article 22.**

---

<sup>1</sup> En application, on le rappelle, des dispositions de l'article 22 du présent projet de loi.









## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements visant en particulier à reprendre d'autres propositions du rapport Fouquet :

- le premier tend à permettre la publication des rescrits anonymisés, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, comme c'est déjà le cas en matière fiscale ;

- le deuxième précise que, par parallélisme avec le domaine fiscal, la charge de la preuve est inversée devant le juge lorsque l'avis du comité des abus de droit est favorable aux organismes de recouvrement ;

- le troisième transpose le principe de la publication des rescrits à l'article L. 725-24 du code rural.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission se félicite que plusieurs des conclusions du rapport Fouquet puissent, dès le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, être mises en œuvre et contribuer ainsi à renforcer la sécurité juridique des cotisants.

Elle approuve également les compléments apportés par l'Assemblée nationale à cet article.

Elle souhaite préciser un aspect de l'opposabilité des décisions d'une Urssaf à une autre Urssaf lorsque l'entreprise change d'organisme de recouvrement. En effet, il faut que cette opposabilité puisse s'appliquer non seulement en cas de changement d'implantation géographique de l'entreprise mais également lorsque le changement d'Urssaf résulte d'une demande de l'organisme de recouvrement.

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















Elle s'est toutefois heurtée à des difficultés d'application, liées à l'imprécision des textes, en particulier dans le domaine des accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que l'ont confirmé, dans deux avis, le 4 juin 2007, le Conseil d'Etat, et le 29 octobre 2007, la Cour de cassation.

L'article proposé vise donc à **étendre la réforme de 2007 aux accidents du travail et maladies professionnelles**, en la transcrivant à l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 752-23 du code rural.

Il clarifie par ailleurs les règles d'imputation de la rente AT-MP qui, du fait de sa nature hybride rappelée par la Cour de cassation dans son avis, appelle des règles d'imputation adaptées sur les postes de préjudice économique et sur les postes de préjudice personnel pour éviter des décisions de justice différentes quant à son imputation.

Il clarifie également la possibilité pour les caisses de sécurité sociale de récupérer les arrérages à échoir des prestations versées afin de leur éviter d'avoir à présenter aux juges, à intervalles réguliers, leurs créances au fur et à mesure de leur règlement.

Il prévoit par ailleurs explicitement et, comme l'y invitait le Conseil d'Etat, **l'établissement par décret d'une table de concordance entre les différents chefs de préjudice et les prestations versées par les organismes de sécurité sociale**. Un tel décret facilitera l'indemnisation des victimes et permettra une application homogène de la réforme sur l'ensemble du territoire.

L'ensemble de ces modifications devrait permettre de consolider et de clarifier le dispositif d'amélioration des droits des victimes introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

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



Le **paragraphe I** indique que l'article L. 131-7 n'est pas applicable pour :

- l'exonération prévue à l'article L. 131-4-1 du code de la sécurité sociale pour les sommes versées par l'employeur pour la prise en charge des frais de transports personnels, et l'exclusion d'assiette, mentionnée à l'article L. 3261-2 du code du travail, attachée à la prise en charge des frais de transports publics, conformément au dispositif mis en place par l'article 18 du présent projet de loi de financement (1° et 6°) ;

- l'exonération de l'indemnité versée en cas de rupture négociée du contrat de travail qui a été instituée par la loi du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail, qui figure au douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et au troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural ; cette exonération intervient pour la fraction de l'indemnité non assujettie à l'impôt sur le revenu (2°) ;

- l'exonération liée à l'avantage, introduit par la loi de finances pour 2008, résultant, pour le salarié, de la remise gratuite par son employeur de matériels informatiques, dès lors que le prix de revient global des matériels donnés n'excède pas 2 000 euros par an et par salarié - exonération mentionnée aux articles L. 242-4-2 du code de la sécurité sociale et L. 741-10-3 du code rural (3°) ;

- l'exonération mentionnée à l'article L. 242-4-3 du code de la sécurité sociale au titre de la possibilité donnée au salarié d'affecter à un Perco ou à un régime de retraite supplémentaire collectif et obligatoire les sommes issues de la monétisation des droits inscrits sur un compte épargne temps, en application de la loi du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail (4°) ;

- l'exclusion d'assiette mentionnée à l'article L. 741-10-4 du code rural applicable aux rémunérations versées aux stagiaires dans le cadre de stages effectués auprès d'une entreprise relevant du régime agricole, en conséquence du dispositif prévu par l'article 17 du présent projet de loi (5°) ;

- l'exonération, mentionnée au II de l'article 7 de la loi du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat, au titre du versement de primes exceptionnelles dans les entreprises de moins de cinquante salariés (7°) ;

- l'exonération prévue à l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi en faveur des revenus de travail (en cours d'examen devant le Parlement) pour les primes qui pourront être versées dans les entreprises ayant conclu un accord d'intéressement ou un avenant à un accord existant (8°).

Le **paragraphe II** prévoit les dates d'application de ces mesures de non-compensation :

- le 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour l'exonération liée à la remise gratuite de matériels informatiques ;

- le 9 février 2008, soit la date de publication de la loi pour le pouvoir d'achat, pour l'exonération au titre du versement de primes exceptionnelles dans les entreprises de moins de cinquante salariés ;

- le 27 juin 2008, soit la date de publication de la loi portant modernisation du marché du travail, pour l'exonération de l'indemnité versée en cas de rupture négociée du contrat de travail ;

- le 22 août 2008, soit la date de publication de la loi portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail, pour l'exonération au titre de la possibilité donnée au salarié d'affecter à un Perco ou à un régime de retraite supplémentaire collectif et obligatoire les sommes issues de la monétisation des droits inscrits sur un compte épargne temps ;

- la date de publication de la loi pour l'exonération des primes prévues dans le projet de loi en faveur des revenus du travail.

L'exposé des motifs justifie seulement trois des mesures de non-compensation prévues par cet article, avec des arguments divers : optique sociale de la remise gratuite de matériels informatiques, volonté de favoriser l'épargne retraite, non-substituabilité des primes exceptionnelles de participation et d'intéressement aux éléments de rémunération habituellement versés et soumis à cotisations. Les quatre autres mesures ne font l'objet d'aucune justification.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

## **III - La position de votre commission**

L'annexe 5 du présent projet de loi de financement ne chiffre que le manque à gagner correspondant à la prime de 1 000 euros instaurée par la loi sur le pouvoir d'achat et l'évalue à **158 millions d'euros**, ce qui est loin d'être négligeable. Pour les autres dispositifs, aucune estimation n'est proposée, ce que déplore votre rapporteur.

Pourtant, année après année, le poids des dispositifs non compensés ne cesse de croître : **la quasi-totalité des niches sociales créées depuis 2004 n'est pas compensée.**

Or, compte tenu de leur conséquence en termes de manque à gagner pour les finances de la sécurité sociale, votre commission regrette vivement, une fois encore, que certaines réductions ou exonérations de charges sociales ne soient pas compensées par l'Etat à la sécurité sociale.

Cette décision revient en effet à **mettre à la charge de la sécurité sociale des politiques qui sont celles de l'Etat** comme l'illustre par exemple le choix fait en faveur du développement d'une politique de rémunération ne passant pas par l'augmentation des salaires soumis à cotisation.





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

(extraits du III)

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

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

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

L'article propose d'approuver le montant des compensations pour 2009, en le fixant à **3,4 milliards d'euros**.

Ce chiffre correspond uniquement aux **dispositifs ciblés**, les allègements généraux étant financés par un ensemble de recettes fiscales affecté à ce titre au régime général en application de l'article 56 de la loi de finances pour 2006. Les allègements sur les heures supplémentaires institués par la loi Tepas sont également compensés par l'affectation de recettes fiscales, comme le prévoit l'article 28 du projet de loi de finances pour 2008.

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

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

### **Présentation des dispositifs d'exonération de cotisations ou contributions sociales**

- allègement général sur les bas salaires (« réduction Fillon ») ;
- heures supplémentaires et complémentaires (loi Tepas) ;
- mesures visant à promouvoir l'apprentissage, la qualification et les stages ;
- 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.

Dans l'annexe au projet de loi de financement pour 2006, ces dispositifs étaient au nombre de quarante-six ; il y en avait cinquante-quatre dans le document annexé au projet de loi de financement pour 2007 et soixante et un dans le document annexé au projet de loi de financement pour 2008. Cette année, **le document comprend soixante-cinq mesures**, ce qui témoigne du recours sans cesse croissant au mécanisme d'allègement de charges, pour des raisons qui ne tiennent pas uniquement à la politique de l'emploi.

En effet, tout au long de l'année et dans des textes très différents, des mécanismes d'exonération sont votés. On peut citer par exemple cette année les exonérations applicables à l'indemnité versée en cas de rupture négociée du contrat de travail, instituées par la loi du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail, ou les exonérations au titre du versement de primes exceptionnelles dans les entreprises de moins de cinquante salariés prévues par la loi du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat.

Votre commission a maintes fois indiqué qu'il lui paraîtrait **préférable que ces décisions d'allègements relèvent de la compétence exclusive de la loi de financement**. Elle ne peut que le répéter ici encore.

Diverses mesures sont envisagées en 2009 au titre de ces exonérations, aussi bien pour créer de nouveaux dispositifs que pour, à l'inverse, revenir sur un certain nombre d'entre eux, dont la justification ne paraît pas toujours évidente ou, plus encore, dont le coût au regard du bénéfice attendu semble largement excessif. L'encadré ci-dessous fournit la liste de ces mesures qui figurent soit dans le présent projet de loi de financement, soit dans le projet de loi de finances pour 2009, soit encore dans des textes législatifs en cours de discussion.

### **Les mesures relatives aux dispositifs d'exonérations pour 2009**

- exonération du contrat unique d'insertion lorsqu'il présentera la forme d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi (projet de loi généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion) - impact financier : **rationalisation des différents dispositifs existants** ;

- exonération de la prime exceptionnelle d'intéressement (article 1<sup>er</sup> du projet de loi en faveur des revenus du travail) - impact financier : **non chiffré** ;

- modification du régime d'exonération applicable dans les zones franches urbaines (article 82 du projet de loi de finances) - impact financier : **économie de 100 millions d'euros** ;

- réduction de quinze points à dix points de la mesure d'abattement en faveur des particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle (article 81 du projet de loi de finances) - impact financier : **économie de 93 millions d'euros** ;

- aménagement du droit à l'image collective des sportifs professionnels (article 78 du projet de loi de finances) - impact financier : **économie de 3,3 millions d'euros** ;

- suppression de l'exonération de cotisations AT-MP qui s'applique au dispositif de taux réduits pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles (article 17 du projet de loi de financement) - impact financier : **non chiffré** ;

- réforme des exonérations de cotisations patronales applicables aux entreprises implantées dans les départements d'outre-mer (article 65 du projet de loi de finances) - impact financier : **non chiffré** ;

- remboursement des frais de carburant (article 18 du projet de loi de financement) - impact financier : **non chiffré**.

**Malgré les mesures d'économie proposées cette année, le montant de l'ensemble des mesures d'exonérations - générales et ciblées - reste très élevé. Pour la première fois cependant, il ne progresse pas entre 2008 et 2009.**

Le tableau ci-après fournit une synthèse du coût des exonérations pour les exercices allant de 2006 à 2009. Il affiche aussi le montant des mesures d'exonération non compensées, en retrait au cours de la période.







### Section 3

#### Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

##### *Article 24*

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

*Objet : Cet article a pour objet de fixer les prévisions de recettes pour 2009 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 2009 s'élèvent à **432,6 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,1 % par rapport à 2008. Pour le régime général, ce montant est de **316,8 milliards**, en hausse de près de 4,4 % par rapport à 2008.







- 15 % du produit du prélèvement social de 2 %, soit 390 millions, seront réalloués du FSV à la Cnav ;

- la Cnam récupérera 836 millions de recettes en provenance du fonds CMU-c ;

- les cotisations vieillesse sont augmentées de 0,3 point pour un rendement attendu de 1,8 milliard, en contrepartie d'une baisse de la cotisation d'assurance chômage ;

- l'augmentation de la contribution de la Cnaf au financement des majorations de pensions pour enfants, soit 415 millions d'euros au profit de la Cnav par l'intermédiaire du FSV.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a voté deux amendements pour tirer les conséquences, à la fois dans les tableaux de l'article 24 et dans ceux de l'annexe C relatifs à l'année 2009, de la hausse du droit sur les alcools forts adoptée à l'article 15.

L'impact de cette mesure conduit en effet à **un accroissement des recettes d'environ 80 millions d'euros** au profit de la branche maladie.

## **III - La position de votre commission**

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**







- 0,2 milliard pour la branche famille ;
- la branche accidents du travail - maladies professionnelles serait proche de l'équilibre.

Ce déficit est en amélioration de 300 millions d'euros par rapport au déficit du régime général de 2008.

Les évolutions les plus marquées concernent :

- **l'assurance maladie** qui voit son déficit ramené à **3,4 milliards d'euros** après 4 milliards en 2008, 4,6 milliards en 2007 et 5,9 milliards en 2006 ; le retour progressif vers l'équilibre de l'assurance maladie est donc confirmé par cette prévision ;

- **l'assurance vieillesse** qui a creusé son déficit, passé de 1,9 milliard en 2006 à 4,6 milliards en 2007 puis 5,7 milliards en 2008, verrait ce solde négatif ramené à **5 milliards** en 2009 ; ainsi, pour la première fois depuis quatre ans, le déficit de la branche cesserait de croître ;

- le déficit de la branche famille qui avait disparu en 2008 réapparaît, à hauteur de 200 millions, principalement sous l'effet de la hausse de la part des majorations de pensions pour enfants qui reviendra à sa charge en 2009.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a voté un amendement pour tirer les conséquences de la hausse du droit sur les alcools forts adoptée à l'article 15.

L'impact de cette mesure conduit en effet à **un accroissement des recettes d'environ 80 millions d'euros** au profit de la branche maladie.

## **III - La position de votre commission**

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**



## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de cohérence rédactionnelle avec d'autres articles du projet de loi.

## **III - La position de votre commission**

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport,  **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 28*

#### **Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites**

***Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2009 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 ;



Au 30 juin 2008, les actifs du FRR s'élevaient à **31,1 milliards d'euros**. La volatilité des marchés financiers depuis l'été 2007, qui s'est encore amplifiée depuis le mois de septembre, rend extrêmement difficile toute projection sur la valeur des actifs à la fin de cette année, ainsi qu'en 2009.

Après 2,7 milliards de produits de placement en 2007, le FRR pourrait ne bénéficier de quasiment aucun produit à ce titre en 2008, la performance de ses actifs étant en très forte baisse. En effet, **au 30 septembre 2008, la performance du FRR s'établit à - 14,5 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008.**

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté, dans le tableau de prévision de recettes du FRR, un amendement de précision afin de rendre sa présentation cohérente avec l'annexe 8 du projet de loi consacrée aux comptes de divers fonds et organismes, dont le FRR.

## **III - La position de votre commission**

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**































pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a indiqué que ce rapport doit être transmis par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Le présent article propose de compléter l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale afin de préciser que les propositions faites par l'Uncam sont accompagnées d'un bilan détaillé des négociations conventionnelles menées durant l'année écoulée.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a précisé que le rapport remis par l'Uncam maladie devra contenir une évaluation de l'impact financier des mesures adoptées au cours de l'année écoulée.

## **III - La position de votre commission**

Cette disposition est inspirée par une recommandation émise par la Cour des comptes, dans son rapport de septembre dernier consacré à l'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale.

A cette occasion, la Cour des comptes a regretté que les informations transmises par l'assurance maladie au Parlement valorisent « *surtout les économies qui résulteraient de la maîtrise médicalisée en évoquant de manière plus laconique, ou en occultant parfois, les surcoûts qu'ils générèrent* ». Le présent article permettra de corriger ce déséquilibre.

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





















la première fois au titre des dépenses d'assurance maladie de l'année 2009, et celles du paragraphe II (identification des médecins prescripteurs) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a souhaité :

- élargir le dispositif de régulation prévu au présent article aux dispositifs médicaux implantables pris en charge en sus des tarifs des GHS ;
- préciser que la validation de la prescription initiale de médicaments orphelins peut également être assurée par les centres de compétence ;
- prévoir que le dispositif de sanction applicable en cas de non-identification du médecin hospitalier prescripteur est applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au lieu du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

## **III - La position de votre commission**

Cet article s'inspire des recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) qui s'était prononcé en faveur d'un renforcement de la régulation des dépenses afférentes à ces produits de santé notamment par le recours systématique « *à des référentiels nationaux de bon usage élaborés par les institutions expertes (agence nationale de la sécurité sanitaire des produits de santé, Haute Autorité de santé, institut national du cancer)* » et par la mise « *à disposition des professionnels de santé des recommandations établies par la Haute Autorité de santé présentant une analyse médico-économique par classes de produits* »<sup>1</sup>.

**Votre commission approuve cette démarche et vous propose d'adopter cet article sans modification.**

---

<sup>1</sup> Hcaam, avis sur le médicament, septembre 2008.









































collectivités territoriales et de leurs établissements publics, de l'Union européenne, des dons et legs.

Le **paragraphe II** précise que l'agence est constituée par la fusion de trois structures existantes, la Mainh, la Meah et le GMSIH. Il est ainsi prévu que les droits et obligations contractés par l'agence régionale d'Ile-de-France pour le compte de la Mainh et de la Meah sont transférés à l'agence. Il en est de même pour les droits et obligations contractés par le GMSIH. Ces transferts sont effectués à titre gratuit.

Les dispositions relatives au fonctionnement du GMSIH figurant dans la rédaction actuelle de l'article L. 6113-10 du code de la santé publique demeurent en vigueur jusqu'à l'approbation de la convention constitutive de la nouvelle Anapes.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Outre une modification de forme, l'Assemblée nationale a précisé que la période transitoire durant laquelle les dispositions relatives au fonctionnement du GMSIH demeurent en vigueur prendra fin, au plus tard, le 31 décembre 2011.

## **III - La position de votre commission**

Les trois derniers rapports de la Cour des comptes consacrés à la sécurité sociale ont mis en évidence les difficultés rencontrées par les établissements de santé pour s'approprier les réformes de gestion et de management proposées par les autorités de tutelle.

L'objectif assigné à cette nouvelle agence paraît ambitieux. Toutefois, le regroupement des missions d'appui (Mainh, Meah) au sein d'une structure unique peut favoriser la diffusion de méthodes d'organisation et de travail susceptibles d'optimiser le fonctionnement des établissements de santé.

Votre commission approuve le principe de la création de cette agence et **vous demande d'adopter cet article sans modification.**

























année de mise en place du dispositif. En moyenne, le gain devrait être de l'ordre de 30 % à 40 % pour ces structures au terme de la démarche de remise à niveau<sup>1</sup>.

Comme le précise l'exposé des motifs, les Ehpad continueront de fournir un compte d'emploi destiné à justifier une utilisation des crédits d'assurance maladie conforme à leur destination. Les établissements bénéficiaires de gains budgétaires devront notamment apporter la preuve qu'ils ont procédé aux recrutements de personnel permettant de satisfaire aux normes d'encadrement imposées par le GMPS de la structure. A défaut, les sommes devront être restituées.

Quant aux établissements dont la dotation soins excède le tarif plafond, celle-ci ne devrait pas être réduite, mais elle serait stabilisée, et les structures concernées seraient vivement incitées à accroître et densifier leur activité pour justifier les ressources qui leur sont attribuées.

Le **gain budgétaire net** attendu de la mesure de convergence s'élève à **25 millions d'euros** par an, dès 2009, pour les seuls Ehpad, montant qui s'ajoute chaque année à celui de l'exercice précédent (100 millions d'euros d'économie à échéance de quatre ans dans le budget de la CNSA, en 2012).

- Le principe de la tarification à la ressource s'appliquera, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, à tous les Ehpad et aux USLD.

Le principe de convergence, tel qu'il est défini par le paragraphe I du présent article, concerne en apparence les seuls Ehpad. En réalité, il est bien étendu aux USLD, dans les mêmes conditions, par le paragraphe IX de l'article 39 du présent projet de loi de financement et concernerait également les établissements et services d'aide par le travail (Esat) ainsi que les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), qui sont eux intégralement financés par l'Etat, d'après les dispositions de l'article 74 du projet de loi de finances pour 2008.

- La mise en place d'une tarification à la ressource emporte deux conséquences sur les modalités d'établissement et de calcul des budgets des Ehpad :

- la disparition de la procédure contradictoire de fixation du budget, laquelle n'intervenait qu'au terme d'un échange entre les Ehpad et les Ddass (**paragraphe II** du présent article écartant les Ehpad du champ d'application du dispositif de procédure contradictoire instauré par l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles) ;

- l'inopposabilité des conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des

---

<sup>1</sup> En réalité, les tarifs plafonds ont été fixés à la moyenne des tarifs pratiqués par les Ehpad et les USLD + 35 %.

Ehpad conventionnés (**paragraphe VI** du présent article complétant le premier alinéa de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles).

S'agissant de la première des deux conséquences à tirer du principe de tarification à la ressource, le **paragraphe II** du présent article ne fait que transposer au secteur social et médico-social la procédure mise en place dans le secteur sanitaire avec la tarification à l'activité, où il n'existe plus de négociation préalable pour la fixation des dotations budgétaires de soins entre les établissements, l'Etat et l'assurance maladie. La procédure contradictoire perd, en effet, son sens dès lors que les règles de calcul des tarifs sont fixées au niveau ministériel et ont une portée générale, sans possibilité de dérogation individuelle.

Comme le souligne l'exposé des motifs du présent article, la tarification à la ressource aura également pour effet mécanique de rendre inopposable à l'assurance maladie la reprise des déficits d'exploitation des Ehpad sur les soins, ce qui doit entraîner une meilleure responsabilisation des gestionnaires dans le cadre des ressources qui leur sont imparties. Réciproquement, le dispositif proposé donnera une plus grande liberté aux établissements dans l'affectation des éventuels excédents de gestion, notamment pour accélérer l'investissement.

En ce qui concerne la question de l'opposabilité des conventions collectives, l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif dont les dépenses de fonctionnement sont, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, supportées, en tout ou partie, directement ou indirectement, soit par des personnes morales de droit public, soit par des organismes de sécurité sociale, ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent après avis d'une commission où sont représentés des élus locaux et dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ces conventions ou accords s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification et leur sont donc, en d'autres termes, opposables.

Concrètement, le respect de ce principe implique que l'autorité tarifaire tienne obligatoirement compte, dans les tarifs qu'elle va retenir pour un établissement, des augmentations de la masse salariale entraînées par la mise en œuvre d'une convention agréée ou d'un avenant à cette convention. Ce mécanisme ne peut plus fonctionner tel quel avec le passage à un système de tarification à la ressource puisque l'allocation de moyens publics aux Ehpad ne doit plus être fonction que des seuls critères de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins. Les conventions collectives resteront bien sûr opposables aux directeurs des établissements mais ceux-ci devront les mettre en œuvre avec les ressources publiques qui leur auront été allouées en fonction des critères de convergence.

Les établissements de santé bénéficient du même principe d'inopposabilité des conventions collectives depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en conséquence du passage à la T2A à 100 % (article 69-IV de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007).

En application du **paragraphe VII** du présent article, les deux dispositifs de conséquence (suppression de la procédure contradictoire en matière budgétaire et inopposabilité des conventions collectives) seront d'application immédiate, concomitamment avec le principe de convergence défini au **paragraphe I**. En ce qui concerne l'inopposabilité des conventions, il s'agit d'éviter les effets d'aubaine qui se traduiraient par une multiplication d'avenants dans l'année précédant le passage à la tarification à la ressource.

- Le présent article a également pour objet de préciser les modalités de versement par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) en établissement et, partant, de créer pour l'avenir les instruments d'une tarification à la ressource pour la dotation dépendance des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

En application des dispositions de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles, l'Apa en établissement est égale au montant des dépenses correspondant au degré de perte d'autonomie du bénéficiaire dans le tarif de l'établissement afférent à la dépendance, diminué d'une participation de la personne hébergée.

L'Apa en établissement peut être versée selon trois modalités :

- au bénéficiaire ;
- directement à l'établissement ;

- à titre expérimental et sur une base volontaire, à l'établissement sous la forme d'une dotation globale, fixée par le président du conseil général qui assure la tarification de l'établissement ; en ce cas, la dotation globale n'inclut pas les participations laissées à la charge des résidents, ni les Apa des pensionnaires relevant, le cas échéant, d'autres départements (qui continuent d'être réglées directement par les conseils généraux concernés).

Ce mode de versement expérimental doit s'inscrire dans le cadre de la convention pluriannuelle signée par l'établissement, le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département. En pratique, la majeure partie des départements a adopté la technique de la dotation globale et ce qui devait être une expérimentation est largement devenu la règle.

Le **paragraphe III** du présent article (2° de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles) institue, dans les Ehpad et les USLD, un forfait global relatif à la dépendance, fixé par arrêté du président du conseil général et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'Apa. **Le forfait global est en fait la généralisation à toutes les collectivités de la dotation budgétaire globale**, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> En application du paragraphe VII du présent article en ce qui concerne la date d'entrée en vigueur du dispositif.

Le **paragraphe IV** tire les conséquences de cette généralisation dans la rédaction de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles qui fixe les modalités de calcul et de versement de l'Apa en établissement.

Le projet de loi ne procède pas à une refonte des règles en vigueur pour le calcul des montants versés par le département aux établissements au titre de la dépendance. La modification de ces mécanismes tarifaires, qui n'ont pas d'impact sur les dépenses de sécurité sociale, n'aurait du reste pas sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le calcul de la dotation dépendance, en l'absence de modification des décrets, continuera donc d'être effectué à partir du coût historique des facteurs de production de la prestation (surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées à quoi s'ajoute, de façon forfaitaire, 30 % des charges salariales des aides soignants, des aides médico-psychologiques ainsi que des dépenses afférentes aux agents de service).

Cependant, en précisant que le forfait global relatif à la dépendance prend *« en compte le niveau de dépendance moyen des résidents »*, le présent article, s'il n'interdit pas le maintien du dispositif actuel de tarification aux coûts historiques, ouvre également la voie vers une tarification à la ressource fondée sur le GMP. Ce point devrait être précisé dans le cadre de la discussion du projet de loi sur le cinquième risque qui pourrait être discuté au cours du premier semestre de 2009.

- Enfin, le présent article conserve, sans le modifier, le principe selon lequel le président du conseil général fixe les tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées.

La tarification de la partie hébergement reste parallèlement libre, sous réserve des règles d'indexation annuelle des prix, pour les places non habilitées à l'ASH.

Cependant, deux séries de mesures sont proposées afin d'améliorer la **transparence des tarifs pratiqués notamment par le parc des établissements à but lucratif** :

- les dispositions actuellement en vigueur de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles prévoient que les établissements d'hébergement non habilités à l'aide sociale, ou habilités à l'aide sociale pour une fraction relativement faible de leur capacité<sup>1</sup>, sont soumis à un régime de

---

<sup>1</sup> C'est-à-dire les établissements entrant dans le périmètre de l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agit des établissements qui ne sont pas habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale ou qui n'accueillent pas à titre principal des bénéficiaires de l'aide sociale pour la fraction de leur capacité au titre de laquelle ils ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Il peut également s'agir, mais cette fois sur une base volontaire, des établissements qui, tout en étant habilités à l'aide sociale, accueillent moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à leur capacité agréée et ont passé avec le président du conseil général une convention d'aide sociale fixant leurs conditions d'occupation et leur tarification d'hébergement (article L. 342-3-1 du code de l'action sociale et des familles).

contrôle de la fixation et de l'évolution de leurs prix d'hébergement par les directions départementales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DDCCRF) ; curieusement, du fait d'une lacune de la législation, cette protection ne s'étend pas aux résidents non admis à l'aide sociale dans les Ehpad et les USLD dont la majorité des places sont habilitées à l'ASH ; le **paragraphe III** du présent article (3<sup>o</sup>, deuxième alinéa, de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles) corrige cette faille ;

- par ailleurs, le paragraphe V de l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les personnes physiques ou morales gestionnaires d'un établissement ou d'un service social ou médico-social, dont les prestations ne sont pas prises en charge ou ne le sont que partiellement par les collectivités publiques et les organismes de sécurité sociale, doivent tenir à la disposition de l'autorité compétente en matière de tarification (conseils généraux, Ddass) tout élément d'information comptable ou financier relatif à l'activité de l'établissement ou du service, ainsi que tous états et comptes annuels consolidés relatifs à l'activité de la personne morale gestionnaire ; cependant, le même article précise que ces dispositions *« ne sont pas applicables aux prestations relatives à l'hébergement dans les établissements visés à l'article L. 342-1 »*, c'est-à-dire ceux n'accueillant pas ou très peu de bénéficiaires de l'ASH ; toujours dans un souci de transparence, le **paragraphe V** du présent article abroge cette restriction et soumet donc les prestations relatives à l'hébergement fournies par les établissements du secteur privé lucratif au contrôle des autorités de tarification, conseils généraux et Ddass.

En revanche, ces établissements ne se verront pas imposer, comme ils le craignaient, la transmission à ces mêmes autorités des comptes retraçant le volet hébergement de leur activité, le premier alinéa du V de l'article L. 314-7 étant supprimé<sup>1</sup>.

Ces deux mesures (extension du champ des contrôles des DDCCRF, extension du champ des contrôles des Ddass et des conseils généraux sur les prestations d'hébergement des établissements non habilités à l'ASH) doivent entrer en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 (**paragraphe VII** du présent article).

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale n'a pas modifié au fond le dispositif du présent article, dont elle a approuvé l'esprit.

Elle a simplement complété le paragraphe II, abrogeant la procédure contradictoire en matière budgétaire, afin de tirer toutes les conséquences de cette abrogation en effectuant **deux coordinations** oubliées dans le projet de

---

<sup>1</sup> Toutefois, l'annexe 3.3 et les articles R. 314-99 à R. 314-101 du code de l'action sociale et des familles permettront d'obtenir quelques informations de base sur ces comptes.

loi initial. Dès lors que les établissements sont dorénavant dispensés de la production de budgets prévisionnels, il convient, en effet, de supprimer :

- le principe selon lequel sont soumises à l'accord de l'autorité compétente en matière de tarification les prévisions de charges et de produits d'exploitation permettant de déterminer les tarifs des prestations prises en charge par l'Etat, les départements ou les organismes de sécurité sociale, ainsi que les affectations de résultats qui en découlent (3<sup>o</sup> du I de l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles) ;

- le principe selon lequel le représentant de l'Etat peut modifier les montants des dépenses et des recettes prévisionnelles définis par l'établissement (deux premiers alinéas de l'article L. 314-5).

### III - La position de votre commission

La mise en œuvre de la tarification à la ressource des prestations de soins des Ehpad et des USLD ainsi que de la convergence de leurs dotations est l'une des principales mesures d'efficacité préconisées dans son rapport d'étape par la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque<sup>1</sup>. Elle est cohérente avec la tarification à l'activité en milieu sanitaire, défendue par votre commission. Elle répond également à un souci d'équité entre les établissements.

A terme, la généralisation de la tarification à la ressource doit permettre de surmonter les blocages introduits par un partage des coûts byzantin et peu opérationnel, comme celui qui attribue 70 % des dépenses d'aides soignants et d'aides médico-psychologiques au forfait soins et 30 % de ces mêmes dépenses au forfait dépendance. A l'avenir, un Ehpad pourra recruter ce type de personnels sans nécessairement avoir à subir un éventuel veto du conseil général puisque celui-ci attribuera sa dotation en fonction de critères de dépendance des personnes hébergées et non plus de coût des facteurs de production de la prestation offerte à ces personnes pour la prise en charge de leur perte d'autonomie.

Enfin, il faut le rappeler à l'attention de ceux qui fustigent par avance un risque de rationnement des soins, la convergence se traduira par une augmentation moyenne de 35 % des ressources affectées aux 80 % d'établissements dont les dotations soins sont sous les tarifs plafonds, sans diminution aucune des moyens alloués aux 20 % d'établissements situés au-dessus de ces tarifs. Simplement, ces derniers seront incités à accroître leur activité de façon qu'elle corresponde aux dotations qui leur sont accordées.

---

<sup>1</sup> « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape » - Rapport Sénat n° 447 (2007-2008) - Tome I - page 174 - Philippe Marini, Président, Alain Vasselle, rapporteur.

Votre commission approuve donc tant la lettre que l'esprit du présent article et a déposé **trois amendements** de portée essentiellement rédactionnelle et de précision :

- le premier regroupe à part, et dans un même article, les dispositions budgétaires concernant les Ehpad qui, dans le texte du Gouvernement, apparaissent éparpillées à plusieurs endroits du code de l'action sociale et des familles. En outre, il prévoit que ces établissements seront soumis à l'obligation de produire des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD). Le projet de loi supprime, en effet, la procédure contradictoire, on l'a vu, mais ne précise pas sur quel type de document l'Ehpad doit inscrire son budget, ni comment la tutelle a communication de ce budget. Il est proposé d'adopter la solution mise en œuvre dans les hôpitaux lors de l'institution de la T2A ;

- le deuxième amendement procède à une réécriture partielle du paragraphe IV et de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles relatifs à la dotation dépendance versée par les départements aux Ehpad ; il s'agit d'adopter une rédaction plus lisible et cohérente de ces dispositifs ;

- le troisième est un amendement de coordination modifiant l'article L. 232-15 du code de l'action sociale et des familles. Dès lors que l'Apa en établissement doit être versée sous forme de forfait global, il convient, en effet, de supprimer toutes les dispositions qui permettraient aux personnes hébergées de percevoir directement la prestation.

**Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

*Article 45*

*(art. L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles ;  
art. L. 5126-6-1 du code de la santé publique)*

**Réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins  
des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

***Objet : Cet article a pour objet de réintégrer dans le tarif soins des Ehpad les dépenses de médicaments qui en avaient été exclues en 2002 et qui sont aujourd'hui prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville.***

**I - Le dispositif proposé**

• Le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes a mis en place la tarification ternaire dans les Ehpad et a ouvert, à l'époque, aux établissements un droit d'option tarifaire, pour la dotation « soins », entre un tarif global et un tarif partiel. L'intégration des médicaments dans les tarifs soins n'était alors prévue que dans le cadre du tarif global.

Par la suite, le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001, ainsi que l'arrêté du même jour pris pour son application, ont posé le principe de l'intégration des médicaments dans les tarifs soins, aussi bien dans le cadre du tarif global que dans celui du tarif partiel.

Cependant, à la suite de l'adoption d'un amendement à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les médicaments ont été finalement retirés de la liste des charges prises en compte et financées dans le cadre du tarif soins, aussi bien dans le cadre du tarif global que dans celui du tarif partiel. La seule exception admise concerne les établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur et, d'une façon générale, l'ensemble des unités de soins de longue durée (USLD). En effet, l'amendement tel qu'il était rédigé ne mentionnait que les « établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles », c'est-à-dire les établissements et services médico-sociaux qui « accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ». Les USLD et les maisons de retraite hospitalières, qui n'ont pas été transformées en établissement médico-social, continuent donc à relever des anciennes règles (médicaments intégrés au forfait soins).

Tel est le droit aujourd'hui applicable, à quelques nuances près.

- Un groupe de travail « *sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées* », présidé par Pierre Deloménie, inspecteur général des affaires sociales, a remis, en mars 2005, des conclusions très critiques sur les conséquences de la sortie du médicament du forfait de soins.

Le rapport estimait que la prise en charge du médicament sur l'enveloppe des soins de ville pose des questions majeures en termes de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé.

La sortie du médicament de la dotation de soins de l'établissement est tout d'abord contradictoire avec l'esprit de la réforme de la tarification visant à accroître la médicalisation et à améliorer la qualité de la prise en charge au sein des établissements. En effet, elle réduit le rôle du médecin coordonnateur : en l'absence d'une gestion financière du médicament, il lui est plus difficile de veiller à l'optimisation de la prescription médicamenteuse, de lutter contre la iatrogénie et d'encourager la professionnalisation et l'harmonisation des pratiques en cohérence avec le projet de soins de l'établissement.

Cette prise en charge par l'enveloppe de soins de ville est également contradictoire avec les pratiques de dispensation et d'administration du médicament au sein des établissements. En effet, l'établissement gère de fait le médicament (l'état de dépendance des patients les empêche le plus souvent de se rendre à la pharmacie d'officine ; l'établissement reçoit donc les médicaments des résidents et charge son personnel soignant de leur administration au patient) sans en gérer en amont l'enveloppe financière.

L'absence de gestion de l'enveloppe emporte aussi des conséquences économiques. L'achat des médicaments, sous le contrôle médicalisé du médecin coordonnateur (grâce au respect de la liste de médicaments préférentiels préalable), permettrait de réaliser des économies au moment de l'approvisionnement. L'établissement pourrait en effet obtenir des rabais auprès des pharmacies d'officine en procédant lui-même à l'achat de médicaments par appel d'offre.

Le rapport Deloménie soulignait enfin le risque d'augmentation du coût du médicament pour les patients qui ne sont pas dotés d'une mutuelle et doivent alors s'acquitter du paiement du ticket modérateur alors que le coût global du médicament était auparavant pris en charge dans l'enveloppe de l'établissement et donc neutre pour le résident.

- Dans le droit fil des analyses du rapport Deloménie, le II de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a infléchi le principe de non-intégration posé en 2002 en précisant que celui-ci ne s'applique non seulement pas aux Ehpad disposant d'une pharmacie à usage intérieur (et aux USLD et maisons de retraite hospitalières), mais que sont également exclus les Ehpad membres d'un groupement de coopération







En réponse à celles des objections qui apparaissaient les plus légitimes, le rapporteur, Jean-Pierre Door a fait adopter par la commission, puis par l'Assemblée en séance plénière, avec le soutien du Gouvernement **un amendement qui réécrit en totalité le présent article selon un tryptique : expérimentation, listes en sus, création de pharmaciens référents.** Au terme de cette nouvelle rédaction :

- la réintégration des médicaments dans la dotation soins des Ehpad fera l'objet d'**expérimentations**, sur la base du volontariat, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, et **pour une période n'excédant pas deux ans** ; ces expérimentations seront réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité ;

- un **rapport d'évaluation** de ces expérimentations devra être remis par le Gouvernement au Parlement avant le 1<sup>er</sup> octobre 2010 ;

- l'expérimentation menée au cours des deux prochaines années par les établissements volontaires sera **généralisée** à tous les Ehpad **au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2011** selon les règles décrites dans le I du présent commentaire et inscrits dans la version initiale de l'article ; le dispositif adopté par l'Assemblée nationale précise que cette généralisation sera effectuée *« en fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement »* ;

- une **« liste en sus »** est instituée pour les médicaments les plus coûteux<sup>1</sup> ; les produits inscrits sur cette liste ne seraient pas financés par les forfaits soins mais seraient tout de même pris en charge directement par l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social personnes âgées (et non pas par l'enveloppe « soins de ville »)<sup>2</sup> ;

- un **pharmacien d'officine référent** est désigné dans chaque Ehpad après avis du médecin coordonnateur.

Ce pharmacien d'officine référent :

- est responsable de l'application de l'ensemble des termes de la convention de fourniture en médicaments de l'Ehpad prévue par l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique ;

- concourt à l'élaboration de la liste, par classe pharmacothérapeutique, de médicaments à utiliser préférentiellement que le médecin coordonnateur est chargé d'établir avec la collaboration des médecins traitants (en application de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles) ;

- concourt enfin à la bonne gestion et au bon usage des médicaments au sein de l'établissement.

---

<sup>1</sup> Tel qu'il est rédigé, le texte ne prévoit de « liste en sus » que dans les Ehpad de l'expérimentation, c'est-à-dire ceux dépourvus d'une pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement sanitaire.

<sup>2</sup> Selon une procédure comparable à ce qui existe pour les hôpitaux, où la liste en sus est financée sur l'Ondam hospitalier.

Par ailleurs, le Gouvernement devrait lancer, dès 2009, **deux études** s'inscrivant dans l'expérimentation prévue par le présent article :

- une enquête, demandée à l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et à l'assurance maladie, destinée à évaluer et à synthétiser les données sur la consommation de médicaments au sein des Ehpad (avec ou sans pharmacie à usage intérieur) ;

- une évaluation quantitative et qualitative des médicaments prescrits en Ehpad avec PUI à partir des données collectées par les Ddass et la CNSA ainsi que d'un échantillon représentatif des Ehpad avec PUI.

### **III - La position de votre commission**

L'intégration des médicaments dans les tarifs soins des établissements est l'une des principales mesures d'efficacité préconisées dans son rapport d'étape par la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque<sup>1</sup>, avec la tarification à la ressource et la convergence tarifaire (article 44 du présent projet de loi). Les motifs qui militent en ce sens ont été largement développés par le rapport Deloménie.

Le compromis adopté par l'Assemblée nationale permet de ne pas transiger sur le principe nécessaire de l'intégration des médicaments dans la dotation soins des Ehpad, tout en définissant certains des prérequis indispensables afin de donner son plein effet à cette mesure :

- allongement des délais préalables à la généralisation du processus et mise en place d'expérimentations permettant de réaliser les ajustements nécessaires ;

- exclusion du forfait des médicaments les plus coûteux ;

- accent mis sur la présence des pharmaciens d'officine au sein même des établissements.

Ces évolutions sont bienvenues et de nature à écarter les craintes excessives qui avaient pu naître au sujet du présent article.

Votre commission les approuve, mais souhaite également qu'en matière de iatrogénie médicamenteuse, l'accent ne soit pas seulement mis sur les pharmacies d'officine et sur des solutions purement comptables. Ce problème appelle aussi **une action sur la prescription médicale**. Elle a donc déposé **un amendement** visant à rappeler que les professionnels de santé exerçant à titre libéral en établissement pour personnes âgées dépendantes doivent veiller à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux qu'ils établissent. Par ailleurs, **le médecin coordonnateur** a un rôle à jouer pour amener les

---

<sup>1</sup> « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape » - Rapport Sénat n° 447 (2007-2008) Tome I - pages 173-174 - Philippe Marini, président, Alain Vasselle, rapporteur.

médecins traitants vers les meilleures pratiques, notamment en dressant une liste indicative des médicaments à utiliser préférentiellement. Cette liste doit bien sûr être élaborée en collaboration avec les médecins traitants et les pharmaciens d'officine référents.

L'amendement propose de conférer une solennité législative à ce dispositif qui existe déjà à un niveau réglementaire.

Un **deuxième amendement** étend le principe de la « liste en sus » de médicaments coûteux à tous les établissements, y inclus ceux comprenant une pharmacie à usage intérieur ou qui sont membres d'un groupement de coopération sanitaire, afin de n'établir aucune discrimination entre les Ehpad.

Enfin, la commission présente **quatre amendements rédactionnels et vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

#### Article 46

*(art. L. 14-10-5 et L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles)*

#### **Financement de la formation des aidants et accueillants familiaux**

**Objet : Cet article élargit le champ des actions de formation susceptibles d'être financées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), conformément aux orientations définies par les plans « Alzheimer » et « autisme » ainsi que par le plan « métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes » (Plan Létard).**

#### **I - Le dispositif proposé**

<b>La mise en œuvre des plans « Alzheimer » et « autisme » (1° du I et a) du 2° du I)</b>
---

• Le plan « *Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012* », dont le contenu a été rendu public voici tout juste un an, le 8 novembre 2007, affiche comme premier objectif l'apport d'un soutien accru aux aidants. Celui-ci passe par trois types de mesures :

- le développement et la diversification des structures de répit ;
- **la consolidation des droits et de la formation des aidants ;**
- l'amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels.

La deuxième de ces mesures consiste notamment à offrir aux familles accompagnant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée, les outils qui leur permettront de comprendre les difficultés du malade, d'adapter les comportements et les gestes adéquats et de maintenir une relation avec lui.

A cette fin, le plan prévoit que **deux jours de formation par an seront proposés à chaque aidant familial**. Un cahier des charges doit être élaboré par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS) afin de préciser le contenu de la formation, en ce qui concerne la relation d'aide, les techniques de prise en charge, la communication non verbale et la gestion du stress.

Le plan prévoit de dégager, au titre de cette action, **une somme de 2,5 millions d'euros** par an jusqu'en 2012, prélevée sur la section IV du budget de la CNSA (soit un total de 12,5 millions).

• Par ailleurs, le plan « *autisme 2008-2010* »<sup>1</sup>, annoncé le 16 mai dernier, prévoit (mesure n° 16) de soutenir les familles et les aidants afin qu'elles puissent se faire une opinion juste pour effectuer leurs choix, être alertées sur les dérives et les dangers de certaines des offres de soins proposées, être guidées, formées et aidées dans leur démarche. A ce titre, il est notamment prévu de :

- lancer un appel à projets en liaison avec la CNSA, en vue de développer des expérimentations locales de formation en direction des parents, des fratries et des aidants (coût : 40 000 euros sur la période 2009-2010) ;

- renforcer le rôle des centres de ressources autisme (CRA) dans le recensement de l'offre territoriale de formation en direction des parents et des aidants ;

- expérimenter un dispositif de guidance parentale pour soutenir les parents et prendre en compte leur connaissance de leur enfant, en demandant à la CNSA et à la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) de bâtir un cahier des charges en vue du lancement d'un appel à projet (coût : 30 000 euros sur la période 2009-2010).

• Enfin, Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, et Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, ont, le 5 février 2008, confié à Valérie Rosso-Debord, députée de Meurthe-et-Moselle, **une mission de réflexion et de proposition sur l'accueil familial**.

---

<sup>1</sup> Plan « autisme 2008-2010 : Construire une nouvelle étape de la politique des troubles envahissants du développement et en particulier de l'autisme ».

Le premier statut des accueillants familiaux<sup>1</sup> remonte à la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes. Sur l'ensemble du territoire national, l'accueil familial de personnes âgées et handicapées concerne environ 10 000 accueillants familiaux pour 14 000 personnes accueillies. En 2002 et 2007, plusieurs réformes législatives et réglementaires ont notablement amélioré le statut et les conditions d'agrément et d'organisation de ce dispositif. Cependant, l'accueil familial reste très peu développé alors qu'il constitue une forme d'accueil de proximité et une véritable alternative au maintien à domicile comme au placement en établissement.

La dernière évolution législative, contenue dans la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, a ouvert la possibilité de recourir au salariat<sup>2</sup>. Ce dispositif soulève toutefois de nouvelles questions, auxquelles la mission confiée à Valérie Rosso-Debord doit apporter des réponses, et notamment celle de la « *reconfiguration des dispositifs de formation des accueillants* »<sup>3</sup>.

• Le 1° et le a) du 2° du **paragraphe I** du présent article complètent l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles afin de prévoir que la section IV du budget de la CNSA peut comporter en charges les dépenses de formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux, dans le droit fil des mesures prévues par les plans « *Alzheimer* » et « *autisme* » et des conclusions attendues de la mission confiée à Valérie Rosso-Debord.

La section IV du budget de la CNSA est consacrée à la promotion des actions innovantes et au **renforcement de la professionnalisation des métiers de service**<sup>4</sup>. Elle comprend deux sous-sections :

- la première, consacrée aux personnes âgées, est alimentée par une fraction comprise entre 5 % et 12 % des recettes de CSG attribuées à la CNSA ;

- la seconde, consacrée aux personnes handicapées, est financée par une fraction (12 % au maximum) des ressources de cotisations de solidarité pour l'autonomie (CSA) affectées aux établissements et services accueillant des personnes handicapées.

<sup>1</sup> En application des dispositions de l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles, l'accueillant familial accueille « habituellement à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus ». Il doit faire l'objet d'un agrément, renouvelable, par le président du conseil général de son département de résidence.

<sup>2</sup> Dispositif de l'article L. 444-1 du code de l'action sociale et des familles. Les accueillants familiaux employés par des collectivités territoriales ou leurs établissements publics administratifs sont des agents non titulaires de ces collectivités. Les accueillants familiaux employés par des établissements sociaux ou médico-sociaux publics sont des agents non titulaires de ces établissements.

<sup>3</sup> Selon l'expression contenue dans la lettre de mission des ministres à la députée.

<sup>4</sup> Paragraphe IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

Les dotations de la section IV bénéficient d'une augmentation sensible (+ 16,7 %) dans le budget adopté par la CNSA le 14 octobre dernier par rapport à 2008.

#### Evolution des dotations de la section IV du budget de la CNSA 2008-2009

*(en millions d'euros)*

	<b>Budget rectifié de 2008 (Conseil du 01.04.08)</b>	<b>Budget primitif de 2009 (Conseil du 14.10.09)</b>	<b>Evolution en %</b>
Sous-section 1 Personnes âgées	65,8	75,8	+ 15,2 %
Sous-section 2 Personnes handicapées	11,9	14,9	+ 25,2 %
<b>Total Section IV</b>	<b>77,7</b>	<b>90,7</b>	<b>+ 16,7 %</b>

<p><b>La mise en œuvre des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes (b) du 2° du I et 3° du II)</b></p>
--

L'augmentation des dotations de la CNSA aux actions de formation des personnels trouve également son origine dans la mise en œuvre du plan Létard, appelé à être décliné dans les plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes.

Les pouvoirs publics évaluent à près de 900 000 le nombre des professionnels travaillant en établissements ou dans le cadre de l'aide à domicile et estiment que, sur la période 2005-2015, 400 000 emplois au total seront à pourvoir dans ce secteur d'activité : 200 000 postes afin de remplacer des départs en retraite et 200 000 emplois correspondant à des créations nettes destinées à faire face aux besoins de la population.

L'initiative de la secrétaire d'Etat à la solidarité repose principalement sur les principes d'expérimentation régionale et de concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (régions, réseaux associatifs, CNSA et organismes paritaires collecteurs agréés du financement des employeurs au titre de la formation professionnelle - OPCA). Il s'agit de permettre une mutualisation des financements autour d'objectifs communs, qui seront définis dans le cadre de conventions nationales et régionales.

En 2008, trois expérimentations pilotes ont été menées, dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Centre.

L'essentiel des financements continuera d'être apporté par les régions, compétentes en matière de formation (670 millions d'euros versés en 2006), ainsi que par les OPCA (450 millions d'euros), l'Etat contribuant pour une part modeste au plan (10 millions d'euros en 2008).

Quant à la CNSA, son intervention devait prendre trois aspects selon le schéma annoncé au mois de février dernier :

- maintien du financement des conventions passées avec les OPCA à un niveau quasi identique à celui du montant des conventions conclues en 2007, soit 10 millions d'euros par an (pendant cinq ans) prélevés sur la section IV du budget (50 millions d'euros en tout) ;

- mise en place de formules de tutorat et de stages en établissements sociaux et médico-sociaux en lien avec les institutions de formation en soins infirmiers (Ifsi) et les instituts régionaux du travail social (IRTS) afin d'attirer, en plus grand nombre, les jeunes infirmiers et aides-soignants vers le secteur médico-social alors qu'ils ont spontanément tendance à se diriger vers le secteur sanitaire ; la CNSA devait concourir au financement de ces formations à hauteur de 2,5 millions d'euros sur cinq ans, prélevés sur les excédents de la section I de son budget (financement des établissements sociaux et médico-sociaux, section qui est, actuellement, structurellement excédentaire) ;

- participation au financement du remplacement des personnels en formation dans les Ehpad ; la CNSA devait apporter directement 4,2 millions d'euros aux trois régions expérimentales sur la base d'un coût moyen de 28 000 euros par personnel pris en charge, dont 50 % imputés sur le budget de la caisse ; en phase de généralisation, la CNSA devait verser 30 à 35 millions par an pour la couverture de cette opération, soit 150 millions d'euros sur cinq ans ; la ressource devait être prélevée directement sur la section I du budget de la CNSA (financement des établissements sociaux et médico-sociaux) ; cette mesure était particulièrement attendue car elle est véritablement de nature à inciter les Ehpad, les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) à améliorer la qualification de leurs salariés, alors qu'en l'absence de compensation financière au départ du salarié en formation, l'établissement ou le service auraient hésité ou auraient refusé le départ, même temporaire, de l'intéressé.

Le *b*) du 2° du **paragraphe I** et le 3° du **paragraphe II** du présent article inscrivent au rang des actions de formation pouvant être financées sur le budget de la CNSA celles décrites dans les deux alinéas ci-dessus (tutorats et remplacement des personnels en formation) afin de rendre effectives les décisions prises dans le cadre du plan Létard. Les modalités de financement finalement retenues ne recoupent cependant que partiellement les schémas annoncés en février dernier :

- la CNSA peut prendre en charge « *les frais de remplacement des personnels en formation lorsque ces formations sont suivies pendant le temps de travail* » (*b*) du 2° du I) ; toutefois, ces frais seront inscrits à la section IV du budget de la caisse, consacrée au financement des actions de formation des personnels, et non sur la section I (financement des établissements sociaux et médico-sociaux) ; même si la section IV est en forte augmentation, comme on l'a vu plus haut, ses ressources ne permettront pas de couvrir le montant annuel de dépenses de 30 à 35 millions d'euros envisagé pour financer le coût

de la mesure de prise en charge des personnels en formation sur leur temps de travail ; les ambitions affichées au début de l'année devront donc certainement être revues à la baisse, même si l'on doit saluer leur concrétisation ;

- la CNSA est également invitée à apporter des moyens pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle ainsi que de tutorat (3<sup>o</sup> du II) ; il s'y ajoute le financement des actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) éventuellement adopté par un établissement ou un service du secteur médico-social ; comme prévu, l'ensemble des moyens nécessaires seront prélevés sur la section IV du budget de la CNSA (financement des actions de formation des personnels), à partir des excédents dégagés par la caisse sur sa gestion des années précédentes (essentiellement à partir de la section I, dont on a vu qu'elle est structurellement excédentaire).

Ce dernier dispositif (actions ponctuelles de préformation, de préparation à la vie professionnelle, de tutorat ; actions réalisées dans le cadre d'une GPEC) se fonde dans un mécanisme adopté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 69-I) qui prévoyait d'ores et déjà que les excédents de la CNSA peuvent être utilisés au financement d'actions ponctuelles « *de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services médico-sociaux* », à l'exception des structures qui n'ont pas encore signé de convention tripartite ou bien ont exercé le droit d'option leur permettant de déroger à l'obligation de passer cette convention.

Ce mécanisme - qui comprend donc dorénavant le financement d'actions ponctuelles « *de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification* » - est, pour l'occasion remanié sur deux points :

- d'une part, il s'adresse à tous les personnels, et pas seulement aux personnels soignants, comme cela était le cas dans l'article 69 de la loi de financement pour 2008 ; en particulier, les agents de service chargés notamment de l'accueil, de l'entretien des locaux et du rangement du matériel sont désormais inclus dans le champ d'application de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles ;

- d'autre part, il ne concerne plus que les Ehpad, la référence aux services médico-sociaux (Ssiad, Spasad) étant supprimée<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> En revanche, le financement d'actions réalisées dans le cadre d'un plan de GPEC est possible tant pour un Ehpad que pour un service médico-social, Ssiad ou Spasad.

**Une mesure de simplification de la présentation du budget de la CNSA :  
le rassemblement de l'ensemble des moyens consacrés à la formation  
dans la section IV (paragraphe II)**

L'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles, créé par l'article 69 précité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, a regroupé au sein de la section V du budget de la CNSA (« *Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie* ») la part des crédits reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent affectée :

- au financement d'opérations d'investissement immobilier ;
- au financement d'actions ponctuelles de formation, décrites ci-dessus et dont le champ est élargi par le présent article.

Ces deux catégories de dépenses ne sont évidemment pas de même nature et on a vu par ailleurs que les actions de formation financées par la CNSA sont inscrites à la section IV de son budget.

Le **paragraphe II** du présent article tire les conséquences de ce constat et a pour objet :

- de maintenir dans la section V<sup>1</sup> du budget de la CNSA les excédents de gestion affectés en n+1 au financement d'opérations d'investissement immobilier ;

- de faire passer sous la section IV<sup>2</sup> le financement sur excédents budgétaires d'actions ponctuelles « *de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels* », ainsi que le financement d'actions réalisées dans le cadre de plans de GPEC.

L'Assemblée nationale a adopté le présent article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission salue la concrétisation, permise par le présent article, des dispositions relatives aux formations contenues dans les plans « Alzheimer », « autisme » et « métiers » annoncés depuis un an. Les instruments qu'il met en place sont autant de mesures attendues par les familles et les professionnels qui interviennent à leurs côtés ainsi que par les structures d'accueil des personnes âgées. Au cours de ses auditions, votre rapporteur a pu constater combien ses interlocuteurs appréciaient la démarche ainsi engagée par le Gouvernement.

---

<sup>1</sup> Les sections IV et V comportent elles-mêmes deux sous-sections, l'une consacrée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées.

<sup>2</sup> Les sections IV et V comportent elles-mêmes deux sous-sections, l'une consacrée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées.

Il vous soumet **deux amendements** de forme, l'un de portée strictement rédactionnelle, l'autre visant à corriger un oubli manifeste dans le projet de loi initial qui ne mentionne que les personnels des Ehpad, et pas ceux des services (Ssiad et Spasad), parmi les bénéficiaires potentiels des crédits en excédent de la CNSA reportés sur la section 4 (alors que le dispositif actuel englobe bien les personnels et établissements et des services sociaux et médico-sociaux).

**Votre commission vous demande d'adopter le présent article ainsi modifié.**

*Article 47*

(art. L. 1142-22, L. 1142-23, L. 1221-14 nouveau, L. 3111-9, L. 3122-1 et L. 3122-5 du code de la santé publique)

**Procédure d'indemnisation à l'amiable par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine - Dotation pour 2009 à l'Oniam**

*Objet : Cet article instaure une nouvelle procédure de règlement à l'amiable des litiges nés des contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C.*

**I - Le dispositif proposé**

L'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) est un établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé. Créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits et devoirs des malades et à la qualité du système de santé, il est chargé d'indemniser, sous certaines conditions, les victimes d'aléas thérapeutiques. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi les compétences de l'Oniam en lui confiant, d'une part, l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux résultant de mesures sanitaires d'urgence, d'autre part, les obligations du fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (Fith), institué par la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social, pour l'indemnisation des victimes de contaminations transfusionnelles par le VIH.

Le **paragraphe I** propose de modifier la rédaction de l'article L. 1221-14 du code de la santé publique afin d'étendre les compétences de l'Oniam à l'indemnisation des victimes d'une infection par l'hépatite C (VHC).

Cette modification vise à combler un vide juridique puisque, contrairement à ce qui a été prévu pour l'indemnisation des personnes

contaminées par le VIH, aucune procédure d'indemnisation de plein droit n'a été prévue pour celles contaminées par le VHC. Ce type d'indemnisation est réglé par voie contentieuse et ce processus entraîne les victimes dans des actions longues et coûteuses.

Selon l'exposé des motifs de cet article, l'établissement français du sang (EFS) qui a la charge de ce contentieux « *ne dispose pas en son sein des compétences nécessaires* » pour prendre en charge une procédure d'indemnisation à l'amiable des victimes. Il est donc proposé de confier cette mission à l'Oniam « *qui dispose d'un savoir faire éprouvé* ».

Ce nouveau régime d'indemnisation vise essentiellement des contaminations anciennes, réalisées avant 1992, dans la mesure où un arrêté du 19 février 1990 a rendu obligatoire le dépistage du VHC chez les donneurs de sang. Les délais d'apparition des premiers symptômes de l'hépatite C expliquent cependant qu'un certain nombre de contamination puissent être découvertes que récemment.

Cette nouvelle procédure s'inspire du régime applicable à l'indemnisation des personnes contaminées par voie transfusionnelle par le VIH. Le présent article reprend le régime de charge de la preuve créé par l'article 102 de la loi de santé publique précitée. Le demandeur doit apporter la preuve de l'atteinte par le VHC et des transfusions de produits sanguins ou injections de médicaments dérivés du sang. L'article précise que le doute profite au demandeur.

L'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices sera réalisée selon la procédure transactionnelle prévue à l'article 2044 du code civil, déduction faite des créances des organismes sociaux.

Ce recours à un règlement amiable ne constitue pas un préalable obligatoire. La victime conserve la faculté d'engager une démarche indemnitaire contre l'Oniam directement devant la juridiction administrative. Pour éviter toute interférence des procédures amiable et contentieuse, la victime doit informer l'Oniam des procédures juridictionnelles en cours et informer les juges compétents du fait qu'elle a saisi l'office.

Ce dispositif prévoit que l'Oniam devra faire à la victime une offre d'indemnisation évaluant chaque chef de préjudice. Les indemnités de toute nature que la victime a perçues seront déduites du montant de l'offre.

La victime pourra poursuivre l'Oniam devant les tribunaux administratifs en cas de rejet de sa demande, de silence gardé par l'Oniam pendant plus de six mois après la justification complète des préjudices ou en cas d'offre qu'elle juge insuffisante.

Cette procédure d'indemnisation des personnes contaminées par le VHC à la suite d'une transfusion ou d'une injection de médicament dérivé du sang ne sera applicable que si la transfusion ou l'injection en cause a été réalisée sur le territoire français, à l'exclusion des collectivités d'outre-mer

autres que les Dom, même si le médicament dérivé du sang a été élaboré en France dès lors que son injection est réalisée hors du territoire.

Seront également applicables les règles de l'article L. 3122-4 du code de la santé publique selon lesquelles l'Oniam est subrogé, à due concurrence des sommes versées à la victime, dans les droits de celle-ci contre la personne responsable du dommage ainsi que son assureur dès lors que le dommage est imputable à une faute. Une restriction empêche cependant l'Oniam de se retourner contre l'EFS pour les cas de défaut de garantie assurantielle ou d'épuisement de la garantie assurantielle des établissements de transfusions sanguines.

L'Oniam peut prétendre à son action subrogatoire contre les assureurs desdits établissements pour les garanties qui restent dues.

**Des dispositions transitoires sont prévues pour les litiges en cours au jour de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.** Elles prévoient que l'Oniam se substituera à l'EFS dans les litiges en cours relatifs à l'indemnisation des personnes contaminées par le VHC. Les personnes ayant déjà intenté une action contre l'EFS pourront bénéficier de la nouvelle procédure de règlement amiable dès lors que l'action n'a pas donné lieu à une décision passée en force de chose jugée. Les demandeurs devront alors solliciter du juge saisi un sursis à statuer. Si l'office rejette leur demande, n'y répond pas dans le délai de six mois ou leur fait une offre qui ne les satisfait pas, ils pourront contester la décision de l'Oniam devant la juridiction initialement saisie et ayant prononcé le sursis, sans devoir engager un nouveau contentieux distinct du contentieux initial.

Par ailleurs, l'Oniam sera doté d'un conseil d'orientation, placé au sein de son conseil d'administration, chargé de fixer les orientations générales de l'établissement en matière d'indemnisation des victimes de vaccinations obligatoires et de contaminations transfusionnelles par les virus VIH et VHC. Ce conseil d'orientation permet d'associer à ces procédures les associations d'usagers et de victimes.

Le **paragraphe II** fixe la dotation de l'Oniam pour 2009. En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'office dispose à titre de ressource principale, voire quasi exclusive, d'une dotation globale versée par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. En pratique toutefois, aucune dotation n'a été votée pour 2006 et 2007, en raison du montant élevé du fonds de roulement accordé d'office - 200 millions d'euros - en 2004 et 2005.

(en millions d'euros)

	Dotations	Indemnisations
2002	70	0,0
2003	70	0,5
2004	70	3,9
2005	30	21,7
2006	0	44,7
2007	0	75,7
2008*	50	94,0
2009*	117	117,0

\* Prévisions

Source : Oniam

L'analyse des exercices 2006, 2007 et 2008 révèle une forte expansion des dépenses entraînant une diminution parallèle des réserves et la nécessité de financer à nouveau l'Oniam pour lui permettre d'accomplir sa mission. Pour 2009, le présent article propose de fixer à 117 millions le montant de la dotation versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Hormis des précisions rédactionnelles, l'Assemblée nationale n'a apporté aucune modification à cet article.

## **II - La position de votre commission**

Vous commission apporte son soutien à la démarche du Gouvernement visant à simplifier les procédures d'indemnisation des victimes d'aléas thérapeutiques. Elle approuve ce dispositif qui suscite une attente forte chez les associations de patients concernés.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 48*

*(article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000  
de financement de la sécurité sociale pour 2001)*

**Dotations pour 2009 au fonds d'intervention pour la qualité  
et la coordination des soins, au fonds pour la modernisation  
des établissements de santé publics et privés et à l'établissement  
de préparation et de réponse aux urgences sanitaires**

*Objet : Cet article fixe le montant de la participation des régimes  
d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention de la qualité  
(Fiqs), du fonds de modernisation des établissements de santé publics et  
privés (FMESPP) et de l'établissement de préparation et de réponse aux  
urgences sanitaires (Eprus).*

**I - Le dispositif proposé**

Le **paragraphe I** fixe à 240 millions d'euros le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (Fiqs) pour 2009.

Le Fiqs a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il résulte de la fusion de la dotation nationale des réseaux et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqs) effective depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Ce fonds est chargé de financer les actions et expérimentations concourant à l'amélioration des soins de ville, le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant les professionnels de santé exerçant en ville et dans les établissements de santé. Il apporte également son concours aux actions visant à favoriser le maintien et l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-médicalisées et contribue à la mise en œuvre du dossier personnel médical.

Le tableau ci-dessous permet de suivre la consommation des crédits accordés à ce fond. La forte augmentation des dotations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie à compter de 2007 était destinée à permettre le financement des expérimentations nécessaires à la mise en œuvre du dossier médical personnel.

### Suivi du FAQSV depuis 2000, puis du FIQCS depuis 2007

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dotation	76,2	0	76,6	20	15	60	60	119,5	231	240
Dotation cumulée au fonds	252,4	328,6	405,2	425,2	440,2	500,2	560,2	679,7	910,7	1150,7
Consommation annuelle	4,8	31	50	54,5	59,4	67	53,0	18,8		
Consommation de crédits cumulés	104,8	135,8	185,8	240,3	299,7	366,7	419,7	438,5		
Solde annuel	71,4	45,2	- 50	- 34,5	- 44,4	- 7	7,1	100,7		
Solde net cumulé	147,6	192,8	142,8	108,3	63,9	56,9	64,0	164,7		

Source : CnamTSSD6/DSS

Le **paragraphe II** modifie les compétences du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Le FMESPP a été conçu dès son origine pour financer les dépenses d'investissements et de fonctionnement des établissements et de leurs groupements de coopération. Le périmètre de ses compétences a évolué afin de lui permettre de prendre en charge le financement des actions de modernisation sociale ou encore des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements de santé. Il participe également au financement des missions créées dans le cadre du plan « hôpital 2007 » : la mission d'expertise et d'audit hospitalier (Meah), la mission tarification à l'activité (MT2A) et la mission nationale d'appui à l'investissement (Mainh). Il s'agit d'un outil particulièrement important pour la poursuite de la politique de modernisation des établissements de santé promue par le Gouvernement.

Le présent article rectifie l'énoncé des missions du FMESPP pour tenir compte du changement de statut de la MT2A, devenue un service de l'agence technique de l'information hospitalière (Atih), afin de maintenir le financement accordé par la FMESPP à cette mission.

Le tableau suivant retrace les budgets alloués aux missions « hôpital 2007 », dont la MT2A, sur la période 2005-2009 :

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009*
MT2A / Atih	5,30	1,48	3,60	3,65	3,65
Mainh	7,72	11,20	11,70	11,70	11,70
Meah	18,15	17,0	25,2	23,11	23,11

\* Prévisions

Source : Annexe 8 du PLFSS pour 2009

Le **paragraphe III** fixe à 190 millions d'euros le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP soins pour 2009, soit une diminution de 102 millions par rapport à 2008.

Cette dotation tient compte des reports de crédits dont pourra bénéficier le FMESPP en 2008, en raisons de la non consommation de la totalité des crédits accordés les années précédentes.

### Suivi du FMESPP depuis 2000

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dotation	121,9	205,8	244	450	470	405	327	376	201	190
Dotation cumulée au fonds	167,6	327,7	571,7	1 021,27	1 491,7	1 896,7	2 223,7	2 599,7	2800,7	2990,7
Consommation annuelle	17,2	81,7	247,3	375	458,9	408,5	275,5	183,5		
Consommation de crédits cumulés	17,2	98,9	346,2	721,2	1 180,1	1 588,6	1 864,1	2 047,6		
Taux de réalisation annuelle		39,7 %	101,4%	83,3 %	97,6 %	100,9 %	84,3 %	48,8 %		
Taux de réalisation cumulée		30,2 %	60,6 %	70,6 %	79,1 %	83,8 %	83,8 %	78,8 %		

Source : CDC et DSS/SDI

Le **paragraphe IV** fixe à 44 millions d'euros le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) pour 2009.

L'Eprus est un établissement public de l'Etat à caractère administratif créé par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur. Il a repris les tâches précédemment dévolues au fonds « Biotox » et au fonds de prévention des risques sanitaires (acquisition, fabrication, importation, stockage, distribution et exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires graves). Il doit par ailleurs assurer la gestion administrative et financière du « *corps de réserve sanitaire* » composé de professionnels de santé volontaires « *en vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menaces sanitaires graves sur tout le territoire national* ».

En application des dispositions de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, les recettes de l'Eprus sont notamment constituées de subventions de l'Etat et d'une contribution à la charge de l'assurance maladie. Le montant de celle-ci ne peut représenter plus de 50 % des ressources de l'établissement.

## II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

### **III - La position de votre commission**

Votre commission constate que les dotations versées à ces deux organismes sont moins importantes que les années précédentes. Le Gouvernement a ainsi tenu compte de la faible consommation des dotations versées à ces fonds.

Elle vous propose **un amendement** visant à réduire la dotation versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie au Fiqcs et au FMESPP qui disposent encore d'un fonds de roulement important. L'adoption de cet amendement permettra une économie supplémentaire de 80 millions d'euros, sans nuire à la capacité d'intervention de ces structures.

**Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

#### *Article 48 bis*

*(art. L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;  
article 116-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions  
statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;  
art. L. 141-1 du code des assurances)*

**Versement d'une dotation des régimes obligatoires  
d'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales  
des établissements hospitaliers publics**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit le versement d'une dotation de l'assurance maladie à un régime de retraite complémentaire des personnels hospitaliers.***

### **I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Depuis 1963, le comité de gestion des œuvres sociales des établissements publics hospitaliers (Cegos) propose à ses adhérents de souscrire un produit d'épargne retraite complémentaire (complémentaire retraite des hospitaliers ou CHR), dont la gestion est confiée à la société d'assurance AGF. La souscription de ce contrat est facultative ; elle garantit au bénéficiaire le versement d'une rente pendant les cinq premières années suivant sa cessation d'activité.

L'équilibre financier de ce produit de retraite s'est fortement compromis, les cotisations perçues auprès des adhérents ne suffisant plus à couvrir les engagements souscrits.

Un plan de redressement a été élaboré à la suite d'une mission de médiation menée en 2007. Ce plan prévoit la consolidation de la situation financière de la CHR pour les vingt prochaines années. Un effort financier sera demandé aux adhérents et à la société d'assurance gestionnaire. Compte

tenu du caractère sensible de ce dossier dans la communauté hospitalière, ce plan de sauvetage sera complété par une dotation versée par les pouvoirs publics.

Le présent article prévoit donc que les régimes obligatoires d'assurance maladie verseront au Cegos une dotation annuelle pour contribuer au redressement de la CHR. Le montant de cette dotation sera fixé par arrêté ministériel.

Selon les informations recueillies par votre rapporteur, les besoins de financement annuels de la CHR s'élèveraient à 14 millions d'euros.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission observe que le paiement de cette dotation, prévue dans le cadre du plan de redressement de la CHR, aurait pu intervenir par l'intermédiaire du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui dispose de compétences en matière d'action sociale.

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

### *Article 49*

#### **Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès**

***Objet : Cet article fixe le montant des objectifs de dépenses de la branche assurance maladie, maternité, invalidité et décès pour 2008.***

## **I - Le dispositif proposé**

La branche assurance maladie présente la singularité de voir ses dépenses encadrées par deux objectifs distincts, l'objectif de branche et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Toutes les autres branches de la sécurité sociale ne comportent qu'un seul objectif de dépenses.

Depuis 2005, et la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'objectif de branche retrace les dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, et non plus seulement des régimes de plus de 20 000 personnes, ainsi que, de manière spécifique, celles du régime général.

Le champ de l'objectif de dépenses est donc plus étendu que celui de l'Ondam puisqu'il intègre les frais de gestion engagés par les caisses

d'assurance maladie et des prestations en espèces (indemnités maternité par exemple).

L'article L.O. 111-4 du code la sécurité sociale prévoit que, chaque année, l'annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale précise les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'Ondam.

*Cette annexe précise que « le caractère économique, interrégimes et périodiquement actualisable de l'Ondam diffère du caractère comptable, reposant sur l'addition de comptes de chaque régime et construit à partir des comptes définitivement clos de l'année précédente des objectifs de dépenses du projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'exercice de prévision nécessaire à la construction d'objectifs de dépenses cohérents avec l'Ondam repose donc sur de nombreux retraitements et conventions. ».*

Il convient donc de bien distinguer, d'un côté, l'objectif de dépenses de la branche assurance maladie et, de l'autre, l'Ondam.

En application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité à :

- 185,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base ;
- 160,7 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Bien que la Cour des comptes ait observé, à plusieurs reprises depuis 2003, que cet objectif de branche ne dispose d'aucun rôle opératoire, **vo**tre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

*Article 50*

**Fixation du montant de l'objectif national  
de dépenses d'assurance maladie et de sa ventilation**

***Objet : Cet article fixe à 157,6 milliards d'euros le montant de l'Ondam pour 2008.***

**I - Le dispositif proposé**

Depuis 2004, la situation financière de l'assurance maladie n'a cessé de s'améliorer. Au cours des quatre dernières années, le déficit du régime général a été divisé par trois, passant de 11,6 à 4 milliards d'euros, selon les résultats publiés par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier.

Le principal objectif de l'Ondam 2009 est de poursuivre le redressement financier de l'assurance maladie pour parvenir, ainsi que l'a déclaré le ministre des comptes publics, à l'équilibre des comptes de cette branche dès 2011.

**Le montant de l'Ondam pour 2009 est fixé à 157,6 milliards d'euros, soit un taux de croissance de 3,3 % identique à celui constaté en 2008.** Il s'agit du taux de progression le plus élevé depuis la réforme de l'assurance maladie en 2004.

Ce taux de progression de 3,3 % est également celui retenu dans la projection pluriannuelle 2009-2012 présenté à l'annexe B du présent projet de loi de financement. Le respect de cet objectif triennal supposera un effort continu pour améliorer l'efficacité du système de santé.

**Montant de l'Ondam voté et réalisé**

*(en milliards d'euros)*

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Ondam voté	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,5	140,7	144,8	152	157,6
Ondam réalisé	91,4	95,1	97,6	103,0	108,8	116,7	124,7	131,0	134,9	141,8	147,7	152,8	
Dépassement	- 0,1	1,5	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2	1,3	0,4	1,2	2,9	0,8	

\*prévisions

La présentation de l'Ondam pour 2009 tient compte des modifications du périmètre survenues d'une année sur l'autre et retracées dans l'annexe 7 du projet de loi de financement. Cette année les principales évolutions concernent :

- les remises conventionnelles versées au titre de la clause de sauvegarde par les entreprises pharmaceutiques, qui sont réintégrées dans l'Ondam (344 millions) ;

- le transfert des dépenses de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers, de l'assurance maladie vers les conseils régionaux, en application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ;

- le transfert de 320 millions d'euros du sous-objectif soins de ville vers celui relatif à la prise en charge des personnes âgées, afin de tenir compte de la réintégration du financement des dispositifs médicaux dans les forfaits de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

- le transfert de 340 millions d'un sous-objectif hospitalier à l'autre pour tenir compte des nouvelles modalités de financement des établissements de santé des armées.

Pour respecter ce taux de progression de 3,3 %, le Gouvernement propose des recettes nouvelles et des économies fondées sur l'optimisation des dépenses. Sans ces mesures, l'Ondam augmenterait de 4,7 % en 2009 sous l'effet de la progression tendancielle des dépenses, des provisions pour revalorisations des tarifs et de l'introduction de nouvelles prises en charge répondant aux priorités de santé publique.

**En 2009, 1,6 milliard d'euros de recettes nouvelles sont prévus pour l'assurance maladie.** Ces recettes proviennent essentiellement de la modification des modalités de financement du fonds CMU-c qui est désormais intégralement financé par l'intermédiaire de la taxe sur le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires. Cette modification permet d'affecter à l'assurance maladie les autres recettes actuelles du fonds CMU : la contribution sur les alcools de plus de 25° (420 millions), la fraction de 4,34 % des droits de consommation sur le tabac (415 millions). Il est enfin prévu que les excédents du fonds CMU seront affectés à la Cnam chaque année. Un premier versement de 138 millions est prévu en 2009.

Des ressources supplémentaires sont également attendues de la création du forfait social. Cette nouvelle contribution à la charge des employeurs se présente sous la forme d'un prélèvement à un taux réduit (2 %) par rapport au droit commun sur des éléments de rémunération qui sont aujourd'hui exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. Cette contribution sera affectée à la Cnam pour un montant prévu de 400 millions en 2009.

Par ailleurs, le transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail sera revalorisé. Une commission d'experts a évalué, en juillet 2008, la sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 565 millions et 1,015 milliard d'euros, soit une hausse significative par rapport à la précédente estimation, réalisée en 2005 et pour laquelle la fourchette était de 355 millions à 750 millions d'euros. Le Gouvernement a donc décidé de réévaluer le montant du transfert financier entre ces deux branches de la sécurité sociale : de 410 millions en 2008, il passera à 710 millions en 2009. Cette revalorisation permet d'augmenter à due concurrence les ressources de l'assurance maladie.

**Outre les recettes nouvelles, la branche devra réaliser des économies à hauteur de 2,2 milliards d'euros, intégralement fondées sur l'optimisation des dépenses de santé.** La maîtrise médicalisée conventionnelle et les actions sur le prix des médicaments constitueront les principales sources d'économies.

**Impact des mesures nouvelles 2009 sur les comptes 2009 du régime général**

*(en millions d'euros)*

	Régime général	Tous régimes
<b>Mesures sur les dépenses d'assurance maladie</b>	<b>2 149</b>	<b>2 473</b>
<b>Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2009</b>	<b>1 860</b>	<b>2 168</b>
Majoration de la modulation du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins	129	150
Fixation d'un nombre de séances pour les actes en série sur référentiels HAS	56	65
Maîtrise médicalisée mise en œuvre par l'assurance maladie et économies sur les aides à la télétransmission	450	525
Baisses de tarifs ciblées sur certains actes médicaux et analyses de biologie	215	250
Plan médicament : baisse de prix de médicaments sous brevet et convergence des prix par classe	292	340
Plan médicament : accroissement des baisses de prix des médicaments génériques	34	40
Baisse de prix sur les dispositifs médicaux	43	50
Gestion médicalisée de la liste des produits de santé remboursables et suites des recommandations médico-économiques de la HAS	112	130
Marges de distribution des médicaments en ville et en rétrocession	86	100
Développement de l'utilisation des grands conditionnements	26	30
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	34	40
Economies sur les établissements de santé	166	193
Lutte contre les fraudes et contrôle des droits	73	85
Ajustement des dotations des fonds surdotés de l'Ondam	146	170

*Source : annexe 9 du PLFSS*

Comme au cours des trois derniers exercices, l'Ondam pour 2009 est subdivisé en six sous-objectifs.

Le montant du **sous-objectif soins de ville** est fixé à 73,2 milliards d'euros.

Le sous-objectif « **dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité** » et le sous-objectif « **autres dépenses relatives aux établissements de santé** » s'élèvent respectivement à 50,9 milliards et 18,7 milliards, soit un montant total de 69,6 milliards consacrés à l'hôpital.

### Ventilation de l'Ondam 2009

	Construction		Taux d'évolution
	Base 2009	Sous-objectifs	
<b>1) Dépenses de soins de ville</b>	<b>71,0</b>	<b>73,2</b>	<b>3,1 %</b>
<i>Total Ondam établissements de santé</i>	<i>67,6</i>	<i>69,6</i>	<i>3,1 %</i>
<b>2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifées à l'activité</b>	<b>49,2</b>	<b>50,9</b>	<b>3,5 %</b>
<b>3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé</b>	<b>18,4</b>	<b>18,7</b>	<b>2,0</b>
<i>Total Ondam établissements et services médico-sociaux</i>	<i>13,1</i>	<i>13,9</i>	<i>6,3 %</i>
<b>4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</b>	<b>5,7</b>	<b>6,2</b>	<b>8,3 %</b>
<b>5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</b>	<b>7,4</b>	<b>7,7</b>	<b>4,7 %</b>
<b>6) Dépenses relatives aux autres prises en charge</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>- 0,9 %</b>
<b>Ondam total</b>	<b>152,6</b>	<b>157,6</b>	<b>3,3 %</b>

Source : annexe 7 du PLFSS pour 2009

Ces sous-objectifs hospitaliers feront l'objet d'une nouvelle réparation, par voie réglementaire, qui servira de support à la campagne budgétaire pour 2009.

### Les composantes des deux sous-objectifs hospitaliers

Sous-objectifs votés dans la LFSS	Objectifs définis par voie réglementaire	Ecart entre les agrégats*
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	Objectif des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) Missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation (Migac)	
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Objectif des dépenses d'assurance maladie (Odam), pour les établissements publics Objectif quantifié national (OQN), pour les établissements privés à but lucratif	Dotation du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

\* Ces dépenses sont intégrées dans les sous-objectifs, mais ne figurent pas dans les objectifs fixés par arrêté.

Source : Cour des comptes.

Il convient de souligner qu'aucune information n'est communiquée au Parlement sur cette répartition effectuée par voie réglementaire, qui ne fait l'objet d'aucun suivi dans les annexes afférentes aux lois de financement de la sécurité sociale. En 2007, la Cour des comptes a d'ailleurs jugé que ces dispositions « *altèrent fortement la lisibilité de l'Ondam.* »

Les deux sous-objectifs consacrés aux **établissements et services médico-sociaux** progressent, en valeur, de 6,3 % en 2009. Ils se répartissent entre les établissements consacrés aux **personnes âgées** et ceux dédiés aux **personnes handicapées**. Ces sommes sont regroupées dans un objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA.

Les dépenses consacrées au sous-objectif « **autres dépenses de santé** » baissent en 2009. Cette réduction est en partie imputable à la réduction de la dotation affectée au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs) fixée à 240 millions en 2009, après 301 millions en 2008. Les crédits affectés au financement des établissements, structures et associations spécialisés en addictologie augmenteront en revanche de 12 % en 2009, les dépenses de remboursement de soins des assurés inscrits auprès de la caisse de sécurité sociale des Français de l'étranger, de 4 %.

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

## **II - La position de votre commission**

Lors de leurs auditions par votre commission, les ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé, ainsi que le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, ont déclaré « *crédible* » l'Ondam 2009.

Votre commission prend acte de ces déclarations et rappelle qu'en 2007 et 2008, le comité d'alerte a attiré l'attention du Gouvernement sur les retards pris dans la mise en œuvre des mesures d'économies prévues lors de l'élaboration de l'Ondam.

**Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.**

## Section 2

### Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

#### Article 51

(art. L. 815-1, L. 815-2, L. 815-13, L. 815-24, L. 815-24-1 nouveau  
et L. 816-2 du code de la sécurité sociale)

#### Revalorisation du minimum vieillesse

**Objet :** *Cet article autorise le Gouvernement à augmenter progressivement, par décret, le montant du minimum vieillesse et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) en les fixant à un niveau supérieur à celui qui résulterait de la revalorisation sur les prix prévue par la loi.*

#### I - Le dispositif proposé

Le minimum vieillesse a pour objet de garantir un revenu minimal à toutes les personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans (soixante ans en cas d'incapacité au travail), sous condition de ressources. Il s'agit d'un dispositif constitué de deux prestations :

- l'allocation de premier étage ou allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS) (3 122,08 euros par an, soit 260,17 euros par mois, au 1<sup>er</sup> septembre 2008) ;

- l'allocation supplémentaire vieillesse (4 475,49 euros par an, soit 372,95 euros par mois, au 1<sup>er</sup> septembre 2008).

Au 1<sup>er</sup> septembre 2008, le montant global du minimum vieillesse atteint donc 7 597,57 euros par an, soit 633,12 euros par mois pour une personne seule, et 12 905,40 euros par an, soit 1 135,78 euros par mois pour un couple.

L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse a institué une prestation unique et différentielle : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). La réforme est entrée en vigueur à compter du 13 janvier 2007. L'Aspa se substitue, pour les nouveaux bénéficiaires, aux deux prestations précitées, ainsi qu'aux sept autres prestations non contributives - c'est-à-dire sans contrepartie d'un versement de cotisations - constitutives du minimum vieillesse, à savoir : l'allocation aux vieux travailleurs non salariés, le secours viager, l'allocation aux mères de

famille, l'allocation spéciale vieillesse, l'allocation de vieillesse agricole, l'allocation viagère aux rapatriés et la majoration de l'AVTS prévue en cas d'incapacité au travail.

L'Aspa, comme le minimum vieillesse, est attribuée à toute personne âgée d'au moins soixante-cinq ans (ou soixante ans en cas d'incapacité au travail), sous réserve de respecter les conditions de résidence et de disposer de ressources inférieures à un plafond fixé par décret. Ce plafond (7 781,27 euros pour une personne seule et 13 629,44 euros pour un couple, au 1<sup>er</sup> septembre 2008) est identique à celui du minimum vieillesse, qui continue à être servi aux personnes qui touchaient l'allocation avant la création de l'Aspa. Toutefois, toute personne recevant l'Aspa doit résider régulièrement en France, alors qu'un résident étranger peut percevoir l'allocation de premier étage du minimum vieillesse, mais pas l'allocation supplémentaire.

Au 31 décembre 2007, la France comptait 32 362 allocataires de l'Aspa, dont 47 % étaient des femmes et 61 % des personnes seules.

La pauvreté touche aujourd'hui près de 10 % de l'effectif des soixante ans et plus. Afin d'améliorer les droits des personnes âgées aux revenus les plus modestes et de réduire ces « poches de pauvreté », le Président de la République s'est engagé à revaloriser le montant du minimum vieillesse de 25 % d'ici à 2012.

La fixation du montant du minimum vieillesse et de l'Aspa, ainsi que des montants des plafonds de ressources et des montants limites de récupération sur les successions des bénéficiaires de l'allocation, relève du pouvoir réglementaire. Cependant, il revient au Parlement d'autoriser le Gouvernement à déroger aux dispositions de la loi pour revaloriser le minimum vieillesse et l'Aspa au-delà de l'indexation sur l'évolution des prix à la consommation hors tabac. En effet, l'article 27 de la loi du 21 août 2003 pose la règle d'une revalorisation du minimum vieillesse, comme celle de l'ensemble des pensions, sur l'évolution des prix (article L. 816-2 du code de la sécurité sociale).

Le présent article permet de donner une base légale à l'engagement présidentiel.

Le **paragraphe I** autorise le Gouvernement à revaloriser au-delà de l'indexation sur l'évolution des prix à la consommation hors tabac le montant de l'Aspa et du minimum vieillesse, ainsi que les montants des plafonds de ressources et des montants limites de récupération, qui sont indexés sur le montant de l'allocation.

La revalorisation de 25 % d'ici à 2012 ne s'appliquera qu'aux allocations versées aux personnes seules. Cette restriction n'est toutefois pas mentionnée par l'article lui-même mais figure dans l'exposé des motifs.

Le coût d'un relèvement du barème du minimum vieillesse est difficile à évaluer compte tenu des bases de données disponibles, car il s'agit d'apprécier l'impact de la mesure non seulement pour les bénéficiaires actuels, mais aussi pour les nouveaux bénéficiaires, dont les revenus sont compris entre l'ancien et le nouveau plafond des conditions de ressources liées au minimum vieillesse. Dans son cinquième rapport de novembre 2007, le Cor indique néanmoins que la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (Drees) estime qu'une hausse immédiate de 25 % du minimum vieillesse et de son plafond de ressources entraînerait une dépense de 2,45 milliards d'euros, dont 1 milliard supplémentaire pour les seuls bénéficiaires actuels de l'allocation. En 2006, le service du minimum vieillesse a représenté une dépense totale de 2,32 milliards d'euros.

Selon les informations fournies par le Gouvernement, le coût du relèvement du minimum vieillesse de 25 % pour les personnes seules devrait s'élever à 400 millions d'euros.

Le **paragraphe II** modifie et complète l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) :

- le 1<sup>o</sup> supprime la disposition mettant en place l'alignement du plafond de ressources de l'ASI sur le plafond de ressources du minimum vieillesse et de l'Aspa. Il est donc procédé à la déconnexion des deux plafonds, afin d'éviter le relèvement de 25 % du plafond de ressources de l'ASI ;

- le 2<sup>o</sup> insère un article L. 815-24-1 dans le code précité pour définir de manière autonome le plafond de ressources propre à l'ASI. Cette nouvelle base légale ne modifie pas la définition actuelle de son plafond de ressources. Selon le droit aujourd'hui en vigueur (article L. 815-9 du code de la sécurité sociale), l'ASI n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé et du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un Pacs ne dépasse pas des plafonds fixés par décret. Cette disposition demeure inchangée.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission approuve le relèvement du minimum vieillesse et de l'Aspa de 25 % d'ici à 2012, d'une part, parce qu'il permet de concrétiser l'engagement formulé par le Président de la République lors de la campagne présidentielle, d'autre part, parce que ce « coup de pouce » accordé aux petites retraites est particulièrement bienvenu dans un contexte économique et financier dégradé.

Toutefois, elle tient à souligner que cette mesure ne concerne que les personnes seules bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'Aspa, et non les couples.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 52*

*(art. L. 342-6, L. 353-1, L. 353-6 nouveau, L. 357-10-2 nouveau, L. 634-2 et L. 643-7 du code de la sécurité sociale ; art. L. 732-41 et L. 732-51-1 nouveau du code rural)*

**Instauration d'une majoration de la pension de réversion  
au bénéfice des veufs aux revenus les plus modestes  
et introduction d'une condition d'âge  
pour bénéficier du droit à réversion**

***Objet : Cet article instaure une majoration de la pension de réversion attribuée aux veuves et aux veufs aux revenus les plus modestes et conditionne les droits à réversion à un âge minimum.***

**I - Le dispositif proposé**

**• La majoration de certaines pensions de réversion :**

Sur la durée de son quinquennat, le Président de la République s'est engagé à porter de 54 % à 60 % le taux de liquidation des pensions de réversion servies aux veuves et aux veufs disposant de faibles pensions de retraite. Dans son document d'orientation du 28 avril 2008 adressé aux partenaires sociaux, le Gouvernement a précisé que le taux de réversion pour le régime général et les régimes alignés serait augmenté en trois temps : 56 % au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 58 % au 1<sup>er</sup> janvier 2010 et 60% au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Toutefois, le dispositif introduit par le présent article consiste en une majoration des pensions de réversion de 11,1 % et non en un relèvement du taux de la réversion. Le taux de liquidation de 54 % des pensions de réversion, qui relève du pouvoir réglementaire, n'est donc pas modifié. Financièrement, pour la personne éligible au nouveau dispositif, le résultat sera, du point de vue mathématique, le même qu'un relèvement de 54 % à 60 % du taux de liquidation de la pension de réversion.

Ce choix est justifié par le souci de ne pas limiter le relèvement aux seules futures liquidations de pensions de réversion, mais de traiter l'ensemble du stock des pensions liquidées.

Le **paragraphe I**, pour le régime général et le régime des salariés agricoles, insère un nouvel article L. 353-6, dans le code de la sécurité sociale, qui prévoit l'attribution d'une majoration aux titulaires de pensions de

réversion âgés d'au moins soixante-cinq ans (âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du même code). Le service de cette majoration est placé sous condition de ressources : la somme des pensions de retraite personnelles et des pensions de réversion servies par les régimes de base et complémentaires légalement obligatoires ne doit pas excéder un plafond fixé par décret. L'exposé des motifs précise que ce plafond sera de 800 euros, afin de cibler le dispositif sur les veuves et veufs aux revenus les plus modestes.

La majoration sera égale à un pourcentage fixé par décret de la pension de réversion qui devrait donc être de 11,1 %.

Si la somme de la majoration et des avantages personnels de retraite et de réversion du conjoint survivant dépasse le plafond fixé par décret, la majoration sera réduite à due concurrence.

En outre, l'article ajoute une condition supplémentaire pour bénéficiaire de la majoration : celle-ci ne peut être attribuée que si le conjoint survivant a fait valoir ses droits en matière d'assurance vieillesse auprès des régimes de base et complémentaires légalement obligatoires, c'est-à-dire avoir demandé la liquidation de la totalité des pensions de retraite auxquelles il peut prétendre au titre de ses régimes obligatoires d'assurance vieillesse d'affiliation.

Les **paragraphes II, III et IV** étendent respectivement le dispositif aux régimes des professions artisanales, commerciales et industrielles, aux régimes des professions libérales et au régime des non-salariés agricoles.

D'après les informations fournies par le Gouvernement, le coût de la mesure de majoration des pensions de réversion des conjoints survivants, dont le montant total des pensions n'excède pas 800 euros par an, serait de 200 millions d'euros environ par an, à compter de 2010.

En effet, le **paragraphe VII** prévoit que la majoration de la pension de réversion ne sera applicable qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010. L'exposé des motifs justifie ce délai par la nécessité de mettre en œuvre un nouveau système d'échange d'informations entre les régimes de retraite, notamment pour contrôler le respect des conditions d'éligibilité au dispositif.

#### **• Le rétablissement d'une condition d'âge pour bénéficier du droit à réversion**

Avant la réforme des retraites du 21 août 2003, les veuves et veufs devaient avoir atteint l'âge de cinquante-cinq ans pour bénéficier d'une pension de réversion. Avant cet âge, ils étaient couverts par l'assurance veuvage.

L'article 31 de la loi de 2003 a posé le principe d'une suppression progressive de toute condition d'âge pour l'accès à une pension de réversion, ainsi que l'extinction corrélative de l'assurance veuvage. Le calendrier de mise en extinction de la condition d'âge a été échelonné : cinquante-deux ans pour les pensions prenant effet au 1<sup>er</sup> juillet 2005, cinquante et un ans pour les

pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007, cinquante ans pour les pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2009, enfin suppression de toute condition d'âge au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Dans son avis de novembre 2004, le Cor a analysé les effets de la suppression de la condition d'âge pour bénéficier du droit à réversion. Il montre que cette mesure, même accompagnée de l'extinction de l'assurance veuvage, aurait un coût annuel net évalué entre 325 et 345 millions d'euros en 2011 pour la Cnav. Ce coût s'explique par l'augmentation significative, à terme, de la population couverte par le dispositif de la réversion, résultant de la suppression de la limite d'âge. Au-delà de son impact financier, l'extinction de la condition d'âge, en ouvrant le bénéfice de la réversion à un public plus large que les seuls conjoints survivants à faibles revenus, a dénaturé l'essence même du droit à réversion.

Un constat identique a été dressé par la Mecss<sup>1</sup>, qui s'est d'ailleurs prononcée pour une réforme de la réversion afin de :

- cibler les pensions de réversion sur les trois populations qui en ont le plus besoin au regard de l'objectif de maintien du niveau de vie du conjoint survivant assigné à la réversion : jeunes veuves avec plusieurs enfants à charge, conjoints survivants ayant des revenus intermédiaires, 900 000 veuves âgées dépourvues de droits propres ;

- revenir sur la suppression de la condition d'âge qui a exagérément ouvert le champ de la réversion et entraîné un « saupoudrage » des sommes allouées à la réversion.

Le **paragraphe V** répond donc à ces critiques et rétablit une condition d'âge dans le dispositif de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale, applicable aux pensions servies par le régime général et le régime des salariés agricoles, ainsi que dans le dispositif de l'article L. 732-41 du code rural, applicable aux pensions servies par le régime des non-salariés agricoles.

L'âge d'ouverture du droit à la réversion sera fixé par décret. L'exposé des motifs précise qu'il sera de cinquante-cinq ans. Cependant, le décret maintiendra l'âge actuel de cinquante et un ans pour les personnes devenues veuves avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009, afin de ne pas modifier les situations acquises.

Le **paragraphe VI** prévoit, pour les personnes confrontées au veuvage et ne remplissant pas la condition d'âge, le maintien à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2010 de l'assurance veuvage servie par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime des exploitants agricoles. L'exposé des motifs indique que, d'ici cette date, la question de la prise en charge du veuvage précoce fera l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, sur la base du prochain rapport du Cor relatif aux avantages conjugaux et familiaux.

---

<sup>1</sup> *Rapport d'information de la Mecss n° 314 (2006-2007) - « Transparence, équité, solidarité : le trois objectifs d'une réforme de la réversion » - Dominique Leclerc et Claude Domeizel.*

Selon le Gouvernement, le rétablissement de la condition d'âge pour le droit à réversion devrait entraîner une économie de 20 millions d'euros en 2009 pour l'assurance vieillesse. Globalement, par rapport à la programmation de la suppression totale de la condition d'âge prévue par la loi de 2003, la mesure devrait permettre d'économiser 200 millions d'euros.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs modifications relatives à la majoration des pensions de réversion.

Elle a tout d'abord complété le champ des pensions entrant dans le calcul du plafond de ressources pour le versement de la majoration de pension de réversion pour y inclure les « pensions relevant des régimes étrangers ».

Elle a également adopté à un amendement rédactionnel visant à préciser qu'il est tenu compte, pour l'appréciation des pensions de vieillesse servies à l'assuré, des « pensions relevant des régimes étrangers et des organisations internationales ».

Elle a ensuite précisé, par un amendement rédactionnel, que l'obligation d'avoir demandé la liquidation de ses droits à la retraite ne porte que sur les avantages personnels, qu'ils soient de droit direct ou de droit indirect comme la réversion (« avantages personnels de retraite et de réversion » remplace la formulation initiale « avantages de vieillesse »).

Elle a, en outre, adopté un amendement visant à étendre les bénéficiaires de la mesure aux veuves et veufs qui perçoivent une pension de réversion servie par le régime local applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Cette rédaction permet également d'appliquer la mesure aux veuves et veufs d'un assuré invalide, qui sont eux-mêmes invalides, et perçoivent à ce titre une pension de réversion d'invalide.

Enfin, elle a étendu le champ d'application de la majoration des pensions de réversion aux veuves et veufs résidant à Saint-Pierre-et-Miquelon.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission soutient la mesure consistant à attribuer une majoration aux pensions de réversion sous condition de ressources, ce qui permet de concentrer l'effort financier sur les veuves et veufs aux revenus les plus faibles.

En outre, elle approuve le rétablissement d'une condition d'âge pour bénéficier du droit à réversion. Si la suppression progressive de la limite d'âge prévue par la loi de 2003 n'est pas contestable sur le plan humain, elle a pour inconvénient majeur d'augmenter considérablement le nombre de personnes éligibles à une pension de réversion, entraînant une dépense supplémentaire estimée à 150 millions d'euros pour la Cnav en 2008. Il convient donc de

recibler le dispositif de la réversion sur les veufs et veuves qui en ont le plus besoin. La réintroduction d'une condition d'âge devrait y contribuer.

Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale précisent et complètent le dispositif de la majoration introduit.

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

*Article additionnel après l'article 52  
(art. L. 114-4 du code de la sécurité sociale)*

**Réalisation de travaux d'expertise sur la faisabilité  
d'une réforme structurelle des régimes de retraite**

***Objet : Cet article additionnel propose que soient réalisés des travaux d'expertise par la commission de garantie des retraites sur la faisabilité d'une réforme structurelle du système de retraite français.***

Votre commission est convaincue que seule une réforme de type structurel ou systémique des régimes de retraite est en mesure de rétablir la confiance des assurés sociaux dans leur système de retraite, d'envisager un équilibre financier pérenne de l'assurance vieillesse et de redonner toute sa force au caractère contributif des régimes de retraite.

C'est pourquoi, elle souhaite que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 soit l'occasion de préparer le prochain rendez-vous sur les retraites, en lançant un débat public sur la possibilité de mettre en œuvre une réforme structurelle du système de retraite français.

Dans ce but, cet article additionnel propose que soient réalisés des travaux d'expertise afin de savoir notamment si la réforme des retraites réalisée en Suède (sur la base du système dit des « comptes notionnels ») est transposable en France.

Il prévoit qu'avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010, la commission de garantie des retraites, prévue à l'article L. 114-4 du code de la sécurité sociale, rend aux commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat un avis sur la possibilité d'appliquer le système des comptes notionnels de retraite en France.

Cet avis technique est rendu public après transmission au Parlement.

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

*Article 52 bis*

*(art. L. 161-1-6 nouveau du code de la sécurité sociale)*

**Mise en place d'un nouveau système d'échange d'informations  
entre les régimes de retraite**

***Objet : Introduit par l'Assemblée nationale, cet article oblige les régimes de retraite à mettre en place un nouveau système d'échange d'informations.***

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a inséré un nouvel article L. 161-1-6 dans le code de la sécurité sociale pour imposer aux régimes de retraite de mettre en œuvre un nouveau système d'échange d'informations, rendu nécessaire par le nouveau dispositif de majoration des pensions de réversion, prévu à l'article 52 du présent projet de loi de financement. En effet, les caisses de retraite vont devoir analyser la situation des bénéficiaires et demandeurs d'une réversion, afin de vérifier si les pensions qui leur sont versées sont ou non d'un montant inférieur à 800 euros. Pour ce faire, il est indispensable que les caisses puissent se transmettre les données relatives à chaque bénéficiaire ou demandeur.

En conséquence, les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiqueront, par voie électronique, les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite et, le cas échéant, au calcul de ces prestations.

Les modalités de mise en œuvre de ce système d'informations seront fixées par décret.

**II - La position de votre commission**

Votre commission approuve l'initiative de l'Assemblée nationale, consistant à obliger les régimes de retraite à mettre en place un système d'échange d'informations plus efficace.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 53*

*(art. L. 321-5, L. 731-16, L. 732-34, L. 732-35, L. 732-54-1 à L. 732-54-4  
du code rural ; art. L. 173-1-1 nouveau du code de la sécurité sociale)*

**Revalorisation des petites retraites agricoles**

***Objet : Cet article instaure un nouveau dispositif de revalorisation des retraites non salariées agricoles, en le ciblant sur les assurés aux revenus les plus modestes, et supprime le statut de conjoint participant aux travaux de l'exploitation.***

**I - Le dispositif proposé**

Depuis les années 1990, les pensions des retraités de l'agriculture ont fait l'objet de plusieurs mesures de revalorisation. Ainsi, le plan pluriannuel de revalorisation engagé en 1994 avait pour ambition de porter au minimum vieillesse les pensions des retraités à carrière complète. La démarche pluriannuelle répondait à la nécessité de répartir dans le temps le coût des mesures de revalorisation. Renouvelé pour la période 1998-2002, le plan de revalorisation s'est traduit par des mesures dont le coût s'est élevé à 150 millions d'euros par an. De nouvelles améliorations ont par ailleurs été introduites dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (abaissement de la durée minimale d'assurance et diminution du coefficient de minoration par année manquante dans le régime des non salariés agricoles).

Malgré ces « coups de pouce » successifs, un certain nombre de personnes sont restées en dehors des mesures adoptées, en particulier les conjoints, les veuves et veufs et les retraités ayant eu une carrière incomplète. Selon les estimations de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), 91 % des veuves d'agriculteurs sans droits propres ont une pension inférieure à 400 euros par mois.

Conformément à l'engagement présidentiel de réduire les « poches de pauvreté » dans l'agriculture, le présent article entend réorienter les revalorisations des retraites agricoles vers les personnes qui en ont le plus besoin.

**• La revalorisation des retraites agricoles**

Le **paragraphe I** modifie les dispositions du code rural relatives à la revalorisation des retraites et des pensions de réversion du régime des non-salariés agricoles (paragraphe 5 de la sous-section 1 de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII). Le paragraphe 5 modifié comporte désormais quatre articles.

L'**article L. 732-54-1** dresse la liste des conditions nécessaires pour l'ouverture du droit à majoration :

- avant le 1<sup>er</sup> janvier 2002, les personnes doivent justifier d'une durée minimale d'assurance au sein du régime des non-salariés agricoles,

actuellement fixée par décret à 22,5 ans. Sont néanmoins prises en compte pour le calcul de cette durée d'assurance les périodes d'affiliation obligatoire au régime général pour les personnes visées à l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale : personnes isolées n'exerçant pas d'activité professionnelle ou en exerçant une à temps partiel ; personnes bénéficiaires du complément familial, de l'allocation de base de prestation d'accueil du jeune enfant, du complément de libre choix d'activité de cette prestation ou de l'allocation journalière de présence parentale ; travailleurs non-salariés ou conjoints collaborateurs interrompant leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche présentant un handicap ou une importante perte d'autonomie ; personnes ayant un enfant ou un adulte handicapé à charge ;

- à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002, les assurés doivent justifier d'une durée minimale d'assurance dans le régime des non-salariés agricoles (fixée par décret), mais également satisfaire aux conditions prévues par les articles L. 732-25 et L. 732-23 pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Ces conditions sont liées à l'âge (soixante ans et plus) et à la durée minimale d'assurance tous régimes confondus (de 150 à 164 trimestres en fonction de l'année de naissance de l'assuré). En sont dispensés les assurés reconnus inaptes au travail (article L. 732-23).

Enfin, l'article précise que seules les personnes qui ont fait valoir l'intégralité de leurs droits en matière d'avantage de vieillesse peuvent bénéficier de la majoration. Cette condition est cumulative avec la précédente.

L'**article L. 732-54-2** prévoit que la majoration est calculée de façon à porter le total des droits propres et dérivés servis à l'assuré par le régime agricole à un montant minimum. Celui-ci est calculé à partir de deux éléments : les périodes d'assurance accomplies à titre exclusif ou principal dans le régime agricole et la situation de l'assuré au sein de ce régime (qualité de l'assuré, bénéficiaire d'une pension de réversion ou non). L'exposé des motifs précise que le minimum de retraite sera égal à 633 euros par mois pour les chefs d'exploitation et pour les veuves ; à 503 euros par mois pour les conjoints.

L'**article L. 732-54-3** dispose que la somme de la majoration et du total des pensions perçues par l'assuré, tous régimes confondus, ne doit pas excéder un plafond fixé par décret. A défaut, la majoration de pension est réduite à due concurrence du dépassement. Selon l'exposé des motifs, ce plafond sera être fixé à 750 euros.

Il précise, en outre, que l'administration fiscale transmet à la CCMSA les données nécessaires au contrôle de la majoration de pension, c'est-à-dire le montant des pensions de droit propre et de droit dérivé servis à l'assuré par les régimes de base et les régimes complémentaires obligatoires.

Enfin, l'article ajoute que le montant de la majoration est revalorisé annuellement dans des conditions fixées par décret.

L'**article L. 732-54-4** prévoit qu'un décret fixera les modalités d'application du paragraphe 5, en particulier le mode de calcul de la majoration, les règles de fixation du plafond et les conditions de détermination des durées d'assurance mentionnées.

Le **paragraphe II** précise que les dispositions prévues au paragraphe I sont applicables aux pensions dues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

L'exposé des motifs souligne néanmoins que la majoration sera mise en œuvre en deux temps :

- le 1<sup>er</sup> janvier 2009, elle s'appliquera aux 197 000 retraité ayant plus de 22,5 ans de carrière dans l'agriculture ;

- le 1<sup>er</sup> janvier 2011, elle sera étendue aux personnes justifiant au moins 17,5 années de carrière agricole, soit 35 000 personnes.

• **La suppression du statut de conjoint participant**

Le **paragraphe III** procède à une modification du code rural concernant le statut de conjoint d'exploitant.

Le statut de conjoint participant aux travaux de l'exploitation permet de bénéficier d'une retraite forfaitaire. Lorsqu'en 1999, la qualité de collaborateur a été créée, les assurés ayant opté pour cette qualité recevaient, en plus de la retraite forfaitaire, une retraite proportionnelle. Un dispositif spécifique de revalorisation a, en outre, permis de porter la retraite des collaborateurs au niveau du minimum vieillesse. Les personnes n'ayant pas changé de statut pendant les délais impartis continuent à être considérées comme des conjoints participants ; elles se retrouvent donc exclues de ces bénéficiaires et reçoivent le plus souvent une pension inférieure au minimum vieillesse.

Le 1<sup>o</sup> supprime le dernier alinéa de l'article L. 321-5 du code rural, disposant que l'obligation de choisir entre les trois statuts ne s'applique pas aux conjoints de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. Désormais, les conjoints participants devront choisir l'un de ces trois statuts : collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, salarié de l'exploitation ou de l'entreprise agricole, chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Le 2<sup>o</sup> modifie le deuxième alinéa de l'article L. 731-16, en introduisant la mention de conjoint collaborateur. En outre, les dispositions de cet article sont étendues aux personnes ayant choisi le statut de collaborateur et qui sont liées au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole par un Pacs.

Le 3<sup>o</sup> modifie le dernier alinéa de l'article L. 732-34. Celui-ci dispose que le statut de conjoint participant ne peut plus être acquis. Cette disposition est modifiée pour préciser que le conjoint doit opter pour l'un des trois statuts mentionnés à l'article L. 321-5.

Le 4<sup>o</sup> procède à deux modifications de l'article L. 732-3 afin d'introduire la mention de conjoint collaborateur et de supprimer celle de conjoint participant.

Le **paragraphe IV** introduit un nouvel article L. 173-1-1 dans le code de la sécurité sociale. Il dispose qu'en cas de cumul de la majoration de la pension de réversion, prévue à l'article 52 du projet de loi de financement, et la présente majoration, c'est la première d'entre elles qui est servie en priorité.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Par coordination, l'Assemblée nationale a tout d'abord complété le champ des pensions, dont l'assuré doit avoir demandé la liquidation pour le versement de la majoration de pension, pour y intégrer les pensions étrangères comme elle l'a fait à l'article 55 du projet de loi de financement pour l'attribution du minimum contributif.

Elle a également intégré les pensions étrangères dans le calcul du plafond de pensions pour le versement de la majoration de pension et l'écrêtement de cette dernière.

Elle a ensuite précisé que le montant minimum de retraite pour les agriculteurs à carrière incomplète est revalorisé en fonction de l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac, comme le prévoit l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale pour l'ensemble des pensions de retraite.

Elle a en outre modifié les modalités de revalorisation du plafond, que ne peut excéder la somme de la majoration et des pensions perçues par l'assuré. Ce plafond sera revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire en fonction de l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac.

Elle a adopté un amendement de coordination visant à préciser que le montant de la majoration accordée est recalculé en fonction du montant des pensions versées au bénéficiaire, de l'évolution du montant minimum auquel l'assuré a droit, ainsi que de l'évolution du plafond de pensions prévu pour le versement de la majoration et l'écrêtement de cette dernière.

Enfin, elle a tenu à garantir, par un décret en Conseil d'Etat (et non par un décret simple), les dispositions réglementaires relatives d'une part, aux conditions dans lesquelles la durée d'assurance du bénéficiaire de la majoration est appréciée, d'autre part, aux modalités de calcul de ladite majoration.

En revanche, un décret simple est maintenu pour la fixation des modalités d'appréciation du plafond.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission rappelle qu'un certain nombre de retraités de l'agriculture, en particulier les conjoints, les veuves et veufs et les personnes ayant eu une carrière incomplète, perçoivent aujourd'hui une pension, dont le

faible montant ne leur permet pas de vivre décemment. En portant le total des droits propres et dérivés de l'assuré à un montant minimum, la majoration des petites pensions agricoles proposée devrait contribuer à la réduction des « poches de pauvreté » dans l'agriculture.

De plus, la suppression du statut de conjoint participant aux travaux de l'exploitation, actuellement moins avantageux que le statut de collaborateur, permettra d'améliorer les droits à la retraite des personnes ayant opté pour cette qualité.

Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale contribuent à clarifier le dispositif proposé.

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

#### *Article 54*

*(art. L. 161-23-1, L. 643-1 et L. 643-3 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite ;  
article 13 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002  
relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte)*

#### **Revalorisation des pensions de retraite au 1<sup>er</sup> avril de chaque année**

***Objet : Cet article prévoit que la revalorisation des pensions de retraite interviendra désormais au 1<sup>er</sup> avril de chaque année et non plus au 1<sup>er</sup> janvier.***

#### **I - Le dispositif proposé**

L'article 27 de la loi du 21 août 2003 pose le principe d'une indexation des pensions sur les prix dans les principaux régimes de base : régime général, régimes alignés et régimes des fonctionnaires. Il insère, dans le code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 161-23-1, intitulé « *revalorisation des pensions de vieillesse* », qui dispose qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- le coefficient annuel de revalorisation des pensions est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour le régime général et les régimes alignés, par décret en Conseil d'Etat pour les régimes de fonctionnaires, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;

- ce coefficient est ajusté par arrêté l'année suivante en cas d'écart entre la prévision et l'évolution de l'indice des prix constatée au titre de l'année précédente ;

- une conférence présidée par le ministre chargé de la sécurité sociale et réunissant les partenaires sociaux peut proposer, au regard de la situation financière des régimes de retraite et du taux de croissance de l'économie nationale, une correction du taux pour l'année suivante.

Cette règle de revalorisation, avec ajustement l'année suivante en fonction des erreurs passées de prévision, a assuré une revalorisation des pensions globalement conforme à l'évolution des prix. Elle est cependant imparfaite. En effet, l'inflation réalisée pour une année donnée n'étant définitivement constatée qu'au début de l'année suivante, l'ajustement actuel demeure fondé sur une prévision d'inflation et ne permet donc pas de garantir une revalorisation stricte sur les prix. Cette imperfection s'est notamment observée au début de l'année 2008, dans un contexte d'accélération de l'inflation.

En application des textes en vigueur et en fonction des hypothèses d'inflation faites à l'époque, une revalorisation de 1,1 % est intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Afin de tenir compte de l'accélération de l'inflation observée à la fin 2007 et au cours des trois premiers trimestres 2008, une revalorisation exceptionnelle de 0,8 % a été accordée au 1<sup>er</sup> septembre 2008 pour l'ensemble des retraites du régime général, des régimes alignés et de la fonction publique. Sur les 0,8 % de revalorisation supplémentaire, 0,6 % ont été accordés au titre de l'anticipation de la revalorisation devant intervenir en 2009, 0,2 % au titre de l'écart d'inflation entre l'inflation réalisée en 2007 (1,5 %) et la prévision figurant en loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1,3 %).

Le présent article vise à remédier à la faiblesse originelle du mécanisme en fondant l'indexation des pensions sur des prévisions d'inflation plus fiables et plus récentes.

Le **paragraphe I** modifie les deux premiers alinéas de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Il dispose que la revalorisation des pensions de retraite du régime général et des régimes alignés interviendra dorénavant le 1<sup>er</sup> avril de chaque année, soit à la même date que pour les régimes complémentaires Agirc et Arrco. A cette date, la variation définitive des prix à la consommation de l'année précédente est connue et l'estimation de l'inflation pour l'année en cours est beaucoup plus fiable que celle réalisée au mois de septembre de l'année précédente, comme cela est le cas actuellement.

Cette revalorisation s'effectuera conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par une commission dont la composition et les modalités d'organisation seront fixées par décret. Selon les informations fournies par le Gouvernement, cette commission devrait être la commission économique de la Nation, qui est une structure rattachée à la direction générale du trésor et de la politique économique du ministère des finances ; elle a été créée par le décret n° 99-416 du 26 mai 1999 et comprend vingt-huit membres choisis pour leur compétence économique et financière.

L'exposé des motifs précise que ce nouveau mécanisme permettra à l'avenir de garantir de façon plus satisfaisante le pouvoir d'achat des retraités : d'une part, en prenant en compte l'inflation réellement constatée pour l'année précédente (aujourd'hui, un éventuel écart par rapport à la dernière prévision ne donne pas lieu à revalorisation) ; d'autre part, en tenant compte pour l'année en cours, d'une prévision d'inflation fiable, établie par la commission précitée.

Le troisième alinéa de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale est maintenu : il permet au Gouvernement de proposer au Parlement, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, une correction du taux de revalorisation de l'année suivante, sur proposition d'une conférence tripartite. Le décret n° 2007-647 du 30 avril 2007 a fixé la composition de cette conférence, présidée par le ministre chargé de la sécurité sociale (quinze représentants des syndicats de salariés et quinze représentants des employeurs).

Le **paragraphe II** modifie le troisième alinéa de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la conférence tripartite sur l'évolution du niveau des pensions. Il confie sa présidence aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la fonction publique et du budget, au lieu du seul ministre chargé de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** harmonise les règles de la fonction publique en matière de revalorisation des pensions avec celles du régime général et des régimes alignés. L'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite renverra désormais à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale pour la définition des modalités de revalorisation des pensions de retraite de la fonction publique.

Le **paragraphe IV** modifie le deuxième alinéa de l'article L. 643-1 du code de la sécurité sociale, relatif au régime des professions libérales. Cet article dispose actuellement que la valeur du service point est fixé par décret, après avis de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), en fonction de l'équilibre des produits et des charges du régime. Dorénavant, les règles de revalorisation de la valeur du service point sont alignées sur celles du régime général (définies à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale). Comme il est indiqué dans l'exposé des motifs, cette mesure répond à la demande de la CNAVPL de simplifier le dispositif de revalorisation des pensions.

Le **paragraphe V** modifie l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, afin de substituer le 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> janvier comme date de revalorisation des pensions de ce régime spécial et maintenir l'alignement du mécanisme sur celui du régime général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission approuve cette refonte du système de revalorisation des pensions sur les prix qui remédie aux insuffisances du dispositif actuel et permettra, à l'avenir, de fonder l'indexation des pensions sur des prévisions d'inflation plus pertinentes.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 55*

*(art. L. 173-2, L. 351-10-1 nouveaux, L. 351-10 et L. 634-2  
du code de la sécurité sociale)*

### **Recentrage du dispositif du minimum contributif sur les salariés ayant eu de longues carrières faiblement rémunérées**

***Objet : Cet article prévoit, d'une part, que la majoration du minimum contributif (ou minimum contributif majoré) sera désormais ciblée sur les assurés ayant une durée de cotisation minimale fixée par décret, d'autre part, que le minimum contributif sera dorénavant attribué sous condition de ressources.***

## **I - Le dispositif proposé**

Le minimum contributif, instauré par la loi du 31 mars 1983, constitue un puissant mécanisme de solidarité intra-générationnelle. Il relève le montant de la retraite servie aux assurés du régime général et des régimes alignés, qui remplissent les conditions pour bénéficier d'une pension à taux plein, mais dont les salaires sont faibles. Sont éligibles au minimum contributif, servi par la Cnav et les régimes alignés, les assurés ayant droit à une pension à taux plein :

- soit qu'ils justifient de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein ;
- soit qu'ils sont reconnus inaptes ou invalides ;
- soit, quelle que soit la durée validée, lorsqu'ils liquident leur retraite à soixante-cinq ans (ce cas de figure concerne plus de 40 % des bénéficiaires du minimum contributif).

Le minimum contributif est servi intégralement dès lors que les assurés justifient d'une durée validée dans le régime au moins égale à la durée de proratisation, qui est de 160 trimestres en 2008 pour la génération 1948. A défaut, il est servi au prorata de la durée d'assurance validée dans le régime. Le montant du minimum contributif « intégral » est très proche de celui du minimum vieillesse, à savoir 633,61 euros par mois au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

La réforme des retraites de 2003 a introduit deux dispositions concernant le minimum contributif :

- son article 26 a instauré une majoration du minimum contributif - appelée minimum contributif majoré - au titre des seules périodes ayant donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré. Ainsi, lorsque les 160 trimestres exigés de la génération née en 1948 pour obtenir le taux plein de liquidation ont donné lieu à des versements de cotisations, le minimum contributif est porté à 7 603,41 euros par an (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008). En cas de période de cotisations inférieures, le montant minimal majoré est réduit au prorata du nombre de trimestres effectivement cotisés ;

- son article 4 a fixé, à l'horizon 2008, l'objectif d'un montant minimal de pension de 85 % du Smic net (retraites de base et complémentaires confondues) pour les salariés ayant effectué des carrières complètes au Smic. Afin d'atteindre cet objectif, le Gouvernement a procédé à trois relèvements du minimum contributif majoré de 3% chacun au 1<sup>er</sup> janvier des années 2004, 2006 et 2008.

Dans son rapport de septembre 2008, la Cour des comptes a critiqué le défaut de ciblage du minimum contributif. En effet, ce dernier ne vise plus principalement les personnes ayant effectué des carrières longues mal rémunérées, mais bénéficie de plus en plus à un public nombreux et hétérogène :

- au total, le nombre de bénéficiaires du minimum contributif, pour les trois régimes concernés (régime général, régime des salariés agricoles et régime social des indépendants) peut être estimé à 4,4 millions de personnes. Au 31 décembre 2007, 4,1 millions de retraités du régime général, dont 70 % de femmes, percevaient le minimum contributif. Rapporté au nombre total de retraités du régime général, le pourcentage de retraités bénéficiaires du minimum contributif était de 37,5 % à cette même date ;

- cet avantage a été attribué à des personnes bénéficiant d'un montant global de pension élevé : plus de 30 % des retraites des bénéficiaires du minimum contributif, ayant eu une carrière complète, sont d'un montant mensuel supérieur à 1 400 euros.

La Cour des comptes propose donc de recentrer le minimum contributif sur les objectifs initiaux de la législation de 1983 : servir un supplément de pension aux travailleurs ayant eu de longues carrières professionnelles faiblement valorisées.

La réforme proposée par le présent article est largement motivée par ce constat, comme le souligne l'exposé des motifs.

• **La fixation d'une condition de durée de cotisations pour le bénéfice de la majoration du minimum contributif**

Le **paragraphe I** modifie le premier alinéa de l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale, qui définit le régime du minimum contributif. Il prévoit que la majoration du minimum contributif, introduite en 2003, au titre

des périodes effectivement cotisées, sera désormais ciblée sur les assurés ayant une durée d'assurance cotisée au moins égale à une limite fixée par décret. Cette durée d'assurance sera appréciée en prenant en compte de tous les régimes d'assurance vieillesse de base et complémentaires légalement ou réglementairement obligatoires.

Le Gouvernement envisage de fixer le seuil de durée d'assurance cotisée autour de vingt-cinq à trente ans.

Le **paragraphe V** précise que les dispositions du paragraphe I sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

- **La mise sous condition de revenu du minimum contributif**

Le **paragraphe II** propose de soumettre le bénéfice du minimum contributif à un plafond de ressources. Il insère à cet effet un nouvel article L. 173-2 dans le code de la sécurité sociale. Celui-ci dispose que, pour les assurés éligibles au minimum contributif prévu à l'article L. 351-10, ce minimum de pension leur sera désormais versé sous réserve que le montant total mensuel de leurs pensions personnelles de retraite attribuées au titre d'un ou plusieurs régimes de base et complémentaires français ou étrangers, ainsi qu'au titre des conventions internationales ou des régimes propres aux organisations internationales, ne dépasse pas un montant fixé par décret. Le total des pensions visé englobe toutes les pensions de droit propre - à l'exclusion donc des pensions de droit dérivé- servies par les régimes de base ou complémentaires légalement obligatoires français ou étrangers.

L'intention du Gouvernement serait de fixer le montant plafond à une somme égale à 85 % du Smic.

L'article L. 173-2 prévoit, en outre, qu'en cas de dépassement du plafond fixé par décret, la majoration du minimum contributif, prévue à la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 351-10, sera réduite à due concurrence.

Enfin, lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum contributif dans plusieurs régimes, les modalités d'application de l'article L. 173-2 sont fixées par décret. Il est à noter que près de 60 % du flux des personnes affiliées au régime général portées au minimum contributif en 2007 étaient polypensionnés.

Le **paragraphe III** insère un nouvel article L. 351-10-1 dans le code de la sécurité sociale. Celui-ci précise que l'assuré ne peut bénéficier des dispositions prévues à l'article 351-10, relatif au minimum contributif et à sa majoration, que s'il a fait valoir les droits en matière d'assurance vieillesse auxquels il peut prétendre. Cette disposition impose donc aux assurés d'avoir demandé à toutes les caisses de retraite auxquels ils sont ou ont été affiliés de procéder à la liquidation de leurs droits en matière d'avantage de vieillesse. L'article vise l'ensemble des caisses qui sont chargées de liquider des droits en application de dispositions législatives ou réglementaires françaises ou

étrangères, des conventions internationales, ainsi que des régimes propres aux organisations internationales.

Il paraît donc indispensable qu'un système d'échange d'informations sur les montants des pensions servies par les régimes de base et complémentaires légalement obligatoires soit mis en place pour contrôler le respect du plafond et porter le montant des pensions calculées au minimum contributif.

Le **paragraphe IV** modifie l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale afin d'imposer l'obligation de demande de liquidation complète des droits personnels pour le service du minimum contributif aux régimes d'assurance vieillesse des artisans, commerçants et industriels, gérés par le régime social des indépendants (RSI).

Le **paragraphe V** précise que la mise sous condition de revenu du minimum contributif s'appliquera aux pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010, afin de donner aux régimes concernés le temps de mettre en place un système d'échange d'informations.

Selon les estimations de la Cnav, la mise sous condition de ressources devrait conduire à écarter du bénéfice du minimum contributif de 101 000 à 104 000 nouveaux bénéficiaires potentiels par an, entre 2009 et 2012.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à préciser que l'obligation, pour l'assuré, d'avoir fait valoir ses droits à la retraite ne porte que sur ses avantages personnels de retraite. La rédaction initiale de l'article mentionnait « *ses droits en matière d'avantage de vieillesse* ».

Elle a, en outre, modifié la rédaction relative aux régimes de base ou complémentaires français ou étrangers, qui servent des pensions aux assurés (mentionnés aux articles L. 173-2 et L. 351-10-1 du code de la sécurité sociale) pour préciser qu'il s'agit des « *régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français ou étrangers* ».

Enfin, elle a modifié la date d'entrée en vigueur de la mise sous condition de ressources du minimum contributif. L'amendement adopté a prévu que ce nouveau dispositif s'appliquera aux pensions prenant effet « *à une date fixée par décret, et au plus tard au 1er janvier 2011* » au lieu du 1<sup>er</sup> juillet 2010.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission a souligné, à plusieurs reprises, que le dispositif du minimum contributif a été détourné de son objectif initial consistant à servir de complément de pension aux travailleurs ayant eu de longues carrières faiblement rémunérées.

C'est pourquoi, elle considère que l'introduction d'une durée de cotisations pour le bénéfice du minimum contributif majoré, ainsi que la mise sous condition de ressources du minimum contributif, participent à un meilleur ciblage de la mesure.

Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale complètent utilement ces dispositions.

**Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article 55 bis*

*(art. L. 351-10 du code de la sécurité sociale)*

**Modification des règles de calcul de la pension des travailleurs  
lourdement handicapés**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, permet que la majoration de pension versée aux travailleurs lourdement handicapés soit calculée après l'application éventuelle du minimum contributif au montant de leur pension.***

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Les bénéficiaires d'une retraite anticipée pour travailleurs lourdement handicapés bénéficient d'une majoration de leur pension pouvant aller jusqu'à un tiers du montant de celle-ci. Cette mesure permet de compenser le caractère souvent incomplet de leur carrière.

Cependant, cette majoration est aujourd'hui calculée avant l'application éventuelle du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire du minimum contributif. Ce mode de calcul conduit à un montant de majoration moindre que si la majoration était calculée après l'application éventuelle du minimum contributif.

Afin d'améliorer le montant des pensions servies aux travailleurs lourdement handicapés, cet article additionnel permet que la majoration de leur pension soit calculée après l'application éventuelle du minimum contributif au montant de leur pension.

Pour ce faire, il procède à une modification du dernier alinéa de l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale.

**II - La position de votre commission**

Votre commission est d'avis que cet article additionnel est à même d'améliorer les pensions servies aux travailleurs lourdement handicapés, en révisant leur mode de calcul dans un sens favorable.

Afin de laisser un délai suffisant aux caisses de retraite pour mettre en œuvre les nouvelles modalités de calcul des pensions, elle vous propose **un amendement** précisant que ces règles s'appliquent aux pensions qui prendront effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

**Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

*Article 55 ter*

*(art. L. 643-3, L. 643-4, L. 723-10-1 et L. 723-10-2  
du code de la sécurité sociale)*

**Dérogation à la condition d'âge de soixante ans au bénéfice des  
professionnels libéraux et avocats lourdement handicapés**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, permet aux professionnels libéraux et aux avocats lourdement handicapés de déroger à l'âge de soixante ans pour bénéficier d'une retraite à taux plein, et de recevoir une majoration de leur pension.***

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Depuis la réforme de 2003, les personnes lourdement handicapées relevant du régime général et des régimes alignés lourdement handicapés peuvent déroger à la condition d'âge de soixante ans pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Dans le cadre du régime général, le dispositif actuel vise les personnes justifiant d'une incapacité au moins égale à 80 % (taux d'incapacité permanente reconnu par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées -ex-Cotorep) et ayant travaillé trente années (pour un départ à cinquante-cinq ans). En outre, le dispositif prévoit que les pensions sont majorées pour permettre aux assurés concernés d'en améliorer le montant.

Cette dérogation vient d'être étendue par décret aux régimes spéciaux. Les professionnels libéraux et les avocats handicapés sont donc les dernières personnes à ne pas pouvoir bénéficier d'une retraite anticipée et d'une majoration de leur pension.

Le présent article vise à corriger cette inéquité. A cet effet, il complète l'article L. 643-3 du code de la sécurité sociale, relatif aux professionnels libéraux et l'article L. 723-10-1 du même code, relatif aux avocats.

Désormais, les professionnels libéraux et les avocats handicapés sont autorisés à déroger à la condition d'âge de soixante ans pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Toutefois, cette dérogation n'est possible que si, alors qu'il étaient atteints d' « *une incapacité permanente* », ils ont accompli une durée d'assurance dans leur régime de base (le cas échéant, dans un ou

plusieurs autres régimes obligatoires) au moins égale à une limite fixée par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

En outre, le texte propose que la pension des assurés concernés soit majorée en fonction de la durée de travail ayant donné lieu à cotisations.

L'article laisse au pouvoir réglementaire le soin de fixer le taux d'incapacité et la durée d'assurance nécessaire, afin que les professionnels libéraux et les avocats lourdement handicapés bénéficient de la retraite anticipée, ainsi que les conditions dans lesquelles leur pension est majorée. Il en est de même pour le régime général et les régimes alignés.

## **II - La position de votre commission**

Cet article répond parfaitement au souhait de votre commission d'améliorer les droits à la retraite des personnes handicapées, en permettant aux professionnels libéraux et aux avocats lourdement handicapés d'une part, de déroger à la condition d'âge de soixante ans pour bénéficier d'une retraite à taux plein, d'autre part, de bénéficier d'une majoration de pension.

**Elle vous demande donc d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 56*

*(art. L. 173-7 nouveau, L. 351-14-1 et L. 382-29 du code de la sécurité sociale ; art. L. 742-3 du code rural ; article 114 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007)*

### **Modification des règles de « rachat » de trimestres pour l'ouverture du droit à retraite anticipée pour carrière longue**

***Objet : Cet article vise à modifier les règles de rachat de trimestres au titre des périodes d'études supérieures ou d'années d'activité incomplète pour l'ouverture du droit à une retraite anticipée pour carrière longue.***

## **I - Le dispositif proposé**

La retraite anticipée pour longue carrière a été mise en place par les articles 23, 24, 90, 97 et 99 de la réforme des retraites, dont elle constitue l'une des mesures « phares ». Ce dispositif a, en effet, été présenté comme un instrument de justice sociale destinée aux assurés ayant réalisé une carrière longue, matérialisée par une durée d'assurance importante.

Elle bénéficie aux travailleurs salariés du régime général, du régime des salariés agricoles (article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale), aux exploitants agricoles (article L. 732-18-1 du code rural), aux membres des professions indépendantes (artisans, industriels et commerçants :

article L. 634-3-2 du code de la sécurité sociale) ou libérales (II de l'article L. 643-3 du code de la sécurité sociale) et aux avocats (article L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale).

Le décret n° 2003-1036 du 30 octobre 2003 a fixé les âges de début d'activité professionnelle et les durées d'assurance minimales exigés pour être éligible au dispositif. Il est demandé aux assurés de justifier d'une durée d'assurance -ou de périodes reconnues équivalentes- au moins égale à la durée fixée pour obtenir le taux plein de liquidation majorée de huit trimestres. En application de ce décret, la retraite anticipée pour carrière longue est ainsi ouverte depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- aux assurés âgés de cinquante-neuf ans ayant débuté leur activité professionnelle avant l'âge de dix-sept ans, justifiant d'une durée d'assurance validée au moins égale à celle fixée pour obtenir le taux plein majorée de huit trimestres et ayant cotisé sur une période au moins égale à la durée d'assurance exigée pour obtenir le taux plein majorée de quatre trimestres ;

- aux assurés de cinquante-huit ans ayant débuté leur activité professionnelle avant l'âge de seize ans, dans les mêmes conditions ;

- aux assurés âgés de cinquante-six ans ayant débuté leur activité professionnelle avant l'âge de seize ans, selon les mêmes règles.

L'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers affiliés à la CNRACL, et l'article 119 de la loi de finances pour 2005, pour les fonctionnaires de l'Etat, ont étendu à la fonction publique la mesure prévue par la loi du 21 août 2003.

Depuis son entrée en vigueur en 2004, le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue a connu une montée en charge, qui n'était pas prévue par les projections initiales établies en 2003. Ces projections escomptaient pourtant une décrue progressive du nombre de nouveaux bénéficiaires à partir de la fin de l'actuelle décennie. Le scénario de base reposait essentiellement sur l'allongement de l'obligation scolaire, passée de quatorze à seize ans à partir de la génération 1953. Mais il a sous-estimé l'effet des nombreuses possibilités de validation de trimestres aujourd'hui en vigueur, dont le volume devrait finalement s'avérer trois fois supérieur aux prévisions.

Le coût de la mesure, croissant depuis 2004, traduit l'augmentation continue des effectifs présents dans le dispositif. Il s'est élevé à 600 millions d'euros en 2004, 1,3 milliard en 2005, 1,8 milliard en 2006 et 2,1 milliards en 2007. Il est évalué à environ 2,4 milliards en 2008. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, le nombre de bénéficiaires sur 2004-2008 est actuellement évalué à 556 000 et le coût cumulé de la mesure à 8,3 milliards. Ceci correspond à un surcoût de 13 % par rapport aux prévisions de 2003.

Il convient de noter que près de 20 % des assurés qui partent actuellement en retraite anticipée effectuent une régularisation de cotisations arriérées auprès du régime général, qui leur permet notamment de satisfaire à la condition de début d'activité.

Le dispositif de régularisation de cotisations arriérées, défini à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, a été initialement conçu comme une mesure de souplesse pour traiter des cas exceptionnels. Les chiffres mentionnés par le Cor dans son cinquième rapport de novembre 2007 montrent, à l'inverse, que le recours au « rachat » connaît une véritable montée en charge. En effet, le nombre de ces régularisations - majoritairement au titre de périodes d'apprentissage - est passé de moins de 5 000 en 2003 à environ 30 000 par an depuis. Pour le seul régime général, la régularisation des cotisations arriérées aurait produit un supplément de prestations de l'ordre de 350 millions d'euros en 2006 et d'environ 450 millions en 2007. Le Cor en conclut que *« s'il est justifié que des salariés [...] puissent régulariser leur situation, il est nécessaire de vérifier le bien fondé de ces régularisations et de limiter les recours abusifs au dispositif »*.

Afin d'éviter de tels abus, une circulaire de la direction de la sécurité sociale DSS/3A n° 2008-17 du 23 janvier 2008 a renforcé les modalités de régularisation des cotisations arriérées concernant les périodes d'activité salariée non cotisées et les périodes d'apprentissage. Le décret n° 2008-845 du 25 août 2008 a, quant à lui, durci les conditions financières de régularisation d'arriérés de cotisations.

Le présent article révisé également le dispositif de rachat de trimestres pour que celui-ci ne soit pas détourné de son objectif initial et utilisé pour bénéficier d'un départ à la retraite anticipé. L'exposé des motifs évoque ainsi l'utilisation, par certains assurés, de cette technique pour augmenter leur durée d'assurance et remplir les conditions pour un départ avant soixante ans.

Le **paragraphe I** crée une nouvelle sous-section consacrée au rachat de cotisations au sein de la section III (*« coordination en matière d'assurance vieillesse entre divers régimes »*) du chapitre III (*« coordination en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage »*) du titre VII (coordination entre les régimes) du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale. Cette nouvelle sous-section 9 est composée d'un article unique, l'article 173-7.

Ce nouvel article L. 173-7 dispose que les versements de cotisations effectués au titre des périodes d'études supérieures ou d'années d'activité incomplète, mentionnés au premier alinéa des articles L. 351-14-1 (pour les salariés du régime général), L. 634-2-2 (pour les membres des professions indépendantes), L. 643-2 (pour les membres des professions libérales), L. 723-10-3 (pour les avocats) du code de la sécurité sociale, à l'article L. 732-27-1 du code rural (pour les exploitants agricoles), ainsi qu'au cinquième alinéa de l'article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaire

de retraite (pour les fonctionnaires), ne seront pas pris en compte pour l'ouverture du droit à la retraite anticipée.

L'exposé des motifs précise que ces trimestres achetés au titre de périodes d'études supérieures ou d'années d'activité incomplète ne correspondent pas à des trimestres validés au titre d'une activité professionnelle effective.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 742-3 du code rural afin d'intégrer les nouvelles dispositions applicables au rachat de cotisations, dans le champ des dispositions du code de la sécurité sociale applicables au régime des salariés agricoles.

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale afin d'intégrer les nouvelles dispositions applicables au rachat de cotisations dans le champ des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Le **paragraphe IV** abroge, par coordination, deux dispositions permettant de prendre en compte le rachat de périodes d'assurance dans l'appréciation du respect des conditions d'ouverture du droit à la retraite anticipée pour carrière longue :

- le dernier alinéa de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, définissant le régime des rachats de cotisations applicable au régime général et aux régimes alignés ;

- l'article 114 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, relatif au barème spécifique de rachat pour les années d'études et d'activité incomplète (le décret d'application de l'article 114 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 n'a d'ailleurs jamais été publié).

Le **paragraphe V** prévoit que les dispositions du nouvel article L. 173-7 du code de la sécurité sociale seront applicables aux demandes de versement déposées à compter du 15 octobre 2008.

Par ailleurs, les trimestres rachetés au titre des années d'études supérieures ou d'années d'activité incomplète continueront à être pris en compte pour le calcul des pensions de vieillesse, comme le précise l'exposé des motifs.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Outre une modification rédactionnelle de cohérence, l'Assemblée nationale a adopté un amendement pour corriger une omission du texte. Elle a ajouté une référence au dispositif de retraite anticipée pour carrière longue des fonctionnaires affiliés à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (fonctionnaires territoriaux et hospitaliers), qui a été défini par l'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

### **III - La position de votre commission**

Votre commission s'est inquiétée à maintes reprises de la montée en charge du dispositif de départ anticipé pour carrière longue, qui pèse lourdement sur les comptes de la branche vieillesse. Lors de la précédente législature, elle s'est d'ailleurs prononcée pour un meilleur contrôle de la mesure, afin de limiter les effets d'aubaine permis par le mécanisme du rachat de trimestres.

La proposition du Gouvernement, consistant à durcir les règles applicables au rachat de cotisations, répond donc à ses attentes.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article additionnel après l'article 56  
(art. L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ;  
article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004  
de financement de la sécurité sociale pour 2005)*

**Harmonisation des règles d'ouverture du droit à la retraite anticipée pour carrière longue de la fonction publique avec celles du secteur privé**

***Objet : Cet article additionnel vise à harmoniser les règles d'ouverture du droit à la retraite anticipée pour carrière longue dans les trois fonctions publiques avec celles du secteur privé.***

Instauré par la loi du 21 août 2003 pour les salariés du secteur privé, le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue a été étendu aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers par l'article 57 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, et aux fonctionnaires de l'Etat par l'article 119 de la loi de finances pour 2005. Toutefois, les conditions d'éligibilité à la retraite anticipée sont actuellement plus favorables aux fonctionnaires qu'aux salariés du privé.

Depuis 2005, le droit à la retraite anticipée est en effet ouvert :

- aux fonctionnaires âgés de cinquante-neuf ans ayant débuté une activité professionnelle avant leurs dix-sept ans, ayant 168 trimestres de durée d'assurance validée et ayant cotisé au moins 160 trimestres ;

- aux fonctionnaires âgés de cinquante-huit ans ayant débuté une activité professionnelle avant leurs seize ans, ayant 168 trimestres de durée d'assurance validée et ayant cotisé au moins 164 trimestres ;

- aux fonctionnaires âgés de cinquante-six ans ayant débuté une activité professionnelle avant leurs seize ans, ayant 168 trimestres de durée d'assurance validée et ayant cotisé au moins 168 trimestres.

Convaincue de la nécessité de rééquilibrer l'effort contributif entre les différentes catégories d'assurés sociaux, votre commission plaide pour la poursuite du processus d'harmonisation avec le régime général des règles relatives aux régimes de la fonction publique. C'est pourquoi, elle considère que l'alignement des conditions d'éligibilité au dispositif de la retraite anticipée pour carrière longue de la fonction publique avec le secteur privé constitue une mesure d'équité.

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

#### *Article 57*

*(art. L. 634-2-1 du code de la sécurité sociale)*

### **Validation de trimestres au bénéfice des commerçants et artisans**

***Objet : Cet article instaure un nouveau dispositif de validation de trimestres supplémentaires au bénéfice des commerçants et artisans à compter de 2010.***

#### **I - Le dispositif proposé**

L'article 29 de la loi du 21 août 2003 a permis aux personnes affiliées aux régimes d'assurance vieillesse de base des artisans, commerçants et industriels, qui sont gérés par la caisse nationale du régime des indépendants (RSI), d'avoir recours à un dispositif de validation de trimestres (« rachat Fillon »). En effet, l'article L. 634-2-2 du code de la sécurité sociale les autorise à racheter, d'une part, dans la limite de douze trimestres, les périodes d'études supérieures ayant donné lieu à l'obtention d'un diplôme, mais sans que ce rachat vaille affiliation à un régime d'assurance vieillesse ; d'autre part, les trimestres d'assurance manquants pour avoir une année civile d'assurance complète dans les régimes des artisans, commerçants et industriels (quatre trimestres).

Le présent article propose d'instaurer un nouveau dispositif de validation de trimestres, dans le but d'améliorer les droits à retraite des artisans et commerçants. Comme le souligne l'exposé des motifs, les cotisations versées par ces assurés ne suffisent pas toujours à valider une année complète, bien qu'ils aient exercé leur activité toute l'année. En effet, les cotisations sont calculées sur le revenu du chef d'entreprise, qui peut s'avérer très faible. Ainsi, les plus petites entreprises artisanales, commerciales et industrielles, notamment celles installées dans les zones rurales, sont très sensibles à la conjoncture économique. Dès lors, un nombre important de leurs professionnels ne sont parfois pas en mesure de valider quatre trimestres d'assurance dans une année.

Le nouveau mécanisme de rachat instauré par le présent article trouve son origine dans une proposition du conseil d'administration de la caisse nationale du RSI et répond à une demande ancienne des artisans et commerçants.

Il complète l'article L. 634-2-1 du code de la sécurité sociale, résultant de l'article 38 de la loi n° 94-126 du 11 février 1996 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (« loi Madelin »). Cet article a permis aux artisans, commerçants et industriels, qui n'ont pas pu verser le minimum de cotisations requis pour valider quatre trimestres d'assurance sur une année civile, d'effectuer un versement complémentaire pour valider l'année entière, sous réserve d'être à jour de leurs cotisations obligatoires d'assurance vieillesse. Cependant, le nouveau dispositif proposé se distingue des « rachats Madelin », dans la mesure où il fera l'objet de cotisations forfaitaires et où le nombre de trimestres rachetés sera plafonné.

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 634-2-1 du code de la sécurité sociale. Il dispose que, lorsque moins de quatre trimestres d'assurance ont été validés au titre d'une année civile d'exercice d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré peut demander au RSI la validation d'un trimestre par période de quatre-vingt-dix jours d'affiliation continue ou non au cours de cette année civile.

Toutefois, le bénéfice de cette validation est subordonné à des conditions cumulatives, mentionnées aux troisième, quatrième, cinquième et dixième alinéas de l'article L. 634-2-1 :

- le demandeur doit avoir été affilié au RSI pendant une durée minimale fixée par décret qui, selon les informations disponibles, devrait être de quinze années d'ancienneté. Ce décret fixera également le nombre maximum de trimestres qui pourront être validés par l'assuré en fonction de sa durée d'affiliation, l'objectif étant de permettre le rachat d'un trimestre par période d'affiliation de cinq ans à partir de 2009 ;

- le demandeur doit verser, dans un délai fixé par décret, une cotisation. Celle-ci ne pourra être inférieure au minimum de cotisation permettant de valider un trimestre d'assurance dans les régimes d'assurance vieillesse de base des artisans et commerçants, conformément au principe fixé par l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale pour le régime général et les régimes alignés. L'exposé des motifs précise que cette cotisation minimale s'élève à 281 euros en 2008 ;

- le nombre de trimestres validés par l'assuré ne peut dépasser le nombre de périodes de quatre-vingt-dix jours accomplies dans l'année au titre des activités non salariées, artisanales, industrielles ou commerciales ;

- pour les assurés ayant validé moins de quatre trimestre d'assurance sur une année civile, compte tenu de leurs cotisations personnelles et celles de leur conjoint ou partenaire pacsé collaborateur, la faculté de rachat n'est ouverte que si leur revenu professionnel de l'année est inférieur au minimum exigé pour valider quatre trimestres.

L'article exclut du dispositif de rachat de trimestres quatre catégories d'assurés :

- les associés ou commandités des sociétés (sociétés à responsabilité limitée, sociétés en nom collectif, sociétés en commandite simple ou par actions), qu'ils soient gérants ou non de leur société, dès lors que le revenu qu'eux-mêmes, leur conjoint ou partenaire pacsé ou leurs enfants mineurs non émancipé ont tiré de leurs parts sociales ou de leurs actions dans la société (revenu mentionné à l'article 108 du code général des impôts) excède un seuil fixé par décret ;

- les assurés qui ne sont pas à jour de leurs obligations déclaratives ou de paiement de leurs cotisations et contributions personnelles et, le cas échéant, de celles afférentes aux rémunérations de leurs salariés. Toutes les obligations déclaratives sont concernées, ainsi que le paiement de toutes les cotisations et contributions personnelles sociales, afin d'englober notamment toutes les cotisations de sécurité sociale, d'assurance chômage et les déclarations de données sociales. Toutefois, la condition de paiement est considérée comme remplie, si l'assuré a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues, et s'il s'acquitte des cotisations en cours à leur date d'exigibilité ;

- les conjoints ou partenaires collaborateurs au titre de l'année ou de la fraction d'année durant laquelle ils avaient cette qualité. En droit civil, la notion de partenaire exclut les concubins et ne concerne que les partenaires liés par un pacte civil de solidarité ;

- les adhérents volontaires à l'assurance vieillesse des travailleurs non salariés, mentionnés à l'article L. 742-6 du code de la sécurité sociale, au titre de l'année ou de la fraction d'année durant laquelle ils avaient cette qualité.

L'avant-dernier alinéa du présent article précise que le nouveau dispositif de rachat de trimestres d'assurance est financé par une fraction des cotisations d'assurance vieillesse des régimes concernés. En effet, le Gouvernement a annoncé trois relèvements successifs du taux de cotisation de base : 0,3 point en 2009, 0,4 point en 2010 et 0,3 point en 2010. L'exposé des motifs souligne qu'à travers ce mode de financement, c'est la solidarité interne au régime qui supportera la différence entre la cotisation minimale versée par le bénéficiaire du rachat et le coût effectif de ce dernier.

Pour compenser l'augmentation de la part patronale dé plafonnée des cotisations vieillesse, le Gouvernement compte parallèlement sur une diminution des cotisations chômage. Or, pour les professions indépendantes, cette neutralité du transfert de cotisations ne peut être assurée, car elles ne sont pas soumises à des cotisations d'assurance chômage. La caisse nationale du RSI bénéficiera donc de recettes supplémentaires, résultant de l'augmentation des cotisations vieillesse, tandis que ses affiliés supporteront des charges sociales supplémentaires.

Le **paragraphe II** prévoit que les dispositions de l'article seront applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, compte tenu de la complexité de mise en œuvre du nouveau dispositif de rachat.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à affirmer clairement que, dès lors que l'artisan, le commerçant et l'industriel respecte les conditions posées par le projet de loi (durée de son affiliation, versement d'une cotisation de rachat, plafonnement du nombre de trimestres rachetables, état de ses obligations déclaratives et du paiement de ses cotisations), la validation des trimestres demandés ne peut lui être refusée.

La rédaction initiale de l'article 57 laissait, en effet, subsister un doute quant au caractère de droit de la validation de trimestres supplémentaires ouverte par le projet de loi.

## **III - La position de votre commission**

L'instauration d'un nouveau dispositif de validation de trimestres supplémentaires au bénéfice des commerçants et des artisans permet de mieux prendre en compte la spécificité de ces professionnels. Il ne leur est, en effet, pas toujours possible de valider quatre trimestres d'assurance, alors même qu'ils ont exercé leur activité toute l'année.

Votre commission tient à souligner que le mécanisme de rachat mis en œuvre est strictement encadré : il fait l'objet de cotisations forfaitaires et le nombre de trimestres rachetés est plafonné. Cet encadrement vise à éviter que le rachat de trimestres ne soit à nouveau utilisé par les assurés dans le seul but d'augmenter leur durée d'assurance et remplir les conditions pour un départ avant soixante ans.

Par cohérence avec les dispositions de l'article 56 du projet de loi de financement qui ne permettent plus la prise en compte des trimestres acquis au titre du « rachat Fillon » pour le bénéfice de la retraite anticipée, votre commission vous propose un **amendement** précisant que le rachat institué au présent article n'est pas non plus pris en compte dans le cadre du dispositif de départ anticipé pour carrière longue.

**Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

*Article 58*

*(art. L. 2241-4 du code du travail ; art. L. 138-24 à L. 138-27 nouveaux et L. 241-3 du code de la sécurité sociale)*

**Incitation des entreprises à maintenir les seniors en emploi  
sous peine du versement d'une pénalité**

***Objet : Cet article incite les entreprises à conclure un accord en faveur de l'emploi des salariés âgés ou, à défaut, à élaborer un plan d'action dans ce domaine, sous peine d'être soumises à une pénalité.***

**I - Le dispositif proposé**

Le taux d'emploi de seniors se situe en France à un niveau plus bas que la moyenne européenne : 38,3 % en 2007 pour les 55-64 ans contre 44,7 % dans l'Europe des vingt-sept. De plus, il progresse également moins rapidement dans le reste des pays européens : 0,2 point en 2007 en France contre 1,2 point dans l'Union à vingt-sept.

La France est encore loin d'atteindre l'objectif d'un taux d'emploi des personnes âgées de cinquante-cinq à soixante-quatre ans de 50 % à l'horizon 2010, fixé en mars 2001 lors du Conseil européen de Stockholm. Le faible taux d'emploi des seniors s'explique :

- d'abord, par les départs massifs à la retraite à l'âge de soixante ans, ainsi que par le nombre important de personnes à la recherche d'un emploi avant soixante ans, bénéficiant de prestations d'invalidité ou encore de mesures de préretraite ou de retraite anticipée ;

- ensuite, par une structure de qualification relativement défavorable des salariés âgés, qu'une allocation imparfaite des efforts de formation professionnelle et de gestion des âges par les entreprises ne permet pas de compenser. Ainsi, d'après la Dares, alors que le taux d'emploi des 55-59 ans était de 55,4 % en 2007, celui des soixante-soixante-quatre ans atteignait seulement 15,7 % cette même année ;

- enfin, il faut noter que les comportements d'offre et de demande de travail des seniors sont caractérisés par une grande inertie.

Cependant, l'évolution observée au cours des dernières années montre des signes d'amélioration : corrigée des structures par âge, la proportion de personnes âgées de cinquante-cinq à cinquante-neuf ans occupant un emploi a progressé de trois points environ depuis 2003, tandis que cette même proportion parmi les soixante-soixante-quatre ans a progressé de 1,6 point. L'amélioration est particulièrement sensible chez les femmes - 3,4 points sur l'ensemble de la classe d'âge cinquante-cinq-soixante-quatre ans -, les progrès ayant été freinés chez les hommes par le développement de la retraite anticipée pour carrière longue.

Comme le note le Conseil d'orientation des retraites (Cor) dans son rapport de novembre 2007, la faiblesse des taux d'emploi, en particulier celui des seniors, handicape le système de retraite pour au moins trois raisons :

- un niveau insuffisant d'emploi prive les régimes de retraite de cotisations supplémentaires ;

- un chômage élevé rend plus difficile d'envisager, comme il l'avait été en 2003, la possibilité de hausses de cotisations à l'assurance vieillesse en contrepartie de baisses de cotisations à l'assurance chômage ;

- enfin, l'existence de fréquentes situations d'inactivité avant la retraite (préretraite, chômage avec dispenses de recherche d'emploi, etc.) ne facilite pas l'allongement de la durée d'activité sur lequel repose la réforme de 2003, pèse sur la crédibilité de celle-ci et peut avoir un effet minorant sur le montant des pensions.

Par ailleurs, l'idée selon laquelle l'augmentation du nombre de départs en retraite se traduirait mécaniquement par une baisse du taux de chômage, en particulier celui des jeunes, a été battue en brèche par de nombreuses études.

Il est donc désormais admis que la France a fait fausse route en menant pendant des années une politique de l'emploi fondée sur l'exclusion du marché du travail des personnes âgées de plus de cinquante-cinq ans.

Prévue par la loi de 2003 et engagée en 2004, une négociation relative à l'emploi des seniors a débouché sur l'accord national interprofessionnel du 13 octobre 2005, signé par plusieurs organisations syndicales et patronales le 9 mars 2006. Le plan national d'action concertée pour l'emploi des seniors 2006-2010, élaboré dans le cadre d'un groupe de travail regroupant les partenaires sociaux et les représentants de l'Etat, reprend les dispositions de cet accord. Son objectif prioritaire est de parvenir à un taux d'emploi des cinquante-cinq-soixante-quatre ans de 50 % en 2010. Aux côtés de mesures visant à maintenir les seniors en emploi (CDD seniors, suppression de la contribution Delalande, surcote, cumul emploi-retraite, etc.), le plan a aussi pour objectif de faire évoluer les représentations socioculturelles à travers des campagnes de communication nationales en direction du grand public, des employeurs et des salariés. Si la campagne de communication lancée à l'automne 2006 semble avoir été bien perçue par les différents acteurs, le bilan provisoire du plan est plutôt décevant.

Le 7 mai 2008, Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, a présenté une communication sur le rendez-vous de 2008 sur les retraites. Il a estimé que « *la priorité est d'amplifier la mobilisation en faveur de l'emploi de seniors* ». Un groupe de travail a été mis en place, avec les partenaires sociaux, pour compléter les propositions gouvernementales en la matière. A l'issue de cette concertation, le Gouvernement a présenté, le 26 juin 2008, des mesures spécifiques pour l'emploi des seniors. Il a été décidé de les mettre en œuvre dans le cadre du

projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Un point d'étape a été programmé en 2010.

Prenant acte des limites des mesures purement incitatives, le Gouvernement a fait le choix pour 2009 d'une politique plus directive. Le présent article met en place un dispositif visant à mieux intégrer les seniors dans la politique de gestion des ressources humaines des entreprises, comme l'explique l'exposé des motifs.

Le **paragraphe I** adapte des articles du code du travail pour tenir compte du nouveau dispositif introduit au paragraphe II.

Le **paragraphe II** insère un chapitre VIII, intitulé « *Pénalités* », dans le titre III, consacré aux dispositions communes relatives au financement de la sécurité sociale, du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale. Ce chapitre est composé de quatre articles :

- L'**article L. 138-24** dispose que les entreprises employant au moins cinquante salariés ou appartenant à un groupe comprenant au moins cinquante salariés sont soumises à une **pénalité à la charge de l'employeur**, lorsqu'elles ne sont pas couvertes par un accord ou un plan d'action relatif à l'emploi des salariés âgés. Le montant de la pénalité est fixé à 1 % des rémunérations ou gains versés aux salariés au cours des périodes au titre desquelles l'entreprise n'est pas couverte par un accord ou un plan d'action. Le produit de cette pénalité sera affecté à la Cnav.

- L'**article L. 138-25** ajoute que cet accord, conclu pour une durée maximale de trois ans, devra comporter :

- un objectif chiffré de maintien dans l'emploi ou de recrutement des salariés âgés ;

- au moins trois actions en faveur de l'emploi des salariés âgés, choisies sur une liste fixée par décret et adaptées aux spécificités de l'entreprise (tutorat, formation, temps partiel de fin de carrière, etc.) ;

- des modalités de suivi de cet objectif et de ces actions.

- L'**article L. 138-26** prévoit qu'à défaut d'accord d'entreprise ou de groupe, les entreprises pourront élaborer un plan d'action répondant aux mêmes exigences, après consultation des instances représentatives du personnel (avis du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel). Elles ne seront alors pas soumises à la pénalité prévue à l'article L. 138-24. La durée maximale de ce plan d'action, qui devra faire l'objet d'un dépôt auprès de l'autorité administrative, est de trois ans.

L'article dispose également que les entreprises de moins de trois-cent salariés ou appartenant à un groupe de moins de trois-cents salariés, qui n'ont pas conclu d'accord ou élaboré de plan d'action à leur niveau mais qui sont couvertes par un accord de branche ayant reçu un avis favorable du ministre chargé de l'emploi, seront exemptées de pénalité. Le ministre est

donc appelé à apprécier si l'accord de branche comporte des mesures relatives à l'emploi des salariés âgés.

Cet avis est opposable aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 (Urssaf) et L. 752-4 (caisses générales de sécurité sociale) du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'article L. 725-3 du code rural (caisses de mutualité sociale agricole), mais le projet de loi n'indique pas qu'un avis favorable emporte exemption de pénalité. Un avis favorable constituera donc une sorte de rescrit administratif.

• Afin de faciliter la démarche de négociation des entreprises, l'**article L. 138-27** prévoit que l'autorité administrative compétente peut être sollicitée par toute entreprise afin de vérifier que l'accord ou le plan d'action, élaboré par elle, répond bien aux conditions fixées à l'article L. 138-25.

Pour renforcer la protection des entreprises, le silence de l'administration, pendant un délai fixé par décret, vaut décision de conformité.

En outre, sa réponse - même implicite - est opposable aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 (Urssaf) et L. 752-4 (caisses générales de sécurité sociale) du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'article L. 725-3 du code rural (caisses de mutualité sociale agricole) pour une durée ne pouvant excéder la durée de validité des accords ou plans d'action. L'exposé des motifs souligne que cette procédure de rescrit a été mise en place afin de sécuriser juridiquement les entreprises concernées.

Le **paragraphe III** modifie l'article 241-3 du code de la sécurité sociale, qui définit les ressources destinées à financer les charges d'assurance vieillesse résultant du code de la sécurité sociale afin d'ajouter une référence à la pénalité instaurée.

Le **paragraphe IV** fixe au 1<sup>er</sup> janvier 2010 la date d'application de ces mesures, ce qui laisse plus de deux ans aux entreprises pour conclure des accords ou mettre au point des plans d'actions sur l'emploi des salariés âgés.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a d'abord précisé que, dans le cadre de la négociation triennale sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des salariés âgés prévue par la loi du 21 août 2003 et mentionnée à l'alinéa 2 de l'article 58 du projet de loi de financement, l'anticipation des carrières professionnelles et la formation professionnelle devront également être abordées.

Elle a ensuite inclus explicitement, dans le champ d'application du présent article, les établissements publics que l'on pouvait imaginer dispensés de l'obligation d'emploi des seniors par l'usage du terme « entreprises ».

### **III - La position de votre commission**

Votre commission soutient évidemment la démarche du Gouvernement consistant à amplifier la mobilisation en faveur de l'emploi des seniors. Elle constate que la politique incitative à l'égard des entreprises est loin d'avoir porté ses fruits : de nombreux employeurs sont toujours réticents à l'idée de maintenir les seniors en emploi. C'est pourquoi, votre commission s'est prononcée pour la mise en œuvre de mesures plus directives vis-à-vis des entreprises afin qu'elles prennent davantage en compte les salariés âgés dans leur politique de gestion des ressources humaines.

La procédure prévue au présent article revêt un caractère plus dissuasif qu'incitatif. Elle répond donc aux attentes formulées par votre commission.

En outre, elle approuve l'élargissement du champ d'application du nouveau dispositif aux établissements publics, qui a été adopté à l'Assemblée nationale.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

#### *Article 59*

*(art. L. 161-22, L. 352-1, L. 634-6, L. 643-6, L. 723-11-1 nouveau du code de la sécurité sociale ; art. L. 732-39 du code rural ; art. L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite)*

#### **Libéralisation du cumul emploi retraite**

***Objet : Cet article prévoit la libéralisation du cumul emploi retraite pour tous les retraités à partir de soixante ans, s'ils ont cotisé la durée nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou, à défaut, à partir de soixante-cinq ans.***

### **I - Le dispositif proposé**

Dans le secteur privé, la limitation du cumul d'un emploi et d'une retraite date de l'ordonnance n° 83-290 du 30 mars 1982 relative à la limitation des possibilités de cumul entre pensions de retraite et revenus d'activité. Le dispositif de limitation s'appliquait aussi bien aux retraites de base des salariés qu'aux pensions civiles et militaires de retraite des fonctionnaires. Elle a été conçue, à l'époque, comme une contrepartie à l'abaissement de soixante-cinq à soixante ans de l'âge de la retraite. Les limitations ont ensuite été étendues et adaptées aux régimes des professions artisanales, industrielles et commerciales, au régime des non-salariés de l'agriculture, à mesure que ceux-ci mettaient en œuvre l'abaissement de l'âge de la retraite. La principale condition posée au cumul d'un emploi et d'une retraite consistait à subordonner le service d'une pension de retraite à la

rupture définitive, par le salarié, de tout lien professionnel avec son dernier employeur et, pour les assurés exerçant une activité non salariée avant le départ à la retraite, à la cessation définitive de l'activité exercée en dernier lieu.

- L'article 15 de la loi du 21 août 2003 (articles L. 161-22 et L. 364-6 du code de la sécurité sociale) a simplifié et harmonisé, **pour les assurés du secteur privé**, les règles relatives à la limitation du cumul d'une activité salariée et la perception d'une retraite. Le cumul est désormais soumis à une double condition :

- de rupture du lien avec le dernier employeur avant la liquidation de la pension : un assuré ne peut reprendre une activité dans la dernière entreprise qui l'employait avant son départ en retraite qu'à l'issue d'une durée minimale de six mois après la liquidation de sa retraite ;

- de plafond de ressources totales : les ressources totales dont l'assuré dispose au titre de ses pensions de base et complémentaires, ainsi que de ses revenus d'activité, ne peut excéder la moyenne de ses salaires bruts mensuels soumis à la CSG au cours de ses trois derniers mois d'activité.

L'article 105 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a assoupli les conditions du cumul emploi retraite, afin d'encourager l'utilisation du dispositif, notamment par les travailleurs ayant de bas salaires. La loi a maintenu la règle selon laquelle la somme des pensions de retraite et des revenus d'activité professionnelle ne doit pas être inférieure au montant du dernier salaire d'activité, mais elle a permis de déroger à ce plafond dès lors que les revenus tirés des pensions de retraite et de l'activité professionnelle nouvelle sont inférieurs à 1,6 fois le Smic, soit 2 113,63 euros bruts depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

- Le régime du **cumul emploi retraite des fonctionnaires** a été défini par l'article 64 de la loi de 2003. Le cumul est libre en cas de prise d'activité dans le secteur privé. Il n'est autorisé, en cas de reprise d'activité dans la fonction publique que si le revenu d'activité est au maximum égal au tiers du montant brut de sa pension ; à défaut, un abattement est appliqué (articles L. 84, L. 85, L. 86 et L. 86-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite).

La Cnav estime que 110 000 pensionnés du régime général cumulent actuellement revenu d'activité professionnelle et pension de retraite de droit direct. Ils représentent environ 1 % du nombre total des retraités du régime général. L'assouplissement du cumul emploi retraite entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2007 devrait entraîner une augmentation du nombre de personnes qui continuent à exercer une activité professionnelle après la liquidation de leur pension.

Cependant, le maintien des principales limitations au cumul emploi retraite constitue un frein à la poursuite d'une activité professionnelle par les seniors, comme le note l'exposé des motifs du présent article. Dès lors que l'objectif prioritaire est le maintien dans l'emploi des seniors ou, tout du

moins, de permettre aux travailleurs âgés d'arbitrer librement entre un départ en retraite et la poursuite d'une activité professionnelle, les interdictions ou restrictions posées nécessitent d'être levées.

Le **paragraphe I** concerne les pensionnés du régime général et du régime des salariés agricoles. Il modifie l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale afin de :

- supprimer la condition selon laquelle la rupture du lien professionnel entre l'employeur et son salarié doit être définitive pour le service d'une pension de vieillesse ;

- permettre, par dérogation aux règles actuellement en vigueur, de cumuler sans restriction une pension de vieillesse et une activité professionnelle. Sont ainsi levées les deux limites précitées : délai de latence de six mois avant de retourner chez son dernier employeur et plafond de cumul de ressources.

Deux conditions doivent toutefois être remplies par le pensionné :

- avoir liquidé ses pensions de vieillesse auprès de la totalité des régimes de retraite de base et complémentaires légalement obligatoires, dont il a relevé : cette disposition s'applique aux pensions personnelles de droit direct (bien que l'article omette de le préciser) ;

- avoir liquidé ses pensions de retraite, soit à partir de l'âge de soixante-cinq ans (âge prévu au 1° de l'article L. 351-8), soit à partir de l'âge de soixante ans (âge prévu par le premier alinéa de l'article L. 351-1) s'il a justifié d'une durée d'assurance ouvrant droit au taux plein.

Le **paragraphe II** abroge l'article L. 352-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que la pension de vieillesse attribuée ou révisée au titre de l'inaptitude au travail peut être suspendue lorsque le titulaire, n'ayant pas atteint l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 - à savoir soixante-cinq ans -, exerce une activité professionnelle lui procurant des revenus dépassant un montant déterminé.

Le **paragraphe III**, en complétant les articles L. 634-6 et L. 643-6 du même code, étend les nouvelles règles de cumul aux régimes des professions artisanales, industrielles et commerciales, ainsi qu'au régime des professions libérales ;

Le **paragraphe IV**, en ajoutant un article L. 723-11-1 dans le code précité, étend les nouvelles règles de cumul aux avocats.

Le **paragraphe V**, en modifiant l'article L. 732-39 du code rural, étend les nouvelles règles de cumul aux non-salariés des professions agricoles.

Le **paragraphe VI**, en complétant l'article 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite, étend les nouvelles règles de cumul aux fonctionnaires.

Enfin, l'exposé des motifs souligne que les règles de cumul d'un emploi et d'une retraite, actuellement en vigueur pour chaque régime, seront maintenues pour les assurés ne respectant pas les conditions décrites au paragraphe I du présent article.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a apporté trois modifications à cet article :

- elle a précisé que la condition de liquidation préalable des pensions de vieillesse, pour bénéficier du cumul emploi retraite, ne porte que sur les pensions de vieillesse « personnelles » ;

- elle a intégré les pensions étrangères dans le champ des pensions sur lesquelles porte l'obligation de liquidation, pour pouvoir bénéficier d'une liberté de cumul d'une activité professionnelle et d'une pension de retraite. L'assuré doit donc avoir liquidé l'ensemble de ses pensions auprès des régimes de retraite obligatoires dont il a relevé, y compris les régimes étrangers ;

- enfin, elle a étendu le champ d'application de l'assouplissement des règles de cumul emploi retraite à Saint-Pierre-et-Miquelon.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission s'efforce, depuis plusieurs années, de promouvoir les mesures favorisant l'emploi des seniors. Dès lors que l'objectif prioritaire est de permettre aux travailleurs âgés d'arbitrer librement entre un départ en retraite et la poursuite d'une activité professionnelle, elle considère que les interdictions ou restrictions au cumul nécessitent d'être levées.

La libéralisation du cumul emploi retraite prévue par le présent article, tel que modifié par l'Assemblée nationale, répond donc aux attentes de votre commission sur le sujet.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 60*

*(art. L. 351-10 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite)*

**Revalorisation de la surcote**

***Objet : Cet article prévoit d'une part, que le bénéfice de la surcote sera élargi aux personnes recevant le minimum contributif, d'autre part, que le taux de surcote sera revalorisé pour la rendre plus attractive.***

**I - Le dispositif proposé**

Créé par l'article 25 de la loi du 21 août 2003, le dispositif de surcote (ou coefficient de majoration) vise à favoriser le maintien en emploi des salariés âgés : les assurés qui poursuivent leur activité professionnelle après soixante ans et au-delà de la durée nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein, voient leur pension majorée (article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale).

En 2007, seulement 7,6 % des attributions de droits directs à pension de retraite par la Cnav ont donné lieu à une surcote. Les femmes représentent 41 % de ces attributions contre 34 % en 2004. L'âge moyen de départ en retraite des bénéficiaires d'une surcote au titre du régime général est de 62,7 ans. Le gain mensuel, qui évolue en fonction du montant de la pension moyenne et du nombre de trimestres de surcote, s'établit à 35,7 euros, soit 5,90 euros par trimestre de surcote. La surcote permet ainsi de majorer de 5 % les pensions liquidées par le régime.

Le régime des indépendants se caractérise par des taux de recours à la surcote plus importants que dans le régime général (en 2006, de l'ordre de 10 % chez les artisans et 13 % chez les commerçants). Dans les régimes de la fonction publique, en raison de règles spécifiques, la part des pensions attribuées avec surcote atteint des niveaux encore plus élevés (en 2006, de l'ordre de 19 % à la CNRACL et 25 % à la fonction publique d'Etat).

Quel que soit le régime de retraite pris en considération, toutes les études montrent que le coefficient de majoration n'a pas pleinement atteint ses objectifs. Il se révèle insuffisamment incitatif pour retarder les départs en retraite des assurés.

Le mécanisme de surcote reste pourtant une pièce essentielle favorisant le maintien dans l'emploi ou, tout du moins, retardant la liquidation des pensions de retraite. La proportion des nouveaux retraités bénéficiaires d'une surcote, à situation démographique constante, augmente régulièrement, ce qui laisse penser qu'une meilleure connaissance du dispositif et une valorisation accrue des trimestres cotisés supplémentaires devraient permettre d'accroître l'efficacité du dispositif. C'est pourquoi, le Gouvernement

souhaite favoriser la prolongation d'activité des seniors en rendant la surcote plus attractive, comme le souligne l'exposé des motifs du présent article.

• **L'élargissement du champ d'application de la surcote aux bénéficiaires du minimum contributif**

Cette réforme a été proposée par le conseil d'administration de la Cnav. Celui-ci a fait valoir que les bénéficiaires du minimum contributif sont actuellement exclus du dispositif de la surcote. En effet, la surcote est calculée à partir du montant initial du droit propre de l'assuré, c'est-à-dire avant l'éventuelle application du minimum contributif et sans prise en compte des avantages complémentaires (majorations pour enfant, pour conjoint à charge, etc.). Or, si le montant du droit propre est inférieur au minimum contributif, le bénéfice de la surcote sera annulé en tout ou partie par l'application du minimum contributif. Ce qui n'incitera pas au final l'assuré à poursuivre son activité.

Le présent article permet aux assurés concernés par le minimum contributif de bénéficier pleinement de la surcote.

Le **paragraphe I** complète l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale, relatif au minimum contributif, par un nouvel alinéa. Celui-ci prévoit que la surcote prévue à l'article L. 351-1-2, s'ajoutera au montant du minimum contributif, dans des conditions fixées par décret.

• **La revalorisation du taux de surcote**

Le **paragraphe II** tend à revaloriser le taux de surcote.

Ce taux est fixé par décret pour les assurés relevant d'un régime d'assurance du secteur privé. Pour les fonctionnaires, il dépend de la loi. En effet, les règles de détermination des pensions des fonctionnaires faisant partie des garanties fondamentales accordées aux fonctionnaires, elles relèvent du domaine de l'article 34 de la Constitution.

Dans le régime général, le régime social des indépendants (artisans, commerçants et industriels) et les régimes des professions agricoles (exploitants et salariés), le taux de surcote est actuellement de :

- 0,75 % du premier au quatrième trimestre cotisé au-delà de la durée d'assurance et périodes équivalentes ouvrant droit au taux plein (soit 3 % la première année) ;

- 1 % par trimestre à partir du cinquième trimestre (soit 4 % les années suivantes) ;

- 1,25 % pour chaque trimestre accompli au-delà de l'âge de soixante-cinq ans (soit 5 % par année).

Le taux de surcote appliqué par le régime de base des professions libérales est de 0,75 % par trimestre.

Pour les fonctionnaires, la surcote se traduit par une majoration de 0,75 % par trimestre de services - et non par trimestre cotisé - effectué au-delà de soixante ans (en plus du nombre de trimestres permettant d'obtenir le taux plein), dans la limite de vingt trimestres.

L'exposé des motifs du présent article rappelle que l'objectif du Gouvernement, fixé au printemps 2008, est de porter par décret le taux de surcote à 5 % pour toutes les années travaillées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Le **paragraphe II** met en œuvre cette volonté pour les fonctionnaires, en modifiant l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, qui définit les modalités de prise en compte de la durée d'assurance dans le calcul des pensions de retraite des fonctionnaires.

- Le 1<sup>o</sup> substitue à la notion de « *trimestres de services* » celle de « *trimestres d'assurance* » qui est utilisée pour tous les assurés du secteur privé ;

- Le 2<sup>o</sup> du II modifie la règle de prise en compte, pour le bénéficiaire d'une surcote, du nombre de trimestres de services accomplis au-delà de la durée d'assurance exigée pour obtenir une liquidation de pension au taux maximum par les fonctionnaires au moins âgés de soixante ans.

Jusqu'à présent, le nombre de trimestres de services accomplis par le fonctionnaire est arrondi à l'entier supérieur. Cette règle représente un avantage par rapport au secteur privé, où le trimestre doit avoir été entièrement cotisé pour être validé.

En outre, pour qu'une pension de fonctionnaire soit majorée par une surcote, il faut que la pension soit liquidée par un fonctionnaire achevant sa carrière professionnelle. Si un fonctionnaire quitte l'administration et achève sa carrière dans le secteur privé, sa pension civile ou militaire de retraite ne bénéficiera pas d'une surcote (les trimestres supplémentaires n'étant pas considérés comme des trimestres de services pour la fonction publique).

L'article revient donc sur ces deux dispositions pour rapprocher les règles de surcote dans la fonction publique de celles du secteur privé.

- Le 3<sup>o</sup> porte le coefficient de majoration de 0,75 % par trimestre supplémentaire à 1,25 %.

Le **paragraphe III** prévoit que :

- la réforme de l'arrondi et le relèvement du taux de surcote s'appliqueront aux trimestres d'assurance cotisés et effectués à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 ;

- l'application de la surcote aux bénéficiaires du minimum contributif, ainsi que la substitution des trimestres d'assurance aux trimestres de services entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2009.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a remédié à une omission du projet de loi concernant les trimestres pris en compte pour le calcul de la surcote dans le régime de la fonction publique. Comme dans les régimes du secteur privé, ces trimestres doivent être des trimestres « cotisés ». Or, ce caractère n'est pas mentionné dans les dispositions modifiant le code des pensions civiles et militaires de retraite.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission estime que la revalorisation de la surcote est l'un des principaux instruments permettant de retarder les départs en retraite des assurés.

La proposition du Gouvernement de fixer le taux de surcote à 5 % par année supplémentaire devrait rendre le dispositif plus incitatif qu'il ne l'est actuellement. Votre commission approuve donc cette mesure.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 61*

*(art. L. 1221-18 et L. 1237-5 à L. 1237-8 du code du travail)*

### **Suppression de la mise à la retraite d'office**

***Objet : Cet article supprime, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, la possibilité pour un employeur de mettre d'office un salarié en retraite.***

## **I - Le dispositif proposé**

Inciter les entreprises à maintenir les seniors en emploi figure parmi les trois objectifs définis par le Gouvernement, le 27 juin 2008, à l'issue de la concertation sur l'emploi des seniors. Dès lors, la possibilité, pour un employeur, de mettre à la retraite d'office un salarié est en contradiction avec la poursuite de cet objectif.

C'est pourquoi l'exposé des motifs du présent article souligne que la décision du passage de l'activité à la retraite doit dorénavant relever du seul choix du salarié, quel que soit son âge. Dans le cadre de la mobilisation pour l'emploi des seniors, il convient en effet de permettre à chaque salarié de pouvoir retarder le moment de son départ en retraite.

Le **paragraphe I** abroge, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, les articles L. 1237-5 à L. 1237-8 du code du travail, autorisant les employeurs à procéder à la mise à la retraite des salariés :

1) âgés d'au moins soixante-cinq ans ;

2) âgés de soixante à soixante-cinq ans qui peuvent bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein et si cette mise à la retraite d'office s'effectue dans l'un des cas suivants :

- jusqu'au 31 décembre 2009, dans le cadre d'un accord collectif étendu, conclu avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et fixant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle ;

- en application d'un accord professionnel mentionné à l'article L. 5122-4 en cas de cessation d'activité ;

- dans le cadre d'une convention de préretraite progressive conclue antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2005 ;

- dans le cadre du bénéfice de tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Le **paragraphe II** propose que, par dérogation au paragraphe I, les dispositions relatives à la mise à la retraite d'office demeurent applicables dans quatre cas :

- dans le cadre d'une convention de préretraite progressive conclue antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2005 (la loi du 21 août 2003 ayant prévu leur suppression à compter de cette date) ;

- pour les bénéficiaires d'une préretraite ayant pris effet avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et mise en œuvre dans le cadre d'un accord professionnel définissant des actions de reclassement et de reconversion professionnelle (accord mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail) ;

- pour les bénéficiaires de tout avantage de préretraite défini antérieurement à la date de publication de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites et ayant pris effet avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 ;

- jusqu'au 31 décembre 2009, dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif conclu et étendu avant le 22 décembre 2006, déterminant les contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle et prévoyant la possibilité d'une mise à la retraite d'office d'un salarié âgé de soixante à soixante-cinq ans pouvant bénéficier du taux plein de liquidation de sa pension de vieillesse.

Le **paragraphe III** procède à une modification du premier alinéa de l'article L. 1221-18 du code du travail, en complétant les informations sur les sorties d'activité des salariés âgés que les employeurs doivent transmettre aux Urssaf et dont le défaut de production entraîne une pénalité affectée à la Cnav.

Actuellement, tout employeur de personnel salarié ou assimilé doit adresser, chaque année, à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont il relève, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité, de mises à la retraite d'office intervenues à son initiative, de salariés âgés de soixante ans et plus licenciés au cours de l'année civile précédant la déclaration.

Désormais, il devra indiquer, outre les cas précédents de préretraite, de cessation anticipée d'activité, de mises à la retraite d'office intervenues à son initiative, **le nombre de salariés âgés de cinquante-cinq ans et plus licenciés ou ayant bénéficié de la rupture conventionnelle** mentionnée à l'article L. 1237-11 du code du travail. Cette modification vise à mieux suivre la politique de gestion des seniors mise en œuvre par les entreprises.

Le **paragraphe IV** modifie le quatrième alinéa de l'article L. 1221-18 du code précité. Dans sa rédaction actuelle, cet alinéa prévoit que l'obligation de déclaration susmentionnée ne s'applique qu'aux employeurs dont au moins un salarié ou assimilé est parti en préretraite ou a été placé en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente.

Par coordination avec les dispositions du paragraphe III, cet alinéa imposera désormais la même obligation aux employeurs dont au moins un salarié âgé de cinquante-cinq ans ou plus a été licencié ou a bénéficié de la rupture conventionnelle mentionnée à l'article L. 1237-11 au cours de l'année civile précédente.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Le texte initial du Gouvernement, qui avait fait l'objet d'une concertation avec les partenaires sociaux au printemps, proposait donc de supprimer la possibilité pour un employeur de mettre à la retraite d'office un salarié, sans fixer de limite d'âge. Le salarié aurait ainsi décidé seul de la date de son départ en retraite.

Or, les débats à l'Assemblée nationale ont montré qu'une suppression pure et simple de la procédure de mise à la retraite d'office pourrait poser certaines difficultés aux entreprises. En effet, celles qui souhaitent se séparer d'un salarié âgé d'au moins soixante-cinq ans n'auraient pour seule possibilité que de recourir à un licenciement pour motif personnel. S'en suivrait un développement des contentieux avec les salariés âgés.

C'est pourquoi, dans un souci d'équilibre, l'Assemblée nationale a repoussé à soixante-dix ans l'âge auquel le salarié pourra être mis à la retraite d'office par son employeur, sous réserve que celui-ci respecte la procédure décrite aux septième, huitième et neuvième alinéas de l'article L. 1237-5 du code du travail modifié.

Cette procédure prévoit que les salariés, qui le souhaitent, pourront prolonger leur activité au-delà de soixante-cinq ans, sous réserve d'en avoir préalablement manifesté l'intention auprès de leur employeur, et dans la limite de cinq années.

- le septième alinéa dispose que, avant la date à laquelle le salarié atteint l'âge de soixante-cinq ans et dans un délai fixé par décret, l'employeur interroge par écrit le salarié sur son intention de quitter volontairement l'entreprise pour bénéficier d'une pension de retraite ;

- le huitième alinéa précité précise qu'en cas de réponse négative du salarié ou à défaut d'avoir respecté l'obligation mentionnée au septième alinéa, l'employeur ne peut le mettre à la retraite d'office pendant l'année qui suit la date à laquelle le salarié atteint l'âge de soixante-cinq ans ;

- le neuvième alinéa précité prévoit que la même procédure est applicable les quatre années suivantes, c'est-à-dire jusqu'à ce que le salarié atteigne l'âge de soixante-dix ans.

La mise à la retraite d'office d'un salarié âgé de soixante-cinq ans demeurera donc possible, si celui-ci n'exprime pas la volonté de poursuivre son activité au-delà de cet âge.

Par coordination, l'Assemblée a autorisé la mise à la retraite d'office des salariés âgés de soixante à soixante-cinq ans qui peuvent bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein, et sous réserve qu'ils soient bénéficiaires d'une préretraite ayant pris effet avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et mise en œuvre dans le cadre d'un accord professionnel mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail.

Elle a également rendu possible la mise à la retraite d'office des salariés âgés de soixante à soixante-cinq qui peuvent bénéficier d'une pension à taux plein, sous réserve que la mise à la retraite s'effectue dans le cadre du bénéfice de tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et « ayant pris effet avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 ».

Enfin, il supprime le paragraphe II du texte initial, relatif aux quatre cas où la mise à la retraite d'office à soixante-cinq ans demeure applicable.

### **III - La position de votre commission**

Votre commission estime que le dispositif adopté à l'Assemblée nationale constitue une solution équilibrée. En effet, il permet à la fois de répondre aux inquiétudes exprimées par les employeurs sur la suppression de la mise à la retraite d'office à soixante-cinq ans et de laisser au salarié le choix de poursuivre, ou non, son activité professionnelle au-delà de cet âge.

Afin de retarder l'âge de départ en retraite des assurés et de maintenir les seniors en emploi, votre commission approuve la procédure très encadrée introduite à l'Assemblée nationale, prévoyant la possibilité pour le salarié âgé

de soixante-cinq ans de faire savoir à son employeur qu'il souhaite poursuivre son activité professionnelle.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 61 bis*

*(art. L. 421-9 du code de l'aviation civile)*

**Suppression de la « clause couperet »  
relative au personnel navigant de l'aéronautique civile de section A**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, autorise les pilotes et les copilotes à exercer leur activité en vol jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.***

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

L'article L. 421-9 du code de l'aviation civile dispose que le personnel navigant de l'aéronautique civile de la section A du registre prévu à l'article L. 421-3 du même code (c'est-à-dire les pilotes et les copilotes) ne peut exercer aucune activité en qualité de pilote ou de copilote dans le transport aérien public au-delà de l'âge de soixante ans. Il s'agit bien d'une « clause couperet » interdisant aux pilotes de poursuivre leur activité en vol, passé cet âge.

L'article précise, en outre, que le contrat de travail du pilote ou du copilote n'est pas rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte. En effet, l'entreprise peut proposer à la personne concernée un reclassement dans un emploi au sol, qui lui permettra de travailler au-delà de soixante ans.

En revanche, le contrat de travail est rompu si :

- l'entreprise est dans l'impossibilité de lui offrir un reclassement ;
- le salarié concerné refuse la proposition qui lui a été faite.

Dans ces deux cas, le salarié est licencié et il perçoit une indemnité de fin de carrière non imposable.

La limitation d'âge maintient, sous couvert de sécurité, un statut spécifique pour les personnels navigants, incités à partir tôt en contrepartie de conditions avantageuses. De plus, elle pénalise le personnel navigant de section A, qui souhaite avoir la liberté de poursuivre son activité en vol au-delà de soixante ans. Cette « clause couperet » va donc à l'encontre de la politique actuellement menée pour maintenir les seniors en emploi.

C'est pourquoi, cet article prévoit que les pilotes âgés de soixante ans pourront librement choisir entre la poursuite de leur activité en vol ou le reclassement en emploi au sol, si l'entreprise leur fait une telle offre.

Le **paragraphe I** propose que, dans le cas des vols en équipage avec plus d'un pilote, la limite d'âge pour exercer une activité en qualité de pilote ou de copilote dans le transport aérien public soit repoussée à soixante-cinq ans. Toutefois, l'article subordonne cette possibilité à la condition qu'un seul des pilotes de l'équipage soit âgé de plus de soixante ans.

Il est intéressant de noter que la limite d'âge de soixante ans était, jusqu'à fin 2006, également celle préconisée par la réglementation internationale établie par l'organisation de l'aviation civile internationale (OACI). **Elle a été portée à soixante-cinq ans depuis le 23 novembre 2006.** Toutefois, ce relèvement de la limite d'âge est subordonné à ce que l'autre pilote soit âgé de moins de soixante ans et que les pilotes de plus de soixante ans soient soumis à un contrôle renforcé de leur aptitude médicale.

L'article ajoute également un alinéa à l'article L. 421-9, prévoyant que :

- le personnel navigant de la section A peut, de droit, demander à bénéficier d'un reclassement dans un emploi au sol, à partir de soixante ans. Si l'entreprise est dans l'incapacité de proposer un tel reclassement, le contrat de travail est rompu. Le pilote âgé de soixante ans est donc appelé à arbitrer entre la poursuite de son activité en vol ou le reclassement en emploi au sol. En revanche, il n'est plus fait mention de l'hypothèse dans laquelle le pilote refuse l'offre de reclassement de l'entreprise ;

- à soixante-cinq ans, le contrat de travail de ce personnel n'est pas rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte mais si l'entreprise ne peut lui proposer de reclassement dans un emploi au sol, le contrat est alors rompu. Un pilote âgé de soixante-cinq ans pourra donc poursuivre son activité au sol, sauf si l'entreprise n'est pas en mesure de lui proposer un reclassement. Il n'est également plus fait mention de l'hypothèse dans laquelle le pilote refuse l'offre de reclassement de l'entreprise.

Le **paragraphe II** fixe au 1<sup>er</sup> janvier 2010 l'entrée en vigueur de ce dispositif de ce dispositif.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission estime que le maintien de « clauses couperets » limitant la possibilité pour les salariés de poursuivre leur activité au-delà d'un certain âge alors qu'ils le souhaitent, va à l'encontre de la politique actuellement menée en faveur de l'emploi des salariés âgés.

En permettant aux pilotes âgés de soixante ans de décider librement de poursuivre leur activité au sol ou en vol jusqu'à soixante-cinq ans, cet article répond aux attentes formulées par votre commission sur le maintien en emploi des seniors.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 61 ter*

*(art. L. 421-9 du code de l'aviation civile)*

**Suppression de la « clause couperet »  
relative au personnel navigant de l'aéronautique civile de section D**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, autorise le personnel navigant de catégorie D à exercer une activité de personnel de cabine jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.***

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

L'article n° 421-9 du code de l'aviation civile dispose que le personnel navigant de l'aéronautique civile de la section D du registre prévu à l'article L. 421-3 du même code (personnel navigant commercial, c'est-à-dire les stewards et les hôtes de l'air) ne peut exercer aucune activité en qualité de personnel de cabine dans le transport aérien public au-delà d'un âge fixé par décret. Cet âge est actuellement de cinquante-cinq ans.

L'article précise, en outre, que le contrat de travail du personnel navigant n'est pas rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte. En effet, l'entreprise peut proposer à la personne concernée un reclassement dans un emploi au sol, qui lui permettra de travailler au-delà de cinquante-cinq ans.

En revanche, le contrat de travail est rompu si :

- l'entreprise est dans l'impossibilité de lui offrir un reclassement ;
- le salarié concerné refuse la proposition qui lui a été faite.

Dans ces deux cas, le salarié est licencié et perçoit une indemnité de fin de carrière non imposable.

La limitation d'âge maintient, sous couvert de sécurité, un statut spécifique pour les personnels navigants, incités à partir tôt en contrepartie de conditions avantageuses. De plus, elle pénalise le personnel navigant de section D, qui souhaite avoir la liberté de poursuivre son activité en vol au-delà de cinquante-cinq ans. Cette « clause couperet » va donc à l'encontre de la politique actuellement menée pour maintenir les seniors en emploi.

C'est pourquoi, cet article prévoit que le personnel navigant commercial âgé de cinquante-cinq ans pourra librement choisir entre la poursuite de son activité en vol ou le reclassement en emploi au sol, si l'entreprise lui fait une telle offre.

Le **paragraphe I** propose que la limite d'âge pour exercer une activité en qualité de personnel de cabine dans le transport aérien public soit repoussée à soixante-cinq ans.

Il complète l'article L. 421-9 du code de l'aviation civile, en prévoyant que :

- le personnel navigant de la section D peut, de droit, demander à bénéficier d'un reclassement dans un emploi au sol, à partir de cinquante-cinq ans. Si l'entreprise est dans l'incapacité de proposer un tel reclassement, le contrat de travail est rompu. Le steward ou l'hôtesse de l'air âgé de cinquante-cinq ans est donc appelé à arbitrer entre la poursuite de son activité en vol ou le reclassement en emploi au sol. En revanche, il n'est plus fait mention de l'hypothèse dans laquelle le personnel de cabine refuse l'offre de reclassement de l'entreprise ;

- à soixante-cinq ans, le contrat de travail de ce personnel n'est pas rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte mais si l'entreprise ne peut proposer de reclassement dans un emploi au sol, le contrat est alors rompu.

Le personnel de cabine âgé de soixante-cinq ans pourra donc poursuivre son activité au sol, sauf si l'entreprise n'est pas en mesure de lui proposer un reclassement. Il n'est également plus fait mention de l'hypothèse dans laquelle le steward ou l'hôtesse de l'air refuse l'offre de reclassement de l'entreprise.

Le **paragraphe II** fixe au 1<sup>er</sup> janvier 2010 l'entrée en vigueur de cette disposition.

## **II - La position de votre commission**

Cet article constitue le symétrique du précédent destiné aux pilotes et copilotes. Pour les mêmes motifs, votre commission considère à nouveau que le maintien de « clauses couperets » à l'égard des stewards et des hôtesses de l'air est en contradiction avec la volonté des pouvoirs publics de maintenir les seniors en emploi, d'autant que l'âge actuel de cessation d'activité en vol du personnel navigant commercial est particulièrement précoce.

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

*Article 62*

*(article 1<sup>er</sup>-3 nouveau de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public)*

**Suppression des clauses couperets dans la fonction publique**

***Objet : Cet article propose de lever les obstacles empêchant certains fonctionnaires, âgés de moins de soixante-cinq ans, de prolonger leur activité professionnelle, alors même qu'ils le souhaitent.***

**I - Le dispositif proposé**

Dans le cadre de la mobilisation pour l'emploi de seniors, laisser à chacun la liberté de poursuivre son activité et de choisir le moment de son départ en retraite constitue une priorité pour le Gouvernement. Celui-ci s'est donc prononcé en faveur de la levée des obstacles empêchant certains fonctionnaires, âgés de moins de soixante-cinq ans, de prolonger leur activité professionnelle.

Les limites d'âge dans la fonction publique s'échelonnent de cinquante à soixante-dix ans. La majorité des corps fixe cette limite à soixante-cinq ans, mais les corps de fonctionnaires correspondant à des services dits actifs placent, en général, cette limite à cinquante-cinq ou soixante ans. La limite d'âge d'un corps ou d'un cadre d'emploi entraîne la mise à la retraite d'office du fonctionnaire atteignant cette limite. C'est pourquoi, elle est souvent considérée par celui-ci comme une véritable « clause couperet » lui interdisant de prolonger son activité professionnelle, même s'il le souhaite.

Le **paragraphe I** insère un nouvel article 1<sup>er</sup>-3 dans la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 modifiée, relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public.

- Il pose la **règle de portée générale** suivant laquelle tous les fonctionnaires, régis par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 et appartenant à des corps ou des cadres d'emplois dont la limite d'âge est inférieure à soixante-cinq ans, pourront bénéficier d'un maintien en activité au-delà de la limite d'âge du corps auquel ils appartiennent.

Pour bénéficier de la mesure, ces fonctionnaires devront en faire la demande. La prolongation d'activité pourra néanmoins leur être refusée en cas d'inaptitude physique vérifiée à la demande de l'administration. L'article précise que les modalités d'application de la procédure feront l'objet d'un décret en Conseil d'Etat. Le Gouvernement prévoit de s'appuyer sur les procédures et les médecins agréés déjà en place.

Ce nouveau dispositif ne remet pas en cause les possibilités de recul de la limite d'âge ouvertes par l'article 4 de la loi du 18 août 1936 concernant les mises à la retraite par ancienneté :

- lorsqu'un fonctionnaire a des enfants à charge au moment où il atteint la limite d'âge, une prolongation d'une année par enfant à charge est accordée dans la limite de trois ans de prolongation ;

- lorsqu'un fonctionnaire a trois enfants vivants au moment où il atteint l'âge de cinquante ans, une prolongation d'une année lui est accordée, sous réserve qu'il soit apte physiquement à continuer à exercer son emploi.

Il est important de souligner que le nouvel article 1<sup>er</sup>-3 ne propose pas de permettre au fonctionnaire de rester en activité au-delà de soixante-cinq ans, sauf si les statuts de son corps prévoient une limite d'âge supérieure. Il s'agit ici d'une différence majeure par rapport aux règles applicables dans le secteur privé, où les mises à la retraite d'office à soixante-cinq ans sont supprimées par l'article 60 du présent projet de loi.

- Il prévoit que, lorsque le fonctionnaire a atteint la limite d'âge applicable à son corps, les dispositions des statuts des trois fonctions publiques relatives aux congés de longue maladie (3<sup>o</sup> de l'article 34 de la loi n<sup>o</sup> 84-16 du 11 janvier 1984), aux congés de longue durée pour certaines affections graves (4<sup>o</sup> de l'article 34 et article 34 bis de la loi n<sup>o</sup> 84-16 du 11 janvier 1984) et à la reconnaissance d'inaptitude d'un fonctionnaire à l'exercice de ses fonctions (article 63 de la loi n<sup>o</sup> 84-16 du 11 janvier 1984) ne sont pas applicables.

En outre, dans ces trois cas, lorsque le maintien en activité n'est pas accordé conformément à la procédure prévue par les statuts des trois fonctions publiques, la mesure générale ne s'applique pas : le fonctionnaire est radié des cadres et admis à la retraite dans les conditions prévues à l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

- Enfin, il prévoit, d'une part, que les périodes de maintien en activité rendues possibles par le nouveau dispositif sont prises en compte dans la constitution et la liquidation des droit à pension des fonctionnaires ; d'autre part, que ces périodes peuvent ouvrir droit à la surcote dans les conditions prévues à l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Le **paragraphe II** précise que les dispositions de l'article 1<sup>er</sup>-3 de la loi du 13 septembre 1984 modifiée entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission plaide, depuis plusieurs années, pour la levée des obstacles empêchant les assurés âgés de moins de soixante-cinq ans, qui le souhaitent, de prolonger leur activité professionnelle jusqu'à cet âge.

La suppression des « clauses couperets » dans la fonction publique constitue, à ce titre, une avancée importante.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 63*

#### **Réforme des « suspensions » d'outre-mer**

***Objet : Cet article a pour objet de réformer les conditions d'attribution de l'indemnité temporaire d'outre-mer et de prévoir la suppression définitive du dispositif en 2028.***

#### **I - Le dispositif proposé**

Les personnels civils et militaires de l'Etat qui prennent leur retraite à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Pierre-et-Miquelon, ou dans les trois collectivités du Pacifique (Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, Polynésie française) bénéficient, en application du décret n° 52-1050 du 10 septembre 1952, d'une majoration spécifique de leur retraite, sous forme d'une « *indemnité temporaire de retraite* » (ITR), dont le montant varie selon la collectivité de résidence.

Dans le système actuellement en vigueur, le versement de l'indemnité n'est pas lié au fait d'avoir exercé outre-mer pendant tout ou partie de sa carrière. Aucune autre condition que celle d'être titulaire d'une pension de retraite de l'Etat et de prendre sa retraite dans l'un des territoires d'outre-mer précité n'est fixée par la réglementation.

La création de ce dispositif s'explique par plusieurs raisons :

- le décret de 1952 est intervenu dans des conditions historiques particulières. Il concernait en effet les territoires français d'outre-mer dans lesquels avaient cours le franc CFA et le franc Pacifique (CFP). Il convenait alors de compenser les effets du mode de calcul et de versement des pensions défavorables à leurs bénéficiaires ;

- l'ITR avait également pour objet de compenser les handicaps d'éloignement et d'enclavement de ces territoires ;

- cette compensation financière apparaissait comme une mesure d'équité, dans la mesure où les frais d'importation de la plupart des denrées alimentaires et autres produits étaient particulièrement élevés ;

- enfin, elle était un gage d'équilibre économique et financier pour les territoires concernés, par l'effet d'entraînement qu'elle pouvait produire sur le commerce, l'emploi et la construction.

Aujourd'hui, environ 33 000 personnes perçoivent cette indemnité temporaire, pour un montant estimé en 2008 à 315 millions d'euros. Elles n'étaient que 9 600 en 1989. Selon le territoire concerné, la majoration est de 35 % à 75 % du principal de la pension (35 % à la Réunion et à Mayotte, 40 % à Saint-Pierre-et-Miquelon et de 75 % dans les collectivités du Pacifique).

Cet avantage a été vivement critiqué dans de nombreux rapports de la Cour des comptes en raison de son caractère coûteux et inéquitable. Dans son rapport sur les pensions des fonctionnaires civils de l'Etat d'avril 2003, elle conclut à la nécessité de « *mettre fin à l'attribution de cette indemnité injustifiée, d'un montant exorbitant et sans le moindre équivalent dans les autres régimes de retraite* ». Le dispositif a également donné lieu à plusieurs débats, toujours passionnés, en séance publique au Parlement, notamment lors de l'examen des projets de loi de finances de 2005 à 2008.

L'ITR, fondée sur une réglementation ancienne, n'a plus aucune justification historique ou économique à l'heure actuelle. C'est pourquoi votre rapporteur a présenté une proposition de loi en juillet 2007, visant à mettre fin à ce dispositif<sup>1</sup>. Plusieurs arguments plaident en faveur de sa suppression :

- les handicaps d'éloignement et d'enclavement des territoires d'outre-mer se sont fortement réduits, avec le développement du transport aérien ;

- le maintien de l'indemnité n'est plus justifié d'un point de vue économique. Selon les informations recueillies par la mission d'audit de modernisation<sup>2</sup>, les écarts de prix entre la métropole et les Dom seraient de l'ordre de dix à vingt points. Cet écart est donc bien inférieur à la plus faible majoration de 35 % ;

- l'ITR est source d'inéquité : les suspensions ne sont pas applicables dans les départements d'outre-mer de Martinique, de Guadeloupe et de Guyane, ni aux agents des fonctions publiques hospitalière et territoriale. Elles n'existent pas non plus dans le secteur privé ;

- son maintien est en contradiction avec les efforts demandés aux assurés sociaux pour garantir la pérennité financière des régimes de retraite ;

- la mesure a entraîné de nombreux abus, voire des fraudes, l'obligation de résidence effective n'étant pas véritablement contrôlée ;

---

<sup>1</sup>

<sup>2</sup> *Rapport sur l'indemnité temporaire de retraite des fonctionnaires de l'Etat outre-mer - Mission commune de l'inspection générale des finances, de l'inspection générale de l'administration et du contrôle général des armées (novembre 2006).*

- la majoration a un coût considérable pour les finances publiques, évalué à 315 millions d'euros pour 2008 et qui va croissant, le nombre de bénéficiaires s'étant accru de 8,7 % en dix ans. Sur les trois dernières années, les crédits consacrés à l'ITR ont augmenté de plus de 10 % par an ;

- les économies dégagées de sa suppression permettraient de satisfaire les besoins sociaux bien réels de l'outre-mer. L'enveloppe budgétaire destinée au logement social outre-mer est presque deux fois moindre que le montant aujourd'hui accordé à l'ITR.

Le Gouvernement a décidé de recourir à la loi pour réformer le dispositif de la surpension, dont les textes fondateurs sont pourtant réglementaires. En effet, cette indemnité doit être analysée comme une majoration de retraite représentant, au regard du droit de la fonction publique, un avantage de retraite. Les avantages de retraite faisant partie des garanties fondamentales accordées aux fonctionnaires civils et militaires de l'Etat dont la loi fixe les règles, conformément à l'article 34 de la Constitution -, la réforme de l'ITR ne pouvait s'effectuer que par la loi.

L'exposé des motifs du présent article précise que le Gouvernement s'est inspiré des préconisations du rapport de la mission d'audit de modernisation précitée pour proposer une réforme progressive et équilibrée de l'ITR, afin de tenir compte des engagements qu'ont pu prendre les pensionnés actuels ou les agents qui s'appêtent à liquider leurs pensions.

Le **paragraphe I** rappelle la définition de l'indemnité temporaire, son mode de calcul et ses territoires d'application.

Le **paragraphe II** énonce les conditions d'attribution de l'ITR pour les nouveaux bénéficiaires de la majoration, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. En plus de la condition de résidence effective dans l'un des territoires précités, toute personne sollicitant le bénéfice de l'ITR doit remplir deux autres conditions.

- La première donne lieu à une alternative :

- soit la personne justifie de quinze ans de services effectifs dans les collectivités ouvrant droit au dispositif ;

- soit elle répond aux critères d'éligibilité pour bénéficier des congés bonifiés.

A travers cette condition, il s'agit de s'assurer que le demandeur a des liens étroits avec les collectivités d'outre-mer, soit parce qu'il y a travaillé plusieurs années, soit parce qu'il en est originaire.

- La deuxième, cumulative avec la précédente, impose au demandeur de justifier du nombre de trimestres nécessaire pour obtenir une pension au taux maximum de 75 % du traitement, soit 161 trimestres en 2009 (article L. 13 du code des pensions civiles et militaires de retraite).

En outre, le paragraphe précise que les nouveaux bénéficiaires devront faire valoir leur droit à l'ITR dans les cinq années suivant leur départ en retraite.

Enfin, il prévoit que le dispositif de l'indemnité temporaire cessera d'accueillir de nouveaux bénéficiaires à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2028.

Le **paragraphe III** donne des précisions quant au montant de la majoration et au droit à réversion de cet avantage.

Le montant de l'indemnité est défini lors de la première mise en paiement de celle-ci, mais il ne pourra excéder un montant annuel fixé par décret. L'exposé des motifs précise que ce plafond s'élèvera, dès 2009, à 8 000 euros par an, et qu'il sera progressivement diminué pour les entrées s'effectuant à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Lorsque l'indemnité temporaire est attribuée en cours d'année, le plafond fixé par décret sera calculé au prorata de la durée effective d'attribution de l'indemnité sur l'année considérée.

En outre, l'ITR pourra faire l'objet d'une réversion au conjoint survivant du pensionné, sous réserve que ce dernier remplisse une condition de résidence :

- si le bénéficiaire de l'ITR a été accordé en raison d'une activité exercée en outre-mer, le conjoint survivant aura pour obligation de résider effectivement dans l'une des collectivités concernées par l'indemnité ;

- si l'ITR a été attribuée en raison des liens familiaux avec une collectivité d'outre-mer donnée, le conjoint survivant devra continuer à vivre dans cette collectivité.

Le **paragraphe IV** concerne les bénéficiaires de l'indemnité temporaire avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Il dispose que le montant de l'ITR ne pourra excéder un montant annuel défini par décret, qui variera selon la collectivité et qui sera diminué jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Selon l'exposé des motifs, le plafond devra être de 10 000 euros par an à La Réunion, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon et de 18 000 euros dans les collectivités du Pacifique, en 2018.

L'ITR pourra également faire l'objet d'une réversion, mais le conjoint survivant devra résider effectivement dans l'une des collectivités ouvrant droit à cet avantage.

Le **paragraphe V** précise le régime applicable aux pensionnés relevant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Contrairement aux autres pensionnés, le montant de l'ITR perçu par ces personnes ne sera pas plafonné. En revanche, l'indemnité cessera d'être attribuée à de nouveaux bénéficiaires à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2028.

Le **paragraphe VI** prévoit que les services de la direction générale de finances publiques contrôlent l'attribution des indemnités temporaires. A ce titre, les demandeurs et bénéficiaires de l'ITR, les administrations de l'Etat et les collectivités territoriales doivent leur transmettre toute information nécessaire à la vérification des conditions d'octroi et d'effectivité de la résidence.

Si le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'effectivité de la résidence, l'ITR cessera d'être versée.

De plus, en cas d'infraction volontaire aux règles d'attribution de l'indemnité temporaire, il est définitivement mis fin au versement de l'avantage.

Le **paragraphe VII** précise que l'indemnité est, s'agissant du cumul, soumise aux mêmes règles que les pensions auxquelles elle se rattache.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Outre une modification rédactionnelle, l'Assemblée nationale a apporté les précisions suivantes :

- les quinze années de service devront avoir été effectuées « *dans une ou plusieurs* » des collectivités d'outre-mer concernées par le dispositif ;

- la durée d'assurance, dont les nouveaux bénéficiaires de l'ITR devront justifier pour obtenir le pourcentage maximum de la pension civile ou militaire de retraite, devra correspondre à des services effectifs et ne pas inclure d'éventuelles bonifications ;

- l'ITR pourra être servie aux assurés ayant une durée de carrière incomplète dès lors qu'ils liquident leurs droits sans décote, cette modalité ayant pour objectif de maintenir l'incitation à la prolongation d'activité professionnelle ;

- le plafond des indemnités temporaires octroyées aux nouveaux bénéficiaires de l'ITR, actuellement identique pour toutes les collectivités d'outre-mer visées (8 000 euros), sera désormais modulé pour mieux prendre en compte les spécificités économiques de chacune d'entre elles.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission se félicite que le régime des « suspensions » d'outre-mer soit, pour la première fois, réformé. Comme d'autres instances, elle a dénoncé, à plusieurs reprises, son caractère coûteux et inéquitable. Néanmoins, elle regrette que le Gouvernement ne prévoie l'extinction définitive du dispositif qu'en 2028.

C'est pourquoi, elle propose, outre un **amendement** de coordination, **quatre amendements** visant à :

- fermer, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au lieu du 1<sup>er</sup> janvier 2028, l'accès au bénéfice des « suspensions », ce schéma d'extinction étant conforme aux recommandations formulées par la Cour des comptes et l'inspection générale des finances ;

- plafonner l'avantage accordé aux nouveaux bénéficiaires, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, à 8 000 euros et à 35 % du montant de la pension dans tous les territoires d'outre-mer concernés par le dispositif, et d'avancer de 2028 à 2018 la date à laquelle cet avantage ne leur sera plus versé ;

- plafonner l'avantage accordé aux bénéficiaires du dispositif avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009, au montant atteint par celui-ci le 31 décembre 2008 ;

- renforcer les modalités de contrôle dont disposent les services de la direction générale des finances publiques pour se prémunir contre les risques de fraude.

**Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

#### *Article 64*

### **Objectifs de dépenses de la branche vieillesse**

***Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse et veuvage du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base.***

#### **I - Le dispositif proposé**

La branche vieillesse rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits dérivés.

Le 1<sup>o</sup> de cet article présente l'objectif de dépenses 2009 pour l'ensemble de la branche, à savoir 190,3 milliards d'euros.

Le 2<sup>o</sup> expose le sous-objectif du régime général, à savoir 100,3 milliards d'euros.

Ces objectifs de dépenses correspondent à un taux de progression de 5 % par rapport à 2008, pour l'ensemble des régimes et pour le régime général. Il n'avait été que de 4,4 % l'an passé (objectif 2008 par rapport à l'objectif révisé pour 2007) et de 4,8 % voici deux ans, ce qui témoigne de l'accélération des dépenses.

Plusieurs facteurs expliquent la croissance des prestations vieillesse :

- l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nées après la seconde guerre mondiale, phénomène identifié sous le terme de « papy-boom ». Au 1<sup>er</sup> juillet 2008, en France métropolitaine, le nombre de retraités du régime général s'élevait à près de 11,9 millions pour près de 17,3 millions de cotisants, soit un rapport démographique de 1,45 actif pour un retraité. Or, ce ratio était supérieur à 4 au début des années 1960. L'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby-boom entraîne ainsi un choc démographique de grande ampleur. Le flux de personnes atteignant soixante ans dans l'ensemble de la population française est passé de 500 000 par an environ pour les générations nées pendant la Seconde Guerre mondiale à 800 000 par an pour les générations nées à partir de 1946. Sur la période 2007-2009, le rythme des départs à la retraite des premières générations du baby-boom est très élevé : il s'établit à environ 650 000 par an (hors départs anticipés) ;

- la mesure de retraite anticipée carrière longue, qui a une forte incidence sur les flux de départs, et donc sur le volume des pensions servies. Mesure phare de la réforme de 2003, ce dispositif n'a cessé de monter en charge, depuis son entrée en vigueur en 2004. En 2007, 116 600 retraites anticipées pour carrière longue ont été accordées par le régime général - en augmentation de près de 8 % par rapport à 2006 -, soit 454 400 attributions depuis l'origine de la mesure. Les prévisions pour 2008 tablent sur une progression du nombre de départs de 9,8 %, compte tenu des données disponibles sur les premières attributions de l'année. A partir de 2009, le nombre de bénéficiaires devrait cependant commencer à diminuer (8,9 %), en raison de l'impact sur le dispositif de l'allongement de la durée d'assurance prévu par la loi du 21 août 2003<sup>1</sup> et de l'allongement de la durée des études, qui a repoussé d'autant l'entrée dans la vie active des générations nées dans les années cinquante. Le coût du dispositif pour la Cnav, croissant sur la période 2004-2008, traduit l'augmentation continue des effectifs concernés. Il devrait atteindre 2,44 milliards d'euros en 2008, soit 300 millions d'euros de plus qu'en 2007 ;

- la revalorisation importante des pensions de retraite due à l'augmentation, supérieure aux prévisions, de la hausse des prix à la consommation hors tabac.

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

---

<sup>1</sup> En effet, les conditions de durées validées et cotisées exigées pour un départ en retraite anticipée sont exprimées en fonction de la durée légale d'assurance. Les conditions d'éligibilité à la retraite anticipée s'élèvent donc pour les assurés des générations 1950 et suivantes, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

## **II - La position de votre commission**

Bien que votre commission s'inquiète de la dégradation continue des comptes de l'assurance vieillesse et plaide pour une meilleure maîtrise des dépenses, afin de revenir rapidement à l'équilibre financier de la branche vieillesse, **elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### Section 3

#### **Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles**

##### *Article 65*

*(art. L. 431-1 et L. 432-3 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 751-42 du code rural)*

#### **Amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux**

***Objet : Cet article tend à améliorer le remboursement de certains dispositifs et prestations médicaux.***

#### **I - Le dispositif proposé**

Cet article transpose l'une des dispositions figurant dans le titre III de l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, la tarification et à la réparation des risques professionnels. Son point 1.1 prévoit d'« améliorer la prise en charge des frais paramédicaux engagés par la victime d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail dont les tarifs sont insuffisants (pour certains postes tels que l'appareillage dentaire, optique ou auditif, etc.) ».

La branche AT-MP prend en charge l'ensemble des frais occasionnés par les produits et les prestations liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, dans la limite toutefois des tarifs de responsabilité applicables en matière d'assurance maladie. Certains produits ou prestations sont mal remboursés du fait de l'écart important qui existe entre leur coût et la base de remboursement. C'est notamment le cas des prothèses dentaires et auditives, des frais d'optique et des dispositifs médicaux individuels tels que les fauteuils roulants pour les personnes handicapées.

Le **paragraphe I** définit d'abord le champ des produits et des prestations concernés puis détermine les nouvelles modalités de remboursement.

Son 1<sup>o</sup> modifie l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe la liste des prestations accordées aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Ils ont notamment droit à une prise en charge de « la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et

*d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation et le remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables ».*

Il est proposé de remplacer cette énumération par un renvoi plus précis aux « *frais liés à l'accident afférents aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et aux prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7* ».

L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale indique que le remboursement des dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain et de leurs dérivés, de certains produits de santé et des prestations de service et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste. De même, l'article L. 162-1-7 subordonne le remboursement d'actes ou prestations réalisés par un professionnel de santé à leur inscription sur une liste.

Le 2<sup>o</sup> modifie le premier alinéa de l'article L. 432-3 du code de la sécurité sociale. Cet article indique que les tarifs pris en compte par la branche AT-MP pour ses remboursements sont ceux applicables en matière d'assurance maladie, sous réserve de dispositions spéciales définies par arrêté.

Par coordination, il est d'abord proposé de remplacer la référence aux tarifs des « *fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments* » par une mention des « *produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et des prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7* ».

Il est ensuite prévu de compléter cet alinéa pour prévoir que les tarifs applicables à ces produits et prestations sont majorés, par application d'un coefficient déterminé par arrêté ministériel, dans la limite des frais réellement exposés.

Cette majoration s'appliquerait à deux conditions :

- que les produits ou prestations aient été délivrés en application du 1<sup>o</sup> de l'article L. 431-1, c'est-à-dire dans le cadre de la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime ;

- que leur prix n'ait pas été fixé conformément aux dispositions de l'article L. 165-3, c'est-à-dire sans intervention du comité économique des produits de santé (Ceps), qui peut fixer les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

Il est également précisé que ce coefficient de majoration des tarifs s'appliquerait aux prothèses dentaires dont les tarifs sont inclus dans les actes dentaires de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

La majoration serait donc applicable aux tarifs des produits et prestations pour lesquels il n'existe pas de prix administré et aux tarifs de l'ensemble des prothèses dentaires.

Le 3° abroge enfin l'article L. 432-5 du code de la sécurité sociale. Cet article, qui prévoyait que la victime d'un accident du travail a droit à la fourniture, à la réparation et au renouvellement des appareils de prothèse ou d'orthopédie nécessaires à raison de son infirmité et à la réparation ou au remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables, n'a en effet plus de raison d'être puisque ces appareils seront désormais inclus dans le champ des produits et prestations figurant sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 751-42 du code rural afin de tirer les conséquences de l'abrogation de l'article L. 432-5 du code de la sécurité sociale, en remplaçant la référence à cet article par un renvoi à l'article L. 432-3 du même code qui fixe désormais, de façon globale, le cadre juridique de la prise en charge des produits et prestations susvisés ainsi que des prothèses dentaires.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Constatant que la section 2 du chapitre 2 du titre III du livre 4 du code de la sécurité sociale contient un article unique L. 432-5 qu'il est prévu d'abroger, l'Assemblée nationale a supprimé cette section.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission approuve sans réserve cette mesure qui améliore la prise en charge des victimes de risques professionnels. Son coût, estimé à 17 millions d'euros par an, paraît compatible avec les moyens financiers dont dispose aujourd'hui la branche.

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

*Article 65 bis*

*(article L. 143-10 nouveau du code de sécurité sociale)*

**Transmission du dossier médical en cas de contestation  
du taux d'incapacité**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à autoriser, en cas de contestation d'une décision relative à la fixation du taux d'incapacité d'une victime, la transmission du rapport médical ayant servi à établir ce taux à un médecin placé auprès de la juridiction saisie.***

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Cet article additionnel, adopté à l'initiative du Gouvernement, vise à mieux concilier le respect du secret médical avec celui du principe du contradictoire en cas de contentieux de l'incapacité.

Si une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle se voit attribuer un taux d'incapacité permanente par une caisse primaire, l'employeur peut contester cette décision devant les tribunaux de l'incapacité. Il a en effet un intérêt à agir, puisque le taux d'incapacité détermine ensuite le niveau des cotisations dont il doit s'acquitter.

Le respect du principe du contradictoire devant le tribunal suppose que l'employeur dispose des informations qui ont permis de déterminer le taux d'incapacité permanente du salarié. Or, le médecin-conseil de la caisse primaire ne peut transmettre au tribunal le rapport relatif à l'incapacité permanente élaboré par le service du contrôle médical, sous peine d'enfreindre le secret médical et de tomber sous le coup de l'article 226-13 du code pénal.

Les tribunaux décident alors fréquemment de rendre inopposable à l'employeur la décision fixant le taux d'incapacité permanente, ce qui entraîne une révision à la baisse, avec effet rétroactif, de son taux de cotisation. La prise en charge des dépenses d'indemnisation de la victime est alors mutualisée entre l'ensemble des entreprises. Les recours ont tendance à se multiplier, les employeurs ayant compris leur intérêt à contester les décisions des caisses.

A l'initiative du député Olivier Jardé, l'Assemblée nationale avait déjà débattu de cette question dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement pour 2008. Le Gouvernement s'était alors engagé à mettre en place un groupe de travail associant les institutions et les services concernés, notamment le Conseil de l'ordre des médecins et la Cnam, pour trouver une solution à ce problème.

Le nouvel article L. 143-10, qu'il est proposé d'insérer dans le code de la sécurité sociale, prévoit d'autoriser le praticien-conseil de la caisse de sécurité sociale à transmettre au médecin expert ou au médecin consultant désigné par le tribunal le rapport médical ayant conduit à fixer le taux d'incapacité permanente. A la demande de l'employeur, le rapport pourra ensuite être notifié à un médecin qu'il aura mandaté à cet effet. La victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle serait informée de cette notification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission approuve la solution raisonnable proposée par le Gouvernement. Elle garantit que les informations médicales relatives à la victime seront seulement communiquées à des médecins, tout en permettant à la procédure contradictoire de se dérouler normalement devant les tribunaux. Il s'agit là d'une conciliation intelligente entre deux principes également essentiels qui s'étaient momentanément trouvés en contradiction.

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

### *Article 66*

*(art. L. 412-8 et L. 443-1 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 1226-7 du code du travail)*

### **Maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle**

***Objet : Cet article autorise la victime d'un accident du travail à effectuer une formation tout en continuant à percevoir ses indemnités journalières et prévoit le maintien de ces indemnités pendant le mois séparant la déclaration d'inaptitude d'un salarié de son reclassement ou de son licenciement par l'employeur.***

## **I - Le dispositif proposé**

La victime d'un accident du travail perçoit une indemnité journalière pendant la durée de son arrêt de travail, dans les conditions prévues à l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale. Le versement de l'indemnité s'interrompt, en principe, lorsque la victime reprend le travail. Une exception à cette règle est cependant prévue en cas de reprise d'un travail léger reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la consolidation ou la guérison de la blessure.

Le 1° du **paragraphe I** propose de maintenir l'indemnité dans deux nouvelles hypothèses. Il insère, à cette fin, deux nouveaux alinéas à l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

Le premier dispose que l'indemnité journalière peut être maintenue quand la victime demande à accéder, durant son arrêt de travail, à une des formations visées à l'article L. 6313-1 du code du travail. L'accès à cette formation est subordonné à l'avis du médecin-conseil de la caisse primaire et à l'accord du médecin traitant.

Les formations visées à l'article L. 6313-1 sont très variées : elles recouvrent, par exemple, les actions de préparation à la vie professionnelle, les actions de développement des compétences, de promotion professionnelle, de prévention, de conversion, de perfectionnement des connaissances, ainsi que les formations à l'économie de l'entreprise, les bilans de compétences, la validation des acquis de l'expérience, l'accompagnement et le conseil à la création d'entreprise et la lutte contre l'illettrisme.

La caisse informe l'employeur et le médecin du travail de sa décision de maintenir l'indemnité.

Le deuxième alinéa prévoit de rétablir le versement de l'indemnité journalière pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail, lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée.

Le délai auquel il est fait référence, d'une durée d'un mois, est celui qui s'écoule entre la déclaration d'inaptitude d'un salarié à reprendre son emploi et la décision de son employeur de le reclasser dans l'entreprise ou de le licencier. Jusqu'à présent, le salarié ne percevait, pendant cette période, ni salaire, ni indemnité journalière, ni allocations chômage. Il peut cependant percevoir une rente s'il est atteint d'une incapacité ; dans ce cas, le montant de la rente s'imputerait sur celui de l'indemnité journalière.

Un décret viendra préciser les conditions d'application du présent article.

Cette mesure s'inspire directement d'une disposition figurant dans l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007, relatif à la prévention, la tarification et à la réparation des risques professionnels, qui recommandait d'étudier la *« faisabilité d'une allocation temporaire de réinsertion professionnelle succédant aux indemnités journalières et susceptible d'intervenir entre la consolidation et la mise en œuvre de la décision de l'employeur »*. Plutôt que de créer une allocation nouvelle, le projet de loi retient la solution, plus simple, du maintien du versement de l'indemnité journalière.

Le 2° du **paragraphe I** procède à une mesure de coordination à l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale. Cet article prévoit que certaines catégories de personnes, qui ne sont pas des salariés, sont néanmoins couvertes par les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux

accidents du travail et aux maladies professionnelles. Sont visés, par exemple, les stagiaires de la formation professionnelle et les élèves et étudiants des établissements d'enseignement technique. Il est proposé de préciser que seront également couvertes les victimes qui suivent une action de formation dans les conditions qui viennent d'être indiquées.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 1226-7 du code du travail, qui dispose que le contrat de travail du salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est suspendu pendant la durée de son arrêt de travail. Il est proposé d'indiquer que le contrat est également suspendu si le salarié effectue une formation pendant son arrêt de travail, comme cela sera désormais possible.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Outre deux amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, un amendement tendant à prévoir qu'une victime d'accident du travail pourra, non seulement suivre une formation, mais aussi des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante.

## **III - La position de votre commission**

La première mesure prévue à cet article devrait favoriser la réinsertion professionnelle des victimes d'accident du travail en leur permettant de suivre une formation pendant la durée de leur arrêt de travail. Leurs chances de réinsertion seront améliorées si cette démarche est engagée très en amont. La seconde permet de combler une lacune dans le système d'indemnisation des victimes. Votre commission approuve ces dispositions, dont le coût est estimé à 18 millions d'euros par an.

Elle regrette cependant que le texte ne prévoit pas d'indemniser les salariés pendant la période de quinze jours qui s'écoule entre les deux visites médicales auxquelles il est habituellement procédé, avant qu'un salarié soit déclaré inapte à occuper son poste de travail. L'article R. 4624-31 du code du travail prévoit en effet que le médecin du travail ne peut, en principe, déclarer l'inaptitude qu'après deux examens médicaux espacés de deux semaines. Elle peut être déclarée après un seul examen seulement si le médecin estime que le maintien du salarié à son poste entraînerait un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité.

Votre commission est consciente que cette mesure occasionnerait un surcoût pour les finances publiques mais elle souhaite néanmoins attirer l'attention du Gouvernement sur ce point afin qu'il présente les raisons qui l'ont conduit à ne pas prévoir aussi une indemnisation pendant cette période.

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

*Article 67*

*(article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004  
de financement de la sécurité sociale pour 2005)*

**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 supprime la contribution à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante et fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP du régime général au financement du Fcaata et du Fiva.***

**I - Le dispositif proposé**

Le **paragraphe I** supprime l'article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Cet article a institué une contribution à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante, qui vient abonder le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).

La contribution est due pour chaque salarié admis à bénéficier de l'allocation de cessation anticipée d'activité versée par le Fcaata et est versée en une fois, au moment du départ du salarié de l'entreprise. Y sont assujetties les entreprises :

1° dont un salarié ou ancien salarié est admis à bénéficier de l'allocation ;

2° et qui supportent, au titre des cotisations accidents du travail, les dépenses liées à la maladie professionnelle d'un salarié ou ancien salarié liée à l'amiante ;

3° ou qui, si le salarié n'est pas atteint par une maladie professionnelle provoquée par l'amiante :

- soit ont des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navale ;

- soit sont des entreprises de manutention ou des organismes gestionnaires de port employant (ou ayant employé) des ouvriers dockers professionnels ou des personnels de manutention dans des ports où est (ou a été) manipulée de l'amiante.

Le montant de la contribution est égal à 15 % du coût de l'allocation sur la période prévisible de versement, c'est-à-dire jusqu'aux soixante ans du salarié, majoré des cotisations à la charge du fonds (cotisations de retraite).

L'entreprise est exonérée de contribution pour le premier bénéficiaire admis dans le dispositif au cours d'une année civile. Sont également exonérées les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire.

Le montant de la contribution est, de plus, doublement plafonné. Il ne peut :

- excéder 4 millions d'euros pour chaque année civile par redevable ;
- représenter plus de 2,5 % de la masse totale des salaires versés au personnel pour la dernière année connue.

La contribution est recouvrée par certaines Urssaf, selon les mêmes règles que celles applicables au recouvrement des cotisations du régime général. Elle a rapporté près de 30 millions d'euros en 2008.

Le **paragraphe II** fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP du régime général au Fcaata.

Le montant proposé pour 2009 est de 880 millions d'euros, en progression de 30 millions d'euros par rapport à 2007. Cette augmentation compenserait la perte de recettes que subirait le Fcaata du fait de la suppression de la contribution.

Le **paragraphe III** fixe ensuite le montant du versement de la branche au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), dont la vocation est d'apporter aux personnes malades de l'amiante une réparation intégrale de leur préjudice. Il prévoit, pour 2009, un versement de 315 millions d'euros, soit un montant identique à celui de ces trois dernières années.

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 Fiva et exposé les raisons qui l'ont amenée à approuver la suppression de la contribution à la charge des entreprises, en dépit de la complète mutualisation du financement du Fcaata qui va en résulter. La contribution n'a pas produit les recettes escomptées, son recouvrement est coûteux et elle a pu faire obstacle à la reprise d'entreprises en difficulté. Votre commission avait demandé, l'an passé, que soient étudiées les raisons de la faiblesse du rendement de cette contribution, mais il lui apparaît clair aujourd'hui que les problèmes que celle-ci pose l'emportent sur ses avantages.

Votre commission juge, par ailleurs, convenable le niveau des dotations proposé pour les deux fonds en 2009, compte tenu, à la fois, des moyens financiers de la branche et de leurs besoins de financement.

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

*Article 68*

*(art. L. 176-1 du code de la sécurité sociale)*

**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 2009, au titre de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance 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 compenser les dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge par la branche AT-MP, 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.

L'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale dispose en outre 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, actuellement Noël Diricq, 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 rendu en juillet 2008.

Le présent article fixe le montant de ce reversement pour 2009 à 710 millions d'euros, en hausse de 300 millions par rapport à l'an passé.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

**II - La position de votre commission**

Votre commission a déjà rappelé la raison d'être de ce reversement forfaitaire qu'elle juge légitime, bien qu'il pèse sur les comptes de la branche AT-MP.

Le montant proposé pour 2009 s'inscrit dans la fourchette proposée par la commission Diricq, qui a évalué le coût de la sous-déclaration entre 565 millions et 1 milliard d'euros. En forte augmentation par rapport à 2008, il va absorber une bonne part des excédents dégagés par la branche AT-MP mais permettra en revanche de réduire légèrement le déficit de la branche maladie.

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

#### *Article 69*

### **Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009**

***Objet : Cet article fixe à 13 milliards d'euros en 2009 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP dont 11,4 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 2009 à 13 milliards d'euros. L'objectif de dépenses est de 11,4 milliards d'euros pour le seul régime général.

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 6,5 % par rapport aux dépenses qui devraient être effectivement réalisées en 2008. Cette hausse sensible s'explique, pour l'essentiel, par celle des dépenses de transfert à la charge de la branche AT-MP mais aussi par les mesures améliorant l'indemnisation des victimes. Votre commission souhaite que cet objectif d'évolution des dépenses soit respecté afin que la branche reste à l'équilibre l'an prochain.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

## Section 4

### Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

#### *Article 70*

*(art. L. 223-1 du code de la sécurité sociale)*

#### **Financement par la caisse nationale des allocations familiales de l'intégralité des majorations de pensions pour enfants**

***Objet : Cet article vise à mettre progressivement à la charge de la branche famille l'intégralité du financement des majorations de pensions pour enfants.***

#### **I - Le dispositif proposé**

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) a été institué par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 pour prendre en charge le financement des avantages vieillesse à caractère non contributif, c'est-à-dire ceux non financés par des cotisations sociales et relevant de la solidarité nationale : minimum vieillesse, majorations de pensions pour enfants ou conjoint à charge, validations pour la retraite des périodes de chômage, de préretraite et du volontariat civil.

Les majorations pour enfants existent depuis 1945. Elles ont pour effet d'augmenter d'un dixième de son montant la pension de l'assuré qui a eu ou élevé au moins trois enfants, pendant au moins neuf ans, avant leur seizième anniversaire.

- La loi de financement pour 2001 avait prévu de mettre progressivement ces majorations à la charge de la Cnaf, selon un calendrier qui devait aboutir à un transfert intégral en 2007 : 15 % en 2001 puis 15 % supplémentaires par an jusqu'à la totalité en 2007.

- La loi de financement pour 2003 a accéléré ce transfert en fixant à 60 % la fraction à prendre en charge pour 2004, au lieu des 45 % initialement prévus. Pour éviter de reprendre chaque année la même disposition dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, cette proportion de 60 % a été inscrite à l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale.

Or, le Gouvernement propose cette année de reprendre le mouvement progressif de transfert : la Cnaf prendrait à sa charge 70 % du montant total l'année prochaine, 85 % en 2010 et 100 % en 2011.

#### Montants et parts des majorations de pension prise en charge par la Cnaf depuis 2001

en millions d'euros courants	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*	2010*	2011*
Part transférée	15 %	30 %	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %	70 %	85 %	100 %
Montants en millions d'euros	437	902	1 875	1 965	2 087	2 185	2 291	2 389	2 907	3 700	4 400

\* Prévisions

Source direction de la sécurité sociale

Il en résultera un surcoût pour la branche famille de l'ordre de 400 millions d'euros en 2009, 1,1 milliard en 2010 et 1,8 milliard en 2011.

Sur la période 2001-2020, le transfert représentera une charge financière d'environ 70 milliards d'euros pour la Cnaf.

L'Assemblée nationale n'a pas adopté de modification à cet article.

## II - La position de votre commission

Tout en étant consciente de la nécessité de renflouer les branches de la sécurité sociale en déficit, votre commission n'est pas favorable à la prise en charge intégrale par la branche famille des avantages vieillesse.

Les prestations destinées ont été considérées, dès l'origine, comme des dépenses de solidarité. Elles présentent, de surcroît, un intérêt stratégique car les dépenses de la branche famille, en contribuant à augmenter le taux de natalité et donc le volume des cotisations sociales à moyen terme, favorisent l'équilibre futur de toutes les autres branches de la sécurité sociale.

Certes, le débat est ouvert depuis longtemps sur la nature des majorations de pensions pour enfants pour certains, dont votre rapporteur, elles relèvent clairement de la branche vieillesse puisqu'elles consistent à améliorer la pension de celui qui, durant sa vie active, a amputé son revenu pour le consacrer à l'éducation de ses enfants ; pour d'autres, elles constitueraient des avantages familiaux différés, ce qui justifierait qu'elles relèvent de la branche famille. La question n'est intellectuellement pas tranchée. Sur le plan financier, en revanche, le projet de loi de financement se prononce clairement pour la seconde option. On peut dès lors craindre que la même approche, apparemment logique mais justifiée en réalité par des considérations d'opportunités financières, s'applique à d'autres matières, par exemple la prise en charge du congé de maternité.

Votre commission comprend que le transfert proposé répond, en réalité, à la nécessité de trouver des ressources supplémentaires pour financer la branche vieillesse et considère qu'en l'absence d'une réforme structurelle des branches en déficit, cette situation risque de se reproduire.

En conséquence, et pour montrer son désaccord, non pas sur l'importance qui s'attache à la préservation du régime des retraites, mais sur la méthode ici employée, **elle vous demande de supprimer cet article.**

*Article additionnel après l'article 70  
(art. L. 531-5 du code de la sécurité sociale)*

**Taux de salaire horaire maximum des assistantes maternelles**

***Objet : Cet article additionnel a pour objet de mettre un terme à la fraude sur les déclarations des heures de travail des assistantes maternelles en instituant un taux de salaire horaire maximum ouvrant droit à la prise en charge intégrale des cotisations sociales des assistantes maternelles.***

Le complément du libre choix du mode de garde (CMG) est l'une des aides versées au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

L'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale prévoit que le CMG comprend notamment une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liés à la personne qui assure la garde de l'enfant pendant les heures de travail de ses parents.

Les conditions de cette prise en charge ont été définies par le décret n° 2003-1394 du 31 décembre 2003. Celui-ci dispose que lorsqu'un ménage ou une personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant maximum mensuel des cotisations et contributions sociales prises en charge au titre du CMG est égal à 100 % à la condition que la rémunération servie à l'assistante maternelle, au titre de la garde de l'enfant, ne dépasse pas, par jour et par enfant, cinq fois la valeur horaire du Smic<sup>1</sup>.

Pour bénéficier de la totalité de la prise en charge, les parents ne doivent donc pas rémunérer l'assistante maternelle au-delà de ce plafond journalier<sup>2</sup>. Or celle-ci, lorsqu'elle effectue des journées de travail particulièrement longues, peut légitimement considérer qu'il n'est pas normal que sa rémunération soit limitée par ce plafond. Pour contourner cet obstacle, on constate que les parents répartissent les heures de garde réellement effectuées sur des jours fictifs afin de maintenir le taux de salaire horaire de l'assistante maternelle tout en conservant l'intégralité du remboursement des charges sociales.

---

<sup>1</sup> Cette disposition a été codifiée à l'article D. 531-17 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008, la valeur horaire du Smic est fixée à 8,71 euros, le plafond est donc égal à 43,55 euros.

Selon les informations communiquées à votre rapporteur, cette pratique frauduleuse serait assez largement répandue.

Pour y mettre fin, cet article propose que l'intégralité des charges sociales soit désormais déductible dans la limite d'un taux de salaire horaire maximum qui sera fixé par décret.

Ainsi, les parents pourront déclarer les heures quotidiennes réelles de leur assistante maternelle tout en continuant de bénéficier de la totalité du remboursement de charges sociales.

Par ailleurs, la fixation du taux de salaire horaire maximum à un niveau élevé permettra de revaloriser le pouvoir d'achat des assistantes maternelles.

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

#### *Article 71*

*(art. L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale)*

### **Modulation de la prestation de complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires d'accueil atypiques**

***Objet : Cet article a pour objet de moduler le complément de libre choix du mode de garde en fonction des heures de travail des parents***

#### **I - Le dispositif proposé**

Instaurée en 2004, la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) a vocation à remplacer l'ensemble des aides à la garde d'enfants existantes. Elle représente déjà 97 % du montant total de ces aides.

Le complément du libre choix du mode de garde (CMG) est l'une des aides versées au titre de la Paje. Il comprend une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant et une prise en charge partielle, qui varie en fonction de l'âge de l'enfant et des ressources de l'allocataire, de la rémunération de la personne qui en assure la garde.

En revanche, le taux d'aide n'est pas modulé en fonction du moment où la garde est effectuée. Or, le développement d'horaires de travail atypiques conduit souvent les parents à devoir faire garder leurs enfants selon des horaires décalés par rapport aux journées de travail traditionnelles. Il en résulte pour eux un surcoût de dépenses que ne compense pas le CMG actuel. Selon l'enquête emploi 2007 de l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 469 000 familles comportant au moins un enfant de moins six ans sont concernées par ce phénomène, soit 14 % des familles avec de jeunes enfants.

Le présent article propose donc qu'en cas d'horaires de garde atypiques, le montant du CMG soit majoré. Un décret fixera les conditions de la mesure.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission rappelle d'abord le succès de la Paje, qui a bénéficié en 2007 à plus de 2,2 millions de familles. Le CMG, quant à lui, a été utilisé la même année par près de 640 000 familles. Elles devraient être 100 000 de plus en 2009 en raison du taux soutenu de la natalité dans notre pays.

La réussite de ce dispositif montre combien il est adapté à la demande des familles.

La mesure proposée par cet article devrait contribuer à mieux adapter encore la prestation aux besoins des parents.

Ceci étant, votre commission ne voudrait pas que ce genre de dispositif conduise à favoriser le développement des horaires de travail atypiques. Il s'agit, dans son esprit, de mieux soutenir les parents qui ne peuvent faire autrement que de rentrer tard le soir ou de travailler la nuit, et non de contribuer à un élargissement excessif des tranches horaires de travail au prétexte que la garde des enfants ne lui fait plus obstacle.

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

### *Article 72*

*(art. L. 421-1, L. 421-4 et L. 423-1 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 212-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 2324-1 du code de la santé publique ; art. 80 sexies du code général des impôts)*

### **Assouplissement des conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel**

***Objet : Cet article a pour objet d'augmenter le nombre maximum d'enfants pouvant être accueillis par une assistante maternelle et d'autoriser, à titre expérimental, le regroupement des assistantes maternelles.***

## **I - Le dispositif proposé**

Créé par la loi n° 2005-706 du 27 juin 2005, l'article 421-1 du code de l'action sociale et des familles définit l'assistant maternel comme « la personne qui, moyennant rémunération, accueille habituellement et de

*façon non permanente des mineurs et des jeunes majeurs de moins de vingt et un ans à son domicile ».*

L'exercice de la profession d'assistant maternel est subordonné à la délivrance d'un agrément par le président du conseil général du département où le demandeur réside<sup>1</sup>.

L'agrément précise notamment le nombre de mineurs que l'assistant maternel est autorisé à accueillir simultanément. Actuellement, ce nombre ne peut être supérieur à trois, sauf si le président du conseil général accorde une dérogation à la demande de l'assistant maternel<sup>2</sup>.

Le **paragraphe I** propose de porter de trois à quatre le nombre maximum d'enfants pouvant être accueillis simultanément. Il précise également que l'agrément pour quatre enfants ne peut concerner que des mineurs de moins de trois ans.

Le **paragraphe II** autorise, à titre expérimental, les assistants maternels qui, normalement, doivent recevoir les enfants à leur domicile, à se regrouper dans un local extérieur au domicile pour accueillir les mineurs dont ils ont la charge. Toutefois, cette possibilité est subordonnée à la conclusion d'une convention entre les assistants maternels, le département ou l'une des communes située sur son territoire, ainsi que la caisse d'allocations familiales. Cette convention fixe les conditions d'exercice de l'activité des assistants maternels regroupés.

Il est enfin précisé que le regroupement n'entraîne pas la perte du bénéfice de la déductibilité des frais professionnels pour le calcul de l'assiette de l'impôt sur le revenu, à laquelle les assistants maternels ont droit lorsqu'ils travaillent à domicile<sup>3</sup>.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a apporté deux modifications à cet article.

Elle a d'abord supprimé le caractère expérimental du dispositif de regroupement. Lors des débats, il a en effet été indiqué que le regroupement des assistants maternels faisait déjà l'objet d'une expérimentation depuis plusieurs années, notamment en Mayenne, et qu'il rencontrait un vif succès.

Elle a ensuite supprimé la restriction concernant l'agrément accordé pour quatre enfants, en prévoyant que ceux-ci ne devront pas forcément être âgés de moins de trois ans.

---

<sup>1</sup> Art L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>2</sup> Art. L. 421-4 du même code.

<sup>3</sup> L'article 80 sexies du code général des impôts prévoit que les frais professionnels déductibles sont constitués des dépenses d'entretien et d'hébergement des enfants.

### **III - La position de votre commission**

Votre commission est favorable au principe du regroupement, qui donne une liberté supplémentaire aux assistantes maternelles dans l'exercice de leur profession.

Ceci étant, elle observe que les conditions du regroupement restent très vagues, en l'état actuel du projet de loi.

Votre commission vous propose donc **deux amendements** qui visent, d'une part, à exclure la question de la rémunération du champ de négociation de la convention permettant le regroupement, d'autre part, à exiger de la collectivité territoriale signataire qu'elle fournisse le local de travail dès lors qu'elle accepte de rentrer dans le dispositif.

Il est en effet vraisemblable que les assistantes maternelles ne s'engageront dans le nouveau dispositif de regroupement qu'à la condition d'être épaulées par la commune ou le département et de garder la possibilité de négocier directement leur rémunération avec les parents qui les emploient.

**Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.**

*Article additionnel après l'article 72  
(art. L. 2324-1 du code de la santé publique)*

#### **Augmentation de la capacité d'accueil des établissements d'accueil des jeunes enfants**

***Objet : Cet article additionnel a pour objet d'augmenter le nombre d'enfants accueillis par professionnel dans les établissements d'accueil des jeunes enfants.***

L'article L. 2324-1 du code de la santé publique dispose que les conditions d'installation et de fonctionnement des établissements d'accueil des jeunes enfants sont fixées par voie réglementaire.

L'article R. 2324-43 du même code prévoit en conséquence que l'effectif placé auprès des enfants dans ces établissements est d'un professionnel pour cinq enfants qui ne marchent pas et d'un professionnel pour huit enfants qui marchent.

L'article 72 du présent projet de loi permet au président du conseil général de délivrer désormais, sans qu'il soit nécessaire de recourir à une procédure dérogatoire, des agréments qui autorisent une assistante maternelle à accueillir quatre et non plus seulement trois enfants simultanément.

Le présent amendement s'inscrit dans la même démarche et prévoit que dans les crèches, chaque professionnel puisse désormais accueillir six et non plus cinq enfants qui ne marchent pas, et neuf et non plus huit enfants qui marchent.

Le taux d'encadrement des enfants dans les crèches françaises est en effet encore très supérieur à celui d'autres pays comparables. Par exemple, ce taux varie d'un professionnel pour douze enfants à un pour quinze dans les pays nordiques.

Votre commission propose donc de compléter en ce sens l'article L. 2324-1 pour fixer le nouveau taux d'encadrement. Ce faisant, cette précision aura valeur législative : il n'y a en effet aucune raison pour que les règles relatives à la capacité d'accueil des crèches relèvent du domaine réglementaire alors que celles qui concernent l'agrément des assistantes maternelles relèvent du niveau législatif.

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

*Article additionnel après l'article 72  
(art. 244 quater F du code général des impôts)*

**Crédit d'impôt famille**

***Objet : Cet article additionnel a pour objet de recentrer le crédit d'impôt famille sur les dépenses de financement des crèches.***

L'article 98 de la loi de finances pour 2004<sup>1</sup> a créé un dispositif d'incitation fiscale, le « crédit d'impôt famille » (Cif), afin d'encourager les entreprises à développer leurs propres structures de garde d'enfants et à aider leurs salariés à mieux concilier vie familiale et vie professionnelle.

Le dispositif a été institué en faveur des entreprises imposées sur leur bénéfice réel. Il s'applique quels que soient la nature de leur activité (industrielle, commerciale, artisanale, libérale ou agricole) et le mode d'exploitation (entreprise individuelle, société à responsabilité limitée, société anonyme...).

Le crédit d'impôts est égal à 25 % du montant de certaines dépenses engagées par les entreprises en faveur de leurs salariés ayant des enfants à charge. Il est plafonné à 500 000 euros par an et par entreprise. Il est imputé sur l'impôt sur le revenu ou l'impôt sur les sociétés dû par l'employeur au titre de l'année au cours de laquelle il a engagé les dépenses éligibles.

---

<sup>1</sup> Codifié à l'article 244 quater F du code général des impôts.

Ces dépenses sont de six types différents :

- les dépenses ayant pour objet de financer la création et le fonctionnement d'une crèche d'entreprise ;

- les dépenses de formation engagées en faveur des salariés de l'entreprise bénéficiant d'un congé parental d'éducation ;

- les rémunérations versées par les entreprises à leurs salariés bénéficiant d'un congé maternité, de paternité, parental d'éducation ou « pour enfant malade » ;

- les dépenses visant à indemniser les salariés de l'entreprise qui ont dû engager des frais exceptionnels de garde d'enfants à la suite d'une obligation professionnelle imprévisible survenant en dehors des horaires habituels de travail ;

- les dépenses de formation engagées par l'entreprise en faveur de nouveaux salariés recrutés à la suite d'une démission ou d'un licenciement pendant un congé parental d'éducation, lorsque cette formation débute dans les trois mois de l'embauche et dans les six mois qui suivent le terme de ce congé ;

- les dépenses de prise en charge partielle des chèques emploi service universel utilisés par les salariés de l'entreprise.

Trois ans après sa mise en place, le Cif reste un échec relatif dans la mesure où 94,4 % des déductions fiscales qu'il occasionne sont des rémunérations versées par l'entreprise à ses salariés en congés liés à l'enfant. Seules 3,6 % des déductions concernent des dépenses dédiées au financement des crèches.

Pour ces motifs, votre commission propose de recentrer le Cif sur les aides à la garde d'enfant, en portant à 50 % le plafond de déductibilité des dépenses de financement des crèches et des chèques emploi service universel et en ramenant à 10 % celui des autres dépenses. Elle considère, en effet, que la déduction fiscale obtenue au titre d'actions finalement sans lien direct avec la petite enfance pourrait s'apparenter à une sorte de niche fiscale.

On peut espérer qu'un dispositif plus incitatif permettra aux entreprises de s'investir davantage dans la création de crèches accueillant les enfants de leurs salariés.

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

*Article 73*

**Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2009**

***Objet : Cet article a pour objet de fixer les objectifs de dépenses de la branche famille pour 2009.***

**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).

S'agissant de la revalorisation des prestations, le présent projet de financement table sur une hypothèse de progression de la BMAF de 3,5 %. Cette prévision est fondée sur l'inflation prévue pour 2009 et les écarts constatés entre les revalorisations et l'inflation réelle des années précédentes. Elle doit permettre d'ajuster l'évolution de la BMAF avec l'évolution des prix sur le moyen terme. A cet égard, une revalorisation de 3,5 % apparaît cohérente pour 2009, puisque la revalorisation a été inférieure de 0,2 % à l'inflation en 2007 et de 1,3 % en 2008. En 2009, avec une inflation estimée à 2 % et une revalorisation prévue de 1 %, la BMAF devrait donc coller à l'évolution réelle des prix de ces dernières années.

Le présent projet de loi de financement intègre également les mesures nouvelles prévues en 2009 :

- l'augmentation de la part des majorations de pensions financée par la Cnaf représenterait 415 millions d'euros ;

- la modulation du complément de libre choix du mode de garde coûterait 25 millions d'euros ;

- les différentes mesures relatives aux assistantes maternelles devraient peser sur les comptes à hauteur de 55 millions d'euros ;

- enfin, en sens inverse, l'amélioration du recouvrement des indus devrait permettre une économie de 15 millions d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission souligne l'effort fait par le Gouvernement pour empêcher le décrochage des allocations familiales par rapport à l'évolution réelle des prix.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

## **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 74*

*(art. L. 217-3 et L. 217-3-1 du code de la sécurité sociale)*

#### **Nomination et cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes du régime général**

***Objet : Cet article modifie la procédure de nomination des directeurs et agents comptables des caisses locales de sécurité sociale.***

#### **I - Le dispositif proposé**

A la création de la sécurité sociale, la nomination des directeurs et des agents comptables des caisses locales a été confié aux conseils d'administration de ces organismes.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale a instauré un nouveau mode de nomination des directeurs. Ces derniers sont désormais nommés par le directeur national de l'organisme. Pour chaque nomination, le directeur de la caisse nationale propose au conseil d'administration de l'organisme local concerné une liste de trois noms établie par les instances paritaires. Le conseil d'administration dispose d'un délai d'un mois pour notifier le nom du candidat retenu au directeur de la caisse nationale, lequel procède en conséquence à ladite nomination.

La loi du 13 août 2004 a, à son tour, modifié la procédure de nomination des directeurs et agents comptables des caisses locales d'assurance maladie qui relève désormais de la compétence exclusive du directeur général de la caisse nationale.

Il existe donc, pour les directeurs et les agents comptables soumis à une même convention collective (celles des agents de la sécurité sociale) et pouvant, au cours de leur carrière, exercer des fonctions chacune des branches de la sécurité sociale, deux procédures distinctes de nomination : une pour le réseau assurance maladie, l'autre pour le reste des caisses locales de sécurité sociale (recouvrement, famille, vieillesse).

Le présent article propose de faire converger les dispositions relatives à la nomination des directeurs des caisses locales de sécurité sociale avec celle du réseau de l'assurance maladie.

Cette évolution est justifiée par plusieurs raisons :

- favoriser la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des carrières des agents de direction. Aujourd'hui, il est en effet difficile à une caisse nationale d'organiser des parcours professionnels faute de pouvoir prendre des engagements sur la mobilité de ses cadres ;

- adapter ce dispositif aux impératifs liés à la restructuration des réseaux et donc aux opérations de regroupement ou de suppression des caisses locales.

Le **paragraphe I** modifie ainsi la rédaction de l'article L. 217.3 du code de la sécurité sociale :

- les directeurs et agents comptables seront désormais nommés par le directeur de la caisse nationale ;

- préalablement à la nomination, les vacances de postes feront l'objet d'une publication, dans des conditions définies par voie réglementaire ;

- afin de respecter le rôle des partenaires sociaux dans la gestion de la caisse, le conseil d'administration conserve la possibilité de s'opposer à la nomination du directeur, à l'issue d'un vote à la majorité des deux tiers ;

- enfin, le directeur de la caisse nationale pourra mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables, sous réserve du respect des garanties de reclassement prévues par la convention collective.

Toutes ces procédures (publication des emplois vacants, nomination, cessation de fonction) ne pourront être menées à leur terme qu'après consultation du président du conseil d'administration de la caisse concernée.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements visant à clarifier et à préciser la rédaction de cet article.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission approuve la mesure proposée qui permet d'harmoniser les procédures de nomination des directeurs et des agents comptables dans l'ensemble des branches du régime général.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 75*

*(art. L. 153-1 et L. 153-3 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 723-12-2, L. 723-12-3 nouveaux, L. 723-38 et L. 723-48 nouveau)*

**Contrôle budgétaire de la caisse centrale de mutualité sociale agricole  
sur les organismes de son réseau**

***Objet : Cet article renforce les pouvoirs de la CCMSA sur les établissements de son réseau dans les domaines budgétaires et financiers.***

**I - Le dispositif proposé**

La convention d'objectifs et de gestion (Cog) 2006-2010 signée par l'Etat et la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) le 26 septembre 2006 institue le principe selon lequel les dépenses de fonctionnement de l'ensemble des organismes du réseau de la MSA sont, pour la plus large part, inscrites dans leurs budgets sous forme de crédits limitatifs. La caisse centrale, habilitée à négocier ces dotations à caractère limitatif avec l'Etat, sera désormais chargée de procéder à leur répartition entre les organismes dépendant d'elle.

Le présent article décline les conséquences de cette évolution du rôle de la CCMSA :

- le **paragraphe I** place le réseau de la MSA dans le droit commun en ce qui concerne les modalités de contrôle des budgets des organes membres par la tête de réseau. En particulier, les budgets des caisses locales seront dorénavant soumis à l'approbation de la CCMSA, alors qu'ils étaient jusqu'à présent approuvés par les préfets de région (1° du I - article L. 153-1 du code de la sécurité sociale). Le ministre chargé de l'agriculture conservera cependant le pouvoir d'approuver les budgets des organismes à compétence nationale, c'est-à-dire ceux de la CCMSA, du comité central d'action sanitaire et sociale ainsi que des différentes associations et groupements d'intérêt économique (2° du I - article L. 153-3 du code de la sécurité sociale) ;

- le 1° et le 2° du **paragraphe II** explicitent le contenu de la tutelle budgétaire exercée par la tête de réseau sur les membres :

- la CCMSA a tout d'abord un pouvoir d'**approbation des budgets** et doit veiller, à ce titre, à ce que le total des dépenses de fonctionnement des organismes de mutualité sociale agricole soit contenu dans la limite des crédits fixés par la Cog ; elle peut se substituer d'office aux organismes **en cas de carence**, volontaire ou non (articles L. 723-12-2 et L. 723-38 du code rural) ;

- la CCMSA dispose, par ailleurs, des instruments de **gestion du risque** lui permettant d'anticiper et de gérer des situations financières difficiles : définition de mesures opposables à l'organisme concerné afin qu'il améliore sa gestion ou limite ses dépenses budgétaires ; instauration d'un plan autoritaire de redressement si ces prescriptions ne sont pas suivies ; enfin, en

cas de carence, pouvoir de substitution de la CCMSA à l'organisme et mise en application des mesures qu'elle estime nécessaires pour rétablir la situation (article L. 723-12-3 du code rural) ;

- le **3° du paragraphe II** étend à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole la compétence de **contrôle sur les opérations immobilières** décidées dans son propre réseau en des termes identiques au principe mis en œuvre depuis 1967 au profit des caisses nationales du régime général et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). En cohérence avec les dispositions prévoyant que la CCMSA approuve les budgets de gestion administrative, celle-ci établira le plan immobilier national des organismes de mutualité sociale agricole et autorisera les financements nécessaires aux opérations immobilières qu'elle inscrira sur ce plan (article L. 723-48 du code rural).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission approuve ce dispositif qui découle de la Cog et vise à responsabiliser la CCMSA dans ses missions de chef de file. Le texte proposé s'inscrit dans la droite ligne des mesures de l'article 102 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui a renforcé les pouvoirs de la caisse dans le cadre de l'œuvre de restructuration du réseau.

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

## Section 6

-

### **Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires**

#### *Article 76*

#### **Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale**

***Objet : Cet article a pour objet de fixer pour 2009 les prévisions de charges du fonds de solidarité vieillesse.***

#### **I - Le dispositif proposé**

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

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

(extraits du 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 27, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles du seul organisme qui fait partie en 2009 du périmètre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à savoir le FSV, le Ffipsa étant supprimé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Les charges prévisionnelles du FSV sont ainsi fixées à **14,9 milliards d'euros** en 2009, en progression de 500 millions par rapport à 2008.

Cette augmentation s'explique essentiellement par la hausse des cotisations pour les périodes de chômage (qui représentent plus de la moitié des dépenses du FSV), liée à l'augmentation des cotisations vieillesse de 0,3 point.

Les charges au titre du minimum vieillesse prennent en compte, en outre, la revalorisation du minimum vieillesse de 6,9 % en 2009, conformément à l'objectif d'augmenter le minimum vieillesse de 25 % de 2007 à 2012 pour les personnes seules.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Sous réserve des observations contenues dans le tome I du présent rapport, **votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.**

## **Section 7**

### **Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude**

#### *Article 77 A*

*(art. L. 583-4 nouveau du code de la sécurité sociale)*

#### **Fiabilisation des informations utilisées par la branche famille**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de fiabiliser les informations utilisées par la branche famille pour l'attribution des prestations.***

#### **I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

L'article 106 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a supprimé la déclaration de ressources des allocataires aux organismes débiteurs de prestations familiales, ceux-ci collectant désormais les données nécessaires directement auprès des services fiscaux.

Toutefois, les indemnités journalières accidents du travail et maladies professionnelles, auparavant déclarées par les allocataires, ne sont pas fiscalisées et ne font donc pas partie des données détenues par les services fiscaux.

Pour simplifier et sécuriser la collecte de ces données par les organismes débiteurs, il convient de permettre aux organismes de sécurité sociale d'utiliser le centre national de transfert des données fiscales (CNTDF) pour faire transiter ces données. Il s'agit donc d'autoriser les services fiscaux à collecter ces données auprès des régimes obligatoires d'assurance maladie afin de pouvoir les renvoyer ensuite aux organismes débiteurs des prestations familiales, à l'image de ce qui existe pour les indemnités journalières maladie.

A cet effet, il est créé un article L. 583-4 dans la partie du code de la sécurité sociale consacrée aux prestations familiales pour prévoir que les régimes obligatoires communiquent à l'administration fiscale le montant des indemnités journalières accidents du travail - maladies professionnelles dans les conditions fixées par la loi informatique et libertés.

Un décret en Conseil d'Etat soumis à l'avis de la Cnil définira donc les modalités de mise en œuvre de cet article.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission approuve cette disposition qui viendra utilement compléter la réforme votée il y a un an. Elle permettra à la fois de simplifier les procédures pour les allocataires et les caisses d'allocations familiales et de limiter les erreurs et les abus.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 77*

*(art. L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale)*

### **Révision de la procédure des pénalités financières**

***Objet : Cet article vise à améliorer la procédure de lutte contre les abus et les fraudes instaurée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.***

## **I - Le dispositif proposé**

La loi du 13 août 2004 a instauré un nouveau dispositif permettant de sanctionner les assurés, les professionnels de santé ou les employeurs en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale. Cette mesure a été étendue aux établissements de santé (loi de financement pour 2007), puis aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (loi de financement pour 2008).

L'instauration de ces dispositions a répondu à une demande exprimée par l'assurance maladie. Les caisses ont souhaité que la palette des sanctions disponibles, notamment à l'égard des professionnels de santé, soit élargie après avoir constaté que les sanctions existantes étaient dépourvues de caractère dissuasif : elles étaient soit insuffisantes (l'entretien confraternel entre le professionnel et un médecin conseil), soit totalement disproportionnées avec la faute commise (le déconventionnement).

Applicables depuis 2005, les pénalités financières prévues par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale n'ont été que rarement prononcées (quarante-huit cas en 2006, à comparer à plus de 4 600 fraudes constatées).

Ce faible recours aux pénalités financières s'explique pour plusieurs raisons : lourdeur de la procédure, impossibilité de notifier une pénalité financière en l'absence d'indu, absence d'énumération des actes et infractions visés.

**Cet article propose donc une nouvelle rédaction de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale**

- Il s'attache d'abord à **énumérer les personnes et organismes** susceptibles d'être sanctionnés en cas d'inobservation du code de la sécurité sociale : les professionnels et les établissements de santé, toute personne physique ou morale autorisée à délivrer des soins, à réaliser une prestation ou à délivrer des produits de santé, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'Etat et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Bien que n'étant pas explicitement désignés dans cette énumération, les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes sont inclus dans ce dispositif.

Les personnes impliquées dans une fraude en bande organisée pourront également être poursuivies, même si elles ne bénéficient pas de la qualité d'assuré social.

- Les **omissions et infractions** pouvant faire l'objet d'une sanction font l'objet d'une énumération précise. Il s'agit :

- de toute inobservation du code de la sécurité sociale, du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles. Cette rédaction est plus large que celle retenue en 2004 qui ne visait que les inobservations du code de la sécurité sociale et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique (information des assurés sur le coût des soins de santé) ;

- de l'absence de déclaration d'un changement de situation des assurés justifiant une modification des prestations servies par la sécurité sociale ;

- de toute action visant à obtenir frauduleusement le bénéfice de l'aide médicale d'Etat, de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en santé ;

- de tout refus d'accès à une information, de l'absence de réponse ou une réponse incomplète à toute demande de pièces justificatives ou à une convocation d'un organisme de sécurité sociale ;

- des abus constatés par le service du contrôle médical de l'assurance maladie en matière d'actes de soins ou de prescriptions d'arrêt de travail ;

- de la non-retranscription d'informations dans le dossier médical personnel d'un patient par un professionnel de santé ;

- du non-respect par les employeurs de leurs obligations en matière de déclaration des accidents du travail ;

- du fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande.

- Il est également procédé à une nouvelle **définition du barème des pénalités.**

Leur montant est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés ou proportionnellement aux sommes perçues. Dans ce dernier cas, la pénalité ne peut pas être supérieure à 50 % de la somme versée par la sécurité sociale.

A défaut de somme déterminée, le montant de la sanction pécuniaire peut atteindre deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (fixé à 2 773 euros en 2008).

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive.

Avant de décider d'une sanction, le directeur doit saisir la commission chargée de l'instruction des dossiers des pénalités financières.

A l'issue de cette procédure contradictoire, l'avis de la commission étant consultatif, le directeur peut décider d'abandonner la procédure ou de prononcer une sanction.

Cette sanction peut être graduée en fonction de la gravité des faits reprochés : de l'avertissement à la pénalité financière.

Dans les cas visant à obtenir une protection complémentaire de santé ou d'aide médicale d'Etat, l'application d'une sanction financière est automatique.

La notification des faits reprochés est une compétence du directeur de l'organisme local de sécurité sociale concerné. La personne physique ou morale mise en cause dispose d'un délai pour présenter ses observations. En l'absence de paiement de la pénalité financière dans le délai prévu, le directeur lui fait parvenir une mise en demeure. Lorsque cette mise en demeure s'avère sans effet, il *« peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire »*.

Une majoration de 10 % est applicable aux sanctions qui ne sont pas réglées dans les délais.

Des dispositions particulières sont prévues lorsqu'une procédure est engagée à l'encontre d'un professionnel de santé :

- d'abord, le directeur ne peut pas recourir concurremment aux sanctions prévues dans les dispositifs conventionnels ;

- ensuite, la sanction ne peut être prononcée qu'après avis de la commission paritaire locale, créée au sein de la caisse locale d'assurance maladie, qui réunit les représentants de l'assurance maladie et ceux de la profession concernée.

Cette commission apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale concernée et prononce, le cas échéant, une pénalité dont elle évalue le montant.

Lorsque plusieurs organismes locaux sont concernés par les mêmes faits relatifs à un professionnel de santé, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure.

Pour les **cas de fraude définis par voie réglementaire**, c'est-à-dire, selon l'exposé des motifs, la falsification des documents, la facturation d'actes ou de prestations fictifs, le directeur de la caisse locale peut prononcer une sanction financière sans solliciter l'avis de la commission paritaire précitée. Le plafond de cette pénalité est revalorisé par rapport aux sanctions applicables en cas d'abus ou de faute. Elles peuvent représenter quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale et 300 % des sommes indûment présentées au remboursement dans le cas d'une fraude commise en bande organisée.

Lorsqu'il s'agit d'une fraude à l'aide médicale d'Etat ou à la CMU complémentaire, la pénalité financière ne peut être inférieure à 10 % du plafond de la sécurité sociale.

Enfin, les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Le **paragraphe II** prévoit que les sanctions prévues en cas de faute, d'abus ou de fraude s'appliquent aux faits commis postérieurement à la publication du décret en Conseil d'Etat qui précisera les conditions d'application de ces mesures.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

Outre trois amendements de précision, l'Assemblée nationale a complété cet article afin de prévoir qu'un organisme local d'assurance maladie peut informer l'organisme d'assurance complémentaire dont dépend l'assuré de la pénalité prononcée en cas d'abus, faute ou fraude.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission approuve le contenu de cet article qui définit précisément les personnes physiques et morales pouvant faire l'objet d'une sanction, les fautes et abus tombant sous le coup de la loi, ainsi que les sanctions applicables. Il permet également de distinguer la lutte contre la fraude des infractions au code de la sécurité sociale relevant des fautes et des abus.

Votre commission proposera d'en améliorer la rédaction par **trois amendements** destinés à supprimer d'une part, la mesure selon laquelle les organismes locaux d'assurance maladie sont informés des pénalités prononcées à l'encontre des assurés, d'autre part, les sanctions applicables à un professionnel de santé ne procédant pas à la transcription du compte rendu d'une consultation dans un dossier médical personnel, dès lors que le patient a refusé l'accès à son dossier.

**Elle vous demande d'adopter cet article ainsi amendé.**

*Article additionnel après l'article 77  
(art. L. 815-11 du code de la sécurité sociale)*

**Modification du régime de récupération  
de l'allocation de solidarité aux personnes âgées**

***Objet : Cet article additionnel vise à étendre aux Français résidant à l'étranger la récupération des sommes indûment versées au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.***

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) est servie sous condition de ressources et de résidence en France. La loi prévoit que le défaut de déclaration de ressources entraîne la récupération des allocations indûment versées. Cependant, cette règle ne s'applique pas lorsque l'allocataire a quitté la France sans déclarer son changement de résidence.

Afin de corriger cette lacune, votre commission propose d'appliquer le régime de la récupération des sommes versées au titre de l'Aspa aux Français résidant à l'étranger.

**Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.**

*Article 77 bis  
(art. L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale)*

**Lutte contre la fraude sociale et le travail illégal**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à sécuriser le dispositif d'annulation des exonérations de cotisations.***

**I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale**

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 et 2008 ont renforcé les outils de lutte contre la fraude sociale et le travail illégal. Elles ont notamment permis d'inscrire à l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale le principe selon lequel le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération totale ou partielle de charges et contributions de sécurité sociale est subordonné au respect par l'employeur des dispositions de l'article L. 324-9 du code du travail (articles L. 8221-1 et suivants du nouveau code) relatif à l'interdiction du travail dissimulé.

Toutefois, la portée de ce dispositif est limitée par les pratiques de contournement de la loi de certains employeurs.

En effet, après avoir effectué les déclarations préalables à l'embauche et remis aux salariés des bulletins de salaires conformes au droit du travail, certains employeurs omettent, de façon manifestement frauduleuse, de mentionner une partie des rémunérations versées sur les déclarations faites aux organismes de recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale.

Dans ce cas, les inspecteurs du recouvrement fondent leur verbalisation sur la base de l'article L. 8221-3 du code du travail (travail dissimulé par dissimulation d'activité) et les tribunaux confirment de manière constante cette position en indiquant que la minoration intentionnellement frauduleuse des déclarations est un manquement volontaire aux obligations déclaratives et caractérise donc le délit de travail dissimulé.

Or, la législation actuelle ne permet pas de mettre en œuvre la procédure d'annulation des exonérations de cotisations et contributions sociales dans ces circonstances, puisque celle-ci ne peut l'être que sur le fondement de l'article L. 8221-5 du code du travail (travail dissimulé par dissimulation d'emploi salarié).

Aussi un nombre important de procédures de travail dissimulé échappe-t-il au dispositif d'annulation des exonérations.

En complétant les références au code du travail au sein de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, le présent article permet de remédier à cette difficulté et de rendre pleinement applicable la procédure d'annulation des exonérations de charges sociales.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission approuve pleinement cette mesure qui vise à empêcher le contournement de la loi et donc à détourner l'intention du législateur.

**Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article 78*

*(art L. 161-1-5 nouveau, L. 553-2, L. 821-5-1 nouveau,  
L. 835-3 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation ;  
art. L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles)*

**Amélioration du recouvrement des indus  
et extension de la procédure de contrainte**

***Objet : Cet article donne un pouvoir de contrainte à l'ensemble des caisses de sécurité sociale pour recouvrer les prestations indûment versées. Par ailleurs, il instaure un mécanisme de fongibilité permettant de récupérer des indus de prestations délivrées par une caisse d'allocation familiale sur une autre catégorie de prestations (par exemple, récupération sur des allocations logement de prestations familiales indûment versées).***

**I - Le dispositif proposé**

**L'extension du pouvoir de contrainte à l'ensemble  
des caisses de sécurité sociale (1<sup>o</sup> du I)**

L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale prévoit, d'ores et déjà, que la contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale pour le recouvrement des cotisations et majorations de retard comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire<sup>1</sup>.

Le même pouvoir de contrainte, qui permet de faire l'économie d'une démarche auprès des tribunaux, existe pour le recouvrement :

- des sommes indûment perçues par les professionnels et les établissements de santé qui ne respectent pas les règles de tarification ou de facturation (article L. 133-4 du code de la sécurité sociale) ;

- des pénalités financières sanctionnant l'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations, ou bien encore l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le versement des prestations (articles L. 144-17 et L. 162-1-14 du même code).

Enfin, en application de l'article L. 725-3-1 du code rural, les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent engager le même type de procédure (contrainte comportant les effets d'un jugement et conférant le bénéfice de l'hypothèque judiciaire) pour le **recouvrement des sommes indûment versées** (notamment aux bénéficiaires des prestations).

---

<sup>1</sup> L'hypothèque judiciaire donne au créancier non payé à l'échéance le droit de saisir les biens du débiteur.

Cette faculté n'est pas offerte aux autres organismes de sécurité sociale. En cas de refus du bénéficiaire de reverser les sommes qui lui ont été indûment attribuées, les caisses (autres que la MSA) doivent saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale afin d'obtenir un titre exécutoire. L'exercice du recouvrement selon les voies de droit commun entraîne un encombrement des tribunaux, une majoration des frais de gestion et, en définitive, un allongement des délais de recouvrement qui pourrait être évité dans la mesure où, pour ne prendre que les caisses d'allocations familiales, seuls 3 % des recours sont rejetés en moyenne (après échec de la procédure de recouvrement amiable).

Le 1° du **paragraphe I** du présent article insère donc un article L. 161-1-5 dans le code de la sécurité sociale prévoyant que **la procédure de contrainte est étendue à toutes les caisses de sécurité sociale pour le recouvrement d'une prestation indûment versée**. Lorsque le débiteur ne réglera pas les sommes dues et que la caisse ne pourra pas les recouvrer sur les prestations à venir, et après avoir adressé une mise en demeure à l'intéressé, elle pourra délivrer une contrainte. A défaut d'opposition de la part du débiteur devant la juridiction compétente, cette contrainte comportera tous les effets d'un jugement et confèrera notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Ainsi que le souligne l'exposé des motifs, cette disposition, tout en protégeant les droits des usagers, puisqu'ils peuvent exercer un droit d'opposition, permettra aux caisses de recouvrer plus facilement les sommes indûment versées, tout en diminuant leurs délais de recouvrement et les frais de gestion qui leur sont liés. Elle contribuera également à désencombrer les tribunaux.

Le présent article prévoit *in fine* (dernier alinéa du paragraphe II du projet initial) que la procédure de contrainte est étendue à la récupération d'allocation d'aide personnalisée au logement (APL), prestation définie à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

<p style="text-align: center;"><b>La fongibilité des procédures de récupération des indus versés par les caisses d'allocations familiales (2° et 3° du I - II)</b></p>
--

En l'état actuel du droit, l'article L. 553-2 du code de la sécurité sociale prévoit que tout paiement indu de prestations familiales peut, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère précisément indu, être récupéré par retenue sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement, si l'allocataire opte pour cette solution.

En d'autres termes, les **indus de prestations familiales ne peuvent être recouverts que sur les seules prestations familiales**.

Les retenues effectuées sur les versements suivants sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de

logement et des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales.

Les mêmes règles sont applicables en cas de non-remboursement d'un prêt subventionné ou consenti à quelque titre que ce soit par un organisme de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole.

Toutefois, la créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf manœuvre frauduleuse ou existence de fausses déclarations.

Des dispositifs similaires existent pour l'allocation de logement sociale, l'ALS (article L. 835-3 du code de la sécurité sociale) et pour l'aide personnalisée au logement, l'APL (article L. 351-11). Les indus d'ALS et d'APL ne peuvent être recouverts que sur les versements ultérieurs, respectivement d'ALS et d'APL.

Le présent article prévoit un mécanisme de **fongibilité** de récupération des indus, conformément à une recommandation de la révision générale des politiques publiques. En d'autres termes, les organismes débiteurs des prestations familiales pourront recouvrer l'indu d'une allocation (familiale, de logement sociale ou aide personnelle au logement) sur les autres aides versées à l'allocataire (par exemple, la récupération de prestations familiales indument attribuées sera possible sur une allocation logement et réciproquement). Cette procédure ne sera toutefois mise en œuvre qu'à défaut de pouvoir récupérer la somme à payer sur un versement ultérieur de la même prestation : le recouvrement au sein de la même allocation reste la règle de droit commun.

Comme le souligne l'exposé des motifs, cette mesure de simplification aura pour effet de mettre fin à une incohérence du dispositif actuel où des allocations continuent d'être versées alors que des sommes sont réclamées simultanément au même bénéficiaire, mais au titre d'autres prestations.

Par ailleurs, le présent article évoque le principe selon lequel le montant des indus à reverser peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur (sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations) :

- il l'étend aux récupérations d'ALS et d'APL (alors qu'il ne s'applique, en l'état, qu'en matière de récupération des prestations familiales) ;

- il souligne expressément le fait que ce principe est une dérogation à celui de la récupération des sommes indument versées.

De façon cohérente, le présent article rend **obligatoire** le lancement d'une procédure de recouvrement par l'organisme payeur d'indus de

prestations familiales, d'ALS ou d'APL, alors qu'une telle initiative revêtait jusqu'à présent un caractère facultatif dans les trois cas.

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'exposé des motifs du présent article précisait que la fongibilité des voies de récupération des indus versés serait limitée, dans un premier temps, au fonds national des prestations familiales (FNPF) et au fonds national d'aide au logement (Fnal) et ne concernerait donc que les seuls recouvrements des prestations familiales et des aides personnelles au logement, mais qu'elle avait vocation à être étendue à terme au revenu de solidarité active, « *dès que les modalités techniques auront été fixées en lien avec les départements* ».

L'Assemblée nationale a cependant adopté un amendement, dont le premier signataire est Valérie Boyer (UMP - Bouches-du-Rhône), sous-amendé par Yves Bur (UMP - Bas-Rhin), qui vise à étendre le dispositif proposé par le Gouvernement à deux autres séries de prestations distribuées par le réseau des caisses d'allocations familiales : **le revenu de solidarité active (RSA) et l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** et les prestations associées (complément de ressources et majoration pour la vie autonome). En conséquence, le RSA, l'AAH, le complément de ressources et la majoration pour la vie autonome pourront faire l'objet de recouvrements au titre d'autres prestations distribuées par les Caf et il sera possible de procéder sur d'autres prestations à des recouvrements d'indus versés au titre du RSA, de l'AAH et des allocations assimilées<sup>1</sup>.

Ce dispositif est mis en place dans les conditions décrites plus haut : pour chaque allocation (RSA, AAH...), la récupération, qui a un caractère obligatoire sauf situation de précarité du débiteur, doit d'abord être effectuée sur le montant à échoir de la même prestation. Ce n'est qu'en l'absence de même prestation à échoir ou en cas de montant insuffisant qu'il sera possible de recouvrer les sommes dues sur une autre catégorie d'allocation.

Afin de tenir compte des délais de mise en place, le **paragraphe IV** du présent article ajouté par l'amendement précise que toutes les dispositions relatives aux indus de revenu de solidarité active n'entreront en vigueur qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2010 (récupération de RSA sur une autre prestation distribuée par la Caf ou récupération sur le RSA d'indus versés au titre d'une autre prestation distribuée par la Caf).

Enfin, l'amendement a étendu au recouvrement d'indus du RSA le pouvoir de contrainte du nouvel article L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale (mais pas à l'AAH ni aux prestations associées).

---

<sup>1</sup> L'amendement d'origine de Valérie Boyer prévoyait que le recouvrement d'indus au titre de l'AAH pouvait être effectué sur les autres prestations (prestations familiales, ALS, APL et RSA). L'inverse, en revanche, n'était pas prévu (recouvrement sur l'AAH d'indus versés au titre des prestations familiales, de l'ALS, de l'APL et du RSA). Le sous-amendement de Yves Bur a rompu cette asymétrie, de même qu'il a étendu la mesure aux prestations associées à l'AAH (complément de ressources et majoration pour la vie autonome).

### **III - La position de votre commission**

Votre commission approuve le double dispositif proposé par le présent article qui vise à améliorer sensiblement la lutte contre la fraude et les abus, notamment au sein des caisses d'allocations familiales.

Elle précise que sa Mecss a inscrit l'étude des moyens mis en place par le réseau des Caf pour lutter efficacement contre les irrégularités et les fraudes à son programme de travail pour la fin 2008.

**Votre commission vous demande donc d'adopter le présent article sans modification.**

#### *Article 79*

*(art. L. 114-21 et L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale)*

### **Développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale des Etats de l'Union européenne**

***Objet : Cet article vise à donner la possibilité aux organismes de sécurité sociale d'échanger avec les organismes similaires d'autres Etats membres de l'Union européenne, sous réserve de réciprocité, des données informatiques dans le cadre de la lutte contre la fraude.***

### **I - Le dispositif proposé**

A l'occasion de la présidence française de l'Union européenne, le Gouvernement entend renforcer la coopération entre Etats membres pour mieux lutter contre la fraude aux prélèvements sociaux et aux prestations de sécurité sociale.

Plusieurs éléments militent en ce sens, notamment :

- l'accroissement de la circulation des personnes et des travailleurs au sein de l'espace européen, avec le fort développement de la prestation de services transnationale ;

- l'existence de fortes disparités de niveaux de protection sociale dans une Europe élargie, ce qui peut entraîner des risques d'avantages concurrentiels indus affectant les règles de fonctionnement du grand marché intérieur.

Il n'existe pas, en droit français, de dispositions autorisant à effectuer, hors du cadre national, des échanges de données permettant de lutter contre la fraude, du même type que celles prévues, dans le cadre national, par les articles L. 114-9 et suivants du code de la sécurité sociale (notamment le droit de communication de l'article L.114-19). Des possibilités d'échanges transfrontaliers sont, en revanche, prévues dans le domaine de l'impôt par

l'article L. 114 A du livre des procédures fiscales selon lequel, « *sous réserve de réciprocité, les administrations financières peuvent communiquer aux administrations des Etats membres de la Communauté européenne des renseignements pour l'établissement et le recouvrement des impôts sur le revenu et sur la fortune, de la taxe sur la valeur ajoutée ainsi que des taxes assises sur les primes d'assurance* ».

Selon l'exposé des motifs du présent article, certains de nos partenaires européens, notamment le Royaume-Uni et les Pays-Bas, ont d'ores et déjà adopté des législations leur permettant ce type d'échanges transfrontaliers avec les autres Etats membres, dans le domaine des données relatives à la protection sociale, selon les règles et dans les limites fixées par la directive 95/46 du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Cette directive a été transposée en droit français par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

Le projet de loi insère donc un article L. 114-22, dans le chapitre du code de la sécurité sociale consacré au contrôle et à la lutte contre la fraude, qui dispose que les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale et du régime d'assurance chômage peuvent échanger des données à caractère personnel, y compris des données relatives aux revenus des personnes, avec les organismes et institutions chargées de la gestion d'un régime équivalent au sein d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, sous réserve que cet Etat impose à ses organismes et institutions des conditions de protection des données personnelles équivalentes à celles existant en France.

En dehors du continent européen, ce dispositif pourra également être mis en œuvre avec les quelque quarante pays ou territoires avec lesquels la France est liée par un accord de sécurité sociale dont les dispositions fixent, en général, les modalités de prise en charge par la couverture maladie en fonction de l'Etat de résidence des assurés et anciens assurés.

La procédure d'échange de données est strictement encadrée et peut être mobilisée à trois fins limitativement énumérées :

- déterminer la législation applicable et prévenir ou sanctionner le cumul indu de prestations ;
- déterminer l'éligibilité aux prestations et contrôler le droit au bénéfice des prestations lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille ;
- procéder au recouvrement des cotisations et contributions dues et contrôler leur assiette.

La communication transfrontalière entre organismes de sécurité sociale pourra donc prendre la forme d'échanges, de comparaisons ou de croisements de fichiers aux fins de contrôle et de vérification de l'assiette des cotisations et contributions ainsi que du droit à prestations (en fonction du lieu de résidence, des ressources, de l'existence d'une activité professionnelle et de la composition de la famille).

## **II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale**

L'Assemblée nationale a complété cet article par l'insertion d'une nouvelle disposition au sein de l'article 161-1-4 du code de la sécurité sociale, lequel définit le régime des pièces justificatives à fournir pour l'obtention d'une prestation auprès d'un organisme de sécurité sociale. La disposition adoptée prévoit qu'afin de permettre l'appréciation de ressources d'origine étrangère, le demandeur doit produire tout renseignement ou pièce justificative utile à l'identification de sa situation fiscale et sociale dans le pays dans lequel il a résidé à l'étranger au cours des douze mois précédant sa demande ou dans lequel il continue à percevoir des revenus.

Les organismes chargés du service des prestations sous condition de ressources (quelle que soit la branche) éprouvent, en effet, des difficultés à contrôler les déclarations relatives aux ressources de ressortissants français ou étrangers qui résidaient précédemment à l'étranger. Bien souvent, ils ne disposent d'aucun moyen de contrôler la sincérité des déclarations, notamment lorsque ces personnes déclarent n'avoir perçu aucune ressource dans le pays de provenance.

L'amendement, adopté avec l'accord du Gouvernement, a pour objet de faciliter les contrôles des organismes. Les renseignements demandés pourront notamment concerner l'identification, par l'organisme français de sécurité sociale, de l'administration fiscale et sociale compétente dans l'Etat dans lequel résidait auparavant le demandeur ou dans lequel il continue à percevoir des ressources. Cette identification permettra, le cas échéant, de mobiliser les possibilités d'échanges d'informations transfrontaliers instituées par le paragraphe I du présent article.

## **III - La position de votre commission**

Votre commission approuve ce dispositif, susceptible d'améliorer l'efficacité de la lutte contre la fraude aux prestations sociales en s'attaquant à l'un des aspects majeurs du problème qui est l'absence de connaissance des données relatives aux bénéficiaires lorsque ceux-ci ont résidé ou résident en partie hors de France.

**Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*Article 80*

*(art. L. 213-1 et L. 351-2 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 723-3 du code rural)*

**Limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour majorer la durée d'assurance à l'assurance vieillesse**

***Objet : Cet article prévoit que le salarié qui souhaite régulariser ses arriérés de cotisations et ne peut pas apporter la preuve qu'il a exercé une activité rémunérée par des éléments probants ne peut pas valider plus de quatre trimestres d'assurance même s'il produit une attestation sur l'honneur portée par des témoins.***

**I - Le dispositif proposé**

Lorsque l'assuré a été rémunéré mais qu'aucune cotisation n'a été prélevée sur son compte, l'employeur peut, après le délai d'exigibilité des cotisations (trois ans), régulariser les cotisations qui auraient dû être versées<sup>1</sup>. Les cotisations ne sont pas majorées par des pénalités de retard, mais elles sont revalorisées selon le même coefficient que les salaires reportés au compte (et donc que les pensions).

En principe, il s'agit pour l'essentiel de traiter la situation du travail non déclaré (notamment vendanges, jobs d'été, etc.) en permettant au salarié de se constituer des droits à retraite au titre de ces périodes.

Lorsque la preuve du travail salarié est apportée mais que la rémunération de l'époque ne peut être établie, les cotisations sont calculées sur la base d'une assiette forfaitaire égale, pour chaque trimestre, à 75 % de la valeur trimestrielle du plafond de la sécurité sociale de l'année en cause.

Lorsque l'employeur a disparu ou refuse d'effectuer le versement, le salarié peut procéder lui-même à la régularisation des cotisations arriérées. **Il s'agit, en pratique, du cas le plus fréquent.**

Le mécanisme de régularisation des arriérés de cotisations soulève tout d'abord une difficulté en termes d'équité, dans la mesure où il permet la validation de droits à retraite dans des conditions financièrement avantageuses, au regard d'autres dispositifs, lorsque le travail a été dissimulé. Ainsi, les cotisations ne sont dues que pour la part du risque vieillesse ; les taux de cotisations sont relativement faibles pour les périodes postérieures à 1967 ; il n'est pas tenu compte de l'âge de l'intéressé au moment de la régularisation ; le calcul n'est pas effectué selon une logique actuarielle.

---

<sup>1</sup> Le dispositif de régularisation des cotisations arriérées est issu du décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945, modifié par le décret n° 73-1212 du 29 décembre 1973 puis par le décret n° 75-109 du 24 février 1975 (codifié à l'article R. 351-11 du code de la sécurité sociale).

Les questions liées aujourd'hui à ce dispositif ont également trait au **risque de fraude**, s'agissant de périodes anciennes pour lesquelles les contrôles peuvent s'avérer délicats à effectuer. Le recours aux attestations sur l'honneur pour les cas dans lesquels aucune preuve matérielle de l'activité ne peut être apportée a ouvert la porte à des dérives incontestables.

Une mission conjointe de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales a révélé la fragilité du mécanisme qui s'est fortement développé depuis la « loi Fillon » de 2003 sur les retraites afin de faciliter les départs anticipés pour carrière longue.

Une circulaire, en date du 23 janvier 2008<sup>1</sup>, a donc fortement encadré le dispositif en rappelant que « *le recours à l'attestation sur l'honneur en l'absence de tout élément matériel permettant d'accréditer la réalité de l'activité salariée rémunérée ou de l'apprentissage constitue une mesure de souplesse dérogeant au droit applicable et doit donc présenter un caractère d'objectivité et de fiabilité suffisant* ».

Ainsi, les deux témoins ne doivent pas avoir de lien de parenté au premier, deuxième ou troisième degré (ascendant et descendant direct et leurs alliés, frères et sœurs et leurs alliés, oncle, tante, nièce, neveu et leurs conjoints) avec le demandeur.

Quel que soit le type de régularisation (travail salarié rémunéré ou apprentissage), les témoins doivent apporter la preuve qu'ils étaient salariés, apprentis ou employeur de l'entreprise pendant la période à régulariser et produire des pièces justificatives établissant leur lien avec l'entreprise en cause telles que le contrat de travail, le bulletin de salaire ou une attestation de l'employeur établie pendant la période concernée. Aucune attestation sur l'honneur n'est recevable à cet égard.

Surtout, en application de cette circulaire, **l'attestation sur l'honneur ne peut être utilisée pour justifier d'une période de travail supérieure à quatre trimestres ;**

Le **paragraphe I** du présent article confère une base légale à la circulaire en insérant, à l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale, une phrase précisant que lorsque la possibilité d'effectuer un versement de cotisations est ouverte en application de dispositions réglementaires au-delà du délai d'exigibilité de trois ans, et à défaut de production de documents prouvant l'activité rémunérée, ce versement ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée d'assurance de plus de quatre trimestres.

Le **paragraphe II** ajoute que la mesure est applicable aux décomptes de cotisations adressés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

---

<sup>1</sup> Circulaire n° DSS/3A/2008/17 du 23 janvier 2008 relative à la mise en œuvre de la réglementation et aux modalités de contrôle des régularisations de cotisations arriérées et des rachats pour aide familiale agricole.

Le dossier de presse apporte l'information selon laquelle le Gouvernement souhaite, plus largement, soumettre à la consultation des caisses de sécurité sociale un dispositif d'encadrement du recours aux attestations sur l'honneur : celles-ci ne seraient ainsi recevables qu'au terme d'un entretien avec un agent chargé du contrôle ayant rappelé les sanctions pénales en cas de fausse déclaration.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission approuve le dispositif proposé qui permet d'encadrer plus strictement les dérives constatées en matière de carrières longues, lesquelles sont largement en cause dans les difficultés financières rencontrées aujourd'hui par la branche vieillesse.

**Elle vous demande, en conséquence, d'adopter cet article sans modification.**

\*

\* \*

**Au bénéfice de ses observations et sous réserve de l'adoption des amendements qu'elle vous propose, votre commission vous demande d'adopter le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.**



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

*Réunie le mercredi 5 novembre 2008, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'examen du rapport sur le projet de loi n° 80 (2008-2009) de financement de la sécurité sociale pour 2009, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture : MM. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, André Lardeux, rapporteur pour la famille, Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, et Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social.*

*M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a d'abord rappelé que l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale conduit à analyser un ensemble de plus de 400 milliards d'euros, bien supérieur aux 275 milliards du budget de l'Etat. Il concerne les finances des quatre branches de la sécurité sociale - la maladie, la vieillesse, la famille et les accidents du travail-maladies professionnelles, les comptes de la « branche » recouvrement, les dépenses à caractère médico-social incluses dans la branche maladie, ainsi que les comptes de divers organismes qui contribuent au financement de la protection sociale, comme le fonds de solidarité vieillesse (FSV) ou le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (Ffipsa).*

*Le projet de loi de financement est divisé en quatre parties. La première est consacrée à l'exercice clos, soit 2007, pour laquelle le Parlement vote des tableaux d'équilibre définitifs ; la deuxième est relative à l'année en cours, soit 2008, pour laquelle sont votées des prévisions rectifiées ; la troisième partie est consacrée aux recettes et la quatrième aux dépenses pour l'année à venir, c'est-à-dire 2009.*

*Cette approche sur trois années, instituée par la loi organique du 2 août 2005, a indéniablement renforcé les moyens d'appréciation et de contrôle des finances sociales.*

*A cette structure s'ajoute un cadrage pluriannuel qui est l'une des particularités du projet de loi de financement ; il figure dans l'annexe B du projet de loi.*

*Cette année, le cadrage a été établi parallèlement à la loi de programmation des finances publiques. Les hypothèses retenues sont assez volontaristes : 1 % pour la croissance en 2009 et 2,5 % les trois années suivantes, une augmentation de 3,5 % pour la masse salariale en 2009 et de 4,6 % pour les trois années suivantes. Le contexte économique difficile et incertain actuel incite cependant à être moins optimiste et l'ensemble des instituts de prévision éprouve des difficultés en ce moment pour élaborer des prévisions fiables, que ce soit pour le moyen terme ou simplement pour l'année 2009.*

*Aussi, en fixant un objectif de retour à l'équilibre des comptes du régime général en 2012, ce cadrage a au moins le mérite de tracer une trajectoire et de faire apparaître les contraintes et les difficultés du respect de l'objectif.*

*Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a présenté les grands équilibres du projet de loi. Le dérapage des comptes constaté en 2007, avec un déficit du régime général de 9,5 milliards d'euros, est le résultat, à la fois, d'une progression supérieure à 6 % des dépenses d'assurance vieillesse, en raison de l'importance de l'effet démographique, et d'un dépassement de l'Ondam, de plus de 3 milliards, dû essentiellement à une forte progression des soins de ville en dépit des mesures décidées à la suite du comité d'alerte du printemps 2007, qui ont légèrement enrayé la tendance. Cette progression des dépenses n'a pu être entièrement compensée par la hausse des recettes, pourtant très dynamique en 2007, notamment grâce à l'augmentation de 4,8 % de la masse salariale.*

*Pour 2008, le projet de loi de financement de l'an dernier visait à ramener le déficit du régime général à moins de 9 milliards d'euros, deux branches restant déficitaires, la maladie, pour 4,3 milliards, et la vieillesse, pour 5,1 milliards.*

*Le projet de loi de cette année ne rectifie pas ce résultat : il propose de maintenir le déficit de 2008 à 8,9 milliards d'euros. La bonne tenue des recettes en est la raison principale car, du côté des dépenses, le déficit de la branche vieillesse s'est dégradé plus que prévu pour atteindre 5,7 milliards. La maladie a, pour sa part, poursuivi son redressement, l'Ondam devant contenir sa progression à 3,3 % par rapport à 2007, grâce aux effets conjugués du plan d'économies et de la mise en place des franchises.*

*En 2009, l'effort de redressement structurel se poursuit, avec un déficit du régime général fixé à 8,6 milliards. Si aucune mesure n'était prise, ce déficit atteindrait en réalité près de 15 milliards.*

*Trois leviers sont actionnés pour effectuer ce redressement financier : un assainissement des comptes, la maîtrise des dépenses et la sécurisation des recettes.*

*En ce qui concerne l'assainissement des comptes, le texte propose trois séries de mesures : la reprise par la Cades de 27 milliards de dettes accumulées au titre des branches maladie et vieillesse et du FSV ; la suppression du Ffipsa ;*

*une mise à niveau des dotations budgétaires relatives aux exonérations ciblées et à certaines prestations sociales.*

*Le deuxième levier du redressement est celui de la maîtrise des dépenses. Plus de 3 milliards d'euros d'économies sont prévus, dont 1 milliard au titre des frais financiers, grâce à la reprise de la dette accumulée par la Cades, et 2 milliards sur les dépenses d'assurance maladie.*

*L'Ondam est fixé à 157,6 milliards d'euros pour 2009, soit un taux de progression de 3,3 %, un objectif qui paraît raisonnable et atteignable si les efforts de mobilisation des marges d'efficience qui existent dans le domaine des soins de ville, comme à l'hôpital ou dans la gestion des risques, sont réellement mis en œuvre.*

*Le troisième pilier du redressement est celui de la sécurisation des recettes. Il comporte trois volets dans le projet de loi de financement et d'abord une prévision de croissance, certes plus faible mais néanmoins encore soutenue, de la masse salariale à 3,5 %. Or, les trois quarts des recettes de la sécurité sociale dépendent de cette assiette : un point en moins dans la progression de la masse salariale représente 1,8 à 2 milliards de moindres recettes pour le régime général. Le deuxième volet consiste à effectuer un redéploiement de recettes au sein de la sphère sociale, pour 1,7 milliard, essentiellement au profit de la branche vieillesse, avec le transfert de l'intégralité des majorations de pensions pour enfants, d'ici à 2011, de la branche famille vers la branche vieillesse et une hausse de la cotisation vieillesse gagée sur une baisse de la cotisation d'assurance chômage. Enfin, des recettes nouvelles sont prévues à hauteur d'1,4 milliard d'euros, dont 1 milliard au titre de la hausse de la taxe sur le chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires et 400 millions au titre du forfait social de 2 % sur un certain nombre d'assiettes exemptées de cotisations sociales (intéressement, participation, épargne salariale, retraites supplémentaires).*

*Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a rappelé qu'au mois de juillet dernier, lors du débat d'orientation des finances sociales, la commission avait identifié, d'une part, trois questions à résoudre de manière urgente, d'autre part, la nécessité d'engager rapidement un certain nombre de réformes à caractère plus structurel.*

*Dans le cadre du projet de loi de financement pour 2009, le Gouvernement règle en partie les trois problèmes jugés urgents avant l'été. Le premier est celui du traitement des déficits accumulés. Le transfert à la Cades de 27 milliards d'euros, au titre des branches maladie et vieillesse et du FSV, répond à cette nécessité. Conformément à l'obligation organique d'un transfert simultané de ressources pour ne pas allonger la durée de vie de la dette actuellement gérée par la Cades, le Gouvernement prévoit de prélever 0,2 point de CSG sur les recettes du FSV qui, de ce fait, renoue avec le déficit, et de l'affecter à la Cades. Même si ce montage assure à la Cades une ressource dynamique, il aurait été plus simple de majorer la CRDS, recette exclusive de la*

*Cades, de 0,2 point, quitte à diminuer le taux de la CSG pour éviter d'accroître les prélèvements globaux.*

*La deuxième question traitée, du moins en partie, est celle du Ffipsa. La suppression de ce fonds, qui assure le financement du régime des exploitants agricoles, doit intervenir le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Sa dette accumulée, soit 7,5 milliards d'euros, sera reprise par l'Etat. La branche maladie sera intégrée financièrement à la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) à laquelle est affectée une recette de l'Etat - la taxe sur les véhicules de société - pour financer le déficit de la branche, soit environ 1,2 milliard. La branche vieillesse restera, elle, gérée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et son traitement devrait intervenir en 2010, ce qui nécessitera de trouver une recette pour financer son déficit de 1,5 milliard.*

*Le troisième sujet est celui de la clarification des relations entre l'Etat et la sécurité sociale. Beaucoup de progrès ont été faits en la matière, notamment grâce à une meilleure budgétisation des besoins, tant pour les prestations versées pour le compte de l'Etat que pour la compensation des exonérations ciblées. Mais ces efforts n'ont pas totalement empêché la reconstitution d'une dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale, évaluée pour les exercices 2007 et 2008 à 3,5 milliards pour le régime général et à 1 milliard pour les autres régimes. Une partie de cette dette devrait être réglée dans le cadre du collectif budgétaire de fin d'année.*

*En revanche, et cela est très satisfaisant, les allègements de charges sociales sont correctement compensés par le panier fiscal prévu en loi de finances, tant au titre des allègements dits Fillon, soit 23,4 milliards d'euros, que pour ceux liés aux heures supplémentaires de la loi Tepas, soit 3,14 milliards d'euros.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a alors présenté ses observations sur les réformes à caractère plus structurel, plus que jamais indispensables selon lui. Elles exigent, pour l'assurance maladie, d'aller au-delà du plan d'économies et donc, d'une part, d'engager une véritable réforme de l'hôpital, d'autre part, de lancer une réflexion approfondie sur la prise en charge des affections de longue durée (ALD). Pour la branche vieillesse, il convient de réfléchir rapidement au meilleur moyen de sauver notre régime. Enfin, pour faire face à des dépenses croissantes, notamment en matière de santé et de vieillesse (et cette tendance ne pourra pas être inversée, elle sera au mieux infléchie), il manque à la sécurité sociale une source de financement à la fois pérenne et dynamique.***

*Il est donc impératif de préserver les ressources actuelles, mais aussi de réfléchir à la mobilisation de nouvelles ressources. C'est pourquoi, après avoir proposé une taxation des stock-options en 2006, puis l'instauration d'une « flat tax » en 2007, il paraît utile de continuer à ouvrir des perspectives. Des amendements auront donc cet objet afin, notamment, d'étendre le forfait social à l'ensemble de l'assiette aujourd'hui exemptée de cotisations et charges sociales, de mieux cibler le bénéfice des allègements généraux de charges sociales, de*

*prévoir une hausse des droits sur les tabacs à l'instar de ce qui est prévu pour les droits sur les alcools.*

*Par ailleurs, dans le souci de renforcer l'autonomie financière de la sécurité sociale, il convient de proposer la suppression de l'article 22 du texte qui demande d'approuver la non-compensation à la sécurité sociale de sept mesures d'exonérations de charges.*

*Puis M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a abordé le volet assurance maladie du projet de loi. Pour respecter un Ondam à 157,6 milliards d'euros, la branche maladie dispose de recettes nouvelles, soit 1,6 milliard, et devra faire des économies à hauteur de 2,2 milliards, principalement obtenues par la maîtrise médicalisée conventionnelle et une action sur le prix des médicaments.*

*Le Gouvernement souhaite ainsi réduire le déficit de la branche de 600 millions d'euros, en le ramenant de 4 milliards à 3,4 milliards à la fin 2009. Cet effort peut paraître modeste, mais sans intervention du Gouvernement, le déficit de l'assurance maladie se serait élevé à 7,6 milliards.*

*Le contenu de la section relative aux dépenses d'assurance maladie est moins médiatique que l'année dernière, mais comporte plusieurs mesures à caractère technique importantes.*

*La première concerne la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie aux négociations conventionnelles régissant les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Cette participation sera même obligatoire lorsque l'assurance maladie ne rembourse qu'une part minoritaire de la dépense, les soins dentaires et optiques par exemple. L'objectif est de rechercher une meilleure articulation des interventions du régime obligatoire et des régimes complémentaires.*

*Une deuxième mesure prévoit de recourir aux référentiels validés par la Haute Autorité de santé pour optimiser l'organisation des soins : les prestations qui divergeront des recommandations de la HAS seront soumises à un accord préalable de l'assurance maladie.*

*Le projet de loi comporte également un ensemble de mesures relatives aux établissements de santé permettant de modifier les modalités de régulation des dépenses hospitalières en cours d'année, de renforcer les compétences des directeurs d'agence régionale d'hospitalisation, enfin de créer une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux qui regroupera la mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (Mainh) et la mission nationale d'expertise et d'audits hospitalier (Meah). Une dernière mesure peut encore être évoquée : les nouvelles compétences confiées à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) pour le règlement à l'amiable des litiges nés des contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C.*

Puis **Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social**, a indiqué que les deux Ondam consacrés au médico-social, l'un pour les personnes âgées, l'autre pour les handicapés, s'établissent respectivement à 6,2 milliards et 7,7 milliards d'euros, en progression globale de 6,3 % par rapport à 2008.

Le total Ondam et ressources propres de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) constitue l'objectif global de dépenses (OGD), qui permet de mesurer l'effort réel consacré aux soins des personnes âgées en établissements d'hébergement ou bénéficiant d'un service infirmier à domicile. L'OGD personnes âgées devrait s'établir en 2009 à plus de 7,3 milliards d'euros, en progression de 8,4 %.

Pour autant, la majorité des membres du conseil de la CNSA a refusé de prendre part au vote sur le budget prévisionnel de l'an prochain. Le motif principal de ce mouvement d'humeur tient au fait que l'Etat transfère sur la caisse la charge du financement d'établissements prévu dans le cadre des contrats de projet Etat-région, pour un total de 30 millions d'euros. **Mme Sylvie Desmarescaux** a estimé fondée l'accusation de débudgétisation et a déploré ce précédent dangereux. Les sommes en cause sont cependant minimes et concernent des investissements destinés au public de la CNSA : personnes âgées et handicapés.

Depuis le début de la décennie, l'OGD personnes âgées a progressé de plus de 200 %, quand l'Ondam général n'était en augmentation « que » de 50 %. Contrairement à ce que certaines déclarations voudraient laisser croire, la prise en charge de la perte d'autonomie est donc bien une priorité des pouvoirs publics.

En atteste le respect scrupuleux par le Gouvernement des engagements pris dans le cadre des différents plans adoptés ou confirmés depuis un an et demi : plan solidarité grand âge, plan Alzheimer et plan métiers de Valérie Létard. Le demi milliard d'euros de mesures nouvelles dégagées sur l'OGD permettra de financer la totalité des places et des emplois annoncés dans les établissements et services de soins et des moyens supplémentaires seront apportés pour des actions de sensibilisation à la maltraitance ainsi que pour la formation des aidants et des accueillants familiaux.

En ce qui concerne les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), **Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social**, a souligné leur dynamisme, qui reste supérieur à celui des moyens dégagés par la CNSA pour y faire face. Les départements sont ainsi contraints de payer le différentiel de croissance et le taux de couverture de l'Apa par les budgets des conseils généraux s'approche sérieusement des 70 %. Les derniers chiffres révèlent cependant que, même si la croissance des bénéficiaires reste vive, elle a tendance à ralentir. Son taux de progression serait retombé de 8 % par an à un peu plus de 4 %.

*Le projet de loi de financement comporte enfin trois dispositifs importants, en partie inspirés des conclusions du rapport de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque : d'une part, la mise en place d'une tarification à la ressource dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et du principe de convergence des dotations à service rendu identique, sur un modèle proche de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital ; d'autre part, la réintégration des médicaments dans les dotations de soins des établissements.*

*Les débats à l'Assemblée nationale ont permis de lever un certain nombre de malentendus apparus autour de ces articles, en particulier le second, en confirmant le rôle central du pharmacien d'officine dans la distribution de médicaments dans les établissements. Il appartiendra au Sénat de dissiper les quelques inquiétudes qui subsistent et de finaliser ces dispositifs, notamment en faisant mieux ressortir le rôle du médecin coordonnateur dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse en Ehpad.*

*Puis **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour la branche vieillesse**, a rappelé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 consacre au total quatorze articles à l'assurance vieillesse. Ces dispositions constituent la traduction législative du « rendez-vous 2008 » sur les retraites prévu par la loi du 21 août 2003. Elles visent principalement à amplifier la mobilisation pour l'emploi des seniors et à donner « un coup de pouce » aux petites retraites.*

*La situation financière de la branche vieillesse est très préoccupante. En dépit de la réforme de 2003, son déficit n'a cessé de se creuser depuis quatre ans : 1,8 milliard d'euros en 2005, 2,4 milliards en 2006, 4,6 milliards en 2007 et 5,7 milliards en 2008. Pour la première fois depuis quatre ans, toutefois, il cesserait de croître en 2009 et se situerait autour de 5 milliards d'euros. Ceci étant, la vieillesse restera la plus déficitaire des quatre branches de la sécurité sociale.*

*Cette dégradation continue des comptes ne s'explique pas seulement par les facteurs démographiques, mais aussi par la montée en charge du dispositif de retraite anticipée pour carrière longue, instauré par la loi du 21 août 2003. Depuis sa mise en œuvre, 454 400 retraites anticipées ont été accordées à ce titre par le régime général, soit beaucoup plus qu'initialement prévu. Le coût du dispositif pour le seul régime général devrait atteindre 2,4 milliards d'euros en 2008, soit 300 millions de plus qu'en 2007. Le creusement du déficit de la branche vieillesse est d'autant plus inquiétant que les projections pour l'horizon 2020-2050 tablent sur une dégradation financière accrue des régimes de retraite. En effet, le besoin de financement du système de retraite est estimé à 24,8 milliards pour 2020 et 68,8 milliards pour 2050. Ce projet de loi de financement est donc dominé, une nouvelle fois, par la nécessité et l'urgence du retour à l'équilibre des comptes de la branche vieillesse.*

**M. Dominique Leclerc, rapporteur pour la branche vieillesse**, s'est ensuite félicité de ce que la première priorité du texte soit d'accroître la mobilisation en faveur de l'emploi des seniors. La France continue d'être l'un des pays européens dans lequel le taux d'emploi des 55-64 ans est le plus faible (38,3 % en 2007), en raison principalement de l'existence de nombreux dispositifs de cessation précoce d'activité, que la commission des affaires sociales a critiquée à maintes reprises, ainsi que de la faible intégration des seniors dans la politique de gestion des ressources humaines des entreprises. Il est donc heureux que le projet de loi de financement introduise des dispositions visant à inciter les salariés à prolonger leur activité professionnelle au-delà de l'âge légal et à mobiliser les partenaires sociaux pour enfin mettre en œuvre des actions en faveur de l'emploi des seniors.

Une difficulté pourrait provenir de l'issue, toujours attendue, des négociations en cours entre les partenaires sociaux sur la pénibilité du travail. On peut craindre que cette notion, encore incertaine, donne naissance à un nouveau mécanisme de préretraite déguisé, à l'heure où la question de la soutenabilité financière du dispositif des carrières longues est posée.

La seconde priorité du texte est de concrétiser les engagements formulés par le Président de la République en faveur des retraités aux revenus les plus modestes. Des mesures sont proposées en ce sens, en particulier le relèvement du minimum vieillesse de 25 % d'ici à 2012, la majoration des petites pensions de réversion, la revalorisation des petites retraites agricoles et le ciblage du minimum contributif sur les petites retraites.

Puis **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour la branche vieillesse**, s'est réjoui que le projet de loi de financement réforme enfin le régime de l'indemnité temporaire de retraite versée aux pensionnés civils et militaires de l'État en outre-mer, qu'il dénonce depuis longtemps pour son caractère coûteux et inéquitable. Avec Catherine Procaccia et André Lardeux, il avait d'ailleurs déposé une proposition de loi en juillet 2007 pour mettre fin à cet avantage, qui avait été cosignée par 109 de leurs collègues. Toutefois, il a exprimé sa déception quant à l'ampleur de la réforme : ayant fait le choix d'une démarche progressive, le Gouvernement ne prévoit l'extinction définitive du dispositif qu'en 2028. Pour ces motifs, il proposera plusieurs amendements permettant d'accélérer le calendrier de mise en œuvre de cette réforme.

Enfin, il a insisté sur le fait qu'une fois encore, les pouvoirs publics ont choisi l'option d'une réforme paramétrique pour le « rendez-vous 2008 ». Or, la situation financière très dégradée de la branche vieillesse et les perspectives d'aggravation du déficit à l'horizon 2020-2050 témoignent de l'épuisement du cycle des réformes paramétriques, lancé en 1993. C'est pourquoi il plaide avec vigueur pour la mise en œuvre d'une réforme structurelle.

La crise de confiance des Français, en particulier des jeunes actifs, dans l'assurance vieillesse montre bien que le pacte social sur lequel est fondé le système de retraite risque de se déliter à brève échéance, sous l'effet de deux phénomènes : la montée des inégalités entre générations et la répartition

*inéquitable de l'effort contributif demandé aux différentes catégories d'assurés sociaux. Il a donc souhaité que les débats sur le projet de loi de financement pour 2009 soient l'occasion de préparer l'étape suivante : mener d'ici à 2012, sur la base de travaux d'expertise approfondis, une réflexion sur la faisabilité d'une réforme systémique en France, par exemple en transposant le mécanisme des comptes notionnels suédois et son système d'ajustement financier, qui semblent fonctionner de manière très convaincante.*

*Puis **M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles**, a présenté la situation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de la sécurité sociale. Les dépenses de la branche devraient s'élever, en 2009, à environ 13 milliards d'euros, dont 11,4 milliards pour le seul régime général, ce qui représente 3 % seulement des dépenses de sécurité sociale.*

*Le nombre d'accidents du travail, après avoir beaucoup baissé entre 2000 et 2006, a tendance à remonter légèrement depuis deux ans. L'augmentation du nombre d'accidents a toutefois été parallèle à celle des créations nettes d'emplois, de sorte que leur fréquence est restée inchangée. Le nombre de personnes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle est également en augmentation, mais à un rythme ralenti par rapport à celui observé au début des années 2000.*

*Ceci étant, il est toujours difficile de déterminer si l'augmentation statistique du nombre de maladies résulte d'une réelle dégradation de la santé au travail ou si elle n'est pas plutôt la conséquence d'une amélioration du taux de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles. Un nombre non négligeable de maladies professionnelles ne sont en effet pas déclarées aux caisses de sécurité sociale ou ne sont pas reconnues comme telles. Une commission se réunit régulièrement pour évaluer l'ampleur de cette sous-déclaration et de cette sous-reconnaissance et son coût pour la branche maladie. Dans son rapport de juillet 2008, elle évalue ce coût entre 564 millions et 1 milliard d'euros ; chaque année, la branche AT-MP effectue un reversement à la branche maladie pour le compenser.*

***M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles**, a ensuite présenté les principales données financières de la branche AT-MP. Après un exercice lourdement déficitaire l'année dernière, la branche devrait être nettement excédentaire en 2008, à hauteur de 389 millions d'euros. Ce retournement de situation s'explique, notamment, par la suppression de certaines exonérations de cotisations AT-MP et par le dynamisme de la masse salariale.*

*L'an prochain cependant, la branche devrait être tout juste à l'équilibre, voire légèrement déficitaire, en raison des charges nouvelles que le projet de loi de financement prévoit de lui faire assumer. Ces charges nouvelles résultent de mesures prévues dans le projet de loi de financement pour mieux indemniser les victimes, de l'augmentation, à hauteur de 300 millions, du versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance et*

*d'une augmentation de 30 millions de la dotation de la branche au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, le Fcaata, destinée à compenser la suppression de l'une de ses recettes.*

*Il a rappelé que le Fcaata verse une allocation de préretraite aux salariés qui ont été exposés à l'amiante au cours de leur carrière. Son financement provient, essentiellement, d'une dotation de la branche AT-MP, complétée par une fraction des droits sur les tabacs et par une contribution due par les entreprises lorsqu'un de leurs salariés est admis au bénéfice de l'allocation, qui a rapporté près de 30 millions d'euros l'an passé.*

*Le projet de loi de financement propose de supprimer cette contribution au motif qu'elle n'a jamais permis de percevoir les recettes escomptées, qu'elle suscite un important contentieux, et donc des coûts de recouvrement élevés, et qu'elle dissuade parfois des repreneurs potentiels de s'intéresser à une entreprise en difficulté.*

***M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles,** a indiqué s'être interrogé sur le bien-fondé de cette suppression, qui est mal ressentie par les victimes de l'amiante. Elles soulignent, à juste titre, que cette mesure aura pour effet de mutualiser entièrement le financement du Fcaata, alors que la contribution visait justement à pénaliser les entreprises ayant une responsabilité directe dans le drame de l'amiante.*

*Compte tenu de son faible rendement et des difficultés de recouvrement auxquelles se heurtent les Urssaf, il est cependant arrivé à la conclusion que la suppression de la contribution est la solution la plus raisonnable. Les entreprises qui ont exposé leurs salariés à l'amiante ont souvent disparu, ou ont été rachetées, de sorte qu'il est assez largement illusoire de penser sanctionner les véritables responsables par le biais de cette contribution.*

*Le rapporteur a ensuite indiqué qu'il souhaite ouvrir le débat, en séance publique, sur l'opportunité d'envisager un versement de la branche AT-MP à la CNSA, pour compenser les dépenses qui lui incombent au titre de la prise en charge de personnes handicapées à la suite d'un accident du travail.*

*Enfin, il a fait le point sur les réformes et les réflexions en cours. Il a rappelé que les partenaires sociaux ont conclu récemment un accord sur la gouvernance de la branche et un accord sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels. La mise en œuvre de ces accords est désormais engagée : deux articles du texte sont ainsi directement inspirés des dispositions voulues par les partenaires sociaux pour une meilleure indemnisation des victimes ; d'autres mesures, relatives à la gouvernance, devront figurer dans une loi ordinaire, car elles n'ont pas d'impact financier direct, et certaines dispositions seront prises en compte dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion (Cog) liant l'Etat et la branche.*

*La première Cog arrive en effet à expiration à la fin de l'année et des négociations sont en cours pour conclure la suivante, qui va couvrir la période 2009-2012. La prochaine Cog devrait s'attacher à mieux cerner les priorités de*

*l'action de la branche, par exemple la prévention des AT-MP au profit des publics prioritaires (salariés des PME et TPE, seniors...).*

**M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles**, a enfin évoqué la question récurrente de la réforme du Fcaata. Les principales conclusions du rapport remis, à ce sujet, en avril dernier, par Jean Le Garrec au ministre du travail portent sur la nécessité de remplacer ce fonds par un système individualisé car les règles actuelles, qui permettent à tous les salariés d'un même établissement de bénéficier du Fcaata, sont source d'injustices.

Or, le projet de loi de financement pour 2009 ne tire aucune conséquence des recommandations de ce rapport, en raison notamment des incertitudes qui subsistent en ce qui concerne les conséquences financières d'une telle réforme. Par ailleurs, certaines décisions de justice récentes créant une incertitude sur l'avenir du fonds, il appartiendra au législateur, si elles sont confirmées, d'en tirer toutes les conséquences afin de préserver les équilibres obtenus en matière d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Enfin, **M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille**, a indiqué que, contrairement aux prévisions de la dernière loi de financement, la branche famille sera déficitaire en 2009 : elle était censée dégager un excédent de 1,6 milliard d'euros, elle devrait connaître un déficit de 200 millions.

Cette situation est due à quatre facteurs principaux :

- la poursuite de la prise en charge par la branche famille des majorations de pensions pour enfants dont la Cnaf financera 70 % l'année prochaine, contre 60 % cette année, puis 85 % en 2010 et 100 % en 2011. La mesure coûtera, dès 2009, plus de 400 millions d'euros à la branche et portera à presque 3 milliards sa contribution totale ;

- la hausse générale des cotisations vieillesse qui augmentera mécaniquement de 80 millions d'euros, le versement de la Cnaf à la Cnav au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer, l'AVPF ;

- la revalorisation de 3,5 % de la base mensuelle des allocations familiales, qui vise à compenser la vive augmentation des prix depuis un an et occasionnera un surcoût d'environ 500 millions d'euros ;

- la révision à la baisse des prévisions de recettes, pour un montant de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'euros, en raison du ralentissement de l'activité économique.

**M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille**, a ensuite présenté les mesures nouvelles du projet de loi.

Il a estimé inacceptable la prise en charge intégrale des majorations de pensions pour enfants par la Cnaf. Les différents courants politiques ont tous, au moment où ils étaient dans l'opposition, dénoncé ce transfert de charges organisé depuis 2000 au détriment de la branche famille. Il ne peut donc être question de l'augmenter encore, au risque de sacrifier les dépenses de la politique familiale

qui contribuent à l'avenir du pays. La logique voudrait que la majorité, comme l'opposition, adoptent l'amendement de suppression qu'il présentera.

Parmi les propositions, cette fois plus favorables aux familles, figure la modulation du complément de libre choix du mode de garde, qui sera versée aux parents qui font garder leur enfant selon des horaires atypiques : ce complément sera plus important pour les heures de garde non traditionnelles, c'est-à-dire les heures de soirée et de nuit. Ce dispositif permettra aux parents qui travaillent en horaires décalés d'être mieux remboursés s'ils font appel à un service collectif ou de mieux rémunérer l'assistante maternelle qui s'occupe de leur enfant. La mesure devrait coûter 25 millions d'euros.

Le projet de loi de financement propose également d'augmenter le nombre d'enfants qu'une assistante maternelle peut légalement prendre en charge simultanément : ce nombre est actuellement limité à trois, alors qu'il est de sept à neuf dans les pays nordiques, qui n'ont pas la réputation d'être laxistes. Le texte prévoit donc que les assistantes maternelles pourront désormais accueillir quatre enfants. Dix mille places d'accueil supplémentaires sont attendues, en 2009, grâce à cette mesure qui ne devrait coûter au titre de la Paje que 25 millions d'euros.

Enfin, comme cela se fait déjà en Mayenne, il sera également permis aux assistantes maternelles, qui doivent normalement accueillir les enfants chez elles, de pouvoir se regrouper dans un local commun en dehors de leur domicile.

Enfin, **M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille**, a présenté les amendements qu'il invite la commission à adopter : outre la suppression du transfert financier de la branche famille vers la branche vieillesse, il propose de mieux encadrer le dispositif nouveau de regroupement des assistantes maternelles, d'augmenter la capacité d'accueil des crèches sur le modèle suggéré par le texte au profit des assistantes maternelles et de mettre fin à un certain type de fraude sur la déclaration légale des heures de garde.

Un dernier amendement se rapporte au crédit impôts familles sur les dépenses de crèches des entreprises qui autorise les entreprises à déduire de leur bénéfice imposable un certain nombre de dépenses liées, au sens large du terme, à la famille. Lorsqu'il concerne les dépenses engagées pour créer ou faire fonctionner une crèche et payer des assistantes maternelles, ce mécanisme est entièrement justifié. Il l'est moins pour des dépenses de formation destinées aux salariés de retour d'un congé lié à la naissance d'un enfant. Il convient donc de recentrer ce mécanisme qui s'apparente, en l'état, à une niche fiscale.

**M. Nicolas About, président**, a noté que le contenu du projet de loi de financement de la sécurité sociale, en apparence moins médiatique que celui pour 2008, appelle néanmoins de nombreuses décisions.

**M. Bernard Cazeau** a présenté son analyse des équilibres du projet de loi. Il a constaté que la branche vieillesse prenait cette année comme l'année dernière le devant en termes de déficit, ce qui marque l'échec de la « loi Fillon » dont il faudra prendre la mesure lors du rendez-vous de 2010. Par ailleurs, les

bases de calcul présentées par le ministre des comptes publics sont biaisées, car elles se fondent sur un taux de croissance compris entre 1 % et 1,5 %, alors que la réalité risque d'être plus proche de 0 % à 0,2 %. Une progression de la masse salariale à 3,5 % est aussi peu probable et il aurait fallu plus de modestie dans les hypothèses présentées.

Sur la branche maladie, l'Ondam est habituellement dépassé et ce sera encore le cas en 2009, comme certains l'affirment déjà à l'Assemblée nationale ou à la fédération hospitalière de France (FHF), puisque sa progression est prévue à 3,3 % alors qu'elle se situe en moyenne à 4 %.

La CNSA s'est vu reprendre, au titre des contrats de projet Etat-régions, des crédits qui lui manqueront. Les départements ne se sont pas opposés à l'adoption du budget au sein du conseil d'administration de la caisse, puisque l'Etat y est minoritaire en voix et qu'ils ne souhaitent pas bloquer le fonctionnement de l'organisme afin de permettre le versement des dotations de l'Apa. La méthode employée par l'Etat est néanmoins condamnable.

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » se présente comme porteur d'une nouvelle organisation de la santé en France. Il changera donc nécessairement les équilibres financiers, ce qui rend les hypothèses qui sous-tendent le projet de loi de financement de la sécurité sociale d'autant plus irréalistes et ne fera qu'augmenter les déficits affectés à la Cades.

**M. Guy Fischer** a déclaré que la situation financière, économique et sociale du pays fait que le projet de loi de financement se présente dans les plus mauvaises conditions. Il faut d'abord admettre que nous nous trouvons en récession et qu'il n'y aura pas de progression du Pib. De plus, l'absence de prise en compte des futurs effets du projet de loi sur l'hôpital fausse les équilibres présentés. Il envisage, en effet, de ramener le nombre d'établissements hospitaliers de 1 300 à 1 000, d'une part, et les 30 000 à 35 000 établissements médico-sociaux et sociaux à 3 000 établissements gestionnaires, d'autre part. Le nombre de Rmistes a progressé de 10 000 au seul mois de septembre, ce qui augure mal de la mise en œuvre du revenu de solidarité active (RSA), d'autant que la crise entraînera la destruction de plusieurs centaines de milliers d'emplois.

Dans ce contexte, la maîtrise comptable des dépenses de sécurité sociale pèsera sur les mutualistes et les assurés sociaux et créera un problème pour l'égal accès aux soins. On constate également que la dette de l'Etat s'est reconstituée et il est vraisemblable que celui-ci laissera se dégrader la situation jusqu'en 2012. On assiste à une attaque sans précédent sur le système de santé et au taillage en pièces de l'hôpital public. L'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) cherchera à maîtriser ses dépenses, ce qui entraînera un rationnement des soins. Par ailleurs, il n'est pas normal que le passage de quarante à quarante et une annuités de cotisations pour accéder au taux plein de retraite se fasse sans nouveau débat.

**Mme Anne-Marie Payet** a indiqué que la réforme des surpensions outre-mer, prévue à l'article 63 du projet de loi de financement, constitue un bon compromis entre les positions brutales prises notamment par Jean Arthuis et Dominique Leclerc et le souhait de maintien en l'état exprimé par de nombreux sénateurs ultramarins. Le dispositif doit certes s'éteindre complètement en 2028, mais la réforme commencera dès 2009 pour les pensions de retraite les plus élevées.

**Mme Annie David** a regretté que, sous prétexte de ne pas sanctionner les repreneurs d'une entreprise ayant exposé ses salariés à l'amiante, on laisse les responsables impunis. Si le nombre de contentieux a bloqué le fonctionnement du mécanisme actuellement en vigueur, c'est parce que les salariés ne pouvaient faire valoir leurs droits à indemnisation. De ce point de vue, la mutualisation des sommes destinées à l'indemnisation est un facteur de déresponsabilisation.

Concernant la possibilité pour les assistantes maternelles d'accueillir quatre enfants, cette solution ne paraît favorable ni aux enfants, ni aux assistantes elles-mêmes. Le fait qu'elles puissent se regrouper dans un même local posera des problèmes de matériel et, surtout, de sécurité. Certaines communes ont mis en place des relais d'assistantes maternelles mais on ne peut généraliser la pratique du regroupement sans un encadrement strict garantissant la sécurité des enfants.

**M. Alain Milon** a précisé que le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » ne sera discuté par le Parlement qu'au début de l'année prochaine et ne portera ses effets qu'en 2010. Les mesures qu'il contient n'ont donc pas à être prises en compte dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Par ailleurs, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont un déficit structurel qui se cumule chaque année. Réintégrer le coût des médicaments dans le budget de ces établissements ne fera, à son sens, qu'aggraver leur déficit.

Enfin, le nombre de quatre enfants semble en effet très élevé pour une seule assistante maternelle. Il importe de savoir quelles sont les conditions fixées pour les lieux d'accueil. La possibilité d'un accueil commun fera peser sur les communes et les communautés de communes une demande considérable qui nécessitera des délais et des moyens.

**M. Jacky Le Menn** a jugé que l'hypothèse de croissance de la masse salariale sera difficile à atteindre et entraînera de grandes difficultés pour le financement de la sécurité sociale, car un point de moins entraîne la perte de 2 milliards de recettes.

Il est regrettable que le projet de loi prétende tirer les conséquences de la T2A avant même qu'on ait pu évaluer véritablement la pertinence de ce dispositif qui n'a pas de valeur euristique forte. On mène à marche forcée une convergence entre cliniques privées et hôpitaux qui n'a guère de sens, puisque les cliniques prennent en charge une cinquantaine de pathologies et des groupes

*homogènes de malades, alors que les centres hospitaliers universitaires (CHU) traitent en moyenne trois cents maladies et ne peuvent donc réduire leurs coûts de la même manière. De plus, les coûts de personnel ne sont pas comparables, puisque les dépenses d'honoraires en clinique font partie des soins de ville.*

*On assimile trop facilement le déficit des hôpitaux à la mauvaise gestion, ce qui entraîne une caporalisation de la gestion hospitalière dans le projet de loi de financement avec la mise en avant d'une vision comptable qui créera un malaise dans l'institution hospitalière. Si tout le monde s'accorde sur la nécessité de faire des économies et de maintenir une sécurité sociale performante, il faut reconnaître que la T2A n'est pas porteuse d'avenir.*

*Enfin, réintégrer le coût du médicament dans le budget des Ehpad pose de nombreux problèmes et risque d'accentuer le déficit des établissements.*

***M. Nicolas About, président,** a précisé que la convergence intrasectorielle est aussi importante que la convergence entre secteur public et secteur privé.*

***M. André Lardeux** a indiqué qu'il partage l'analyse de Dominique Leclerc sur les réformes nécessaires au maintien de l'assurance vieillesse. Il faut avoir le courage de modifier l'âge de la retraite comme l'ont fait tous les pays qui ont traité le problème de l'emploi des seniors.*

***M. Marc Laménie** a demandé pourquoi le niveau du plafond d'endettement de l'Acoss, qui était de 36 milliards en 2008 revient à 17 milliards en 2009. Par ailleurs, il a voulu savoir quel sera le rôle des pharmaciens dans la mise en place du cinquième risque.*

***M. François Autain** a affirmé que le budget de cette année est encore plus déconnecté de la réalité que celui des années précédentes. La majorité actuelle a sans cesse reculé la date du retour à l'équilibre. En 2004, celui-ci était prévu pour 2007, mais a été repoussé à 2009. On promet aujourd'hui l'équilibre pour 2011, ce qui paraît peu crédible. D'ailleurs, l'Ondam n'a jamais été respecté, si ce n'est une seule fois depuis sa création.*

*Le vrai problème n'est pas l'augmentation des dépenses de sécurité sociale, mais le manque de ressources pérennes. C'est la multiplication des ressources temporaires qui impose le recours à la Cades. Une maîtrise médicalisée des dépenses s'impose dans certains secteurs : ainsi, la dépense en matière hospitalière n'a pas augmenté en valeur relative sur les vingt dernières années, alors que le coût du médicament a été multiplié par quatre sur la même période.*

*La question de la convergence des coûts ne peut être distinguée de celle de la convergence des fonctions, puisque le secteur privé à vocation commerciale sera amené à exercer des missions de service public. Cet objectif constitue en réalité une machine de guerre contre l'hôpital et le statut de la fonction publique hospitalière. On ne peut sérieusement fixer, comme le fait le projet de loi de financement, l'objectif de croissance des dépenses hospitalières à 3,1 % alors*

que la FHF réclame 4 %. Il est peu probable que le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » changera quoi que ce soit sur ce point.

Concernant le remboursement, par l'Etat, des exonérations de cotisations, il serait préférable de supprimer les exonérations plutôt que de continuer à perdre 42 milliards de recettes pour sauver, selon les estimations du Gouvernement, 800 000 emplois qui seraient donc particulièrement onéreux. On assiste en fait à une fiscalisation rampante du financement de la sécurité sociale.

**M. Nicolas About, président**, a relativisé les observations de François Autain sur l'évolution des dépenses en faveur de l'hôpital, rappelant que l'Etat, en plus du forfait hospitalier, a annoncé la prise en charge des déficits des hôpitaux à hauteur de 800 millions d'euros. Il a en outre fait valoir que le développement de l'hospitalisation de jour se traduit par un transfert des dépenses hospitalières sur la médecine de ville. En réalité, si l'on tient compte de cet état de fait, les dépenses hospitalières ont continué à progresser fortement au cours des dernières années, l'hôpital n'ayant pas su s'adapter aux nouvelles modalités de prise en charge des patients.

**M. François Autain** a objecté qu'on ne peut nier le besoin de financement des établissements hospitaliers et la nécessité de ressources nouvelles.

**M. Yves Daudigny** s'est inquiété de la charge financière que représente l'Apa pour les départements, qui contribuent à hauteur de 70 % à son financement. Les réflexions sur le cinquième risque et sur la réforme des collectivités territoriales ne devront pas occulter l'implication exemplaire des départements qui ont pleinement assumé la compétence qui leur a été transférée dans ce domaine.

Il a également évoqué le débat sur le projet de budget de la CNSA du 14 octobre où une large majorité des membres du conseil d'administration a refusé de prendre part au vote pour sanctionner le désengagement de l'Etat du financement des contrats de projets Etat-région relatifs à la programmation des créations de places en établissements. Il a par ailleurs déploré le prélèvement de 262 millions d'euros sur les réserves de la CNSA venant après une première ponction de 200 millions cette année. Il en résulte un détournement de 462 millions d'euros qui ne seront pas utilisés pour l'investissement dans le secteur médico-social. Or, la part de la CNSA dans le financement des établissements représentant en moyenne 20 %, ce secteur est ainsi privé de l'effet de levier que permettaient les apports de la caisse. Cela remet de surcroît en cause le principe d'autonomie de la CNSA alors qu'il avait été convenu que celle-ci devait compléter les interventions de l'Etat et non s'y substituer. Enfin, il a fait observer que le chevauchement des plans en faveur des personnes âgées contribue à opacifier les sommes allouées à la mise en œuvre de ces politiques, en privilégiant les effets d'annonce.

**M. Paul Blanc** a rappelé que la CNSA a versé aux départements, au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH), des sommes importantes qui n'ont pas été intégralement dépensées par les conseils

*généraux du fait de la montée en charge progressive de cette nouvelle prestation. Il en résulte pour les départements l'accumulation d'excédents dont le montant avoisine au total 700 millions d'euros. Pour sa part, il souscrit pleinement au principe d'optimisation des dépenses retenu par le Gouvernement dans une période où les ressources budgétaires se font rares.*

*Par ailleurs, il s'est inquiété de la disposition du projet de loi de financement qui prévoit la réintégration des médicaments prescrits dans la dotation de soins des établissements. Cette dépense étant difficilement prévisible, le risque est que cela se traduise par des difficultés financières aggravées pour ces établissements ou par une politique de restriction des soins préjudiciable aux personnes qui y sont accueillies.*

**M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles**, a annoncé qu'il présentera un amendement visant à permettre le versement à la CNSA, par la branche AT-MP, pour compenser les dépenses qui lui incombent au titre de la prise en charge des personnes dont le handicap résulte d'un accident du travail.

**M. Bernard Cazeau** a contesté l'idée avancée par Paul Blanc que les départements bénéficieraient d'une « cagnotte ». En réalité, les sommes versées par la CNSA permettront de financer les dépenses de PCH des années à venir ; il ne s'agit en réalité que d'une trésorerie temporaire.

**M. Guy Fischer** s'étant étonné que le taux d'évolution des pensions de retraite ne figure pas cette année dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale au même titre que celui de la base mensuelle des allocations familiales, **M. Nicolas About, président**, a répondu que ce taux ne figure pas traditionnellement dans le texte du projet de loi de financement.

**Mme Raymonde Le Texier** a félicité les rapporteurs pour la clarté et l'objectivité de leurs rapports qui ont le mérite de bien mettre en évidence les problèmes qui se posent dans le cadre de ce projet de loi. Elle s'est déclarée en accord avec un certain nombre des observations et propositions formulées.

En réponse à MM. Bernard Cazeau, Guy Fischer et François Autain, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, est convenu du caractère contestable des chiffres avancés par le Gouvernement pour atteindre l'équilibre des quatre branches en 2012. Ces chiffres reposent sur une hypothèse de croissance de 2,5 % qui peut être considérée comme ambitieuse dans le contexte de crise économique et financière. Il a néanmoins fait observer que le modèle construit par le Gouvernement avant la crise a été légèrement rectifié pour 2009, l'hypothèse de croissance ayant été ramenée à 1 % et celle de la masse salariale de 4,6 % à 3,5 %. Ces hypothèses optimistes risquent de se traduire par des ressources moindres et, par conséquent, par un rationnement ou une diminution de la qualité des soins. Pour cette raison, il s'agira de veiller à l'efficacité et à la qualité des soins, tout en maintenant l'objectif d'un équilibre des comptes.

*En ce qui concerne les objectifs de dépenses fixés par l'Ondam, il a fait valoir que le résultat pour 2008 n'est pas si éloigné de la prévision faite en 2007, ce qui n'a pas toujours été le cas au cours des dernières années : le dépassement n'est cette année que de 0,7 milliard d'euros.*

*En réponse aux questions de MM. Jacky Le Menn, Guy Fischer et François Autain sur l'hôpital, il a annoncé que la commission a demandé au Gouvernement l'organisation d'un débat thématique sous forme de dix questions-réponses pendant l'examen du projet de loi de financement. Par ailleurs, l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » sera également l'occasion de revenir sur ces questions. En outre, la Mecss devrait consacrer une partie de ses travaux en 2009 à l'hôpital, afin d'évaluer les effets pervers de la T2A et de la convergence de la tarification des établissements. Enfin, il a confirmé que l'objectif d'équilibre des comptes en 2012 est bien maintenu.*

*En réponse à M. Guy Fischer, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, s'est dit également soucieux que le prélèvement supplémentaire sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires ne se traduise pas par une augmentation des cotisations pour les assurés. A cet égard, il a indiqué que la Mutualité s'est engagée à ne pas répercuter le coût de ce prélèvement sur ses adhérents.*

*En réponse à M. Bernard Cazeau, il s'est voulu rassurant en précisant que le transfert d'une partie de la dette des branches maladie et vieillesse et du FSV à la Cades ne prolongera pas son existence au-delà de la date initialement fixée à 2021 puisqu'une ressource supplémentaire lui est affectée.*

*En réponse à M. Marc Laménie, il a indiqué que le plafond d'endettement accordé à l'Acoss a effectivement pu être ramené de 36 à 17 milliards d'euros grâce au transfert d'une partie de la dette à la Cades et en tenant compte du déficit prévisionnel de l'exercice 2009.*

*En réponse à M. François Autain sur les compensations des exonérations de charges, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a précisé que le montant en cause n'est pas de 42 mais de 30 milliards d'euros. Par ailleurs, la mesure qu'il propose, consistant à cibler les allègements de charges sur les entreprises de moins de cinquante salariés, permettra la création d'environ 800 000 emplois. De surcroît, elle tient compte des observations de la Cour des comptes qui a préconisé de réserver ces exonérations aux PME. En résultera, notamment, une contribution sociale plus élevée des entreprises de la grande distribution, qui se justifie d'autant plus qu'elles ne sont pas délocalisables et qu'elles proposent des emplois faiblement rémunérés et souvent à temps partiel.*

*En réponse à M. Yves Daudigny, **Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social**, a rappelé que les associations ne se sont pas opposées à la mise en œuvre du budget de la CNSA : elles ont refusé*

*de prendre part au vote pour manifester leur désapprobation face au désengagement de l'Etat du financement des établissements du secteur social et médico-social. En réalité, il ne s'agit pas d'un détournement de fonds mais d'une débudgétisation, les 30 millions d'euros affectés par la CNSA aux contrats de projet Etat-région étant bien consacrés à l'investissement en faveur des personnes âgées et handicapées.*

*Concernant les questions relatives au financement du « cinquième risque », elle a invité ses collègues à se reporter aux propositions qui figurent dans le rapport d'Alain Vasselle.*

*En réponse aux questions portant sur la situation financière des Ehpad, elle a indiqué qu'elle présentera un amendement à l'article 40 du projet de loi de financement visant à instituer une procédure de reprise en main par l'autorité de tutelle des établissements qui rencontreraient de graves difficultés financières.*

*En réponse à M. Paul Blanc, elle a rappelé que la réintégration des médicaments dans le forfait de soins est, pour l'instant, proposée à titre expérimental. Le dispositif prévoit que les médicaments les plus coûteux en seront exclus. Elle présentera d'ailleurs un amendement tendant à renforcer le rôle de conseil du médecin coordonnateur chargé d'établir une liste préférentielle de médicaments à prescrire, en collaboration avec les médecins traitants et les pharmaciens.*

***M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille,** a souhaité rassurer Mme Annie David et M. Alain Milon en rappelant que les services du conseil général tiennent toujours compte des conditions d'accueil, et notamment de la taille du domicile, pour fixer le nombre d'enfants qu'une assistante maternelle peut recevoir. On estime que seulement 3 % des assistantes maternelles déjà agréées devraient obtenir l'autorisation de garder quatre enfants.*

*En ce qui concerne la possibilité de regroupement, il présentera un amendement tendant à sécuriser les conditions d'accueil des enfants et s'est dit prêt à proposer d'autres mesures allant dans le même sens si nécessaire. Il reviendra aux collectivités territoriales de mettre à disposition le local permettant de regrouper jusqu'à quatre assistantes maternelles. Celles-ci continueront à fournir le matériel de puériculture puisqu'elles conservent la déductibilité fiscale pour frais professionnels. Les collectivités territoriales n'auront pas l'obligation d'organiser ce système d'accueil.*

***M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles,** a confirmé la pertinence de la mesure proposée par le Gouvernement de supprimer la cotisation au Fcaata des entreprises ayant une responsabilité dans le drame de l'amiante. Celle-ci représente une charge qui peut fragiliser la situation financière des entreprises concernées, notamment lors de leur transmission. Ceci étant, la responsabilité pénale des employeurs n'est pas remise en cause par cette mesure et le faible rendement de cette cotisation et les contentieux qu'elle occasionne coûtent en définitive*

*plus cher qu'elle ne rapporte. Le fonds continuera néanmoins d'être alimenté par un transfert de la branche AT-MP, ce qui ne paraît pas choquant si l'on considère que l'indemnisation des victimes de l'amiante relève de la solidarité nationale.*

*M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a réaffirmé sa volonté de faire progresser le système de retraite par répartition dans le sens d'une meilleure transparence et d'une plus grande équité et de trouver des solutions pour limiter la dégradation du taux de remplacement qui affecte principalement les salariés du secteur privé.*

*En réponse à Mme Anne-Marie Payet sur la mise en œuvre anticipée de la réforme des suspensions des fonctionnaires d'outre-mer qu'il propose, il a rappelé que le débat sur ce sujet est ouvert régulièrement chaque année lors de l'examen des projets de loi de finances ou de financement. Il s'est réjoui qu'une solution soit apportée par le Gouvernement, s'inspirant à la fois du rapport de novembre 2006 de la mission d'audit de modernisation sur l'ITR des fonctionnaires de l'Etat d'outre-mer et de la proposition de loi qu'il a présentée en juillet 2007 avec André Lardeux et Catherine Procaccia. Il a émis le vœu que les économies réalisées grâce à cette réforme soient affectées en priorité aux besoins des ultramarins, en particulier pour financer la construction de logements sociaux.*

*En réponse à M. Bernard Cazeau, il a indiqué que les mesures d'allongement de carrière s'inscrivent dans le cadre de la réforme des retraites de 2003, qui a prévu que l'obtention d'une retraite à taux plein requiert l'acquisition de 160 trimestres, le nombre d'annuités devant ensuite être progressivement porté, d'ici à 2016, à 172 trimestres. L'âge légal de départ à la retraite demeure fixé à soixante ans, la décote et la surcote étant calculées sur cette base.*

*Par ailleurs, M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a souhaité que la commission de garantie des retraites créée en 2003 rende, d'ici à 2010, un avis sur la transposabilité à la France du système des comptes notionnels suédois, dont l'efficacité a déjà pu être mise en évidence. La réflexion sur l'avenir du système de retraite par répartition nécessitera de surcroît une approche objective et sans complaisance de la situation démographique.*

*A l'issue de ce débat, la commission a **procédé à l'examen des amendements** proposés par ses rapporteurs.*

*Elle a adopté sans modification les articles 1<sup>er</sup> (approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007), 2 (approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités d'affectation des excédents et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2007), 3 (rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2008), 4 (objectif d'amortissement rectifié de la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du fonds de réserve pour les retraites), 5 (rectification des montants des dotations du fonds pour la modernisation des*

établissements de santé publics et privés du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), 6 (revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions des salariés, commerçants, artisans et fonctionnaires au 1<sup>er</sup> septembre 2008), 7 (prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche), 8 (rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie), 9 (approbation du rapport fixant un cadrage quadriennal [annexe B]), et 10 (reprise de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale et ressources de cette caisse).

A l'article 11 (modification de la clé de répartition des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement), elle a adopté un amendement tendant à prévoir que, lorsque l'intégralité du montant des majorations de pension pour enfant sera prise en charge par la branche famille, c'est-à-dire en 2011, le versement du montant correspondant sera effectué directement à la Cnav et non par l'intermédiaire du FSV.

La commission a adopté sans modification l'article 12 (mesures relatives au financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie).

A l'article 13 (contribution sur les rémunérations ou gains exclus de l'assiette des cotisations sociales), elle a adopté deux amendements pour étendre le forfait social de 2 % à l'ensemble des assiettes exemptées de cotisations et charges sociales, non soumises à la CSG et à la CRDS et non soumises à un prélèvement spécifique.

A l'article 13 bis (assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de rupture supérieures à un million d'euros), elle a complété les dispositions adoptées à l'Assemblée nationale sur les « parachutes dorés » en précisant qu'il est fait masse de toutes les indemnités perçues et en prévoyant l'assujettissement à la CSG et à la CRDS dès le premier euro.

La commission a adopté sans modification les articles 14 (contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques) et 15 (augmentation du tarif des droits indirects sur les alcools par rattrapage annuel de l'inflation).

Après l'article 15, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel afin d'augmenter les minima de perception applicables aux cigarettes et aux tabacs à rouler.

La commission a adopté sans modification les articles 16 (suppression du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles et intégration financière à la caisse nationale d'assurance maladie de la branche maladie du régime de protection sociale des non-salariés agricoles) et 17 (mesures relatives aux régimes agricoles).

Elle a ensuite supprimé l'article 17 bis (exonération de contribution sociale de solidarité des sociétés).

*A l'article 18 (prise en charge des frais de transport domicile-travail), elle a adopté deux amendements de portée rédactionnelle, un amendement tendant à rendre facultative la mise en place d'un plan de mobilité dans les entreprises instituant la prime carburant et un dernier amendement sécurisant les dispositifs plus favorables aux salariés déjà prévus dans certaines entreprises.*

*A l'article 19 (sécurité juridique des cotisants), elle a adopté un amendement de précision tendant à prévoir que l'opposabilité des décisions d'une Urssaf à une autre Urssaf lorsque l'entreprise change d'organisme de recouvrement s'applique également lorsque ce changement est demandé par un organisme de recouvrement.*

*La commission a adopté sans modification les articles 20 (assujettissement des revenus distribués excédentaires des travailleurs non salariés non agricoles) et 20 bis (aménagement des règles de compensation des allègements généraux de cotisations sociales).*

*A l'article 21 (cotisation d'assurance maladie majorée sur les revenus imposables à l'étranger), elle a adopté un amendement visant à supprimer une précision ajoutée par l'Assemblée nationale.*

*Après l'article 21, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel visant à améliorer le régime des recours contre tiers.*

*Elle a ensuite supprimé l'article 22 (non-compensation par le budget de l'Etat des pertes de recettes liées à certains dispositifs).*

*Après l'article 22, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel tendant à cibler les allègements généraux de charges sociales sur les entreprises de moins de cinquante salariés.*

*La commission a adopté sans modification les articles 23 (approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales), 24 (fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base), 25 (approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base), 26 (approbation du tableau d'équilibre du régime général), 27 (approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base), 28 (objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites), 29 (rémunération par l'Acoss de la trésorerie de tiers), 29 bis (bilan de la politique financière des organismes de sécurité sociale), 30 (habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt), 31 (participation de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire aux négociations conventionnelles - expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins), 31 bis (prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens dentistes) et 32 (suivi des propositions*

formulées par le rapport annuel sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie).

*A l'article 33 (rémunération des enseignants de médecine générale), elle a adopté un amendement prévoyant qu'un cahier des charges encadre les modalités de rémunération des enseignants en médecine générale.*

*Elle a adopté sans modification les articles 33 bis (détermination du montant de la contribution due par les professionnels de santé n'utilisant pas les feuilles de soins électroniques), 34 (référentiels de prescription et procédure d'accord préalable pour certains actes en série), 34 bis (information des patients) et 35 (groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés).*

*A l'article 35 bis (expérimentation d'un dossier médical sur support mobile), la commission a adopté un amendement limitant à cinq ans la durée de cette expérimentation.*

*Elle a adopté sans modification les articles 36 (dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour) et 37 (clarification des prises en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital et validation de la prescription des médicaments orphelins).*

*A l'article 37 bis (modification des règles d'inscription des médicaments au répertoire des groupes génériques), elle a proposé un amendement pour modifier les dispositions ajoutées à l'Assemblée nationale sur les conditions requises pour inscrire un médicament au répertoire des groupes génériques.*

***M. Gérard Dériot** a affirmé que les mesures adoptées par l'Assemblée nationale présentent des risques pour la santé des patients. Plutôt que d'essayer d'en améliorer la rédaction, il serait très justifié de supprimer cet article.*

***M. Dominique Leclerc**, a confirmé que l'impact de ces dispositions est difficile à évaluer et potentiellement dangereux.*

***M. Nicolas About, président**, s'est également opposé à la possibilité de commercialiser des produits génériques n'appartenant pas à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée que le produit princeps.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a précisé que l'objet de l'amendement présenté à la commission est d'encadrer cette modification des règles d'inscription des médicaments au répertoire des groupes génériques afin de disposer de garanties supplémentaires au regard des exigences de la sécurité sanitaire.*

*A son tour, **M. Alain Milon** a considéré que la rédaction actuelle de cet article est susceptible de mettre en danger la santé des patients.*

*A la suite de cet échange, la commission a supprimé l'article 37 bis.*

*Elle a également supprimé les articles 37 ter (obligation du recours à la dénomination commune internationale) 37 quater (nouvelle procédure d'évaluation de certains produits de santé innovants ou récents) et 38 (prise en charge des actes et dispositifs médicaux innovants au sein de la dotation Migac [mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation]).*

*A l'article 38 bis, elle a adopté un amendement de précision.*

*La commission a adopté sans modification l'article 39 (dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé).*

*A l'article 39 bis (clarification du traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé et harmonisation des mises sous administration provisoire), elle a adopté un amendement prévoyant que la transmission directe des factures des établissements de santé vers les caisses d'assurance maladie entrera en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et un amendement supprimant un texte réglementaire.*

*A l'article 40 (clarification du traitement de situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé et harmonisation des mises sous administration provisoire), elle a adopté trois amendements : le premier prévoit que le plan de redressement demandé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit être transmis dans un délai compris entre un et trois mois ; le deuxième permet la mise sous administration provisoire d'un établissement de santé dont la situation porte gravement atteinte à la qualité et à la sécurité des soins ; le troisième étend aux établissements médico-sociaux du secteur privé à but non lucratif la procédure de traitement des situations de déséquilibre financier en vigueur dans les établissements publics de santé.*

*A l'article 40 bis (certification des comptes des établissements de santé publics), la commission a adopté un amendement précisant les modalités de certification des comptes.*

*Elle a adopté sans modification les articles 41 (création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), 42 (extension du champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques) et 42 bis (intégration de nouvelles données dans les programmes de qualité et d'efficience).*

*Avant l'article 43, elle a adopté un article additionnel autorisant les pédicures-podologues à adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans.*

*A l'article 43 (récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie), la commission a adopté un amendement supprimant la*

*référence à la notion de tarifs journaliers en matière de soins, par coordination avec les dispositions de l'article 44 qui instituent le principe du forfait global, calculé sur la base d'une tarification à la ressource.*

*A l'article 44 (tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux), elle a adopté deux amendements de portée rédactionnelle, ainsi qu'un amendement tendant à soumettre les établissements sociaux et médico-sociaux à l'obligation de transmettre à leur autorité de tutelle des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), dans la logique du passage à la tarification à la ressource.*

*A l'article 45 (réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), elle a adopté quatre amendements rédactionnels, un amendement étendant le principe de la « liste en sus » de médicaments coûteux à tous les établissements, y compris ceux comprenant une pharmacie à usage intérieur ou qui sont membres d'un groupement de coopération sanitaire, et un dernier amendement précisant le rôle attribué au médecin coordonnateur en Ehpad pour amener les médecins traitants à faire un usage adéquat de la prescription de soins pour éviter la iatrogénie médicamenteuse.*

*A l'article 46 (financement de la formation des aidants et accueillants familiaux), la commission a adopté un amendement rédactionnel, puis un second amendement tendant à conserver la possibilité pour la CNSA de financer, sur ses excédents, des actions de formation au profit des personnels des services sociaux et médico-sociaux.*

*Elle a adopté sans modification l'article 47 (procédure d'indemnisation à l'amiable par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine - dotation pour 2009 à l'Oniam).*

*A l'article 48 (dotations pour 2009 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), elle a adopté un amendement réduisant le montant de la dotation annuelle versée par les régimes obligatoires à l'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.*

*La commission a adopté sans modification les articles 48 bis (contribution de l'assurance maladie à la complémentaire retraite des hospitaliers), 49 (fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès), 50 (fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de sa ventilation), 51 (revalorisation du minimum vieillesse), 52 (instauration d'une majoration de la pension de réversion au bénéfice des veufs les plus modestes et introduction d'une*

condition d'âge pour bénéficier du droit à réversion), et 52 bis (mise en place d'un nouveau système d'échange d'informations entre les régimes de retraite).

La commission a adopté un amendement visant à insérer un article additionnel après l'article 52 proposant que soient réalisés des travaux d'expertise, par la commission de garantie des retraites fondée éventuellement sur la faisabilité d'une réforme structurelle du système de retraite français.

Elle a adopté sans modification les articles 53 (revalorisation des petites retraites agricoles), 54 (revalorisation des pensions de retraite au 1<sup>er</sup> avril de chaque année), 55 (recentrage du dispositif du minimum contributif sur les salariés ayant eu de longues carrières faiblement rémunérées), 55 bis (modification des règles de calcul de la pension des travailleurs lourdement handicapés), 55 ter (dérogation à la condition d'âge de soixante ans au bénéfice des professionnels libéraux et avocats lourdement handicapés) et 56 (modification des règles de rachat de trimestres pour l'ouverture du droit à retraite anticipée pour carrière longue).

Elle a adopté un amendement visant à insérer un article additionnel après l'article 56 tendant à harmoniser les règles d'ouverture du droit à la retraite anticipée pour carrière longue dans les trois fonctions publiques avec celles du secteur privé.

A l'article 57 (mise en place d'une validation de trimestres supplémentaires au bénéfice des commerçants et artisans à compter de 2010), elle a adopté un amendement précisant que ce rachat de trimestres n'est pas pris en compte au titre du dispositif de départ anticipé pour carrière longue.

La commission a adopté sans modification les articles 58 (incitation des entreprises à maintenir les seniors en emploi sous peine du versement d'une pénalité), 59 (libéralisation du cumul emploi retraite), 60 (surcote), 61 (suppression de la mise à la retraite d'office), 61 bis (suppression de la « clause couperet » relative au personnel navigant de l'aéronautique civile de section A), 61 ter (suppression de la « clause couperet » relative au personnel navigant de l'aéronautique civile de section D), et 62 (autorisation de la poursuite d'activité au-delà des limites d'âge dans la fonction publique).

A l'article 63 (réforme de l'indemnité temporaire de retraite versée aux pensionnés civils et militaires de l'Etat résidant en outre-mer), la commission a adopté plusieurs amendements visant respectivement à anticiper l'extinction du dispositif, à plafonner le montant de l'avantage financier qui en résulte et à contrôler les conditions qui justifient son versement.

Elle a adopté sans modification les articles 64 (objectifs de dépenses de la branche vieillesse) 65 (amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux) et 65 bis (transmission du dossier médical en cas de contestation du taux d'incapacité).

A l'article 66 (maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle), la commission a adopté un amendement tendant à maintenir le versement des indemnités journalières pendant la période de quinze

*jours qui sépare, habituellement, les deux examens médicaux requis avant qu'une décision d'inaptitude soit prononcée.*

*La commission a adopté sans modification les articles 67 (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), 68 (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) et 69 (objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009).*

*Elle a ensuite supprimé l'article 70 (financement par la caisse nationale des allocations familiales de l'intégralité des majorations de pensions pour enfants).*

*Après l'article 70, elle a adopté un amendement portant article additionnel instaurant un taux de salaire horaire maximum pour la rémunération des assistantes maternelles.*

*Elle a adopté sans modification l'article 71 (modulation de la prestation de complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires d'accueil atypiques).*

*A l'article 72 (assouplissement des conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel), elle a adopté deux amendements visant à encadrer les conditions de regroupement des assistants maternels, l'un excluant la rémunération du champ de la convention permettant le regroupement des assistants maternels, l'autre prévoyant que les collectivités territoriales mettent à disposition le local commun.*

*Après l'article 72, elle a adopté deux amendements portant articles additionnels, l'un augmentant les capacités d'accueil des crèches, l'autre recentrant le crédit d'impôt famille sur les dépenses réellement consacrées aux familles.*

*Elle a adopté sans modification les articles 73 (objectifs de dépenses de la branche famille pour 2009) et 74 (nomination et cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes du régime général), 75 (contrôle budgétaire de la caisse centrale de mutualité sociale agricole sur les organismes de son réseau), 76 (fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale) et 77 A (fiabilisation des informations utilisées par la branche famille).*

*A l'article 77 (révision de la procédure des pénalités financières), elle a adopté trois amendements. Le premier supprime l'obligation d'information des organismes complémentaires lorsque l'assurance maladie obligatoire sanctionne un assuré ; le deuxième est un amendement de précision ; le troisième précise qu'un professionnel de santé ne peut pas être*

*pénalisé lorsqu'un patient ne l'autorise pas à accéder à son dossier médical personnel.*

*La commission a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 77 visant à étendre aux Français résidant à l'étranger la récupération des sommes indûment versées au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).*

*Elle a adopté sans modification les articles 77 bis (aménagement du dispositif d'annulation des exonérations de cotisations) 78 (amélioration du recouvrement des indus et extension de la procédure de contrainte), 79 (développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale des Etats de l'Union européenne) et 80 (limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour majorer la durée d'assurance à l'assurance vieillesse).*

***Mme Annie David** a souhaité savoir s'il est juridiquement possible de redéposer un amendement déclaré irrecevable à l'Assemblée nationale au titre de l'article 40 de la Constitution. Elle envisage en effet de reprendre un amendement visant à étendre aux salariés des régimes spéciaux le bénéfice les indemnités versées par le Fcaata.*

***M. Nicolas About, président**, a indiqué que cet amendement serait, de la même façon, déclaré irrecevable par la commission des finances du Sénat, mais qu'il est certainement souhaitable d'évoquer le sujet lors de la discussion générale et d'interroger le Gouvernement, seul habilité à déposer cet amendement qui occasionne une dépense publique supplémentaire.*

***Enfin, la commission a adopté le projet de loi ainsi amendé.***